Attori e sistemi della formazione | 03

Attori e sistemi della formazione

La Collana si propone come uno strumento di condivisione dei risultati della ricerca sulle strategie di innovazione dei sistemi di formazione. La doppia transizione, verde e digitale sta rimodellando il modo in cui viviamo, lavoriamo e interagiamo, evidenziando la necessità di un cambiamento senza precedenti delle skills richieste per sfruttare pienamente il potenziale della trasformazione in atto. La proposta editoriale mira a diffondere un corpus di studi e ricerche in grado di restituire la complessità di una strategia di sviluppo delle competenze dei cittadini di tutte le età e in tutti i luoghi di vita e di lavoro quali luoghi di formazione in cui si esplica il lifewide learning. In questo quadro, particolare attenzione è rivolta agli studi che assumono come oggetto di indagine le politiche educative, le professioni educative e formative, le pratiche di ricerca e di intervento in ambito nazionale ed internazionale, aprendosi - sul piano empirico e su quello teorico - ad una prospettiva interdisciplinare. L'intento è diffondere la cultura scientifica nei settori dell'educazione e della formazione, offrendo un contributo non solo agli specialisti, ma a tutti coloro che sono interessati a orientarsi in questi importanti campi di indagine. La Collana si indirizza ad un vasto pubblico di lettori, configurandosi al contempo strumento di studio e di sviluppo professionale, attraverso contributi di forte impatto formativo e di alta valenza scientifica.

Direttori
Giovanna Del Gobbo, Paolo Federighi

Co-Direttori
Glenda Galeotti, Francesca Torlone

Comitato scientifico
Clecio Azevedo, Università Federale di Santa Catarina, Brasile
Vanna Boffo, Università di Firenze
Pietro Causarano, Università di Firenze
Salvatore Colazzo, Università del Salento
Maria Luisa Iavarone, Università di Napoli Parthenope
Loredana Perla, Università di Bari
Eduardo Nunes, Università Statale di Salvador de Bahia, Brasile
Emanuela Torre, Università di Torino
Paul Vare, Università di Gloucesterfield

a cura di
Glenda Galeotti

L'INNOVAZIONE SOCIALE NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI

Sistemi, ambiti operativi e professionalità

con contributi di
Raffaella Vitale, Giovanna Del Gobbo, Fabio Togni, Laura Menichetti, Luca Raffini, Giuseppe De Anseris, Marco Zanchi, Tiziana Mammoliti, Gilda Esposito

ed_it editpress

Volume pubblicato con il contributo del Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze.

La ricerca è stata realizzata con il contributo della Fondazione Solidarietà e Ricerca di Bergamo.

Proprietà letteraria riservata
Copyright © 2021 editpress
Via Lorenzo Viani, 74
50142 Firenze - Italy
www.editpress.it
info@editpress.it

Prima edizione: dicembre 2021
ISBN: 979-12-80675-09-5
e-ISBN: 979-12-80675-10-1
Printed in Italy

Licenza Creative Commons

Permalink formato digitale:
<digital.casalini.it/9791280675101>

Sommario

Presentazione 7
Raffaella Vitale

Introduzione 9
Glenda Galeotti

Prima parte

I. *Capacity building* per gli ecosistemi di innovazione nell'assistenza agli anziani 17
Glenda Galeotti

II. Prospettive di professionalizzazione per i servizi domiciliari agli anziani 41
Giovanna Del Gobbo

III. I molti volti della tarda età adulta. Per un'educazione e una pedagogia long life dell'invecchiamento 61
Fabio Togni

IV. Le tecnologie per la cura domiciliare degli anziani: dall'assistenza alla promozione della qualità di vita 81
Laura Menichetti

V. L'innovazione sociale nel welfare in trasformazione 97
Luca Raffini

Seconda parte

VI. La ricerca esplorativa sui fattori abilitanti l'innovazione nei servizi di assistenza domiciliare 125
Glenda Galeotti

VII. Pubblico, Privato e Persone: presente e futuro della co-progettazione 155
Giuseppe De Anseris

VIII. Specialisti dell'incertezza. La formazione degli operatori nella filiera dei servizi territoriali per anziani 173
Marco Zanchi

IX. La valutazione dell'impatto sociale dell'assistenza domiciliare 193
Tiziana Mammoliti

Conclusioni 209
Gilda Esposito

Note sugli Autori 223

Presentazione

Raffaella Vitale
Presidente Fondazione Socialità e Ricerche

Nascita, sviluppo e consolidamento dei servizi domiciliari agli anziani sono un'esperienza italiana del secolo scorso, avvenuta a fronte della crescita quantitativa della componente anziana della popolazione e alla positiva propensione culturale e sociale delle famiglie al loro mantenimento a casa, anche quando condizioni di salute e di relazioni sociali potevano indurre alla loro istituzionalizzazione.

I servizi domiciliari formali sono cresciuti, sia quantitativamente che qualitativamente, attraverso la messa a disposizione di risorse pubbliche e la predisposizione di modelli organizzativi, integrati con un mix di competenze pubbliche e private e risorse del Terzo Settore.

L'insufficienza degli investimenti pubblici nel settore e la loro difficoltà a rappresentare una soluzione efficace per le famiglie fanno da sfondo alla crescita dei *caregiver* familiari attivi in Italia e degli assistenti familiari: una platea di quasi 2 milioni di donne impegnate nell'assistenza familiare, sostenuta dalla presenza di trasferimenti monetari di natura assistenziale (indennità di accompagnamento e i contributi economici statali e regionali per la non autosufficienza).

Nonostante gli investimenti fatti la consapevolezza che le risposte pubbliche messe in campo siano inadeguate, sia per le risorse disponibili, che per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse, ha spinto molti attori del settore e molti territori a innovare, ricercando nuovi equilibri tra risorse delle famiglie, risorse pubbliche e servizi esistenti.

Di fronte ai complessi bisogni sanitari, assistenziali e socio-relazionali dei nostri anziani ultra 75enni siamo ormai consapevoli,

che non vi può essere un'unica risposta standardizzata, pubblica e professionistica e continuiamo nella ricerca di modelli organizzativi funzionali, in grado di integrare risorse pubbliche e private, professionisti e non professionisti, operatori e famiglie, organizzazioni del terzo settore di impresa e del vasto mondo del volontariato e delle reti amicali di vicinato.

Con questo lavoro di ricerca, affidato alla capacità di lavoro integrato dell'Università degli Studi di Firenze e di MoCa Future designers, la Fondazione Socialità e Ricerca ha voluto, non solo esplorare le capacità e le competenze di alcuni distretti territoriali ubicati in Regioni molto diverse tra loro (Umbria, Toscana, Liguria, Lombardia e Piemonte) di offrire risposte efficaci e integrate ai bisogni degli anziani a casa, ma avviare un ambizioso processo di apprendimento trasformativo dei soggetti pubblici e privati coinvolti in questa analisi: enti locali e ASL, scuole secondarie, cooperative, organizzazioni di Terzo settore, ecc.

Rigore scientifico del gruppo di ricercatori del Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letteratura e Psicologia dell'Università di Firenze e nuovi strumenti di ricerca utilizzati dallo spin-off universitario MoCa Future Designers hanno consentito a questo lavoro, unico nel suo genere, di valorizzare i risultati della ricerca scientifica tipicamente universitaria e promuoverne, contestualmente, il loro trasferimento al mercato dei servizi e ai loro attori.

Il volume, dunque, presenta non solo i risultati di una ricerca scientificamente fondata, ma piuttosto una rielaborazione degli stessi attraverso riflessioni e approfondimento teorici, ma anche tavoli territoriali di analisi delle esperienze, nate dal basso nella storia e nella sensibilità dei territori indagati, degli attori pubblici o privati, per individuare i fattori abilitanti l'innovazione dei servizi di assistenza agli anziani.

Introduzione

Glenda Galeotti

Le principali trasformazioni socio-demografiche in atto nelle società occidentali – l'invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite e la mobilità umana a livello globale – impattano profondamente sui bisogni a cui i sistemi di *welfare* sono chiamati a rispondere. Fenomeni questi particolarmente evidenti in Italia, dove è mutata la condizione di anziano e in generale è in atto una ridefinizione delle età e del corso di vita, con al centro del dibattito la questione del rapporto fra le generazioni e le culture. Parallelamente l'inesorabile frammentazione dei legami familiari e comunitari si traduce in crescenti condizioni di vulnerabilità di porzioni della popolazione.

In una situazione di riduzione delle risorse e di complessificazione della realtà, i sistemi di *welfare* si trovano a rispondere a bisogni crescenti e al contempo diversificati e plurali. Da qui l'attenzione, anche nella letteratura di settore, a nuovi modelli e definizioni di *welfare*, che enfatizzano l'attivazione del consumatore-cittadino, il protagonismo del Terzo Settore e del privato sociale.

In questo contesto, le teorie quanto le retoriche sull'innovazione sociale finiscono per descrivere tanto la privatizzazione e riduzione del *welfare* – deresponsabilizzazione del pubblico – quanto le pratiche di attivazione dal basso e sperimentazione di *welfare* partecipato o di comunità. In questo secondo caso, l'attenzione alla dimensione territoriale, in termini di bisogni ma anche di risorse disponibili, e la valorizzazione delle relazioni sociali consentono all'assistenza di acquisizione caratteristiche di trasversalità e multidimensionalità. Ne consegue il suo passare da servizio residuale a una più marcata proposta capace di ricucire i diversi aspetti in gioco e la presa in carico della persona in chiave "olistica".

Se da un lato l'intera filiera cittadino - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private - istituzioni - *governance* territoriale viene riformulata, dall'altro, si prefigura una nuova cultura della domiciliarità e della cura basata sulla volontà di rispondere alle necessità in un'ottica comunitaria e di corresponsabilità attraverso la progettazione partecipata degli interventi.

L'innovazione dei servizi domiciliari per gli anziani, dunque, passa dal cambiamento delle forme e delle modalità di progettazione, attivazione e gestione, i cui nodi strategici vengono approfonditi in questo volume. Primo fra tutti la co-progettazione, intesa non solo come strumento o metodo di lavoro, ma come occasione di collaborazione fra organizzazioni che riformulano il rapporto tra pubblico e privato, condividendo la *visione* di sviluppo di un territorio con chi lo abita.

Il coinvolgimento della comunità locale, attraverso le famiglie e la società civile organizzata diviene lo spazio di identificazione dei bisogni vecchi e nuovi, delle risorse, umane e non solo, ma anche delle soluzioni innovative, disponibili a complementare e integrare l'intervento pubblico o privato.

Le tecnologie impiegate non solo e non tanto per il monitoraggio e l'assistenza delle persone a distanza o per offrire occasioni di socializzazione, ma come strumenti di gestione dei sistemi di assistenza e l'ottimizzazione nell'uso delle risorse (dalla raccolta all'analisi dei dati *biga data* e *data mining*, alla gestione della domanda e dell'offerta e delle risorse umane).

Le competenze e i profili professionali di chi opera tradizionalmente ai diversi livelli dei servizi in oggetto – dalla pianificazione, al coordinamento, alla realizzazione – nonché all'introduzione di nuove professionalità o competenze diffuse (ad esempio: infermieri di comunità, custodi sociali, antenne territoriali, etc.).

La valutazione dell'impatto degli interventi intesa come capacità di analisi, ricerca e di riflessione sulla propria azione e sugli effetti da essa prodotti, assume un ruolo essenziale, quale occasione e strumento di riprogettazione dei servizi adattandoli alle nuove circostanze.

Aspetti questi che spostano il *focus* dall'azione di assistenza alle relazioni e alle capacità di collaborazione fra coloro che partecipano

alla filiera considerata e che convergono verso la definizione di ecosistema territoriale di innovazione sociale, inteso come ambiente atto a sostenere le interazioni multiple fra soggetti individuali e collettivi, le combinazioni creative fra saperi, attività, settori, professionisti, etc. per generare risposte inedite a bisogni sempre più complessi sotto forma di servizi e prodotti.

Gli approfondimenti e le riflessioni presentate in questi scritti prendono avvio dalla ricerca *L'innovazione sociale negli interventi di assistenza domiciliare agli anziani. Modelli organizzativi, profili e competenze,* commissionata dalla Fondazione Solidarietà e Ricerca allo *spin off* accademico MoCa Future Designers e realizzata in collaborazione con il Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letteratura e Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze[1]. Lo studio empirico ha voluto esplorare possibili percorsi di innovazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli anziani in alcune Regioni italiane.

Il volume è strutturato in due parti. La prima propone alcune riflessioni che inquadrando il tema dell'assistenza agli anziani da prospettive diverse, per dare conto della complessità e della multidimensionalità delle questioni che è necessario affrontare per rispondere una domanda sociale qualitativamente e quantitativamente in profonda trasformazione. La seconda parte è dedicata alla ricerca realizzata e in particolare ai principali risultati ottenuti, i quali vengono prima presentati e poi approfonditi nei diversi contributi.

Apre il volume Glenda Galeotti che introduce il costrutto di ecosistema di innovazione sociale intesa come struttura sociale multilivello e intersettoriale in grado di favorire il rinnovamento dei servizi di assistenza agli anziani. Il lavoro si sofferma sulla centralità dei processi conoscitivi e formativi quali dimensioni trasversali e strategiche per la creazione di ambienti che favoriscono l'innovazione dei servizi e delle forme di gestione dei sistemi di assistenza agli anziani, nonché la diffusione di una cultura della corresponsabilizzazione. La riflessione approda alla riformulazione del ruolo e delle funzioni di enti e istituzioni pubbliche e alla conseguente necessità

[1] I membri del gruppo di ricerca sono Glenda Galeotti (supervisione e coordinamento scientifico), Luca Raffini, Gilda Esposito, Tiziana Mammoliti, Giuseppe de Anseris e Marco Zanchi.

di sviluppo di capacità dinamiche degli amministratori pubblici, per dirigere gli sforzi della società civile verso la soluzione delle sfide sociali e la creazione di valore, sostenendo la scalabilità e trasferibilità dei percorsi innovativi nell'assistenza agli anziani.

Il contributo di Giovanna Del Gobbo è dedicato ad approfondire i bisogni formativi e le prospettive di professionalizzazione di chi opera nei servizi per la terza età a vari livelli, a partire dalle evidenze di ricerca e verso l'individuazione di nuovi percorsi di studio dell'alta formazione.

Fabio Togni descrive la tarda età adulta triangolando le tre dimensioni dell'età psicologica, quella biologica e quella sociale. Conseguentemente, interventi e politiche del disinvestimento e dell'attivazione chiedono la rielaborazione di percorsi educativi con l'adozione di strategie di significazione dell'esistenza per via autobiografica e la ricomprensione del modello discontinuo delle transizioni. Dalla riflessione emerge la necessità e il valore della formazione continua come propedeutica dell'invecchiamento attivo.

Il contributo di Laura Menichetti affronta la questione dell'impiego delle tecnologie per promuovere la qualità della vita delle persone anziane, suggerendo un approccio di tipo multidimensionale alla scelta e l'utilizzo degli strumenti tecnologici capace di integrare le tecnologie di tipo compensativo o dispensativo, con quelle per l'organizzazione e la gestione dei sistemi di assistenza e quelle a supporto e beneficio dei decisori istituzionali.

Chiude la prima parte il contributo di Luca Raffini che tratta delle trasformazioni del *welfare state* analizzate nella loro ambivalenza. La spinta a riformare il welfare verso un modello più plurale e di comunità, in grado di coinvolgere e valorizzare l'auto-organizzazione della società per rispondere più efficacemente ai bisogni crescenti e diversificati si contrappone all'imperativo del taglio delle risorse, cui si sopperisce con il coinvolgimento di attori non pubblici. A partire da questa analisi, l'Autore approfondisce il ruolo del terzo settore e del privato sociale introducendo il paradigma dell'innovazione sociale nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

La seconda parte del libro presenta i risultati dei casi di studio effettuati nelle cinque Regioni italiane coinvolte nella ricerca, andando ad approfondire gli elementi trasversali emersi dal lavoro.

Il contributo della curatrice introduce al disegno della ricerca e ai principali risultati conseguiti che vengono ricomposti attorno ad alcuni temi chiave approfonditi negli scritti successivi.

Giuseppe De Anseris definisce l'evoluzione della co-progettazione pubblico-privato a partire dalla normativa di riferimento mettendo in luce come i percorsi di co-progettazione sono passati dall'essere inizialmente legati ad uno schema duale Pubblico/Privato al coinvolgimento dei target a cui i servizi sono destinati.

Marco Zanchi introduce figure professionali, come il custode sociale e l'operatore di comunità, che operano a livello territoriale e di quartiere con l'obiettivo di fornire un aiuto diretto e concreto agli anziani, attivando altre risorse territoriali, al fine di prevenire situazioni di criticità, rafforzare la rete di solidarietà e favorire la socialità.

Tiziana Mammoliti dedica il proprio scritto alla valutazione dell'impatto sociale, che per le organizzazioni del terzo settore può rappresentare uno strumento utile a far emergere il cambiamento prodotto dai servizi erogati e/o le attività di un progetto. Essa, di fatto, guida l'organizzazione a riflettere sulla propria capacità di generare valore per il target primario dell'intervento, produrre effetti sulla comunità di riferimento, ma anche elaborare nuova conoscenza per riprogettare i propri servizi.

Chiudono il volume le conclusioni elaborate da Gilda Esposito che ricontestualizzano il lavoro di ricerca nella cornice temporale in cui è stato svolto, dando conto anche delle progettualità in corso sviluppate grazie alle evidenze e approfondimenti forniti dallo studio.

Il volume ha il merito di affrontare un tema, l'assistenza agli anziani, che trova spazi limitati nel dibattito accademico e pubblico nonostante sia un'urgenza nazionale e internazionale e si prefigura sempre più centrale delle agende politiche dei paesi occidentali, dove i cambiamenti demografici e l'invecchiamento della popolazione sono fenomeni in espansione.

Prima parte

I. *Capacity building* per gli ecosistemi di innovazione nell'assistenza agli anziani

Glenda Galeotti

1. Introduzione

Le risorse e gli impegni dello Stato italiano in sede del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mettono al centro dell'agenda politica anche la ridefinizione dei modelli di assistenza e di cura agli anziani, con la decentralizzazione delle prestazioni erogate grazie alla creazione o al rafforzamento di strutture e presidi territoriali. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare è uno degli obiettivi del Piano, con l'aumento del volume delle prestazioni fino a prendersi in carico il 10 percento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti entro il 2026 (Governo italiano 2021).

L'approccio che si propone di adottare, raramente utilizzato in Italia, prevede una programmazione dei servizi a partire dalla valutazione della domanda di assistenza sociale e sanitaria, considerandone le caratteristiche multidimensionali in quanto rappresentative delle difficoltà quotidiane nelle quali si dibattono tanti anziani e le loro famiglie. Di fatto, viene proposto il superamento della prospettiva solitamente utilizzata e focalizzata sulla compromissione delle capacità funzionali e di autonomia, talvolta associate a patologie di base, per considerare anche le dimensioni socio-economiche che determinano un mancato accesso ai servizi e al sostegno di cui vi è necessità (ISTAT, Ministero della Salute 2021). Partire dalla domanda di assistenza, tenendo conto delle componenti di diversa natura che la precisano, è sicuramente un primo passo verso un'adeguata riformulazione dei servizi in oggetto, per la quale però sembrano necessarie ulteriori revisioni e miglioramenti.

La pandemia da COVID-19 ha svelato le debolezze e le fragilità delle nostre strutture di assistenza e cura, prima fra tutte la loro incapacità di non lasciare indietro nessuno. Nelle società occidentali, in particolare, tali strutture sono stati edificate attorno a un'idea di assistenza centrata sul paziente/assistito, che la pandemia ha evidenziato come elemento di forte debolezza, reclamando un cambiamento verso una prospettiva centrata sulla comunità (Nacoti et. al., 2020).

Abbiamo inoltre dolorosamente appreso che occorrono professionisti in grado di gestire la complessità di tali sistemi, qualificare le proprie competenze e quelle degli operatori che quotidianamente vi operano.

Sappiamo, inoltre, che se vogliamo formulare risposte adeguate alle necessità di una fascia della popolazione in aumento e con specifici bisogni di cura, queste dovrebbero essere in grado di superare una formulazione lineare dei processi di progettazione, erogazione, gestione e valutazione dei servizi alla persona verso la collaborazione e l'integrazione fra sistemi, organizzazioni, ambiti operativi, professionalità.

In assenza di un impegno in tale direzione, ovvero che consideri *in primis* un cambiamento nella cultura della cura, nella *governance* dei sistemi e nelle pratiche di assistenza agli anziani, anche le cospicue risorse del PNRR potrebbero non essere adeguate alle attese e alle necessità delle famiglie.

La pandemia ha inoltre rilevato come l'innovazione sociale possa rafforzare i servizi pubblici e sostenere le azioni dei governi dirette all'inclusione e all'emancipazione delle persone, rendendo più visibili le iniziative dell'economia sociale, realizzate anche in collaborazione con le istituzioni pubbliche (OECD 2020).

A partire da tali considerazioni, questo contributo intende presentare alcune piste di riflessione che possono contribuire al dibattito in corso sul rinnovamento dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani, ipotizzando alcune traiettorie di intervento. Grazie ai risultati della ricerca sui fattori abilitanti l'innovazione nei servizi di assistenza domiciliare agli anziani, da cui questi scritti prendono le mosse, si è giunti a un'ipotesi interpretativa che li riconduce all'"ecosistema di innovazione" declinato su base territoriale/comunitaria. Dopo aver de-

lineato alcuni elementi utili a definire tali ambienti in grado di favorire l'innovazione sociale, il contributo approfondisce come la conoscenza sia una loro dimensione chiave e trasversale e l'adozione di una prospettiva formativa sia strategica per la loro creazione e gestione. Particolare attenzione viene dedicata al ruolo della pubblica amministrazione, quale fornitore delle condizioni idonee a favorire gli ecosistemi di innovazione sociale, e al conseguente bisogno di sviluppo di competenze e capacità degli amministratori pubblici – in termini di *capacity building* o più correttamente di *institutional capacity building* – collegato all'adempimento di tale funzione.

2. Ecosistemi d'innovazione: elementi definitori

Da circa un decennio assistiamo al diffondersi dell'idea che l'innovazione sociale sia la chiave per il cambiamento necessario ad adeguare e gestire le risposte – e le modalità di formulazione delle stesse – fornite dalle nostre società alle grandi sfide della sostenibilità economica, sociale e ambientale.

L'accresciuta enfasi sull'innovazione di diversa natura nelle politiche europee[1], ma anche nelle pratiche afferibili a vari settori e ambiti operativi ha favorito lo sviluppo di studi sui fattori e sugli ambienti capaci di abilitarla, i quali sono passati da una loro prima configurazione prevalentemente orientata al *bussiness* e centrata sulle tecnologie verso l'integrazione di una pluralità di dimensioni (economiche, sociali, ambientali, educative, tecnologiche, ecc.) per accrescere il benessere della società migliorandone l'assetto organizzativo.

Seguendo tale traiettoria di avanzamento degli studi, i concetti più utilizzati in letteratura per descrivere questi ambienti e gli elementi che li caratterizzano sono (Jütting 2020; Galeotti 2021):

- i sistemi di innovazione, per sottolineare quali condizioni contestuali sono necessarie allo sviluppo, la diffusione e l'uso di soluzioni innovative;
- l'*open innovation* per descrivere le modalità di utilizzo delle risorse immateriali esterne alle imprese al fine di procurarne un vantaggio competitivo;

– gli ecosistemi di innovazione, intesi come insieme di relazioni collaborative multisettoriali e multilivello per la creazione di valore prevalentemente di tipo economico;
– gli ecosistemi di innovazione *mission-oriented*, in cui la collaborazione è indirizzata al conseguimento di obiettivi di benessere della società, la tipologia e il ruolo degli attori variano in base alla "missione" da affrontare.

Se in generale la struttura sintattica di un sistema di innovazione può essere definita a partire dalle relazioni intrattenute da un insieme di componenti che influenzano la generazione e l'utilizzo delle innovazioni e delle prestazioni innovative, quella dell'ecosistema si precisa nella capacità di tali relazioni di attivare processi co-evolutivi e trasformativi di attività, strumenti, funzioni, organizzazioni, etc. rilevanti ai fini della prestazione innovazionale di un soggetto o un insieme di soggetti (Granstrand, Holgersson 2020).

In altri termini, un ecosistema si dispone per mezzo delle relazioni e interazioni che soggetti individuali e collettivi intrattengono fra loro, a partire dai loro comportamenti, attività e funzioni, dalle loro esperienze e conoscenze, ma anche dagli orizzonti di comprensione e significati a vari livelli di complessità che tali soggetti condividono (Esbjorn-Hargens 2005).

In questa prospettiva, l'innovazione è frutto di modalità collaborative sulla base di *input* provenienti da soggetti, settori, domini o aree di conoscenza eterogenei - spesso separati e frammentati - che lavorano insieme verso un obiettivo comune (Horgan, Dimitrijević 2018). Al contempo, questi stessi processi attivano e sperimentano nuovi comportamenti, modi di conoscere e organizzare in grado di produrre trasformazioni durature nelle stesse relazioni sociali da cui prendono avvio (Pel et al. 2019). Risulta, dunque, palese il ruolo determinate giocato dalle conoscenze e capacità degli attori in gioco nella configurazione di processi multilivello, multidimensionali, transsettoriali, transdisciplinari, trans-organizzativi che animano un ecosistema di innovazione.

Dall'analisi della letteratura si evince, inoltre, come il portato conoscitivo di tali processi non possa essere ricondotto solo al posizio-

namento strategico delle organizzazioni deputate allo sviluppo di conoscenza (centri di ricerca, università, etc.) nelle compagini collaborative, al fine di garantire la fornitura di saperi contestuali e specialistici necessari o con un ruolo di mediazione e governace della produzione di conoscenza per l'innovazione (cfr. Carayannis & Campbell 2012; Etzkowitz & Leydesdorff 2000). Diventa imprescindibile considerare, infatti, il potenziale formativo e trasformativo delle reti coevolutive animate da diversità, eterogeneità e pluralismo e assumere la conoscenza come *motivo del trovarsi* a interagire con altri, allo scopo di sviluppare capacità per disegnare i "futuri desiderati" garantendo una più ampia partecipazione ai processi di innovazione (Schütz et al. 2019).

In altre parole, la collaborazione apre alla possibilità di accedere e fruire di risorse cognitive, immateriali e informali diffuse (informazioni, conoscenze, capacità, etc.) e normativo-valoriali (fiducia, responsabilità, reciprocità, solidarietà, etc.), democratizzando la co-creazione e la co-produzione di conoscenze e competenze "transfrontaliere" per lo sviluppo sociale (Carayannis et al. 2019), capaci di ideare nuove soluzioni, ma anche trasformare le forme di *governance* e le strutture di potere (Kumari et al. 2020).

La peculiarità di tali processi è il passare da un apprendimento di tipo adattivo o riproduttivo, finalizzato all'acquisizione di competenze per padroneggiare la routine ma con scarse possibilità di gestirla, ad uno di tipo innovativo o evolutivo che si verifica quando vi è la possibilità di sperimentare nuovi modi per affrontare doveri e problemi complessi (Engeström 2016).

L'apprendimento orientato all'innovazione ha un impatto diretto sullo sviluppo di capacità di individui e organizzazioni attraverso il lavoro professionale, l'apprendimento nei networking, nei rapporti con clienti, fornitori, stakeholder, ma anche nella partecipazione ad attività che producono innovazione (Federighi 2013).

Le collaborazioni intersettoriali emergono come modello di riferimento in moltissime esperienze di innovazione sociale, che nascono grazie ad alleanze fra attori con funzioni specializzate ma complementari e sinergiche.

Ad un altro livello queste stesse configurazioni relazionali creano coalizioni e alleanze che aprono la strada a infrastrutture connettive

fra i diversi sistemi e subsistemi di attività, professionali, etc. coinvolti. Quale elemento portante di un ecosistema d'innovazione, l'infrastruttura collega fra loro gli *asset* immateriali e immateriali per renderli accessibili e in grado di favorire le trasformazioni sociali (Haskel & Westlake, 2019, Thum-Thysen et al. 2017). Queste generalmente di distinguono in *hard* e comprendono incubatori, centri di ricerca, etc. a supporto dello sviluppo di soluzioni innovative, della loro scalabilità e trasferibilità; quelle *soft* riguardano invece i servizi di supporto che possono essere forniti nell'infrastruttura fisica e che vanno dall'accesso a internet fino alla formazione e al *capacity building* dei soggetti coinvolti ai vari livelli del sistema considerato (OECD 2021).

Nel contesto italiano, creare le condizioni per garantire la disponibilità di queste strutture sociali connettive multilivello e intersettoriali che abilitano nuove conoscenze e corsi di azione potrebbe essere un compito della pubblica amministrazione (Szarleta 2017; George, Reed, 2016).

3. *Capacity building* e approccio *middle out* per l'innovazione sociale

Le innovazioni sociali, comprese quelle dei servizi di assistenza agli anziani, interessano spesso esperienze contestualizzate e quindi difficilmente scalabili su territori più vasti o replicabili in altri. Ciò accade per diversi ordini di fattori, fra i quali la loro natura di fenomeni emergenti che assumono forme diversificate e comprendono più sfere di attività, soggetti e settori, la loro contingenza e sensibilità ai contesti in cui si originano ma in cui possono rimanere incorporate (Terstriep et al. 2020).

Per accrescere il loro impatto sull'organizzazione della società e la trasferibilità di nuove modalità di erogazione e implementazione di servizi, in letteratura troviamo sempre più spesso il riferimento agli ecosistemi di innovazione sociale. Seppur ancora non vi sia una loro definizione chiara e univoca, recenti studi su quelli regionali hanno efficacemente approfondito alcuni loro elementi fondativi, quali la centralità della conoscenza nei percorsi di innovazione, la

pluralità ed eterogeneità dei soggetti che vi prendono parte, i framework istituzionali che li abilitando e valorizzano[2]. Assumendo la conoscenza come una risorsa chiave per l'innovazione sociale, Terstriep et al. (2020) clusterizzano le diverse tipologie di soggetti che partecipano agli ecosistemi su base regionale, individuando quattro tipologie di soggetti chiave:

> "Developers", which are the innovators who have the capacity to translate knowledge about unsatisfactory situations, into innovative ideas and projects, that strive to improve such situations, thus they are at the core of social innovation activities. "Promotors" are involved in the process through the provision of infrastructure, equipment, funding and linking single innovations to superior policy programs. "Supporters" act as facilitators by assisting the spread and diffusion of social innovations. "Knowledge providers", or actors that deliver innovation-relevant knowledge, are key to enhancing the innovation capacity of regional actors, and to accelerating and enriching the innovation process. Social innovation actors may fill a number of these roles, which are subject to change over time (885).

Tale classificazione aiuta ad approfondire ruoli e funzioni di ciascuna di queste categorie, a partire anche dai risultati della ricerca presentata in questo volume. Gli innovatori creano percorsi di innovazione e di trasformazione delle pratiche, anche in presenza di un vuoto istituzione, grazie alle loro capacità di interagire oltre i confini settoriali, coinvolgendo utenti e beneficiari in tutte le fasi del processo in qualità fornitori di conoscenze e soluzioni o co-produttori.

D'altra parte, la natura stessa dell'innovazione sociale – a differenza di altri tipi di innovazione – postula il suo originarsi da iniziative di base grazie all'apporto di conoscenze empiriche, informali e contestuali che in molti casi sostituiscono quelle fornite dal mondo accademico, a volte troppo distante dalla vita reale. Al contempo, questo elemento può determinare debolezze di alcuni percorsi innovativi, in termine di accesso alle risorse, modelli di *bussiness*, strategia organizzative e di gestione delle risorse umane (*ibidem*). Sebbene gli innovatori possono possedere una conoscenza dettagliata dei problemi sociali irrisolti e dei bisogni non soddisfatti, non sempre hanno sufficienti capacità organizzative e di gestione per incidere ai vari livelli del sistema in cui la loro azione si irradia.

Ad un altro livello, invece, enti, istituzioni, amministratori pubblici sembrano più frequentemente coinvolti nei percorsi di ideazione di nuove modalità di erogazione dei servizi, ma meno capaci di assumere il ruolo di promotori e fornitori dei quadri che facilitano e accelerano l'innovazione, supportando anche la valorizzazione dei risultati promettenti. L'agire da intermediari coordinando, gestendo e orchestrando risorse, saperi, soggetti esige, infatti, un'*infrastrutturazione* su scala territoriale (comunitaria, regionale, etc.), in grado di abilitare modi inediti di sostenere nuovi corsi di azione e comportamenti, prodotti e servizi innovativi, ma anche e soprattutto i loro impatti sull'organizzazione della società e la loro trasferibilità.

L'interesse crescente verso questi meccanismi di orchestrazione o coordinamento di cluster organizzativi, reti di professionisti, networks di attori, etc. che fungono da generatori di conoscenza (cfr. Zukauskaite, 2018) per la formulazione di risposte ai bisogni dei cittadini e con il loro diretto coinvolgimento, appare ancora poco studiato e praticato nell'ambito del *welfare* e dei servizi alla persona, che risultano meno professionalizzati e evoluti rispetto alle controparti tecnologiche o aziendali.

L'anello debole sembra rintracciabile nelle scarse capacità possedute dai soggetti e amministratori pubblici nel fornire strutture intermedie abilitanti un ecosistema di innovazione sociale, che prefigura l'adozione di un approccio *middle out* utile all'ingaggio di una dinamica circolare e di interdipendenza tra politiche a sostegno dell'innovazione e sperimentazioni attuate dalla società civile (Schot, Steinmueller 2018). Un tale modo di procedere preserverebbe il potenziale trasformativo di istanze e nuove modalità organizzative dal basso, consentendo loro di propagarsi e trasferirsi, aumentando l'impatto su politiche, strategie e misure inadeguate e al contempo favorendo l'efficacia di quelle orientate alla rigenerazione dei sistemi sociali, compresi gli assetti della pubblica amministrazione.

In questi termini, dunque, si profila un necessario sviluppo di competenze degli amministratori pubblici a livello locale, regionale, etc., i quali dovrebbero divenire capaci di sostenere i percorsi virtuosi per la riqualificazione dei servizi di assistenza e di cura degli anziani. Questa inedita funzione della pubblica amministrazione,

conseguente ai cambiamenti e alle sfide che anche queste organizzazioni si trovano oggi ad affrontare, evidenzia la necessità di promuovere azioni di *capacity building*, o più correttamente *institutional capacity building*, dirette a qualificare le competenze organizzative e di gestione della pubblica amministrazione per raggiungere gli obiettivi di trasformazione dei sistemi di assistenza e cura. Alcune aree di intervento, nella prospettiva dell'*institutional capacity building*, identificate come particolarmente rivelanti per l'innovazione sono (OECD 2017):

- investire nella capacità e nelle potenzialità di funzionari e amministratori pubblici come catalizzatori dell'innovazione, anche in termini di costruzione della cultura, degli incentivi e delle norme per facilitare nuovi modi di lavorare;
- valorizzare la conoscenza disponibile, facilitando il libero flusso di informazioni e dati utili a formulare in modo creativo e non standardizzato risposte alle nuove sfide e a cogliere opportunità di cambiamento;
- ripensare le strutture organizzative potenziando le partnership per migliorare e qualificare le capacità, gli approcci e gli strumenti, condividere i rischi, sfruttare le informazioni e le risorse disponibili per l'innovazione.

4. Dalla co-progettazione all'ecosistema di innovazione sociale

La normativa sulla co-progettazione può offrire l'occasione e il quadro istituzionale per lo sviluppo di ecosistemi territoriali per l'innovazione nei servizi di assistenza domiciliare agli anziani. Seppur trattandosi, in sostanza, di una modalità procedurale e operativa basata su un accordo di collaborazione tra enti pubblici e soggetti del privato sociale finalizzata alla definizione di progetti innovativi e sperimentazioni di servizi, interventi e attività complesse, essa può rappresentare l'occasione per la ridefinizione di ruoli e funzioni delle diverse parti in gioco anche, in una prospettiva più ampia, creando le condizioni per la costruzione di contesti favorevoli all'innovazione nei servizi alla persona.

La possibilità di sperimentare forma di collaborazione pubblico-privato può favorire non solo l'identificazione o la riformulazione delle modalità di risposta ai bisogni emergenti, ma avviare l'implementazione di strutture intermedie in cui i ruoli degli amministratori pubblici e degli innovatori sociali si ibridando, facendo sfumare anche la tradizionale distinzione tra approcci *top-down* e *bottom-up*.

In altre parole, la co-progettazione rappresenta una nuova modalità di *partnership* che, oltre a facilitare prassi diverse di analisi, progettazione e realizzazione di interventi sociali, può diventare occasione di sviluppo delle conoscenze e competenze necessarie per servirsi di strategia adeguate alla risoluzione di problemi pubblici complessi. Per questa via si sottolinea la valenza formativa degli spazi di collaborazione aperti dalla co-progettazione, considerandoli come laboratori di sviluppo di capacità dei soggetti coinvolti, funzionale a promuovere il cambiamento nei modi di agire, organizzativi e nei framework di riferimento.

Conseguentemente all'esplorazione dei benefici che l'innovazione sociale può portare, è evidente già da tempo la necessità di chiamare in causa le amministrazioni pubbliche per una più ampia trasformazione delle pratiche sociali e della capacità di azione della società nel suo complesso, insieme all'adozione di una visione sistemica, dove attori pubblici e privati possano cooperare alla pari per raggiungere obiettivi condivisi (Commissione Europea 2013). Queste coalizioni eterogenee sono sostenute dall'attuazione di approcci olistici più idonei ad affrontare le lacune istituzionali e del mercato, nonché i problemi sociali critici (Valente, Oliver 2018), offrendo la possibilità formulare nuovi comportamenti organizzativi, quali proprietà emergenti dalle interazioni multiple, locali e non lineari fra professionalità, *expertise*, conoscenze, valori, competenze in uno medesimo spazio sociale e produttivo (Lindenfors 2017).

In altre parole, la co-progettazione può forgiare collaborazioni inter-organizzative e trans-organizzative in grado di animare le strutture connettive intermedie che abilitano un ecosistema di innovazione, dove soggetti istituzionali e civici cooperano per il raggiungimento di obiettivi comuni, modificano competenze e comportamenti organizzativi e dove le istanze *top-down* e *bottom up* giungono a sintesi (Schauppenlehner Kloyber, Penker 2016).

Per progredire verso questi modelli ecosistemici, gli imprenditori sociali sono chiamati a innovare radicalmente la loro "meta competenza" imprenditoriale, ricercando "nuovi equilibri" fra le parti in gioco, superando la cultura competitiva a favore di un approccio collaborativo che valorizza la combinazione e la gestione delle risorse materiali e immateriali presenti in un dato contesto.

Dall'altro lato, gli amministratori pubblici come promotori di nuovi assetti organizzativi in grado di favorire l'impatto delle innovazioni sulla società devono necessariamente dotarsi di capacità adeguate al rinnovamento delle proprie funzioni, che vanno verso la costruzione di ponti fra ambiti, settori, professionalità, il far convergere e combinare le risorse tangibili e intangibili, l'orchestrazione delle interazioni e delle relazioni sociali per creare il terreno fertile allo sviluppo di nuovi corsi di azione, comportamenti inediti, prodotti e servizi innovativi. La pubblica amministrazione, quindi, non è solo più responsabile e garante dell'attuazione delle politiche e delle strategie pubbliche nazionali e subnazionali in vari campi, alcuni dei quali strettamente correlati alle pratiche di innovazione sociale, ma dovrebbe avere ruolo fondamentale nel configurare contesti favorevoli allo scambio di idee e pratiche fra i diversi attori e nel facilitarne l'attuazione (OECD, 2021).

Quanto fino a qui discusso può trovare applicazione a partire da tre componenti chiave associate a specifiche dimensioni formative, attraverso le quali sostenere le dinamiche relazionali, creative, trasformative associate allo sviluppo di nuove idee e corsi di azione.

Il coinvolgimento (*engagement*) e lo sviluppo delle competenze (*capacity building*) di cittadini, organizzazioni e imprese del Terzo Settore, della pubblica amministrazione, decisori politici, etc. è una strategia fondante per la costruzione di un ecosistema d'innovazione.

A livello delle pratiche, il *focus* si sposta dall'azione alle relazioni e alle interazioni fra i diversi *stakeholder* della filiera considerata, curvandole in chiave collaborativa, di corresponsabilizzazione e co-produzione. A livello intermedio (o meso) della gestione dell'ecosistema, un aspetto nodale diventa il reperimento, la convergenza e la combinazione, ma anche la qualificazione delle risorse umane, conoscitive, strumentali presenti in un territorio al fine di valorizzarle per infrastrutturare l'ambiente ecosistemico.

La seconda dimensione da considerare riguarda la componente ricerca e sviluppo che si manifesta, nelle pratiche, con la sperimentazione di nuove risposte a problemi sempre più complessi e multiformi, a livello intermedio, nei dispositivi di accelerazione dell'apprendimento quale fattore centrale per la prototipazione e iterazione e, dunque, come capacità di testare idee e migliorarle sistematicamente. Qui possiamo situare la valutazione dell'impatto intensa, non solo come misurazione degli effetti e dei cambiamenti prodotti grazie alle soluzioni innovative escogitate, ma quale spazio di analisi e di riflessione sui servizi e le modalità organizzative ai vari livelli della filiera dell'assistenza. Se considerata nella sua globalità – e non come mero ed ennesimo adempimento burocratico – questo tipo di valutazione può avviare processi di apprendimento infra-, inter- e trans- organizzativi, a partire dalla capacità di una determinata azione di generare valore per la società, ma individuando le eventuali aree di miglioramento anche di tipo organizzativo.

La valutazione/autovalutazione delle *performance* costituisce, inoltre, un efficace *driver* per la crescita individuale e organizzativa, in quanto contribuisce alla riflessione per ridefinire obiettivi e strategie, all'individuazione dei bisogni formativi per il raggiungimento dei risultati attesi. In questi termini la valutazione può essere vista come momento di preparazione e gestione del cambiamento, rappresentando la possibilità di trasformazione del presente e di assunzione di scelte e decisioni per il futuro, che prefigurano nuove conoscenze, nuovi comportamenti organizzativi (Galeotti 2020; Galeotti, Del Gobbo 2019; Federighi 2012).

La terza componente riguarda l'orientamento a valori condivisi connaturato nell'azione collettiva e collaborativa per il bene pubblico. Questo si precisa nell'intreccio tra l'agire diretto ad uno scopo o la risoluzione di un problema, e quello coerente con i principi di solidarietà e collaborazione, le aspirazioni di miglioramento delle condizioni di vita delle persone (Galeotti, 2020). I quadri di senso sono, inoltre, alimentati dallo *storytelling* inteso come la capacità di usare narrative e comunicazione per articolare una visione comune e l'informazione in modo convincente. Narrative e comunicazione sono processi collettivi che diffondono e mediano idee e concetti

nuovi verso il pubblico più amplio (Pel et. al. 2019) e dunque possono essere impiegati anche al servizio della circolazione di una cultura della cura alternativa e incentrata sulla corresponsabilizzazione di tutte le parti in gioco.

5. Verso un ecosistema comunitario per l'innovazione dell'assistenza agli anziani: il caso di Piossasco in Piemonte

Fra i casi di studio affrontati nella ricerca sull'innovazione nell'assistenza agli anziani, l'esperienza di Piossasco in Piemonte può rappresentare a buon titolo un esempio di ecosistema di innovazione sociale su base comunitaria in fase di strutturazione. Si tratta, nello specifico, della sperimentazione di un servizio assistenza domiciliare attuata tra il 2016 e il 2017 e successivamente consolidata.

Tale iniziativa si è sviluppata grazie all'implementazione di strategie di comunità che vanno ad intervenire nello spazio lasciato scoperto dai servizi di assistenza agli anziani tipici del sistema italiano, costruito attorno alla dicotomia tra le categorie di "assistenza domiciliare" e "assistenza residenziale".

Il modello di assistenza sperimentato si colloca nell'ambito del cosiddetto *welfare generativo di comunità* o *di prossimità* e ha preso avvio grazie a una co-progettazione fra soggetti territoriali diversi, sotto la guida di una Residenza Sanitaria Assistita (RSA) e orientata a definire nuove modalità di produzione ed erogazione dell'assistenza a partire dalla riformulazione di ruoli e funzioni dei diversi soggetti individuali e collettivi coinvolti. La sperimentazione prende avvio con l'istituzione della figura dell'infermiere di comunità promossa dalla Regione Piemonte (D.G.R. n. 32/2017) che rappresenta, dunque, il *framework* istituzionale all'interno del quale essa si colloca.

Il modello di ristrutturazione dell'assistenza domiciliare emerso dalla co-progettazione si basa su due elementi principali. Il primo riguarda l'apertura della struttura residenziale al territorio, la quale si trasforma da semplice fornitore di un servizio residenziale di lunga degenza per anziani a spazio di elaborazione di nuove idee e configurazioni relazionali per ridisegnare e implementare il *welfare* locale.

Conseguentemente, le funzioni di tale struttura passano dall'erogazione dell'ultima risposta possibile fornita dal sistema di assistenza all'essere attore chiave che promuove l'integrazione fra i diversi professionisti, comparti e servizi alla persona, aprendo anche ad altri settori, attraverso la riorganizzazione e riconfigurazione di alcune dimensioni chiave, quali:

- messa in rete dei servizi sociali, sanitari e di assistenza territoriale (es. infermieristica di comunità), ma anche ludico-ricreativi e di altra natura;
- alleanza virtuosa con alcune aziende e cooperative agricole del territorio per l'approvvigionamento alimentare che danno lavoro a persone svantaggiate, attivando un circuito del riciclo e del recupero;
- collaborazione con il tessuto associativo culturale locale per promuovere eventi pubblici all'interno e fuori della struttura, impiegando l'arte come strumento terapeutico e mezzo che contribuisce all'incontro con l'alterità, alla contaminazione dei luoghi e all'abbattimento dei pregiudizi e dei muri;
- attivazione di uno sportello informativo e di orientamento, specializzato nel supporto ai *caregiver* sui temi della cronicità e della non autosufficienza, come nuovo spazio cittadino di promozione culturale e rigenerazione del capitale sociale;
- implementazione di un modello organizzativo capace di migliorare la qualità dell'abitare all'interno della RSA per le persone accolte, valorizzandone le competenze attraverso il loro eventuale coinvolgimento in mansioni di gestione dei loro ambienti di vita;
- riconfigurazione dei percorsi e servizi di assistenza socio-sanitaria esistenti, dei ruoli e funzioni dei professionisti impegnati nella loro erogazione.

La sperimentazione ha previsto interventi di sostegno alla domiciliarità grazie al lavoro di una micro-*équipe* multidisciplinare che include i seguenti professionisti: operatori socio-sanitari, infermiere di comunità, psicologa, assistente sociale. L'infermiere di comunità ha il ruolo di coordinatore dell'équipe, in stretto rapporto con il medico di medicina generale, ma è anche la figura di riferimento per

l'utente, la famiglia e il *caregiver*. A seguito di una lettera inviata dal Sindaco a tutte le persone anziane residenti nel Comune, sono state programmate visite domiciliare dove gli operatori della micro-équipe hanno attuato un'azione di ascolto, prevenzione, accompagnamento, rilevazione e mappatura dei bisogni, non solo di ordine sanitario o socio-assistenziale. Centrale in questo lavoro è stata la predisposizione di griglie di analisi della condizione della persona, a partire da una serie di *allert* che consentono di monitorare, da un lato, lo stato della persona (situazione della salute, socio-relazione, abitativa, competenze residue, etc.), dall'altro quello della comunità nel suo complesso. Tramite questo processo di raccolta dati, l'équipe facilita l'accesso ai servizi presenti sul territorio sulla base dell'incontro tra domanda ed offerta, può ipotizzare interventi di prevenzione laddove necessario, potenziamento delle reti di supporto, sviluppo di comunità attivando le risorse a diposizione, come illustrato nella seguente figura dove vengono illustrate le azioni attivate a partire dalle 491 visite domiciliari effettuate (Figura 1).

Tipologia di azione	Persone coinvolte
Azioni supportive a domicilio: visita infermieristica, intervento OSS, pasti a domicilio, fisioterapia	72
Azioni di comunità: Gruppi di cammino, promozione volontariato, interventi con le scuole	130
Attività di promozione alla salute attraverso incontri educativi: incontri su ipertensione e dieta	123
Azioni in RSA: animazione, laboratori, supporto OSS (es. bagno, fisioterapia, ecc.), pasti	123
Attivazione Rete: contatti con associazioni e servizi, festa Avulss, compagnia volontario	34
Nessuna azione attivata	141 su 491 (28,72%)

Il dettaglio delle azioni messe in campo dal 1° febbraio 2017 al 30 marzo 2018 (su 491 persone visitate)

Figura 1. Tipologia di azioni realizzate e numero delle persone coinvolte a partire dalle visite effettuate (Fonte: Ceccarini, Rao, Pollo 2018).

Questo aspetto declina il secondo elemento fondante la ristrutturazione dell'assistenza domiciliare agli anziani nel Comune di Piossasco, ovvero il rintracciare e valorizzare le risorse di diversa natura utili a contrastare la solitudine e l'isolamento, ma anche a creare una dinamica relazionale virtuosa fra i diversi soggetti e a tutti i livelli del sistema.

Reinterpretando l'esperienza qui presentata alla luce delle riflessioni condotte in questo contributo è possibile affermare che le modalità innovative a sostegno della domiciliarità degli anziani sono prodotte dall'apertura alla collaborazione fra i soggetti territoriali, la quale si concretizza nel Presidio Socio-Sanitario territoriale integrato. Ciò ha consentito, a livello delle pratiche, di sperimentare nuovi servizi per la cittadinanza e nuove modalità del prendersi cura della cronicità e della non autosufficienza. A livello della *governance,* il Presidio rappresenta la struttura intermedia di integrazione strategica, quale "*hub*" della rete relazionale, che ha trasformato le funzioni dei referenti socio-sanitari e socio-assistenziali convolti da erogatori di servizi tradizionali a ideatori e promotori di un'offerta comunitaria innovativa. Questa si qualifica per prendere le mosse dalla domanda e dalle risorse territoriali e aprire l'accesso potenzialmente a tutti i cittadini, investendo al contempo sul sostegno alla domiciliarità per rafforzare luoghi, percorsi di cura e di assistenza agli anziani. A livello della cultura, infine, la promozione di una nuova concezione dei servizi e della cura degli anziani ha inteso contribuire alla crescita culturale e sociale della comunità nel suo insieme e al benessere delle persone che la vivono.

6. Conclusioni

L'articolo 118 della Costituzione Italiana stabilisce che le Istituzioni pubbliche e gli Enti locali debbano favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà. Secondo tale principio, i cittadini attraverso le loro forme associative hanno la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi

che incidono sulle realtà sociali più prossime. Allo stesso tempo permangono un nucleo di funzioni inderogabili che i poteri pubblici non possono alienare, quali il coordinamento, il controllo, la garanzia dei livelli minimi di diritti sociali, equità, etc. (cfr. Legge del 5 giugno 2003, n. 131).

Affinché il principio di sussidiarietà possa essere attuato in un periodo di profonde trasformazioni che incidono sulle forme di aggregazione sociale dei cittadini è necessario ripensare anche le funzioni a carico delle istituzioni, le quali dovrebbero rivedere come attuare il coordinamento e il controllo assumendo approcci non più lineari, ma adeguati alla complessità dei fenomeni sociali.

Lo sviluppo di capacità delle pubbliche amministrazioni diventa una leva fondamentale per cogliere e valorizzare la rinnovata capacità di azione dei cittadini e della società civile organizzata, al fine di innalzare i livelli di inclusione e benessere di tutti.

Come ci ricordano Mazzucato e Kattel (2019), le istituzioni pubbliche hanno bisogno di capacità dinamiche per formulare obiettivi strategici e allineare le risorse organizzative per raggiungerli, dirigere i loro sforzi verso la soluzione delle sfide sociali e la creazione di valore pubblico e non essere solo semplici responsabili di progetti, programmi o attuatori neutrali di una volontà politica. In questo necessario cambiamento, la formazione e l'apprendimento hanno un ruolo chiave per

> to rethink ways in which public organisations create and implement strategic actions (from leadership capabilities to engagement with societal actors), how we build and develop civil service (from training to performance assessment and promotion) and how we organise work in public organisations (from cross-sectoral teams to iterative experimentation) (7).

Questa sfida riguarda anche i servizi di assistenza domiciliare agli anziani, in molti casi ancorati a modelli di erogazione basati su una relazione *one-to-one* pubblico-privato (tipica dei servizi con gara d'appalto e per certi versi presente anche nei sistemi di accreditamento[3]), verso forme collaborative aperte che siano in grado farli progredire in formulazioni più adeguate a bisogni quantitativamente e qualitativamente in profonda trasformazione.

La co-progettazione pubblico-privato può essere l'occasione per operare questo sviluppo di conoscenze e capacità, se considerata un'arena – o spazio d'apprendimento – in cui interagiscono soggetti con saperi, esperienze, ruoli diversi, ma accomunati dalla stessa necessità di individuare soluzioni inedite e capaci di intervenire non solo sulle pratiche, ma anche direttamente e indirettamente sulla *governance* dei sistemi e sulla cultura di riferimento.

Note

[1] Il riferimento è alla programmazione europea 2014-2020, ma anche a quella 2021-2027.
[2] Ricerche condotta nell'ambito di due progetti finanziati dalla Commissione Europea: "Social Innovation. Driving Force of Social Change" https://www.si-drive.eu/sample-page/ e "Social innovation, economic foundation empowering people" http://www.simpact-project.eu/about/simpact.htm.
[3] Sulle forme di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani si veda il contributo di Glenda Galeotti nella seconda parte del volume.

Riferimenti bibliografici

Carayannis, E. G. Grigoroudis E., Stamati D., Valvi T., 2019, Social Business Model Innovation: A Quadruple/Quintuple Helix-Based Social Innovation Ecosystem, in «IEEE Transactions on Engineering Management», 99, pp. 1-14.

Carayannis, E.G., Campbell, D.F.J., 2012, Mode 3 Knowledge Production in Quadruple Helix Innovation Systems, in Mode 3 Knowledge Production in Quadruple Helix Innovation Systems, SpringerBriefs in Business, vol 7, Springer, New York.

Ceccarini, L., Rao, S., Pollo, D., 2018, Nuovi modi del prendersi cura andando verso le persone e la comunità, in «Welfare Oggi», Vol. 3.

Engeström Y. (2016). Studies in expansive learning: Learning what is not yet there. Cambridge: Cambridge University Press.

Esbjor-Hargens S. (2005), Integral ecology: an ecology of prospective, in «Journal of integral Theory and Practice», 1(1), pp. 267-304.

Etzkowitz H., Leydesdorff L., 2000, The dynamics of innovation: from National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university-industrygovernment relations, in «Research Policy», 29, pp. 109-123.

European Commission, 2013, Guide to Social Innovation, Publications Office of the of the European Union.

Federighi, P., 2013, Adult and continuing education in Europe. Using public policy to secure a growth in skills, European Commission, Bruxelles.

Federighi, P., 2012, L'embedded learning o la formazione incorporata, in Federighi P., Campanile G., Grassi C., Il modello dell'Embedded Learning nella PMI, ETS, Pisa, pp. 17-24.

Galeotti G. (2021). Figure professionali emergenti nell'educazione degli adulti. Il facilitatore di piattaforme collaborative negli

ecosistemi di innovazione sociale, in G. Del Gobbo, P. Federighi, Professioni dell'educazione e della formazione. Orientamenti, criteri e approfondimenti per una tassonomia (349-374), Editpress, Firenze.

Galeotti, G., 2020, Educazione ed innovazione sociale. L'apprendimento trasformativo nella formazione continua, Firenze University Press, Firenze.

Galeotti, G., 2019, Future of work and education in 21st century. Coworking as learning space, in «Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete», 19(2), pp. 269-286.

Galeotti, G., Del Gobbo G., 2019, Formazione continua per l'innovazione nel Terzo settore. Una ricerca collaborativa per lo sviluppo professionale degli operatori socio-educativi, in «LLL», Volume 30, pp. 70-87.

George, C., Reed, M. G., 2016, Building institutional capacity for environmental governance through social entrepreneurship: lessons from Canadian biosphere reserves, in «Ecology and Society», 21(1),18.

Governo italiano, 2021, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.

Granstrand, O., Holgersson M., 2020, Innovation ecosystems: A conceptual review and a new definition, in «Technovation», Volumes 90-91.

Haskel, J., Westlake, S., 2019, Capitalism without Capital: The Rise of the Intangible Economy, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Horgan, D., Dimitrijevi , B., 2018, Social Innovation Systems for Building Resilient Communities, in «*Urban Sci.*», *2*/13.

Istat, Ministero della salute, 2021, Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019, https://www.istat.it/it/archivio/258319.

Jütting, M., 2020, Exploring Mission-Oriented Innovation Ecosystems for Sustainability: Towards a Literature-Based Typology, in «Sustainability», 12.

Kumari, R., Kwon, K., Lee, B., Choi K., 2020, Co-Creation for Social Innovation in the Ecosystem Context: The Role of Higher Educational Institutions, in «Sustainability», 12, p. 307.

Lindenfors, P., 2017, For Whose Benefit? The Biological and Cultural Evolution of Human Cooperation, Springer, Cham.

Pel, B., Wittmayer, J., Dorland, J., Søgaard Jørgensen, M., 2019,

Unpacking the social innovation ecosystem: An empirically grounded typology of empowering network constellations, in «Innov. Eur. J. Soc. Sci. Res.», 37, pp. 1-26.

Mazzucato, M, Kattel, R., 2019, Getting serious about value, in «IIPP Policy Brief», 07.

Nacoti, M. et. al., 2020, At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation, in «Innovation in Care Delivery», https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080

Pel, B., Wittmayer, J., Jens Dorland J., Søgaard Jørgensen M., 2019, Unpacking the social innovation ecosystem: an empirically grounded typology of empowering network constellations, «Innovation: The European Journal of Social Science Research», Volume 33/4.

OECD, 2021, Building Local Ecosystems for Social Innovation A Methodological Framework, OECD, Paris.

OECD, 2020, Social Economy and the COVID-19 Crisis: current and future roles, OECD, Paris.

OECD, 2017, Core skills for public sector innovation: a beta model, OECD, Paris.

Schauppenlehner-Kloyber, E., Penker, M. 2016, Between Participation and Collective Action - From Occasional Liaisons towards Long-Term Co-Management for Urban Resilience, in «*Sustainability*», 8(7), 664, pp. 1-18.

Schot, J., Steinmueller, E. W., 2018, Three frames for innovation policy: R&D, systems of innovation and transformative change, in «Research Policy», Volume 47/ 9, pp. 1554-1567.

Schütz, F., Heidingsfelder, M.L., Schraudner, M., 2020, Co-shaping the future in quadruple Helix innovation systems: Uncovering public preferences toward participatory research and innovation, in «J. Des. Econ. Innov.», 5, pp. 128-146.

Szarleta, E. J., 2017, Capacity Building for Social Innovation: A Collective Impact Approach, in «Metropolitan Universities» Vol. 28 No. 4.

Terstriep, J., Rehfeld, D., Kleverbeck, M., 2020, Favourable social innovation ecosystem(s)? An explorative approach, in «European Planning Studies», Volume 28/5.

Thum-Thysen A., Voigt P., Bilbao-Osorio B., Maier C. and Ognyanova D., 2017, Unlocking Investment in Intangible Assets. Discussion Paper 047, European Commission, Bruxelles.

Valente, M. Oliver, C., 2018, Meta-Organization Formation and Sustainability in SubSaharan Africa, in «Organization Science» Volume 29.

Zukauskaite, E., 2018, Variety of regional innovation systems and their institutional characteristics, in A. Isaksen, R. Martin, M. Trippl, eds., New avenues for regional innovation systems (pp. 41–60), Springer, Cham.

II. Prospettive di professionalizzazione per i servizi domiciliari agli anziani

Giovanna Del Gobbo

The challenge for the future is to ensure that people everywhere can grow old with security and dignity and that they can continue to participate in social life as citizens with full rights. At the same time the rights of old people should not be incompatible with those of other groups, and reciprocal intergenerational relations should be encouraged
(United Nations, World Population Ageing 1950-2050, Population Division).

1. Verso una transizione professionale?

La società attuale è spesso descritta come una "società che invecchia" (Pantalone 2021) e si stanno delineando, soprattutto nei Paesi più sviluppati, scenari sicuramente inediti sul piano demografico. La stessa percezione dell'invecchiamento sta cambiando: sempre più persone, rispetto ad un passato anche prossimo, restano attive e prolungano la carriera lavorativa o partecipano ad attività sociali dopo il pensionamento, continuando a offrire un contributo alla società. Già nel 2009 l'ILO evidenziava come l'invecchiamento della popolazione rappresenti sicuramente "una storia di successo" nell'evoluzione dell'umanità, ma comporti comunque anche una profonda ridefinizione dei bisogni personali individuali e della comunità, considerando anche la velocità con cui la situazione demografica sta cambiando:

> The population of developed countries is ageing fast, and the developing world is only a few decades behind. The proportion of the population aged 65 and over is expected to triple in less developed countries over the next 40 years, rising from 5.8 to 15 per cent of the total population, while in the more developed countries this figure is expected to rise from 16 to 26 per cent (an increase of more than 60 per cent), [...] in the developed countries one person in three will be a pensioner (ILO 2009, 9).

Anche la Commissione europea nel 2011 rilevava come la generazione over 80 iniziasse a rappresentare il gruppo di popolazione in più rapida crescita nella maggior parte dei Paesi europei (Commissione europea – DG Affari economici e finanziari 2011).

Il recentissimo *Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni* (COM/2021) pone in evidenza come il numero di persone potenzialmente bisognose di assistenza a lungo termine nell'UE-27 sia destinato a aumentare: da 19,5 milioni nel 2016 a 23,6 milioni nel 2030 e a 30,5 milioni nel 2050 (19).

In questo scenario l'invecchiamento attivo e il mantenimento di buoni livelli di autonomia sono diventati centrali: il costrutto "qualità della vita" diventa un risultato centrale dei processi di cura nell'assistenza agli anziani e si correla non solo alla promozione della salute, ma soprattutto all'autonomia, al benessere e al mantenimento delle competenze funzionali (Kane 2001). L'autonomia dei pazienti anziani fragili dipende, tuttavia, dal loro ambiente e dal loro stato di malattia. Con questa consapevolezza, la conservazione di una loro autonomia è legata ad ambienti e processi di cura (compresa la valutazione routinaria della fragilità) che ne valorizzino le capacità e non le compromettano. In questo quadro assumono rilevanza tutte le azioni che consentono di fornire assistenza nelle case, dove l'autonomia dei soggetti anziani ha meno probabilità di essere compromessa (Rockwood 2006).

Un cambiamento di prospettiva che richiama una sorta di "*care transition*" da un approccio prevalentemente legato a aspetti di carattere sanitario (più legati alla dimensione di cura della salute), ad un approccio che metta al centro il benessere e recuperi il ruolo attivo del soggetto anziano. Bury e Tylor (2007) parlando della transizione *from medical dominance to managed consumerism,* evidenziano significative ricadute sui processi di professionalizzazione degli operatori coinvolti e sulla costruzione delle relazioni all'interno dei servizi di assistenza. Sostenere processi decisionali condivisi, favorire forme di scelta e autogestione dei processi di cura costituiscono approcci che modificano profondamente le relazioni ed evidenza una dimensione negoziale e richiedono nuove pratiche e nuove pro-

fessionalità, capaci di accompagnare questi processi. Bury e Tylor, richiamando il cosiddetto "triangolo di Kaiser" (Figura 1), sottolineano come solitamente azioni di cura professionali siano limitata ai "casi ad alto rischio".

Il resto comprende un misto di "cura condivisa" e "cura di sé" senza esprimere necessariamente specifiche professionalità.

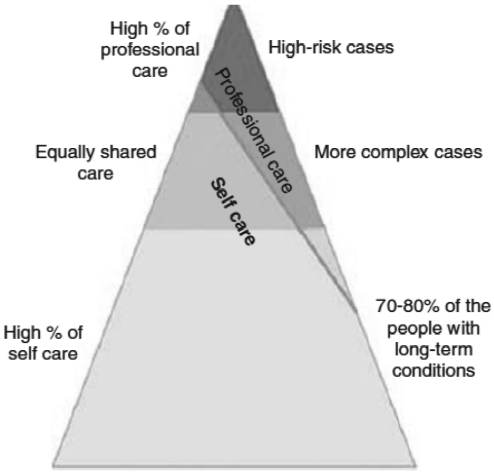

Figura 1 Kaiser Triangle, (tratto da Bury, Tyalor 2006, 207).

Considerare la necessità di un pubblico "pienamente impegnato" nella propria salute (Wanless 2002) sarà sicuramente prioritario per soddisfare la domanda di servizi nel contesto delle crescenti aspettative in una popolazione che invecchia, tuttavia occorre considerare come la grande maggioranza di questo "pubblico" non ha avuto la possibilità di sviluppare adeguate competenze di *self-care* e, tanto meno, capacità per la gestione di un "consumo critico" dei servizi (per richiamare l'idea del *managed consumerism*). Questo scenario prefigura una ristrutturazione dei servizi con forti implicazioni dal punto di vista delle professionalità necessarie non solo per fornire assistenza, ma per accompagnare il mantenimento e lo sviluppo di autonomia e capacità di autogestione, o per attivare efficaci interventi *community based* che consentano alle persone di rimanere nella propria abitazione (Luker, Worley *et al.* 2019).

Nel già citato *Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni* (COM/2021), è evidenziato come nei prossimi 10 anni i posti di lavoro da coprire nel settore sanitario e dell'assistenza sociale sono potenzialmente 8 milioni. Parallelamente, l'affidamento sui cosiddetti "prestatori di assistenza informale" (caregiver informali) diventerà sempre meno sostenibile per le famiglie. Questo implicherà la richiesta di servizi diversificati e un maggior numero di figure per le quali potrebbero rendersi necessari processi di riqualificazione e di sviluppo di competenze professionali diversificate per rispondere a bisogni complessi e contestualizzati. Prendersi cura degli anziani in ambiente domestico significa spesso sostenere persone con problemi sanitari e sociali complessi e le richieste di assistenza organizzata sono in aumento: la probabilità di multi-morbilità, disabilità funzionale, fragilità, demenza, condizioni psichiatriche e reti sociali in diminuzione è in tendenziale aumento.

L'allungamento della speranza di vita sollecita, fin da ora, l'universo dei servizi e i singoli operatori a interrogarsi sul ruolo che assumono (o potrebbero assumere) nella definizione di politiche sociali e sociosanitarie rivolte agli anziani e ai loro contesti familiari e di appartenenza (Pantalone 2021). Parallelamente si pone il problema di comprendere, a partire dalle pratiche già in atto e dai bisogni che si stanno consolidando, quali professionalità potrebbero rendersi necessarie, in termini specifiche competenze richieste.

2. Professionalità codificate ed emergenti

Le professionalità impegnate nei servizi domiciliari per la terza età rispondono, dunque, ad una domanda crescente. Ne è ormai ampiamente riconosciuta l'utilità sociale: si tratta sia di professionisti, di cui sono note e descritte alcune categorie ampiamente codificate (si pensi all'Operatore Socio Sanitario, quale professione regolamentata), sia di lavoratori che non hanno sempre seguito un corso di studi adeguato alle funzioni che spesso si ritrovano a svolgere in base ai bisogni espressi dall'utenza (il caso emblematico è quello delle "badanti").

Nel corso degli ultimi anni, in modo più intenso e diffuso, stanno emergendo specifiche aree di professionalità, legate alle particolari caratteristiche dei contesti all'interno dei quali si esercita la professione. Inoltre, la prospettiva educativo/trasformativa che l'assistenza domiciliare implica, sembra richiedere, in funzione della richiamata capacità di *self-care* (individuale e familiare) competenze che per il momento rimango implicite nei percorsi di professionalizzazione, sia formativi, sia *on the job*. L'esigenza di nuove competenze professionali è avvertita dai professionisti che operano nell'assistenza domiciliare: un bisogno formativo che trova parzialmente risposta al di fuori dei sistemi formativi tradizionali, attraverso una formazione embedded. Ma in questo caso molto dipende dal potenziale formativo espresso del servizio, messo a dura prova da tempi di erogazione delle prestazioni estremamente ridotti, supervisione e coordinamento spesso assenti.

Per comprendere cosa è accaduto e cosa sta accadendo nel campo dell'assistenza domiciliare agli anziani, per saper prefigurare scenari futuri, occorre guardare alle dinamiche di *professionalizzazione* in atto.

Se si effettua una ricerca sull'Atlante del Lavoro e delle professioni (https://atlantelavoro.inapp.org/index.php) al di fuori dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) non appaiono altre professioni codificate. Utilizzando come parole chiave presenti nel titolo della professione o nella *job desciption* "anziani", "terza età", "assistenza domiciliare", non viene selezionata nessuna professione, neanche l'OSS. Tuttavia, se la ricerca viene effettuata dal punto di vista delle qualificazioni professionali, quindi dal versante della formazione che viene erogata per raggiungere una qualificazione repertoriata a livello regionale, la situazione cambia e alcune figure compaiono ("Animatore per anziani", "Animatore residenze per anziani", "Referente residenze per anziani) tutte legate al lavoro presso strutture e tutte classificate nell'ambito sociosanitario. Se si realizza la ricerca per AdA, ovvero Aree di Attività, esiste un'area denominata "Svolgimento di attività di assistenza a soggetti non autosufficienti", prevista all'interno della figura dell'Assistente domiciliare, qualificazione presente e la cui prospettiva lavorativa è prevalentemente legata a committenze

private, ma a cui non corrisponde una vera e propria professione codificata come per l'OSS. Figura comunque presente in vari servizi, in modo complementare all'OSS.

Sembrerebbe dunque non esistere una professione specifica e codificata per l'assistenza domiciliare agli anziani, neanche come tipologia esemplificativa all'interno dell'Atlante delle professioni. Si tratta di una tipologia di servizio, che a livelli diversi, potrebbe riguardare una crescente fetta di quel pubblico a cui sono richieste competenze di *self-care*: non solo per intervenire quando i margini di autonomia sono ormai residuali o assenti, ma anche per realizzare interventi di prevenzione e mantenimento proprio dell'autonomia auspicata.

È, del resto, crescente l'attenzione da parte di diverse tipologie di stakeholder per forme innovative di servizi domiciliari, considerata unica formula sostenibile per prevenire scenari che potrebbero essere di difficile gestione se non si interviene a favore del mantenimento di sufficienti livelli di autonomia. Basti pensare che in Italia (ISTAT 2021):

- il 32,3% della popolazione over 65 presenta gravi patologie croniche e multimorbilità, percentuale che tra gli over 85 sale al 47,7%;
- 3,8mln di anziani presentano grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale oppure in quelle della vita domestica;
- 1mln di anziani ha bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona.

Per quei 3,8 mln non si tratta di una riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona, relative alla condizione di salute in senso stretto, ma anche difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica.

È possibile, a partire dalle pratiche, individuare percorsi di professionalizzazione in atto che potrebbero essere sostenuti e sviluppati anche in funzione di processi di innovazione dei servizi per il mantenimento di adeguati livelli di autonomia, intervenendo a livello di prevenzione? È possibile individuare professionalità che potrebbero

agire al di fuori delle aree di conclamata criticità con funzioni di educazione al *self-care* familiare e individuale?

Ricerche volte a valutare forme di sostegno al mantenimento di livello di autonomia degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona, sono sicuramente necessarie per fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie. I focus group realizzati all'interno della ricerca oggetto della presente pubblicazione, pur senza la pretesa di affrontare tali complesse questioni in modo sistematico, hanno offerto interessanti prospettive di lettura del fenomeno.

3. Il parere dei *pratictioner*

Al fine di raccogliere il parere di coloro che con ruoli e responsabilità diverse operano nel settore dell'assistenza domiciliare per anziani, oltre alle interviste, nell'ambito della ricerca presentata in questo volume, sono stati realizzati 8 focus group con coordinatori ed operatori, altre figure professionali impegnate nell'erogazione del servizio. Obiettivo è stato raccogliere il punto di vista di operatori e coordinatori sei servizi di Assistenza domiciliare riguardo a tre dimensioni chiave: bisogni, risposte, professionalità.

Il quadro che emerge dai focus group richiama un modello di "intervento complesso": l'assistenza domiciliare si differenza dagli altri servizi e ha caratteristiche proprie con un potenziale impatto sull'intero ambiente di cura di una persona o sui modelli di cura.

> l'assistenza domiciliare che è tutto un altro mondo…è tutto un altro mondo…te entri in casa delle persone, te entri nella vita delle persone e vedi dalla casa più messa a posto alla casa messa peggio che però, ci sono delle persone meravigliose dentro, capito…quindi ti insegna anche a non giudicare l'assistenza domiciliare…poi è tutta un'altra cosa…è incredibile [FG 1]

> manca questo contatto, invece in un lavoro, per esempio qual è la differenza con la struttura e il domiciliare, anche se nella struttura è tutto… stando li l'operatrice ha modo di... è sempre presente... allora lo scherzo, la battuta... ha più tempo rispetto a noi che si corre da una casa all'altra... [FG 2]

il fatto dell'igiene (che quello in pratica è la cosa più importante) però... passa in secondo piano soprattutto quando si va sempre nelle stesse famiglie... si crea un rapporto per forza, anche se uno non vuole non c'è verso a non avere una cerca confidenza, sicchè poi ti prendono come punto di riferimento... [FG 2]

Bisogna aiutare tutta la famiglia, anche i caregiver che aiutano i disabili e gli anziani. A volte non sappiamo come ascoltare... Affrontare utenti, parenti, vicini di casa. Prendi in carico tutto il nucleo familiare... Devi dimenticare il progetto. Devi ascoltare [FG 3]

tu intanto vai in casa di una persona, non sei in un ambiente come potrebbe essere l'ospedale... sicchè tu entri in casa di una persona, per cui sapere interagire, presentarsi, farsi conoscere... piano piano perché magari tante persone non accettano [FG 2]

L'elemento principale è il fatto che tanti anziani possano rimanere, grazie all'assistenza domiciliare, nel proprio ambiente. Piuttosto che andare magari in una struttura in cui, sì, magari stanno con altre persone, ma hanno tanti altri problemi, il bagno da condividere, ecc. Li rassicura un po', sicuramente [FG 5]

un titolo di un corso potrebbe essere: "il giusto comportamento da tenere a domicilio dell'utente" [FG 2]

Dai risultati della ricerca, emerge chiaramente come il processo di professionalizzazione delle professioni di assistenza si identifica solo in parte con la loro formazione. Alcune azioni sono esercitate da professionisti accomunati dalle attività svolte, ma non dalla formazione, dallo status, dalle competenze maturate, dal tipo di rapporti di lavoro, etc.

l'infermiere si adopera a fare anche il servizio da OSS [FG1]

Collaboriamo anche con un fisioterapista, inizialmente ci va lui e poi ci insegna a noi la ginnastica da continuare, da fare, da fare giornalmente [...] lui ci insegna per mantenere comunque un movimento attivo del paziente [FG1]

Pur rilevando problematiche richiederebbero interventi diversi, le condizioni e i vincoli del servizio prevedono solo azioni di supporto sanitario.

> Le nostre prestazioni sono prettamente infermieristiche e da OSS, operatori socio-sanitari, e riguardano per quanto riguarda l'infermiere: prelievi, medicazioni, clisteri, cateterismi e gestione di medicazioni e cateteri vari; per quanto riguardo l'OSS invece lì c'è l'igiene e la cura della persona [FG 1]

> il 90% dei servizi sono assistenziali quindi…e noi rispondiamo a quelli [FG 1]

Emergono anche altre esigenze a cui spesso è impossibile dare risposte perché non previste nel servizio. A volte la risposta è necessaria, ma richiede di assumere decisioni e negoziare il servizio.

> Il bisogno assistenziale è sempre intrecciato ad altri bisogni. Una buona parte è anche di natura relazionale. Perché comunque un buon 80% degli anziani è solo. Non hanno un punto di riferimento, un parente che li può aiutare, spesso ci sono anche dei familiari ma che non sono presenti e non sono comunque in grado di essere un punto di riferimento, perché ci sono situazioni molto difficili... di fatto il problema è la solitudine, unita al problema economico. E anche se hanno bisogno di essere aiutati, nelle pulizie, nella preparazione del pasto, ma alla fine quello che anca di più agli anziani non è il pavimento brillante, ma qualcuno con cui condividere pensieri. È un appuntamento importane il nostro arrivo [FG 5]

> I bisogni invece che i cittadini, insomma gli utenti, richiedano non sono solo questi elencati ma sono bisogni molte volte anche relazionali di compagnia che sarebbero previste anche nelle attività che già che si svolgano però i tempi... sono talmente ristretti che non è possibile trattenersi con l'utente se non il tempo necessario per svolgere quella determinata attività... lavarlo, sistemare l'ambiente e cosi via dicendo [FG 2]

> molti pensano che si possa accompagnare in macchina a fare delle commissioni o delle cose cosa che non possiamo assolutamente fare perché proprio non è previsto nel nostro progetto [FG 2]

> Sono anziani che stanno sempre chiusi in casa o che dalla casa vanno in ospedale o viceversa e poi niente [...] con pazienti che ce lo permettono

perché comunque non tutti riescono a fare tutto, abbiamo intenzione di portare fuori anche loro, per una merenda, per fare…per prendere una boccata d'aria [FG1]

ho bisogno anche solo che qualcuno passi una volta alla settimana per sapere che ci sono, che sto bene e che non ho bisogno di niente, di grave e che riesco ancora a farmi la spesa. Oppure, avrei bisogno di qualcuno che mi aiuti a fare le piccole pratiche del medico o la piccola spesa perché magari i figli ci sono, ma per le grandi cose. ...ci sono più bisogni della quotidianità spicciola [FG 6]

ti chiedono un'altra cose ma che te non puoi fare e gli dici: "si te la fo però non ti faccio quest'altra" ...per esempio... l'altra volta sono arrivate due raccomandate a questa signora da due uffici postali diversi e lei non sapeva che fare, due avvisi di raccomandata, allora aveva urgenza di prenderli... mi ha chiesto subito... io: "va bene io ci vado ma sono due poste diverse, quindi ci vuole più tempo e la doccia non te la posso fare" e lei dice: "si va bene la faccio domani" ... [FG 2]

Forte è il richiamo alla dimensione relazionale come caratteristica del lavoro con gli anziani. Richiede competenze professionali di gestione che non sempre sono possedute e che le condizioni di lavoro, per tempi e isolamento dell'operatore, non consentono di sviluppare adeguatamente.

un tipo di assistenza relazionale perché, ovviamente, con il paziente abbiamo un rapporto abbastanza stretto, quindi... non so... abbastanza stretto... quindi ci si lega abbastanza [FG 1]

magari su un'ora che noi andiamo li, 40minuti li passi a chiacchierare solo per tranquillizzarli e spiegargli quello che andremo a fare e in un quarto d'ora ti trovi a fare quello che devi fare [FG 1]

chi non sa gestire una relazione ovviamente verrà fuori un servizio di pessima qualità... quello sicuramente. Poi tutto vien da sè, però la base è la relazione, quindi un rapporto, creare un rapporto abbastanza empatico con il paziente [FG 1]

dal punto di vista emotivo, ci sono quelli più... ehh... più giù di morale ma magari anche con la nostra presenza si cerca di... ummm... un supporto psicologico, quello sicuro [FG 1]

noi abbiamo bisogno di empatia, il nostro rapporto con i pazienti è basato sull'empatia…bisogna tenere presente che noi entriamo in casa di persone estranee, entriamo in relazione con famiglie che non conosciamo e quindi devi saperti comportare e saperti relazionare con queste nuove realtà... cioè non ci conoscono, entri a casa sua [FG 1]

l'empatia non te la insegna nessuno purtroppo…il fatto di inglobare, di ingoiare roba ehhh…non te la insegna nessuno [FG 1]

perché sono tutti nonni mancati, nonni che non abbiamo mai avuto. Quindi abbiamo questo occhio…non è che non siamo più professionali, ma rimaniamo professionali con un occhio in più per la relazione [FG 1]

Anche la relazione con i familiari richiederebbe capacità specifiche, anche con funzione educativa.

Con la famiglia dell'utente invece... allora noi dobbiamo avere molta più pazienza a livello psicologico più con i parenti che con il paziente... ci sono dei parenti molto difficili da gestire, molto ansiosi [FG 1]

quindi educare anche, per dire, non è semplice ed è una cosa che bisogna fare sempre e costantemente [FG 1]

I profili di accompagnamento sono degli incontri che faremo, in gruppo o individuali, in base alle loro necessità, per accompagnarli nell'auto-gestione della propria vita, di gestione delle proprie malattie o per correggere gli stili di vita... [FG 6]

parliamo molto con i familiari, li educhiamo a come fare, li rendiamo anche... magari... autonomi, quindi gli insegniamo a come fare, però allo stesso loro ci chiamano, ci chiedono, comunque si relazionano con noi... si forma un rapporto di fiducia... per la famiglia diventa essenziale per loro che in questo momento è insuperabile per la famiglia... come fa da sola... [FG 1]

con la famiglia... si deve combattere anche per avere gli ausili tante volte, ... il sollevatore no perché appunto prende spazio o impatta con l'ambiente in questi casi siamo sempre noi che si cerca di convincerli, perché se non c'è altra soluzione... alcuni neanche lo sanno che servono questi strumenti capito... sicché li si propone noi; poi magari all'inizio non lo fanno poi piano piano capiscono e si rendono conto... magari i famigliari non hanno mai avuto esperienza di persone insomma allettate insomma che non sanno da che parte iniziare [FG 2]

> ci sono molti familiari che sono molto di intralcio…cioè arrivano e vorrebbero tutto un altro tipo di servizio "ma io avevo richiesto questo ma io avevo chiesto quello" ma signora guardi... ripeto "ci vuole molto tempo per spiegarlo" e soprattutto noi non si può rispondere… quindi questo è un grosso problema [FG 2]

Emerge il bisogno di competenze specifiche sia di supporto psicologico, sia per la gestione di particolari patologie o per far fronte a situazioni emergenziali o legate a una utenza diversa in una società che sta cambiando.

> Mi sono occupata per sei ore di seguito per svariate settimane di una signora che comunque sia non era tanto anziana ma era già affetta da Alzheimer e comunque sono state giornate abbastanza pesanti... poi ho chiamato... alla fine della settimana per dirle: "dimmi qualcosa di reale, perché io non ci sto più dentro questa realtà" capito? [FG 1]

> prima di entrare tutti nel panico... o Dio come fare, non fare... parenti che urlano "aiuto, aiuto", dobbiamo imparare a gestire, a calmare la situazione... prendere in mano la sicurezza e la padronanza di gestire le proprie ansie e l'urgenza che può capitare

> la movimentazione, perché noi infatti abbiamo un medio-alto livello di infortuni legati anche allo spostamento sbagliato dell'utente, se te movimenti l'utente in maniera sbagliata tu puoi fare male all'utente ma anche ti danneggi la schiena, le braccia e così via. Molte volte ci sono infortuni legati a questo punto [FG 2]

> ...è cambiata la popolazione cioè è multi-etnica cioè quindi anche questo comporta un impegno maggiore anche semplicemente per la lingua... Ora non dico di imparare la lingua, però parlare con una mediatrice culturale che ci dia degli elementi [FG 2]

L'assistenza domiciliare sta esprimendo la possibilità di far emergere con maggior chiarezza una realtà che rischierebbe di rimanere nascosta mettendo in evidenza il bisogno di servizi diversamente concepiti e organizzati, centrati proprio sulla prevenzione e sull'attivazione delle comunità.

una constatazione quanto anche il progetto dimostri la difficoltà del sistema dei servizi ad essere presente ed in un posizionamento in termini di vicinanza con la persona, in quanto la presa in carico, così chiamata, è una presa in carico solo sempre di più dei casi, diciamo, con bisogni più conclamati in termini sanitari complessi. Mentre le difficoltà che vedono le persone sono più difficoltà anche nella gestione della vita quotidiana. E su questo, purtroppo i servizi sono completamente sprovvisti non soltanto di un sistema organizzativo, ma sono sprovvisti da un punto di vista proprio di pensiero. Direi anche di un ritenere che su questi ambiti il sistema debba e possa intervenire. Quindi, c'è molto scarto tra questa situazione, realtà e quanto il sistema è in grado di offrire. ...c'è un bisogno anche di avere tutte quelle informazioni per poter facilitare l'accesso al sistema. Che non sempre queste informazioni, la famiglia le dispone, ...informazione e orientamento, accompagnamento sono sicuramente bisogni presenti... [FG 6]

i servizi sanitari e le aziende si sono focalizzate tanto sull'ultima parte della vita, quando stai male, ...quindi i servizi sono più sincronizzati sull'ultima parte della vita. Ma se noi iniziamo a lavorare prima e questo discorso non ce l'hanno tanto le aziende sanitarie, se noi andiamo a lavorare prima, cercando di capire i problemi prima e promuovendo la salute prima, riusciamo ad arrivare e a tamponare delle situazioni che magari non diventano così gravi [FG 6]

questo bisogno di attività di prevenzione, per certi aspetti, è sicuramente un elemento su cui bisogna espandere il lavoro, ma proprio nei termini che trovi delle energie, delle risorse che possono aiutare a seguire quelle che sono più in difficoltà e in più, quelli che rimangono attivi, spostano molto più in avanti il rischio di essere loro ad avere bisogno di tutto [FG 7]

I focus group fanno emergere come il processo di professionalizzazione non dipenda necessariamente dalla formazione posseduta, ma piuttosto dalle attività che sono chiamati a svolgere e dai nuovi bisogni. Ma è un processo di professionalizzazione necessario.

gli operatori sono fragili, sfigati, marginali come i vecchi che noi accogliamo. Stressa stregua. O noi proviamo a offrire spazi di fronteggiamento professionale, quindi dove c'è una convenienza professionale [FG 6]

questa cosa che la popolazione invecchia e dunque bisogna investire... però qui il nostro lavoro sta diventando più difficile ...volete investire

per...? Il nostro ruolo non è più considerato, il più delle volte io non mi sento come operatore domiciliare... [FG 2]

Tuttavia, prospettive innovative di gestione dell'assistenza domiciliare in chiave preventiva, con un approccio olistico e globale, basato sull'attivazione delle comunità, emergono

guardare alla domiciliarità non in maniera circoscritta alla prestazione... un disegno che, attorno al tema della domiciliarità, [prova] a dare un sostegno all'abitare della persona perché resti, appunto, abitante. ...Il focus è sul territorio. Cioè, gli operatori sono più chiamati ad allestire un contesto più facilitante, più di prossimità perché la persona possa appunto trovare anche da parte del vicino un eventuale aiuto che oggi magari non riceveva e non aveva. ...C'è un tentativo di mettere in campo risposte collettive per restituire alla comunità quella problematica perché possa farsene, in qualche misura, non solo carico, ma possa cercare... le soluzioni possibili perché i temi sono, a volte, anche molto complessi. ...non è pensabile che magari un operatore o quel servizio riescano a fornire una risposta. ...la cura non è certamente soltanto guardata a stabilizzare una malattia o una patologia [FG 6]

E per fare questo, c'è bisogno, appunto, di fare quell'azione da parte degli operatori sulla comunità perché siano attivatori. Ecco, mi sembra che anche questo aspetto, chiamiamolo così, tra virgolette, non so se dire di innovazione, guardare all'operatore come un imprenditore, da un punto di vista dell'attivazione sociale... Abbiamo bisogno di operatori che sviluppino la rete o che sviluppino reti tra le reti. Attivatori, mobilitatori, allestitori [FG 6]

Essere veramente connettori di risorse che vuol dire saperle mettere insieme, ma prima ancora saperle ascoltare, riconoscere e valorizzare. Cioè, non vedere solo persona con il suo problema, la sua malattia, la pressione alta, ma il saper vedere anche le sue possibilità e le sue soggettività rispetto a come può evolvere il suo progetto di vita. Questo non è semplice perché tutto il nostro modello formativo è improntato su un altro tipo di sguardo [FG 6]

riproporre la figura che sia la Custode Sociale, piuttosto che l'Infermiere di Comunità, piuttosto che l'Educatore di Comunità, ad essere quello che lavora sul territorio per ricomporre il tutto, cioè veramente è un investimento grosso, ma non perché non c'è niente, è per rimettere un po' a bolla un po'

> tutto l'insieme... Per creare delle connessioni tra i vari servizi, tra le varie misure, tra i vari stessi operatori [FG 6]

È da qui che eventualmente scaturiscono bisogni formativi che richiederebbero non solo percorsi formativi ad hoc (ad esempio per la gestione delle emergenze), capaci di essere complementari con le conoscenze e competenze sviluppate attraverso processi di apprendimento *embedded*, frutto dell'azione educativa esercitata dall'esperienza lavorativa stessa, magari attraverso forme di supervisione, raramente presenti.

> riuscire a gestire la complessità che incontri, senza ridurla solo al tuo pezzetto, richiede delle persone diverse rispetto a come siamo cresciuti negli anni come operatori sociali. Quindi, bisogna lavorare probabilmente poi appunto su che tipo di formazione fai rispetto a questo tema. Devi lavorare un po' anche probabilmente in auto-formazione, ri-ragionando, ri-leggendo le cose che fai. Perché devi modificare il tuo modo di stare sul lavoro, di essere il lavoro. Qui non è una questione di avere più nozioni, di avere più conoscenze, ma è una questione di rivedere come queste conoscenze tu le utilizzi [FG 7]

4. Riflessioni conclusive

Ascoltare la voce dei diversi operatori coinvolti, rende evidente la specificità di un servizio di assistenza domiciliare che per rispondere ai bisogni deve modificare la propria configurazione e prevedere anche la professionalizzazione degli operatori verso ambiti ancora non codificati: del resto la professionalizzazione è il percorso attraverso cui la propria attività lavorativa diventa una professione. Occorre considerare che «i professionisti sono tutti coloro che svolgono, dietro la corresponsione di un compenso, le attività proprie di una o più professioni e nel rispetto degli standard di professionalizzazione raggiunti da una professione in un determinato momento storico» (Del Gobbo, Federighi 2021, 9). Le loro testimonianze, la descrizione delle attività, dei ruoli e delle funzioni che ricoprono all'interno delle diverse organizzazioni in cui lavorano e

hanno lavorato, aiutano a conoscere le attività effettivamente svolte e le condizioni di esercizio di una professione sicuramente in rapido cambiamento.

Sono rilevabili diversi stadi di sviluppo e, soprattutto, diversi livelli di legittimazione sociale. L'insieme di conoscenze condivise tra i professionisti ha connotazioni diverse. Le stesse condotte professionali in termini di azioni, di codici seguiti e le aspettative degli stakeholder sociali (coloro che li legittimano e li occupano) variano a seconda dei contesti e dei modelli di servizio.

Come accennato, si tratta di cambiamenti in un'area che sicuramente sta decisamente aumentando la sua presenza nel mercato del lavoro. L'attenzione verso questo universo si è accresciuta progressivamente in relazione a un bisogno legato a fattori demografici (innalzamento delle aspettative di vita), sociali (tra cui le trasformazioni della struttura familiare), culturali (delega della cura a professionisti non più percepita come disvalore, attenzione alla dimensione dell'invecchiamento attivo). Si tratta per certi aspetti, di ambiti di professionalizzazione aggiuntive, integrative e/o complementari rispetto a capacità professionali già presenti. che portano a inserire questa professionalità ancora in una zona ponte tra le "semi-professioni" e le "pre-professioni": nel primo caso perché sembrano collocarsi all'incrocio tra paradigmi diversi, quello sanitario e quello assistenziale-educativo-formativo, che potrebbero trovare una convergenza nel paradigma del self-care e dell'autonomia. Si tratta di professionalità che si stanno sviluppando dalle pratiche e al di fuori dei sistemi classici della formazione, con una forte caratterizzazione trasversale, con un approccio teorico e pratico di tipo interdisciplinare e con una pluralità di percorsi di formazione e aggiornamento in servizio di livello più o meno avanzato e specializzato, ma ancora non unitari rispetto alla professione.

Definire conoscenze, competenze, identità e statuti professionali può rappresentare un risultato, portando le professionalità che rientrano nella famiglia delle professioni di assistenza alla terza e quarta età, con particolare attenzione ai servizi di assistenza domiciliare, a livello di legittimazione sociale: la risposta a un bisogno sta contribuendo alla definizione di un processo di professionalizza-

zione, in termini di processo sociale attraverso cui una attività lavorativa, una occupazione diviene una professione (si pensi alla "badante"!).

Correlare epistemologie professionali, processi di professionalizzazione e percorsi formativi richiede lo sviluppo di ulteriori ricerche. Nel flusso evolutivo dei processi di professionalizzazione, in particolare in un campo che si pone in uno spazio di sovrapposizione tra ambito sanitario, sociale, educativo, sono individuabili stadi di sviluppo progressivo. La definizione di percorsi formativi, in questo senso, può caratterizzare una fase avanzata di questo processo e rappresentare una fase di consolidamento, se non di un riconoscimento istituzionale per stabilirne con chiarezza i requisiti di accesso e definirne i percorsi di acquisizione attraverso specifiche attività formative anche a livello di formazione terziaria.

I percorsi formativi sono, del resto, chiamati ad accogliere la sfida di interpretare i cambiamenti sociali, culturali ed economici in atto per offrire risposte adeguate: da una parte per garantire l'acquisizione delle competenze necessarie ai futuri professionisti, dall'altra per favorire il re-skilling dei professionisti in una prospettiva di formazione continua. È una sfida rafforzata dalle rapide e continue trasformazione che caratterizzano il presente e i futuri scenari del mercato del lavoro.

Prospettive di lettura flessibili dei processi di professionalizzazione diventano necessarie in un quadro caratterizzato da un problema complesso e in evoluzione che richiede risposte professionali non lineari, senza una netta definizione dei confini e dei territori propri di un mestiere, emergenti da basi pragmatiche piuttosto che teorico-disciplinari. Siamo di fronte all'emergere di professionalità transizionali al crocevia tra competenze sanitarie e assistenziali, pedagogiche, ma anche giuridiche, manageriali.

L'emergere nell'ambito dell'assistenza domiciliare di forme plurali e ibride di identità e appartenenza comporta un ulteriore impegno di ricerca nel definire criteri e orientamenti per una tassonomia delle professioni capace di valorizzare e dare significato al manifestarsi, nel mondo del lavoro, di appartenenze, di attributi professionali, di ruoli. È proprio la fenomenologia del mondo del lavoro che offre

un quadro che merita di essere ulteriormente indagato per ricomporre un'area professionale, superare visioni caleidoscopiche e fornire elementi di orientamento per professionisti interessati a cogliere opportunità di nuove prospettive di carriera.

Riferimenti bibliografici

ANPAL, Atlante delle professioni, https://www.atlantedelleprofessioni.it/che-cos-e

Bury, M., Taylor, D., 2008, Towards a Theory of Care Transition: From Medical Dominance to Managed Consumerism, «Soc Theory Health» 6, 201–219.

Commissione Europea, 2021, *Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni*, Bruxelles, 27.1.2021 COM(2021).

Del Gobbo, G., Federighi, P., 2021, Professioni dell'educazione e della formazione. Orientamenti, criteri e approfondimenti per una tassonomia, EditPress, Firenze.

Dyer, S. M., van den Berg, M. E. L., Barnett, K., et al., 2019, *Review of Innovative Models of Aged Care*, Flinders University, Adelaide, Australia.

Federighi, P., 2020, Margini di autonomia relativa delle Università, mercato della formazione e mercato del lavoro dei professionisti dell'educazione e della formazione, «Nuova Secondaria», 10: 67-79.

ILO, 2009, Ageing societies: The benefits, and the costs, of living longer, «Magazine World of Work», 67, 9 – 12.

ILO, 2018, *World Employment and Social Outlook 2018: Greening with jobs*, ILO, Geneva.

ISTAT, 2013, *La classificazione delle professioni*, Istat, Roma.

ISTAT, 2018, *La partecipazione degli adulti alle attività formative*, Istat, Roma.

ISTAT, 2021, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf,

JRC, 2018, Health care and long-term care workforce: Demographic

challenges and potential contribution of migration and digital technology, https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC121698

Luker, J.A., Worley, A., et al., 2019, The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: a systematic review, «BMC Geriatr» 19, 217.

Pantalone, M., 2021, Una società che invecchia. Nuove sfide per il servizio sociale, Carocci, Milano.

Rockwood, K., 2006, Capacity, population aging and professionalism, «CMAJ», Jun 6,174(12), 1689.

III. I molti volti della tarda età adulta. Per un'educazione e una pedagogia long life dell'invecchiamento

Fabio Togni

1. L'invecchiamento "culturale"

Michel Houellebecq è uno degli scrittori contemporanei più interessanti che il panorama letterario europeo ci offre, non solo per la capacità introspettiva e creativa, ma soprattutto per il suo linguaggio a tratti dissacrante, talmente politicamente scorretto da rasentare l'empietà.

Nel 2005 dà alle stampe un singolare romanzo dal titolo emblematico e promettente per il nostro tema. Ne *La possibilità di un'isola*, racconta la storia di un comico, Daniel, alle prese con le vicende della vita, un'esistenza, la sua, ma non solo, che pare essere tanto enigmatica quanto incomprensibile. Tra successi, dubbi e domande l'uomo incontra una giornalista, Isabelle, con la quale costruisce un rapporto morboso ed erotico, unito e sigillato dalla sola passione della carne. Una carnalità che è inesorabilmente segnata dalla vecchiaia – Isabelle si sente già vecchia, pur essendo solo trentenne –, a tal punto che, dopo un rapporto decennale caratterizzato da una vivace e tumultuosa sessualità, una volta che il tempo ha deformato inesorabilmente i loro corpi, i due si allontanano progressivamente, scoprendo la superficialità del loro amore.

Il trascorrere degli anni, la manifestazione degli effetti indelebili sul corpo e nella carne o, in una sola parola, l'*invecchiamento* arrivano con il loro potere demistificante e rivelano l'apparenza e la superficialità dei rapporti e delle relazioni della società contemporanea adulta. Una diagnosi, quella di Houellebecq, tanto semplice quanto condivisibile.

Soprattutto ha motivi di pertinenza l'idea secondo la quale la vecchiaia debba essere considerata un *processo di demistificazione e di rivelazione* della vera essenza di una umanità che, nella giovinezza e nella prima adultità, vivrebbe solo un'esistenza apparente e superficiale. E nemmeno il disperato e consueto tentativo di Daniel di anestetizzare gli effetti della vecchiaia, intrecciando una relazione animalesca con una donna molto più giovane di lui, sortisce alcun effetto. Anzi! Il romanzo si chiude amaramente con il realizzarsi delle promesse del titolo: l'abbandono alla solitudine di Daniel, a cui la giovane donna preferisce un ragazzo più giovane o una vita più giovanile. Daniel viene lasciato come naufrago solitario sull'isola deserta della vita, nel suo tentativo di rincorrere il mito diuturno dell'eterna giovinezza. Viene abbandonato nella disperazione più totale, irreparabile e irreversibile. Perché irreparabile e irreversibile è l'invecchiamento, come ha ben evidenziato – per utilizzare un'altra icona contemporanea dell'invecchiamento – il noto quadro di Gustave Klimt dedicato alle *Tre età della vita,* dove una donna curvata da un macigno 'assente', metaforizzato perché non raffigurato e quasi svuotata nella sua corporeità decadente, si porta una mano disperata sul volto, chiudendo lo sguardo di fronte alla carne 'piena' di una giovane donna che tiene tra le braccia la figlia neonata. È un'immagine idiscutibile dell'*in-videre* – da cui il sentimento dell'invidia, intesa come incapacità di sostenere lo sguardo di colui o colei si percepisce aver portato via una possibilità – tipico di molta tarda età adulta.

In queste due icone si può contemplare plasticamente l'intero della riflessione di quello che potremmo definire *invecchiamento culturale*, in cui attestazioni storiche, letterarie ed artistiche hanno narrato l'ambivalenza di una fase cruciale dell'esistenza. Come il funambolo di nietzschiana memoria di *Così parlo Zaratustra*, l'invecchiamento delle attestazioni culturali è in bilico continuo tra la possibilità e l'inesorabilità, tra la piacevolezza e la serietà, tra l'ottimismo e la disperazione, tra l'apollineo e il dionsiaco, tra la maturità e la senescenza.

In questo modo la vicenda dell'invecchiamento culturale, nella sua dicotomia, nella sua ambivalenza e nella sua contraddittorietà descrive un'ellisse a due fuochi.

Da un lato, l'avversione nei confronti della vecchiaia, che, come nel primo Frammento di un antico poema greco di Mimnermo di Colofone (VII sec. a.C.) denominato *Contro la vecchiaia,* viene definita tanto odiosa e tanto odiata da donne e bambini, da essere interpretata come la peggiore delle condanne divine (Lavagnini 1932, 35).

Ma poi, come a voler esorcizzare e trascendere simbolicamente il deturpamento estetico dell'invecchiamento, si assiste ad una sorta di contro-azione che porta alla rappresentazione del saggio-filosofo nelle forme di un vecchio. Socrate, ma è così anche per Platone o per Aristofane, non vengono rappresentati nei busti a loro dedicati nelle loro effettive fattezze, ma si sublimano in una sorta di *brutta senescenza*. La *brutta vecchiaia* viene caricata in questo modo di valore e di possibilità. Ovvero, da destino inesorabile e deturpante, diviene cifra della saggezza, contribuendo a complicare lo schema semplicistico della *kalokagathia* (Eco 2018, 28).

Tuttavia, questo apparente secondo fuoco dell'ellisse opposto alla *brutta vecchiaia*, quello, cioè, della *vecchiaia brutta*, ma foriera di saggezza e di maturità, non rappresenta una vera antitesi rispetto alle negatività dell'invecchiamento, con i suoi contenuti disparati, disperati e disperanti. Non esiste nell'*invecchiamento culturale* un'idea ingenua e ottimistica che descriva una vecchiaia assolutamente positiva. Esiste piuttosto una vecchiaia trasformata e sublimata, la cui bruttezza rimane, ma viene connotata e trascesa dal suo valore di saggezza.

Il vecchio saggio è brutto. Così come la vecchiaia è brutta. Ma nella sua bruttezza ha qualche possibilità. La stessa possibilità che si dà Cicerone – si tratta dell'opera da cui è nata la nota espressione "Cicero pro domo sua" – che, alla veneranda età di 62, nel 44 a.C. nel *Cato Maior de senectute* ricorda che Catone, prototipo ed *exemplum* del grande vecchio, non avrà la forza e la destrezza dei giovani, che si arrampicano sugli alberi della nave della politica, ma avrà l'esperienza per prendere saldamente tra le sue mani il timone e guidare lo stato attraverso i perigli del mare. «Le grandi cose», infatti, «non si fanno con la forza o con la velocità o con l'agilità del corpo, ma con la saggezza, con l'autorità, con il prestigio delle quali virtù la vecchiaia di solito non solo non è priva ma anzi ne è arricchita» (Cicerone [44 a.C] 2012, 55).

Allora la *brutta vecchiaia* ha un suo valore e gli acciacchi degli anni e la deturpazione estetica trovano nella saggezza il loro antidoto.

2. L'invecchiamento "naturale"

Ma l'invecchiamento è soprattutto una sfida per la medicina. Lo è a tal punto da dedicare una branca specifica – la *geriatria,* per l'appunto – per certi versi opposta e coerente con l'unica altra branca dedicata a una specifica età della vita, la *pediatria*. Pediatria e Geriatria, infatti, inquadrano la medicina Generale e dimostrano lo sforzo specifico che la riflessione clinico-medica dedica tanto agli inizi quanto alla fine dell'esistenza umana.

La *Gerontologia medica*, partendo dal dato comune del processo di senescenza, mette in atto tutto un insieme di interventi terapeutici, dietetici ed igienici funzionali al rallentamento dei processi di decadimento metabolico, cercando di agire in dimensione preventiva, anticipando ed evitando i fenomeni patologici tipici dell'età senile.

Il corpo dell'anziano è misurato, dunque, sul corpo dell'adulto in condizione di salute, definito nel suo funzionamento "normale". Tale misura è talmente significativa da divenire metro di paragone e descrittore della vecchiaia a tal punto che, sempre di più oggi, all'interno del discorso scientifico della geriatria, si efatizza il fatto che l'anziano pare mostrare una certa resilienza ai fenomeni fisiologici della senescenza, mantenendo più a lungo funzioni "normali".

Tuttavia questo processo di pensiero – che la gerontologia medica più informata deriva dal cosiddetto *ageismo*, ovvero la scienza che rende conto dell'evoluzione fisiologica, clinico-medica e patologica dello sviluppo temporale della persona umana – tende a creare un discrimine, a volte netto a volte più sfumato, tra normalità e a-normalità, tra adulto sano e vecchio malato. Proprio questa logica costruita sull'opposizione tra *normale* e *patologico*, tra sano e malato pone le ultime, la patologia e la malattia, nell'alveo dell'extranormalità, della subnormalità e dell'anormalità. Per la proprietà transitiva, quindi, la geriatria si pone – naturalmente nel suo cattivo uso e nella sua cattiva concezione – come una delle tante scienze mediche che difende la persona umana dalle derive dell'anormalità.

Come ha ben definito Canguilhem, tuttavia:

> la vita non è per il vivente uno svolgimento monotono, un movimento rettilineo: essa ignora la rigidità geometrica, essa è contrasto e discussione con un ambiente nel quale vi sono fessure, buchi, ostacoli e resistenze inattese. […] La vita di un vivente, foss'anche un'ameba, non riconosce le categorie di salute e malattia se non sul piano dell'esperienza, che è prova innanzitutto nel senso affettivo del termine e non sul piano della scienza» (Canguilhem [1966] 1998, 162).

In altri termini la vita non è secondo la "norma". E non è nemmeno secondo la "salute", misurata in modo generalizzato, standardizzato e normalizzato.

L'invecchiamento naturale è quindi, seguendo la lezione foucaultiana, una sorta di narrazione dispositiva. Una delle molte forme di irrigidimento razionale e di controllo biopolitico sulle istanze legittime del soggetto, che dovrebbe avere il diritto di definire le malattie come "normali" e gli acciacchi dell'età come "vitali" (Fouacult [1975] 2000). Con ciò non si vuole negare il valore della terapia. Ma si vuole riportare al livello del senso e del significato uno degli aspetti che rappresenta la "croce" e la "delizia" della geriatria, ovvero la *cronicità*, intesa come descrittore della malattia durante la senescenza.

A questo riguardo urge riferirsi a quella che forse è l'ultima versione di tali narrazioni della "anormalità" dell'invecchiamento, almeno per contrasto. Ci riferiamo al progetto dei *biogerontologici transumanisti* che, capitanati da Aubrey de Grey, hanno consacrato il profilo cronicamente 'patologico' della vecchiaia e che si sono proposti, non senza accenti positivistici, di guarire e normalizzare definitivamente la senescenza. «Esiste un motivo molto semplice per cui tante persone difendono l'invecchiamento con tanta forza,» questo lo *j'accuse* nel suo bestseller internazionale dall'inequivocabile titolo *La fine dell'invecchiamento* e dall'altrettanto inequivocabile sottotitolo *Come la scienza potrà esaudire il sogno dell'eterna giovinezza*,

> ma è un motivo che oggi non ha più ragione di esistere, anche se in passato era assolutamente ragionevole. Fino a poco tempo fa non si avevano le idee chiare su come combattere l'invecchiamento, e dunque la morte per invecchiamento era inevitabile. Quando ci si trova di fronte ad

> un destino orribile, come l'invecchiamento e contro il quale non si può fare assolutamente nulla né per se stessi né per gli altri dal punto di vista psicologico ha perfettamente senso rinunciare alla lotta, accettare l'idea senza illudersi che sia possibile fare qualcosa (De Grey, Rae 2018, 74).

In altri termini, la tesi del superamento definitivo della vecchiaia come malattia, attraverso mezzi "wet" – ovvero modificazioni genetiche – o attraverso mezzi "dry" – attraverso l'implantologia cibernetica – sarebbe, a suo giudizio, la vera realtà, mentre i percorsi di attribuzione di senso e di significato nei confronti della malattia, funzionali alla riconduzione di tali esperienze alla vita sensata, sarebbero mere illusioni e 'placebo' psichici. Le tesi dei *biogerontologi transumanisti* altro non sarebbero, dunque, che la consacrazione definitiva del regno della salute come normalità, condannando all'esilio definitivo la malattia che, in questo modo, non potrebbe più accampare diritti di cittadinanza nella vita. E tra le malattie esiliate, ci sarebbe l'illegittima pretendente al trono dell'esistenza umana, ovvero la vecchiaia.

Le sublimazioni della bruttezza e l'esaltazione della saggezza della cultura classica, ma anche la psicologizzazione della senilità come maturità, abilmente operate dal pensiero contemporaneo sarebbero demistificate. Così come smascherato sarebbe il tentativo di trasformare la senescenza in un atteggiamento generale e metaforico nei confronti della vita, superando la sua dipendenza fattuale da fattori fisiologici e genetici – si pensi all'icona letteraria di questa vecchiaia interiore, l'Emilio di *Senilità* di Italo Svevo –.

Sarebbe una dichiarazione della disfatta della Cultura (umanistica, teorica, ecc.?) e l'affermazione definitiva della Natura (scientifica, pratica, ecc?).

Tuttavia, ci pare, la reduplicazione e la riproposizione del classico dissidio tra natura e cultura rischia di dimentica il profilo culturale e metafisico della scienza, così come dimentica che, il soggetto per realizzarsi, si debba necessariamente "trans-umanare" (Hadot 2006; Sahlins 2010).

3. L'invecchiamento psichico

L'invenzione psichica della tarda età adulta si deve certamente alle prospettive cognitiviste che, nell'ambito dell'estensione del processo di crescita all'intero dell'esistenza, hanno ampliato progressivamente e longitudinalmente le fasi dello sviluppo.

L'idea dello sviluppo stadiale piagetiano è stata, infatti, estesa da Erikson all'intero dell'esistenza, raggiungendo anche quella fase di età che fin ora non era stata oggetto di attenzione evolutiva. Soprattutto lo psicologo ha evidenziato come anche questa età dovesse avere un suo compito evolutivo e un investimento di energie psichiche al pari delle altre fasi di vita (Erikson 1954). Fedele allo schema dialettico del cognitivismo, egli riconosce come nella senilità di crei un conflitto antinomico tra la tendenza alla disperazione e la tendenza all'integrazione dell'io, diatriba dalla quale sarebbe scaturito il compito più proprio della senescenza, quello cioè di creare un aggiustamento, un *decalage* – per usare le terminologie piagetiane (Ceruti 2000) –, in grado di superare la potenziale disperazione, che si può generare dalla ineluttabile scoperta della riduzione sempre più crescente del tempo avanti a sé.

L'intuizione è di grande interesse per due ordini di fattori.

In primo luogo, si riconosce il valore della tarda età adulta ai fini dello sviluppo e ad essa si connette un compito esistenziale. Ciò contribuisce a dare un senso esistenziale a questo periodo, la cui sfida è quella inerente l'integrazione dell'io, contrapposta alla tendenza disintegrante del corpo.

In secondo luogo, si riconosce che il processo di crescita e di sviluppo è di tipo dialettico e conflittuale e procede per discontinuità circolari, piuttosto che per progressioni lineari. L'invecchiamento, come ogni altra parte della vita, è caratterizzata da un impegno e da un lavoro interiore che definisce l'esistenza in termini di azione e supera l'inesorabilità passiva del destino.

Proprio da queste suggestioni, l'idea per la quale anche per la tarda età adulta ci debba essere un compito da svolgere e l'idea secondo la quale tale compito debba essere di tipo dialettico, polemico e conflittuale, sono nate tutta una serie di riflessioni

intorno alla psicologia della terza età, dell'invecchiamento, dell'anziano, ecc. moltiplicando prospettive e proposte (Cesa Bianchi 1987).

Volendo procedere a una generalizzazione, le proposte si possono assestare su due posizioni polari e su una terza di mediazione.

Ad un polo, si possono ritrovare le psicologie dell'invecchiamento tendenzialmente *biofisiologico-pessimiste*, che, partendo dagli assunti fisiologici della senescenza, declinano il compito della tarda età adulta nei termini del ritiro e del disinvestimento (Cumming & Henry 1961).

Dal lato opposto, le psicologie dell'invecchiamento tendenzialmente *soggettivistico-ottimistiche* che, partendo da una visione della soggettività umana come pienamente attiva, declinano il compito della terzietà nei termini dell'impegno attivo e dell'investimento continuo di risorse (Havighurst 1963; Erikson 1997, 1997a).

Va rilevato che, in entrambe le posizioni, l'idea di "compito" è valida e operativa e che entrambe sottolineano diritti che si possono, a ben vedere, ritenere "sacrosanti" in questa fase di età: da un lato, un diritto al riposo e una necessaria azione di adattamento alla logica della residualità funzionale, dall'altro lato, il diritto di essere agenti del proprio destino e soggetti della propria esistenza e della propria corporeità. Come evidente e come avremo modo di vedere in seguito, tali posizioni hanno attivato anche una serie di strategie di intervento nei contesti curativi, educativi e sociali, nonché una serie di azioni politiche e di governo pubblico del processo di invecchiamento.

Tuttavia, negli ultimi decenni, quasi a volere realizzare un processo dialettico analogo a quello dello sviluppo, si sono sempre più diffuse idee moderate che, soprattutto nei confronti di un certo ottimismo del secondo "partito" più orientato a sottolineare il valore attivo dell'invecchiamento e non pienamente soddisfatti del "partito" più votato a una visione inesorabile e disfattista dell'esistenza umana, hanno ribadito la necessità di trovare moderazione nei confronti dell'invecchiamento, riconoscendo il diritto alla passività e posizionando la dimensione dell'invecchiamento attivo in corrispondenza della dimensione personale, intrapsichica e soggettiva del processo di decadimento. È il caso dei modelli così detti SOC (Baltes & Baltes 1991)

basati sul modello *selezione-ottimizzazione-compensazione*, che riconoscono la necessità: di rispettare le vicende, le risorse e le esperienze individuali, trasformando il compito della tarda età adulta in un impegno di scelta; di trasformare gli interventi in terza età in interventi di ottimizzazione; di garantire una corretta compensazione e adattamento al decadimento metabolico.

In ambito più "umanistico" Eugenio Borgna, volendo citare quello che a nostro parere risulta tra i più efficaci interpreti di questa "via media" in ragione del suo approccio esistenzialista alla psicologia, ha, a questo riguardo, sottolineato la necessità di un dialogo con la solitudine soprattutto nell'adolescenza e nella tarda età adulta. In questo faticoso e doloroso viaggio interiore è necessario, a suo giudizio, rispettare la malinconia, la timidezza e l'altrui pudore (Borgna 2021), al di là di ottimismi e pessimismi. In altri termini l'invecchiamento sarebbe una partita personale, unica e irripetibile e, proprio per queste ragioni, peculiare e definente la persona stessa nella sua situazionalità e unicità.

La tarda età adulta si trasforma, quindi, in un'occasione di crescita, rivelando la natura psicologica dell'età. Proprio dalla connessione tra età biologica – la percezione della senescenza e delle sue manifestazioni – e età psichica – l'attivazione di strategie di adattamento e significazione 'mature' –, infatti, si possono liberare tutta una serie di potenzialità terapeutiche e formative, che, altrimenti, non sarebbero possibili in ragione della eterodirettività che i modelli del disinvestimento – sottoporsi alle passività del proprio corpo biologico – e dell'invecchiamento attivo – essere forzati ad agire – porterebbero con sé.

4. L'invecchiamento politico

Come noto, la tarda età adulta è il frutto della triangolazione complessa tra età psicologica, età biologica ed età sociale. Quest'ultima ha una sensibile influenza nei confronti della percezione nella autopercezione dell'invecchiamento. I discrimini tra adultità e tarda adultità dipendono, infatti, da tutta una serie di fattori sociali che, in

ottica sistemica e di codeterminazione, contribuiscono anche a determinare e conformare l'esperienza dell'invecchiamento.

L'età sociale, dunque, può essere considerata come la complessa combinazione tra età pubblica ed età privata, tra dimensioni, ritualismi e ambienti sociali e dimensione interiore, intima e privata. Questo modello di matrice relazionale (Boffo 2011), oggi assume configurazioni nuove in ragione di fattori multidimensionali che intrecciano anche una terza dimensione dell'età sociale, quella virtuale. Il livello della percezione personale dei codici e delle strutture sociali, infatti, si trasforma e si amplifica nel contesto ipersociale e iperreale (Boudrillard 2015) dei nuovi contesti di socializzazione della rete, in cui vengono proiettati desideri, aspirazioni che dal sé virtuale transitano al e nascono dal sé reale (Pecchinenda 2002, 103).

Apparentemente queste ultime considerazioni potrebbero non riguardare la tarda età adulta, tuttavia, fermo restando l'abisso tecnologico tra questa generazione e quelle precedenti, almeno a livello italiano, la quota di over sessantacinquenni che utilizza piattaforme *social* sta lentamente, ma costantemente, crescendo. Un recente studio ha osservato che circa un ultrasessantacinquenne europeo su cinque utilizza regolarmente i Social Network (Facebook in particolare), con dati in incremento (Ageing in Networked Society 2020). Ciò dimostra che l'io sociale nella terza età dovrà sempre di più fare i conti con le forme virtuali della sua rappresentazione e della sua costruzione e che le interazioni virtuali avranno sempre maggiori effetti nella costruzione sociale dell'invecchiamento.

L'età sociale contribuisce soprattutto a determinare un discrimine netto tra le due principali tendenze nei confronti dell'invecchiamento, quella che lo orienta verso la maturità (integrazione dell'io, saggezza, ecc.) e quello che lo orienta verso la senescenza (decadimento metabolico, disinvestimento, ecc.). Lo fa soprattutto generando discorsi e narrazioni intorno a uno dei fenomeni più impattanti l'età adulta, cioè il lavoro. Così l'età sociale e le politiche sociali del lavoro contribuiscono a generare la maggiore tra le cesure delle traiettorie esistenziali. La pensione e il ritiro dall'attività lavorativa retribuita, infatti, costituiscono l'unica soglia certa, verificabile e obiettiva che divide l'età adulta in due segmenti precisi. Da un lato, l'età della pro-

duttività e della realizzazione personale nei contesti lavorativi. Dall'altro lato, l'età dell'abbandono dell'attività lavorativa, del ritiro e del riposo.

Si può essere concordi nel riconoscere che questo modello di costruzione sociale dell'io abbia un ruolo fondamentale nella costruzione della propria percezione personale dell'invecchiamento. Va pure rilevata la sua strutturalità, poiché da svariati decenni a tale costruzione hanno contribuito le politiche di *Welfare* e di *Welfare State*, in particolare (Saraceno 2020).

L'introduzione dei sistemi – individualisti o universalistici che siano – di gestione di tale transizione, unita a una certa *verve* che si può notare nelle cosiddette politiche dell'invecchiamento attivo (si pensi, a questo riguardo, al progetto che ha portato alla costruzione del AAI, Active Ageing Index della Commissione economica delle Nazioni Unite per l'Europa), ha mostrato come sempre di più l'invecchiamento entri sul palco della politica come 'problema'.

La tarda età adulta, infatti, non solo ha un profilo 'politico' – nel suo senso originario e etimologico – in ragione del profilo pubblico dell'età sociale e del suo valore costruttivo rispetto alla percezione del sé, ma diviene una questione politica e oggetto di politiche sempre più customizzate. La progressiva estensione della fascia di popolazione che si colloca nella tarda età adulta costringe a ricomprendere, riorganizzare e modulare gli interventi di *Welfare State*. Quest'ultimo, in una logica di codeterminazione e nella sua configurazione dispositiva, diviene catalizzatore e prodotto, generatore sociale e risultato riscontrabile nella quotidianità dei cittadini, in un rapporto di circolarità, virtuosa o viziosa che sia, tra persona umana e società (Togni 2019).

Ciò dà vita a quello che si può definire il rompicapo del *Welfare State* che, da un lato, in un'ottica di tutela e garanzia, funge da generatore di processi di invecchiamento (si pensi, ad esempio, al discrimine netto che crea tra 'popolazione attiva' e 'inattiva', rendendo, di fatto, produttivamente irrilevante una fascia di età che, in ragione dell'aumento dell'età media di vita, si amplia progressivamente) e, al contempo, in un'ottica di assistenza, diviene protagonista dei processi di gestione della tarda età adulta (si pensi al sistema assicurativo-

pensionistico o al sistema sanitario universalistico). Tale codeterminazione tipica di ogni dispositivo, si manifesta in tutta la sua paradossalità, poiché rivela anche i limiti obiettivi, soprattutto di natura economico-finanziaria, di un sistema di tutela e garanzia basato sui principi del mero assistenzialismo. Non è irrilevante, infatti, che le azioni di maggior aggiustamento economico finanziario del *Welfare State* riguardino proprio la tarda età adulta e che i maggiori sintomi di crisi del *Welfare State* si registrino nei confronti dei modelli assicurativi e universalistici che riguardano l'invecchiamento. Da qui tutta una serie di questioni politiche e sociali irresolubili che, per utilizzare un'immagine, mostrano le scarse dimensioni della "coperta statale".

In termini riparativi, si cerca, poi, di risolvere il rompicapo attraverso l'enfasi sulle politiche attive dell'invecchiamento che, tuttavia, come abbiamo avuto modo di rilevare quando affrontavamo l'*invecchiamento piscologico,* non sono prive di un eccesso di ottimismo.

Verrebbe da dire che le soluzioni economico-finanziarie al rompicapo del Welfare State in materia di politiche dell'invecchiamento risultano altrettanto deficitarie di quelle che propongono azioni di attivazione e autonomizzazione circoscritte alla sola tarda età adulta. Così viene da sottolineare come, forse, la soluzione al rompicapo non si debba trovare nella sola tarda età adulta, concentrarsi sul 'dopo-lavoro' e possa avere una soluzione educativa e non solo riparativo-economica estesa all'intero dell'esistenza adulta.

Il breve itinerario che abbiamo sin qui percorso ci porta allora sulla soglia pedagogica cruciale della collocazione del lavoro all'interno del processo formativo della persona umana, delle azioni educative che possono essere non solo emergenziali, ma 'preventive' e sulle azioni politiche che si possono attuare per una ricomprensione e aggiustamento delle strategie di integrazione delle tre età dell'uomo (quella biologica, quella psicologica e quella sociale) in termini di autodirezione e autonomia.

5. Per una pedagogia dell'invecchiamento

Dunque, date queste premesse, quali compiti, quali sfide e quale contributo può dare la riflessione pedagogica al processo di *aging*?

Ci limitiamo in questa sede a individuare due nodi critico-progettuali che a nostro giudizio possono rispondere a questa domanda e aprire possibilità educative nei confronti della tarda età adulta.

La prima cerca di chiarire quali possano essere le azioni educative da compiere nei confronti di persone che percepiscono le sfide di dispersione e disperazione che l'invecchiamento porta con sé. La seconda cerca di chiarire quali modificazioni strutturali si possono attuare a livello di welfare per superare il paradosso sopra descritto, puntando l'attenzione sulla continuità lavorativa, piuttosto che sulla discontinuità (Boffo 2018).

In entrambi i casi cercheremo di proporre strategie che evitino gli eccessi ottimistici dell'*invecchiamento attivo* e le tendenze disperanti e dispersive delle teorie del disinvestimento, ponendosi in una zona media che rispetti il più possibile l'esistenza singolare e irripetibile di ciascuna persona umana e soprattutto intendano i compiti educativi in modo non emergenziale in una prospettiva strutturale, sistemica e coestensiva alla vita, tipiche della *Continuing Education*.

5.1. *Strategie autobiografiche nell'invecchiamento*

La prima strategia ci perviene da un fenomeno letterario piuttosto singolare che dall'Olanda si è diffuso in molti altri paesi. Si tratta dell'originale diario scritto da Hendrik Groen, un acuto e simpatico signore di ottantatre anni (al tempo della pubblicazione, il 2015, oggi ottantottenne), domiciliato in una residenza per anziani che, il primo giorno dell'anno 2014, decide di scrivere un diario giornaliero. Ci offre in questo modo non solo una cronaca sagace delle vicende all'interno di questi contesti, spesso considerati luoghi dallo scarso potenziale e dal basso tasso di promozione personale, ma anche un'immagine della tarda età adulta e della sua percezione. E, attraverso la voce diretta e l'occhio attento dell'autore, ci viene

offerto anche un quadro assai interessante della vita e delle dinamiche esistenziali di molte altre persone inserite in questi contesti. Si tratta, soprattutto, di un esempio di ricomprensione e risignificazione delle traiettorie esistenziali attraverso l'autobiografia (Togni 2020). Proprio nel processo di attestazione, infatti, si nascondono molte possibilità di trovare un senso e un significato per il percorso di maturità e senescenza che, fino ad ora, abbiamo visto descritto e narrato troppo spesso attraverso la lente clinico-critica di adulti che, per quanto abili osservatori e narratori della vecchiaia, non possono godere di un punto di vista interno.

Si tratta di un singolare esperimento di *invecchiamento attestato,* che ci può fornire plurime suggestioni sulla progettazione di interventi educativi per la tarda età adulta, rispettosi delle persone che vivono questa fase della vita, aprendosi all'intero della vita umana.

A questo scopo offriamo due diapositive, sottolineando brevemente alcuni elementi peculiari.

> Martedì 9 aprile
> [...]
> Ieri c'è stata una riunione per informare gli ospiti sul progetto del consiglio di amministrazione di adeguare l'edificio ai requisiti attuali. Non ho idea cosa siano di preciso i "requisiti attuali", ma spesso l'idea implicita che c'è dietro è che bisogna tagliare su qualcosa. I tagli li chiamano riduzioni di costi o aumenti dell'efficienza. La direttrice ha sottolineato tre volte che non c'è ancora niente di definito e che questa riunione serviva per inventariare le richieste degli ospiti. La bella illusione del coinvolgimento. Il risultato è che hanno seminato inquietudine a piene mani. C'è di nuovo un motivo per rimuginare. Sempre nel pomeriggio sono stati accaparrati i primi scatoloni. "Alle piante non si cambia il vaso", belava la signora Shaarp ogni santa volta che trovava qualcuno disposto ad ascoltarla. Il fatto che si paragoni a una pianta testimonia una consapevolezza di sé che non avrei mai sospettato. Emette suoni, ma per il resto conduce un'esistenza in gran parte vegetale. Personalmente sono a favore di una ristrutturazione con tanti disagi. Più si fa e prima si agisce, meglio è. Prima che i requisiti di oggi si trasformino in lavori concreti passerà sicuramente un anno, e non si sa mai se riuscirai a tirare così a lungo (Groen 2015, 110)

L'occasione è un intervento di ristrutturazione, che deve essere effettuato nella residenza per anziani. Il tema è, dunque, quello della resistenza alla novità e del cambiamento. Quest'ultimo è, infatti, motivo di ansia, ma come l'autore ci riporta, lo è in ragione dell'illusorio coinvolgimento, che molte volte esso comporta nella tarda età adulta. La ritrosia alla novità, che spesso viene sottolineata come caratteristica peculiare degli anziani cela spesso una frustrazione profonda, legata allo scarso o nullo ruolo che nelle decisioni essi possono giocare. Anche coloro che hanno un'esistenza vegetale – è il caso di Shaarp – hanno, infatti, il diritto di non essere estirpati come piante, ma devono essere aiutati a riscoprire il buono della novità, mantenendo alto il tasso della curiosità.

> Sabato 15 giugno
> Io, Grietje ed Eefje abbiamo predisposto un piano Alzehimer per Grietje. In base ai dati di Alzeheimer Nederland, il settanta per cento delle persone con demenza vive ancora a casa. Certo, qui da noi chiamarla "casa" è un po' fuori luogo, ma almeno per Grietje è incoraggiante il fatto che la possibilità di essere trasferita a breve nel reparto di cura sia piuttosto scarsa. Con un po' di aiuto, potrà continuare a vivere nella sua camera ancora per un bel po' di tempo. Il primo passo concreto è che ogni pomeriggio uno di noi passerà da lei a controllare che non abbia chiuso il criceto nel freezer. L'esempio è di Grietje, che per altro non ha criceti. Poi abbiamo fatto delle liste, un sacco di liste. Una lista di nomi, funzioni e numeri di telefono. Una lista di cose da fare tutti i giorni. Una lista di cose da non fare. Una lista della spesa. Una lista di "cosa è dove?" e un'agenda dettagliata per ogni giorno. La aiuteremo noi, se necessario. Se non sa o non capisce qualcosa, la metteremo per iscritto e poi ne parlerà con noi. Se è urgente ci telefonerà. Leggeremo anche un libro sulla demenza, per quando il sano buon senso non basterà più. E' stato bello poter fare una serie di cose concrete. E mangiarsi mezzo chilo di anguilla affumicata su un vecchio foglio di giornale. Con un sorso di vino bianco. Grietje è una brava padrona id casa. Ci siamo messi d'accordo che la avviseremo quando ci propinerà acqua e pane secco (Groen 2015, 171).

La seconda tematica è quella della diagnosi. La tarda età adulta è notoriamente un tempo caratterizzato dall'evento tragico della certificazione di una patologia, che spesso non ha manifestazioni sensibili e immediate. È il caso di Grietje a cui viene diagnosticata la

malattia di Alzehimer. È da rilevare come la rete di rapporti e relazioni è fondamentale in queste situazioni. Un pronto richiamo alla collaborazione e alla presa in carico orizzontale dimostra l'efficacia di un *welfare familiare-sociale* che, unito a un senso di misurata ironia (Cambi 2008), permette di elaborare strategie adattative nei confronti dell'*ubris diagnostica*.

Questi due semplici saggi di lettura mostrano l'efficacia di strategie autobiografiche come luoghi di significazione, nel pieno rispetto della traiettoria complessa dell'invecchiamento. Va comunque sottolineato che, per quanto le strategie autobiografiche possano avere un'efficacia specifica, esse rappresentano una vera risorsa nel momento in cui divengono luoghi di formazione abituali lungo il percorso esistenziale. L'*habitus* autobiografico è da ritenere come un compito autoriflessivo che deve essere proposto e promosso lungo tutto l'arco di vita, come valido antidoto alla superficialità odierna della 'presentificazione' – l'appiattimento al solo *qui e ora* – persistente, che condanna a una vita senza futuro perché privata della memoria e del ricordo. Inutile sottolineare il valore che memoria e ricordo hanno nella tarda età adulta, ma utile è ricordare che l'attestazione della memoria e del ricordo è una potente strategia autoriflessiva e trasformativa che apre alla speranza il futuro.

5.2. *Oltre l'idea di transizione*

Una seconda considerazione riguarda le strategie e le politiche che a medio-lungo termine dovrebbero creare le condizioni affinché ogni persona umana sia messa nella condizione di attivare strategie di ottimizzazione e compensazione nella tarda età adulta (Federighi 2018). Per poter fare in modo che si realizzi questa attuazione di potenzialità è necessario superare la *logica discontinua della transizione,* che connota i passaggi esistenziali e lavorativi dell'ultima parte della vita.

La frattura/rottura pensionistica, per quanto agognata, è spesso, consciamente o inconsciamente, motivo di dispersione e di percezione di inutilità. Questo, a ben vedere, riguarda tutte le transizioni che avvengono a livello vitale con l'ovvio spaesamento che esse portano con sé. E se in età giovanile la speranza – ovvero l'esito del conflitto

adolescenziale, per dirla con Erikson – può sostenere il *gap* psicologico che si viene a creare nella transizione, le scarse prospettive progettuali della tarda età adulta rischiano di esporre le persone anziane a pensieri e vissuti irreparabilmente negativi.

Con ciò non si vuole, ad esempio, cedere il fianco all'ipotesi di un lavoro retribuito infinito. Si vuole piuttosto criticare un modello che, basando sulla discontinuità, separa nettamente i tempi (tempo del lavoro/tempo del riposo, tempo dell'impegno/tempo del disimpegno, ecc.), la logica cioè del *doppio tempo* che ha le sue origini nel modello illuminista di un'esistenza divisa tra ragione e passione (Bertagna 2011).

Detto in altri termini, è necessario che si attivi uno sforzo formativo delle persone in assetto lavorativo volto a riscoprire il valore formativo del lavoro (in tutte le sue forme, sia formali sia informali, sia retribuito sia gratuito) in una logica di continuità: una continuità che trasformi i modelli dell'occupazione (del tempo, del sé e dello spazio) nei modelli attivi e proattivi di quella che ampia letteratura ha definito *employability* (Knight & York 2003; York & Knight 2006). Solo in questo quadro, infatti, la logica discontinua delle transizioni trova nella continuità dell'impegno personale e dell'attivazione del potenziale formativo dell'agire lavorativo (Boffo 2018) una possibilità in grado di illuminare la tarda età adulta.

Di conseguenza, le politiche dell'invecchiamento attivo diventano politiche *life long*, divenendo trasversali la vita e percorrendo tutta la traiettoria esistenziale e non misure emergenziali motivate, anche e spesso, dal contenimento delle spese di *Welfare state*.

Solo la formazione continua, con tutte le sue declinazioni, è da interpretare come effettivo processo di invecchiamento attivo – ipotesi, tra l'altro, degna di essere indagata empiricamente – poiché è solo nella crescita degli indicatori di formazione durante il tempo del lavoro che si potrebbe nascondere il successo delle politiche nella tarda età adulta che, altrimenti, per la loro astrattezza e i loro eccessi di ottimismo, sono destinate a rimanere sulla carta, non riuscendo a coinvolgere fino in fondo persone che, secondo lo sguardo sociale e pubblico sono solo "pensionate" o "pensionabili".

Riferimenti bibliografici

Baltes P.B., Baltes M.M., 1990, Successfull aging, Cambridge University Press, Cambridge.

Bertagna G., 2011, Lavoro e formazione dei giovani, La Scuola, Brescia.

Boffo V., 2011, Relazione educativa. Tra comunicazione e cura, Apogeo education, Milano.

Boffo V., 2018, Employability and Transitions: Fostering the Future of Young Adult Graduates, in Boffo V., Fedeli M., Employability and Competences. Innovative Curricula for New Profession, Firenze University Press, Firenze.

Borgna E., 2021, In dialogo con la solitudine, Einaudi, Torino.

Boudrillard J. 2015, Violenza del virtuale e realtà integrale, Le Monnier, Torino.

Cambi F., 2008, Formarsi nell'ironia: un modello postmoderno, Sellerio, Palermo.

Ceruti M., 2000, La danza che crea, Feltrinelli, Milano.

Cesa Bianchi M., 1987, Psicologia dell'invecchiamento, Carocci, Roma.

Cicerone, 2012, L'arte di saper invecchiare. De senectute, Newton Compton Editori, Roma.

Cumming E., Henry W., 1961, Growing Old: The Process of Disengagement, Basic Books, New York.

Eco U. (a cura di), 2018, Storia della bruttezza, Bompiani, Milano.

Erikson E., 1954, I cicli della vita. Continuità e mutamenti, Armando, Roma.

Erikson J.M., 1997, Gerontotrascendenza, in Erikson E. (a cura di), I cicli della vita, Armando, Roma.

Erikson J.M., 1997a, Il nono stadio, in Erikson E. (a cura di), I cicli della vita, Armando, Roma

Federighi P. (a cura di), 2018, Educazione in età adulta: ricerche, politiche, luoghi e professioni, Firenze University Press, Firenze.
Fondazione Cariplo, 2021, Aging in a network society, https://aging-inanetworkedsociety.wordpress.com/
Foucault M., [1975] 2000, Gli anormali. Corso al Collége de France (1974-1975), Feltrinelli, Milano.
Hadot P., 2006, Il velo di Iside. Storia dell'idea di natura, Einaudi, Torino.
Havighurst R. J., 1963, Successful aging, in Williams R. H., Tibbitts C., Donahue W. (a cura di), Processes of aging, Atherton Press, New York.
Houellebecq M., 2006, La possibilità di un'isola, Mondadori, Milano.
Knight P., Yorke M., 2003, Assessment, Learning and Employability, Open University Press, New York.
Lavagnini B., 1932, Nuova Antologia della lirica greca, Paravia, Torino.
Pecchinenda G., 2002, Il sé della rete. Paradigmi emergenti dell'identità tra processi migratori e nuovi media, in Morcellini M., Pizzaleo A. G. (a cura di), Net Sociology. Interazioni tra scienze sociali e Internet, Guerini e Associati, Milano.
Salins M., 2010, Un grosso sbaglio. L'idea occidentale di natura umana, Eleuthera, Milano.
Saraceno C., 2020, Il Welfare. Tra vecchie e nuove disuguaglianze, Il Mulino, Bologna.
Togni F., 2019, I dispositivi dell'educazione e la formazione della persona umana, «Nuova Secondaria», XXXVII: 184-191.
Togni F., 2020, Come valutare le biografie professionali? L'importanza formativa ed educativa delle Narrative Skills nei contesti professionali. «Quaderni di Economia del lavoro», 112, 199-214.
Yorke M., Knight P.T., 2006, Embedding Employability into the Curriculum, The Higher Education Academy, Helsington.
UNECE, 2018, Active Aging Index, www.unece.org/population/active-ageing-index

IV. Le tecnologie per la cura domiciliare degli anziani: dall'assistenza alla promozione della qualità di vita

Laura Menichetti

1. Una vita di qualità

Molti organismi internazionali, da tempo, stanno mettendo in evidenza il cambiamento demografico in atto; si parla in generale di invecchiamento della popolazione, ma vi sono alcuni fattori caratterizzanti del fenomeno che rendono più impegnativa la sfida che i sistemi sociali stanno affrontando (WHO 2021):

a) il processo di invecchiamento non è più limitato ai Paesi ad alto reddito ma riscontrabile anche in quelli a medio e basso, divenendo così un'emergenza globale;
b) il processo di invecchiamento appare in costante accelerazione;
c) in termini assoluti si prevede – aggiornamento a ottobre 2021 – che tra il 2020 e il 2050 la popolazione di età pari o superiore a 60 anni raddoppierà arrivando a 2,1 miliardi di persone, e quella di età pari o superiore a 80 anni triplicherà raggiungendo i 426 milioni di persone;
d) si stima un effetto dell'invecchiamento almeno altrettanto significativo in termini relativi, considerando l'incremento della percentuale delle persone anziane sul totale della popolazione;
e) i dati anche delle indagini più recenti purtroppo indicano che per ciascun individuo, in media, la percentuale della vita in buona salute rimarrà pressoché costante rispetto al passato, e questo significherà un incremento del numero di anni di vita soggetti a decadenza fisica, mentale, psicologica.

Già nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 1948) la salute era definita uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non soltanto assenza di malattia o infermità,

ma il modello individuale, di impronta medica per quanto riguarda menomazioni e deficit, e prevalentemente assistenziale per quanto riguarda la fascia 0-3 così come per gli anziani, è stato quello che più fortemente ha informato di sé pratiche e politiche sociali per diverse decine di anni.

A partire dagli anni Sessanta del XX secolo cominciò a farsi strada il concetto di qualità della vita, un costrutto multidimensionale finalizzato a intercettare tutte quelle condizioni che «possono permettere ad una persona di accedere al benessere fisico, psicologico e sociale e a valori che l'aiutino a dare significati e senso alla propria vita, anche in prospettiva futura» (Cairo 2019, p. 325).

Più propriamente, in termini di invecchiamento, nel 1987 Rowe e Kahn richiamarono l'attenzione della ricerca scientifica, all'epoca ancora molto orientata agli aspetti clinici, indirizzandola a concentrarsi non soltanto sulle perdite medie di funzionalità cognitive e fisiologiche legate *inesorabilmente* all'avanzare dell'età anche in assenza di patologie specifiche (*normal ageing*), ma anche, e forse di più, sulla eterogeneità dei processi di invecchiamento e sugli effetti modificativi positivi da ricondurre all'alimentazione, all'esercizio fisico, alle abitudini personali, ai fattori psicosociali (*successful ageing*). Il concetto di normalità era stato adottato, e continuò ad essere adottato, in molti studi longitudinali per mettere in luce e imparare a gestire variabili clinicamente rilevanti, relative prima alle strutture corporee e successivamente alle funzioni cognitive e comportamentali; estremamente urgente era però uscire da una logica di progettazione degli interventi sulla base della rilevazione della tendenza centrale, per considerare anche la variabilità statistica nei gruppi (e tra gruppi, laddove auspicabilmente si fossero condotti studi trasversali), sia allo scopo di suggerire comportamenti di successo, sia perché spesso allontanarsi dai comportamenti di successo non si traduce in *normal ageing*, ma costituisce fattore di rischio per la comparsa di specifiche patologie. Il modello di *successful ageing* di Rowe e Kahn (1997), detto anche modello McArthur dal nome della Fondazione entro cui i ricercatori operavano, largamente noto e di indirizzo per ulteriori quadri di riferimento, era quindi determinato da tre fattori principali caratterizzanti per un buon invecchiamento:

1) bassa probabilità di malattia e disabilità ad essa correlata;

2) elevata capacità funzionale cognitiva e fisica;
3) impegno attivo nella vita.

Negli anni a cavallo tra il XX e il XXI secolo, i termini appropriati da utilizzare per identificare un invecchiamento auspicabile furono molteplici, corrispondenti a diverse prospettive di intervento, cosicché ricercatori diversi produssero studi espressi in termini di *healthy aging* (Bowling 1993), *productive and competent aging* (Butler 1988), *aging well* (Vaillant, Mukamal 2001), o dettero vita ad altre denominazioni. Tra queste, dominante nelle politiche sociali, appare l'*active ageing* (Foster, Walker,2013), cioè l'invecchiamento attivo, definito come «il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita come persone» (WHO 2002, p. 12). Come si nota, un particolare rilievo viene dato alla partecipazione anche degli anziani alla vita economica, sociale, culturale e spirituale della comunità a cui appartengono. Questo aspetto, con il procedere degli anni, è stato sempre più tenuto in considerazione dai vari modelli che si sono diffusi: essi hanno richiamato in maniera sempre più incisiva l'influenza che sul buon invecchiamento esercitano alcune caratteristiche personali che entrano in relazione con il contesto sociale (genere, etnia, stato socio-economico, struttura familiare, contesto amicale, etc.) e alcune misure destinate alla collettività di riferimento (assistenza sanitaria di qualità a prezzi accessibili, trasporti pubblici gratuiti o a prezzi contenuti, progettazione urbana per una mobilità facilitata, etc.) (Rowe, Kahn 2015).

La necessità di utilizzare il concetto di qualità della vita per intervenire con politiche, misure, strategie e strumenti appropriati ha alimentato la ricerca di indicatori con cui valutare la riuscita dei programmi. In merito all'invecchiamento sono stati definiti e sono comunemente utilizzati indicatori multidimensionali sintetici, ancorché essi siano soggetti a molte revisioni e critiche, legate in parte alle diverse impostazioni concettuali dei fruitori, in parte alla intrinseca staticità dei riferimenti che talvolta non appare in grado di cogliere e bilanciare tutte le dimensioni di interesse. In Europa è prevalentemente utilizzato l'Active Aging Index, esito di un progetto promosso dalla Commissione Europea e dalla Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Europa – Unece (Zaidi et al. 2013), con lo scopo di misurare il livello di indipendenza

delle persone anziane e la loro capacità di invecchiare attivamente; l'indice è costituito da 22 indicatori raggruppati in quattro domini – occupazione, partecipazione alla società, vita indipendente sana e sicura, capacità e ambiente favorevole – e ogni dominio riflette un diverso aspetto dell'invecchiamento attivo. Tra i molti altri indicatori può essere opportuno ricordare l'Hartford Aging Index, promosso dalla Hartford Foundation, prevalentemente utilizzato negli Stati Uniti.

In un'ottica più ampia, strutturata e flessibile, dalla fine del XX secolo, per la persona anziana come per quella con disabilità, si rimanda ad un modello sociale di inclusione: tale modello ribadisce in via di principio il diritto alla piena partecipazione di tutti alla società, e colloca le situazioni di disagio e difficoltà nell'interazione tra il soggetto e il contesto (Atkinson et al. 2002). Gli studi adottarono inizialmente, come indicatori di inclusione sociale, condizioni oggettive di benessere, quali il reddito, la situazione abitativa, i servizi ricreativi offerti dalla comunità di appartenenza, etc. (Blau 1977; Zautra 1983). Progressivamente, però, tra i ricercatori si diffuse la consapevolezza che persone nelle stesse condizioni oggettive di vita possono percepire livelli di benessere decisamente diversi, spiegabili solo introducendo alcune dimensioni soggettive di valutazione della propria condizione, in un raffronto verso aspettative e desideri. Erano anche gli anni in cui si andava affermando il modello teorico del Capability Approach, che valorizza i funzionamenti raggiunti, azioni e stati personali, mettendoli in relazione con le capabilities, le capacità e le opportunità di essere e di agire in direzione di quei traguardi a cui la persona attribuisce rilevanza e desiderabilità (Nussbaum, Sen 1993; Sen 1984). Una vasta revisione della letteratura sul significato di *successful ageing*, e su quelli che possono essere identificati come predittori è stata quella di Depp e Jeste (2006), che hanno estrapolato 29 indicatori per l'operazionalizzazione del concetto di buon invecchiamento.

Da quanto discusso fin qui appare evidente che i soli fattori oggettivi non esprimono compiutamente il concetto di qualità della vita e quelli soggettivi potrebbero rendere metodologicamente deboli sia la ricerca sia il tentativo di attuare soluzioni di sistema, trasferibili in molti contesti. Intorno all'inizio degli anni Duemila, quindi, si sono diffusi modelli integrati di qualità della vita entro cui collocare progetti di intervento, modelli cioè che incorporassero in sé le nature multidi-

mensionale e olistica del costrutto di qualità della vita, che esprimessero una valenza sufficientemente generale per essere utilizzati nei diversi periodi della vita e in contesti diversificati, che avessero sufficiente forza generativa per fungere da scaffold nella progettazione di interventi inclusivi (Cottini 2021; Cottini, Fedeli, Zorzi 2016; Renwich, Brown 1996). Tra questi, in particolare merita segnalare il modello euristico di Schalock e Verdugo, più volte affinato dagli stessi autori, che identifica otto principali domini e indicatori della qualità di vita, raggruppabili in tre fattori principali: indipendenza, partecipazione, benessere (Schalock, Verdugo 2002; Schalock et al. 2010) (Figura 1).

FATTORI	DOMINI	INDICATORI
Indipendenza	Sviluppo personale	Formazione, competenze personali, performance
	Autodeterminazione	Autonomia, obiettivi e valori personali, scelte
Partecipazione	Relazioni interpersonali	Interazioni, relazioni, supporti
	Inclusione sociale	Integrazione e partecipazione alla società, ruoli nella comunità, supporti sociali
	Diritti	Diritti umani (rispetto, dignità, equità) e legali (cittadinanza, accesso, giusto processo)
Benessere	Benessere emozionale	Soddisfazione personale, concetto di sé, mancanza di stress
	Benessere fisico	Salute e assistenza sanitaria, attività quotidiana, attività ricreativa.
	Benessere materiale	Condizione finanziaria, condizione lavorativa, condizione abitativa

Figura 1. Fattori, domini, indicatori della qualità di vita (adattato e tradotto da Schalock et al. 2010).

2. Il rapporto tra l'uso delle tecnologie e i contesti applicativi

Le tecnologie consentono di incidere su ciascuno dei domini della qualità della vita, anche se esse principalmente offrono delle affordance e resta compito di professionisti identificare le modalità d'uso più proficue.

In questa sede suggeriamo un approccio di tipo multidimensionale che evidenzia le piste di indagine per la scelta degli strumenti tecnologici (Figura 2).

Figura 2. Approccio multidimensionale per la classificazione delle tecnologie.

Le tecnologie, infatti, possono vedere come principale utilizzatore e principale portatore di interesse direttamente la persona anziana, oppure i suoi caregiver, oppure gli operatori professionisti del settore. Questi ultimi possono essere i medici di assistenza primaria, gli specialisti, gli infermieri, gli educatori socio-sanitari e quelli socio-pedagogici, il personale addetto alla riabilitazione e all'assistenza, che evidentemente devono tenersi aggiornati e devono essere formati con continuità. Per quanto riguarda la persona anziana, talvolta si nota che la mancanza di competenze per appropriarsi consapevolmente dei benefici conseguenti all'innovazione rischia di generare ulteriore

esclusione e isolamento, a danno proprio delle fasce della popolazione più bisognose e che maggiormente potrebbero trarre vantaggio dagli strumenti digitali.

Le dimensioni secondo le quali attivarsi per intervenire con il supporto delle tecnologie sono principalmente tre: da un lato la soluzione del bisogno specifico, con tecnologie di tipo compensativo o dispensativo, dall'altro l'organizzazione e la gestione dei sistemi di assistenza, dall'altro ancora il supporto ad una visione strategica a beneficio dei decisori istituzionali. All'interno del primo gruppo rientrano ad esempio tutte quelle tecnologie che sono rivolte a risolvere o ad attenuare gli effetti di disabilità di tipo sensoriale, motorio, cognitivo che possono intervenire con l'età, quelle tecnologie che servono al monitoraggio dei parametri vitali a distanza, quelle che si propongono come sistemi integrativi della cura. Il secondo gruppo, invece, mira alla ottimizzazione dell'intervento dei professionisti, della gestione della domanda e dell'offerta dei servizi, dell'uso delle risorse umane e dei materiali. Nel terzo gruppo rientrano tutti quei dispositivi e quelle applicazioni attraverso le quali possono essere raccolti dati riferiti a larghi strati della popolazione per andare a realizzare cruscotti informativi ad uso dei decisori di politiche e misure, e per supportare la presa di decisioni strategiche.

Infine, come già anticipato, le tecnologie rispondono a tutte le diverse esigenze messe in luce dal costrutto di qualità della vita. Assumendo qui a riferimento il modello di Schalock e Verdugo Alonso, ad esempio, si sono indicati i tre fattori principali e implicitamente gli otto domini con i relativi indicatori per la qualità della vita. Tali fattori possono essere articolati su tre livelli: nel microsistema attinente alla prospettiva personale dell'anziano e alla sua diretta percezione di qualità della propria vita; nel mesosistema che riguarda l'allestimento, il miglioramento e la valutazione dei contesti ambientali; nel macrosistema che riguarda le politiche, il livello normativo, i servizi che indirizzano la qualità della vita a livello Paese (Schalock et al. 2010). Diverse esperienze sul campo hanno evidenziato la molteplicità dei contesti d'uso delle tecnologie a supporto della qualità della vita, dando luogo a framework espressi con terminologie diverse, ma riconducibili ai fattori indicati (Figura 3).

FUNZIONI	ATTIVITA'
relazionale	consentire il mantenimento, rafforzamento e allargamento dei legami per uscire dall'isolamento
informativa	accedere alle informazioni sia sul mondo in generale, sia relative alla specifica fase di vita che l'anziano attraversa
espressiva	attivare forme di racconto di sé e forme di memorizzazione
cognitiva	attività ed esercizi di allontanamento del declino cognitivo
clinica	consentire un monitoraggio clinico legato alla propria condizione di salute e di vita
ludica	fornire occasione di passatempo, divertimento
come strumento di esercizio della cittadinanza	poter agire sul mondo in chiave di esercizio di diritti e doveri

Figura 3. Esempio di funzioni che possono avvalersi di tecnologie e "ibridare" la vita dell'anziano (da Ferrari, Rivoltella 2020, pp. 32-33).

3. Le tecnologie per la cura domiciliare

I dispositivi digitali comunemente diffusi, quali personal computer, tablet, smartphone, sono in grado di supportare larga parte delle esigenze comunicative e di elaborazione personale di ogni persona, essi costituiscono il principale mezzo di accesso alla rete internet e con ciò abilitano alla fruizione di servizi formativi con le relative interazioni, se ben usati sono veicolo di socializzazione, consentono di esercitare molte funzioni di partecipazione alla vita civica, permettono di attivare forme espressive e in generale consentono di abitare luoghi familiari e di supplire alle difficoltà di spostamento fisico mantenendo una finestra sul mondo.

Le proposte della rete si sono moltiplicate nel tempo anche grazie alla disponibilità di numerose risorse open o quanto meno accessibili gratuitamente: quotidiani, riviste specializzate, intere bi-

blioteche, canali televisivi, musei virtuali, giochi ed esercizi cognitivi, corsi di formazione quali ad esempio i MOOC. L'uso della realtà aumentata consente un ampliamento dello spettro percettivo e l'integrazione di sistemi informativi diversi, per fornire all'utente contenuti integrati. L'uso dell'intelligenza artificiale applicata alla formazione ha contribuito a renderla più flessibile ed efficace, facendo evolvere la vecchia Computer-Assisted Instruction (CAI) negli Intelligent Tutoring Systems (ITS) (Mousavinasab et al. 2021); tali sistemi sono in grado di interagire con il soggetto in formazione analizzando non solo le sue risposte ma anche i suoi processi risolutivi, e di fornire feedback passo passo, supportando da un lato la riflessività dell'utente e dall'altro il monitoraggio anche a distanza da parte del formatore, consentendo l'uso del computer anche per quegli apprendimenti che riguardano skill trasversali. L'uso degli ITS è stato particolarmente analizzato per la popolazione anziana, sia perché la ridotta mobilità potrebbe non consentirle la frequentazione di spazi culturali fisicamente distanti dai luoghi di residenza, sia perché la variabilità degli interessi e dei livelli culturali potrebbe essere meglio intercettata attraverso sistemi adattivi (De Benedictis, Cortellessa, Fracasso, Cesta 2019).

Certamente l'introduzione di strumenti digitali general purpose trova una barriera nelle competenze degli anziani e nei loro atteggiamenti, talvolta di rifiuto delle tecnologie. Peraltro tali dispositivi sono facilmente integrabili con strumentazione specifica per superare difficoltà di tipo senso-motorio attraverso l'uso di periferiche adeguate e per effetto di una ormai discreta attenzione all'accessibilità e all'usabilità degli strumenti hardware e software.

Significativi contributi all'autonomia personale degli anziani vengono da tecnologie che rientrano principalmente nell'ambito della robotica e dell'intelligenza artificiale, supportate da psicologia e neuroscienze. Robot, talvolta antropomorfi, possono fungere da assistenti personali dell'anziano (*care robot*), provvedendo alla gestione della casa, alla rilevazione di parametri fisici facendosi eventualmente strumento di telemedicina, al supporto per la memorizzazione di eventi nella giornata, alla proposta di esercizi di tipo riabilitativo e di mantenimento delle funzioni cognitive. Lo studio delle interfacce

risulta in questi casi determinante per l'accettazione dei dispositivi, ivi inclusi sensori indossabili realizzati grazie all'uso di nanotecnologie. Studi significativi sono in atto per l'affinamento di algoritmi di machine learning, che consentono a strumenti digitali di apprendere le abitudini e i comportamenti dell'anziano, di soddisfare in maniera sempre più accurata le sue necessità, ma anche di rilevare eventuali anomali scostamenti, fino a poter anticipare e segnalare ad un centro di controllo imminenti criticità (rischio ictus, rischio cadute, etc.).

I *care robot* antropomorfi svolgono anche moderate funzioni di compagnia, ma esistono robot zoomorfi che assumono pienamente le caratteristiche di un animale da accarezzare e di cui prendersi cura, e che si sono dimostrati particolarmente efficaci per gli anziani, soprattutto nei casi di demenza senile, dando modo di sviluppare forme di interazione senza avere l'onere e il rischio di contatto con animali reali (Mervin et al. 2018).

L'uso dell'Internet of Things (IoT) consente la prosecuzione di una vita autonoma anche laddove l'avanzare dell'età inibirebbe il normale svolgimento di alcune funzioni di gestione della propria quotidianità. L'IoT prevede il trasferimento ad alcuni dispositivi di uso comune potenziati da tecnologie digitali di quelle incombenze difficilmente sostenibili per una persona in situazione di difficoltà fisiche o cognitive. In mancanza di normative e standard consolidati, enti e aziende produttrici, in varie parti del mondo, stanno collaborando per stabilire spazi tecnici di interoperabilità tra molteplici sistemi operativi, middleware, piattaforme, open o proprietarie, e per la definizione di framework di valutazione, in grado di integrare requisiti di carattere internazionale e riferimenti locali di singoli Paesi (a mero titolo esemplificativo si può citare il progetto europeo Activage, per Smart Living Environments, http://www.activageproject.eu).

Come abbiamo visto, però, l'uso delle tecnologie va oltre l'utilizzo diretto a favore dei singoli. Un cambiamento di paradigma è stato accelerato anche dalla pandemia da Covid-19: la centralità dell'ospedale come luogo di cura altamente specializzato a cui i cittadini hanno accesso fisico si è rivelata non adeguata e ha mostrato da un lato la necessità di integrare le strutture sul territorio e metterle in rete tra loro per poter meglio studiare l'evolversi della pandemia e meglio

bilanciare il carico delle cure intensive (anche oltre le separazioni tra i sistemi regionali e talvolta oltre i confini tra gli Stati) e dall'altro la necessità di decentrare alcuni percorsi in una continuità assistenziale che privilegiasse l'abitazione del cittadino come luogo di monitoraggio e prevenzione. Il ribaltamento della prospettiva era già avvenuto anche in Italia prima della pandemia, manifestandosi ad esempio nella creazione di un Osservatorio per l'innovazione digitale presso il Politecnico di Milano (https://www.osservatori.net/it/ricerche/osservatori-attivi/sanita-digitale) o nell'annuncio di un Fascicolo Sanitario Elettronico (per quanto non ancora pienamente implementato): come avvenuto in molti altri settori si tenta uno spostamento di parte dello svolgimento di un servizio sull'utente, con un'iniziale necessità di investimento nella definizione di processi, nel reperimento di nuovi mezzi e nella formazione, ma con una successiva conseguente maggiore vicinanza ai bisogni dell'utenza ed un alleggerimento della spesa sanitaria.

Le tecnologie a supporto della gestione e della presa di decisioni informate sono certamente quelle di rete, ma sono soprattutto quelle legate all'elaborazione dei Big Data: grandi set di dati raccolti periodicamente ad esempio da screening di massa, da survey rivolte agli operatori del settore o ai cittadini circa loro comportamenti, preoccupazioni, credenze, o dati in quantità ancora superiore raccolti automaticamente da cartelle cliniche, sensori indossati o installati in luoghi di cura o in abitazioni, accessi a piattaforme online sono oggi elaborabili grazie all'intelligenza artificiale. I Big Data sono trattati da algoritmi predittivi non deterministici, ma in grado di rilevare pattern precedentemente sconosciuti e di fare uso di euristiche progressivamente affinate attraverso il machine learning. I processi attivabili grazie a queste tecnologie possono andare da un lato a vantaggio di una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario e delle risorse impegnate, dall'altro a vantaggio di una presa in carico del singolo paziente o delle emergenze globali molto più completa e tempestiva. I rischi possono risiedere principalmente nei bias degli algoritmi e nella tutela della privacy, motivi per cui da più parti è sottolineata la necessità di un framework regolatorio condiviso (Cavicchioli, Menichetti 2021).

4. Conclusioni

La pandemia per Covid-19 ha portato all'attenzione di tutti alcune potenzialità delle tecnologie, che soprattutto nel recente periodo sono state largamente impiegate per garantire la salute, la cura, la relazione con persone che non possono o che non vogliono spostarsi dai loro luoghi di residenza.

La ricerca di soluzioni per la cura domiciliare era peraltro avviata da tempo, anche per il beneficio psicologico che le persone traggono dal poter mantenere le proprie abitudini nei luoghi in cui hanno sempre vissuto. Il quadro di riferimento entro cui tali studi si inseriscono è quello dell'inclusione sociale e in particolare del miglioramento della qualità della vita di ciascuno.

Gli studi si stanno concentrando sia su tecnologie di uso comune sia su dispositivi e discipline più nuove come quelle utilizzate nell'intelligenza artificiale. A livello europeo, ad esempio si è già concluso un programma settennale denominato Ambient Assisted Living ed ha preso l'avvio un nuovo programma a sostegno di una vita attiva e autonoma – Active and Assisted Living (AAL) – con gli obiettivi di ampliare la disponibilità di prodotti e servizi rivolti a supportare la qualità di vita degli anziani e di coloro che se ne prendono cura, e di migliorare la sostenibilità dei sistemi di assistenza.

Le nuove tecnologie, per quanto ancora ampiamente in fase di miglioramento, fanno perno su sistemi non del tutto procedurali, ma in grado di evolvere con i bisogni, di apprendere dai contesti, di dare soluzioni basandosi su euristiche in costante miglioramento: queste caratteristiche rendono tali strumenti più flessibili e più adatti che in passato ad intercettare le aspirazioni a cui ciascuno degli utenti può attribuire rilevanza. Nello stesso tempo la flessibilità e la ricchezza dei servizi che esse possono offrire, risulta di grande interesse per nuove strategie a livello istituzionale.

Riferimenti bibliografici

Atkinson T., Cantillon B., Marlier E., Nolan B., 2002, *Social indicators: The EU and social inclusion*, Oxford University Press, Oxford (UK).

Blau T.H., 1977, Quality of life, social indicators and criteria of change, *Professional Psychology, 8*(4), 464–473.

Bowling A., 1993, The concepts of successful and positive ageing, *Family Practice, 10*(4), 449-453.

Butler R.N., 1988, What is 'successful' aging?, *Geriatrics, 43*(5), 11-15.

Cairo M., 2019, Qualità della vita (Progetto di vita), in L. d'Alonzo (a cura di), *Dizionario di pedagogia speciale*, pp. 325-332, Editrice Morcelliana, Brescia.

Cavicchioli C., Menichetti L., 2021, From Predictive Algorithms to Eudaimonia. A Critical Review on Legal, Ethical and Pedagogical Issues in Educational Data Science, in M. Ranieri, L. Menichetti, S. Cuomo, D. Parmigiani, M. Pellegrini (a cura di), *ATEE Spring Conference 2020-2021* (pp. 29-32), Firenze University Press, Firenze.

Cottini L., 2021, *Didattica speciale per l'educatore socio-pedagogico*, Carocci, Roma.

Cottini L., Fedeli D., Zorzi S., 2016, *Qualità della vita nella disabilità adulta. Percorsi, servizi e strumenti psicoeducativi*, Erickson, Trento.

De Benedictis R., Cortellessa G., Fracasso F., Cesta A., 2019, Tecnologie intelligenti per la formazione a supporto dell'invecchiamento attivo, *Form@re – Open journal per la formazione in rete, 19*(1), 301-311.

Depp C.A., Jeste D.V., 2006, Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies, *American journal of geriatric psychiatry, 14*(1), 6–20.

Ferrari S., Rivoltella P.C., 2020, Il digitale per la qualità della vita dell'anziano, in P. Rossi, A. Garavaglia, L. Petti (a cura di), *SIRD, SIPES, SIREM, SIEMeS, Le Società per la società: ricerca, scenari, emergenze*, Pensa Multimedia, Lecce.

Foster L., Walker A., 2013, Gender and active ageing in Europe, *European journal of ageing, 10*(1), 3–10.

Mervin M.C., Moyle W., Jones C., Murfield J., Draper B., Beattie E., ... & Thalib L., 2018, The cost-effectiveness of using PARO, a therapeutic robotic seal, to reduce agitation and medication use in dementia: findings from a cluster–randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(7), 619-622.

Mousavinasab E., Zarifsanaiey N., Niakan Kalhori S., Rakhshan M., Keikha L., Ghazi Saeedi, 2021, Intelligent tutoring systems: a systematic review of characteristics, applications, and evaluation methods, *Interactive Learning Environments, 29*(1), 142-163.

Nussbaum M., Sen A. (a cura di), 1993, *The quality of life*, Clarendon Press, Oxford (UK).

Renwick R.B., Brown I., 1996, *Being, belonging, becoming: the Centre for Health Promotion model of quality of life*, in R.B. Renwick, I. Brown, M. Nagler (a cura di), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*, Sage, Thousand Oaks (CA).

Rowe J.W., Kahn R.L., 1987, Human aging: usual and successful, *Science*, *237*(4811), 143-149.

Rowe J.W., Kahn R.L., 1997, Successful aging, *The gerontologist, 37*(4), 433-440.

Rowe J.W., Kahn R.L., 2015, Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century, *The journals of gerontology: B70*(4), 593–596, https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025 (ver. 28.11.2021).

Schalock R.L., Keith K.D., Verdugo M.Á., Gómez L.E., 2010, Quality of life model development and use in the field of intellectual disability, in *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities* (pp. 17-32), Springer, Dordrecht (D).

Schalock R.L., Verdugo M.A., 2002, *Handbook on quality of life for human service practitioners*, American Association on Mental Retardation, Washington, DC.

Sen A., 1984, The living standard, *Oxford Economic Papers*, 36, 74-90.

Vaillant G.E., Mukamal K., 2001, Successful aging, *American Journal of Psychiatry, 158*(6), 839-847.

WHO – World Health Organization, 1948, *Constitution of the World Health Organization*. http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1 (ver. 28.11.2021).

WHO – World Health Organization, 2002, *Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002*, World Health Organization, Geneva (CH), https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215 (ver. 28.11.2021).

WHO – World Health Organization, 2021, *Ageing and health. 4 ottobre 2021*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health (ver. 28.11.2021).

Zaidi A., Gasior K., Hofmarcher M.M., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuysse P., Zólyomi E., 2012, *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*, European Centre, Vienna (A).

Zautra A., 1983, Social resources and the quality of life, *American journal of community psychology, 11*(3), 275–290.

V. L'innovazione sociale nel welfare in trasformazione

Luca Raffini

1. Introduzione

La popolazione italiana sta rapidamente invecchiando. Ben più della media europea, essendo il nostro uno dei paesi con il più alto tasso di longevità e al contempo tra quelli con il minore tasso di natalità. L'aumento della quota di popolazione anziana altera l'equilibrio tra popolazione attiva e popolazione non attiva a favore di quest'ultima e rende insostenibili le tradizionali modalità regolative, tanto sul piano previdenziale-pensionistico tanto sul piano più complessivo della strutturazione del Welfare State.

I dati ISTAT ci dicono che a oggi le persone con più di 65 anni sono 13.220.000 e rappresentano il 21% della popolazione italiana. Si prevede che entro il 2030 gli over65 rappresenteranno oltre un quarto della popolazione, per salire a un terzo alla metà del secolo. L'afflusso di popolazione straniera, all'interno della quale sono sovra-rappresentati giovani e adulti, contribuisce solo in parte ad attenuare l'invecchiamento della popolazione e a riequilibrare il rapporto tra popolazione attiva e popolazione non attiva. Già oggi le pensioni di anzianità rappresentano la principale voce di spesa del welfare. Complessivamente, l'Italia spende il 13,7% del suo PIL nella protezione degli anziani, rispetto all'8,2% in Germania. Per contro, le spese in politiche attive del lavoro rappresentano appena lo 0,4%: meno della metà della Francia, meno di un terzo della Svezia. Eppure, se gli strumenti di welfare rivolti ai giovani risultano – in Italia – particolarmente inadeguati a rispondere alle nuove esigenze, anche le politiche di welfare rivolte agli anziani appaiono

caratterizzate da inefficienze e lacune. Non si tratta solo di una questione di risorse, pur essendo queste rilevanti, poiché l'Italia investe complessivamente meno in welfare rispetto agli altri Stati europei, e le politiche di austerity riducono ulteriormente le risorse a disposizione. Si tratta di ripensare radicalmente il modello di welfare, in modo che sappia rispondere efficacemente ai bisogni crescenti di una società sempre più articolata, frammentata, solcata da nuove aree di vulnerabilità e da diseguaglianze crescenti.

Gli effetti della crisi economica, e quindi della pandemia Sars Covid-19, rendono evidente la crisi un modello sociale già segnato da crescenti diseguaglianze e da un aumento generalizzato della vulnerabilità sociale. L'impatto della pandemia ci segnala l'improrogabilità di un cambio di paradigma del welfare, all'interno di una strategia di lungo periodo che punti a una "quadratura del cerchio" tra sviluppo economico, coesione sociale e sostenibilità. Al momento di individuare le priorità da seguire, nella gestione dell'emergenza, si è posto il dilemma di come conciliare la necessità di proteggere la salute dei cittadini con l'obiettivo di salvaguardare l'economia. E a tratti sono emerse posizioni dal sapore darwiniano, indicanti nella tutela della salute un valore relativo, nella conciliazione con altre priorità. Il conflitto tra tutela della salute e salvaguardia dell'economia ha finito per mettere in secondo piano una serie di altri bisogni, altrettanto importanti per la qualità della vita: la socialità e la relazionalità in primis.

In questo capitolo proponiamo una lettura delle dinamiche di mutamento sociale che, nel loro intreccio, generano i vincoli e le opportunità a partire dalle quali ripensare la struttura e gli obiettivi del Welfare State, al fine di recepire le sfide trasformative e di rispondere ai nuovi bisogni e di prevenire la vulnerabilità. Inquadriamo i limiti e i ritardi caratterizzanti l'Italia, con un riferimento specifico alle politiche di *Life Long Learning*. Indaghiamo, quindi, il ruolo del terzo settore e dei cittadini nell'ambito del paradigma del Welfare Mix. Definiamo, infine, il concetto di innovazione sociale, nelle sue diverse accezioni, e indaghiamo criticamente le risposte elaborate dalle istituzioni, dal terzo settore e dai cittadini per rispondere proattivamente alle sfide del mutamento, sperimentando pratiche di in-

novazione nell'assistenza domiciliare: un ambito cruciale nelle strategie di ripensamento del welfare.

2. Vecchie e nuove vulnerabilità

La prima sfida a cui i sistemi di welfare sono chiamati a rispondere è come ripensare le politiche sociali in un contesto di destandardizzazione e di disarticolazione dei percorsi di vita. Il percorso di vita "standard", prevalente fino a poche decine di anni fa, era segnato da una chiara definizione delle tappe del ciclo di vita (infanzia-gioventù, dedicate alla formazione, vita adulta, corrispondente all'età lavorativa e all'assunzione di responsabilità e autonomia, vecchiaia). Oggi assistiamo a una generale dilatazione di queste tappe e a un loro reciproco sfumarsi. Si è giovani più a lungo e si diventa anziani più tardi. Eppure, si rimane anche anziani più a lungo, perché si vive di più. Non solo. Si trasforma in maniera radicale l'intero ciclo di vita, all'insegna di un "rimescolamento" dei tratti associati tradizionalmente a ogni tappa.

Giovani e anziani non sono più categorie residuali, che precedono e seguono la vita adulta, ma acquistano una crescente centralità sociale. È piuttosto la condizione di adulto che tende a diventare residuale, stretta tra una prolungata giovinezza e un altrettanto prolungata vecchiaia. Cambia il rapporto con il lavoro – con il tendenziale superamento del lavoro salariato, a tempo pieno, a tempo indeterminato. Cambia la struttura delle famiglie – con l'aumento di famiglie ricostituite, miste, monoparentali, composte da un solo membro. Cambia la struttura fisica e sociale delle città (Barile, Raffini e Alteri 2019). Il modello di famiglia nucleare, composto da genitore e figli, a ben vedere, descrive sempre meno le famiglie reali, pur rimanendo il riferimento delle politiche sociali e sulla famiglia. Si trasformano, in maniera altrettanto radicale, i rapporti di vicinato e la dimensione comunitaria della vita sociale. I quartieri delle città appaiono sempre meno caratterizzati dalla presenza di solide reti sociali, anche per via di un'accelerata mobilità (Raffini, Giorgi 2020), in conseguenza della quale ci troviamo spesso a vivere in ambienti

sociali eterogenei e plurali, in cui è minore la conoscenza reciproca, e, soprattutto, si indeboliscono i rapporti fiduciari e si erode il capitale sociale, ovvero «l'insieme delle reti di relazioni cooperative tra individui o organizzazioni che facilitano il raggiungimento di uno scopo e che si pone alla base della solidarietà» (Andreotti 2009).

La destandardizzazione dei percorsi di vita rende oggi sempre più inefficacie un modello di welfare a sua volta standardizzato, chiedendo risposte individualizzate a bisogni individualizzati. La società tardo-moderna è una società che istituzionalizza rischi (Beck 1999) e incertezze, sovente create dallo stesso intervento umano. L'onere di gestire tali rischi si trasferisce vieppiù dalle istituzioni sociali agli individui, in un contesto in cui questi sono sempre più chiamati ad essere artefici della propria biografia, e quindi dei propri percorsi di integrazione socio-lavorativa. Ciò, a fronte dell'indebolimento dell'intervento strutturante, vincolante e protettivo, da parte di istituzioni e reti sociali. Nella società individualizzata è più facile cadere in una condizione di vulnerabilità, termine che descrive «situazioni di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è permanentemente minacciata da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse», che si generano «all'incrocio tra instabilitàà dei ruoli sociali ricoperti, debolezza delle reti sociali in cui si è inseriti, difficoltà di sviluppare strategie appropriate di fronteggiamento delle situazioni critiche e frammentazione dell'identità personale» (Ranci, 2002, p. 546). In altri termini, la vulnerabilità si attiva dal momento che la fragilità nella dimensione economica si sovrappone ed interagisce con altri fattori di fragilità, di tipo culturale, relazionale, sociale, che impediscono all'individuo di essere "artefice del proprio destino", traducendosi in un «inserimento precario nei canali di accesso alle risorse materiali fondamentali (innanzitutto il lavoro, ma anche i benefici erogati dal welfare state) e/o dalla fragilità del tessuto relazionale di riferimento (la famiglia, ma anche le reti sociali territoriali)» (ivi, p. 538). La vulnerabilità è frutto della carenza di possibilità, ma anche della perdita della capacità di effettuare delle scelte. Descrive la duplice incapacità di progettare autonomamente la propria vita e di usufruire di un supporto esterno, finendo per

perdersi alla deriva (Borghi 2002). Si tratta di una condizione che fuoriesce dal perimetro relativamente ristretto che, nella società industriale, definiva la povertà, per abbracciare quella che è stata definita "nuova povertà". Questa può interessare individui che, nel contesto di precarietà e di incertezza che caratterizzano il percorso biografico, vivono un evento, o una serie di eventi che non riescono a fronteggiare, magari per via della sovrapposizione di due o più dimensioni di fragilità (economica e relazionale o culturale, socio-sanitaria, ecc).

Secondo il sociologo francese Robert Castel (1997), l'incremento della vulnerabilità è diretta conseguenza della crisi dei tre pilastri su cui si è fondata la società industriale: il lavoro salariato, l'accesso al sistema universale di protezione sociale e il supporto fornito dalle reti di solidarietà di tipo familiare e territoriale. I processi di vulnerazione, ad oggi, non hanno trovato risposta nelle capacità adattive delle politiche sociali e, al contrario, trovano un acceleratore proprio nei limiti degli attuali assetti di welfare. Questi non appaiono ad oggi in grado di reagire alla frammentazione e alla pluralizzazione dei bisogni e delle domande e dei nuovi profili di rischio ma sono ripensati perlopiù secondo una ottica di riduzione ed efficientamento. D'accordo con Pavolini (2002), i sistemi di welfare si rivelano carenti, in particolare,

> nell'offrire risposta a cinque situazioni problematiche: la disoccupazione di lunga durata; l'inserimento precario nel mercato del lavoro, la povertà e l'esclusione sociale; il problema della non autosufficienza, il bisogno di cura in situazioni di cronicità.

3. Le politiche di welfare per gli anziani

L'invecchiamento della popolazione si rifletterà, nei prossimi anni, nell'incremento delle spese per l'assistenza continuativa, o *Long Term Care* (da ora LTC), definite dall'OCSE come «ogni forma di cura fornita a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita». L'aumento della durata della vita, se da una parte è sinonimo di miglioramento delle condizioni di salute, ha

come naturale corollario una cronicizzazione delle malattie, la diffusione di malattie neuro-degenerative, l'aumento del numero di persone che vivono in condizioni di non autosufficienza. L'incidenza della LTC, si stima, passerà, in Italia, dall'attuale 1,9% del PIL al 3,2% nel 2060 (Mef – Dipartimento della Ragioneria dello Stato 2016).

Gli anziani, se si considerano i 65 anni come soglia minima, non sono più, da molti anni, considerabile come una popolazione passiva e bisognosa di cure. Sono, al contrario, soggetti attivi, sul piano economico e sociale, che svolgono vieppiù una funzione di supporto ai propri figli e che si configurano come una sempre più importante categoria di consumatori. La disponibilità di tempo libero, le buone condizioni di salute, e spesso la possibilità di disporre di risorse economiche, rendono questa fascia della popolazione particolarmente attiva nei consumi di tipo culturale, nei viaggi, ecc. Ma l'età del decadimento fisico, e quindi il momento in cui una persona cessa di essere un supporto alle nuove generazioni, per diventare lei stessa bisognosa di cure, è solo rimandata. Si parla, a proposito, di quarta età, per indicare un'ulteriore fase della vita, indicante non più quelli che, in maniera ossimorica, sono definiti "giovani anziani" (65-74), ma gli anziani in senso stretto (75-84), a cui segue la categoria dei "grandi anziani" (over 85, cfr. Tognetti Bordogna 2007), per i quali si è coniato anche il concetto di "quinta età". Il numero di italiani che vivono una condizione di disabilità fisica o intellettuale è oggi pari a Tredici milioni di persone, che si concentra nella fascia d'età superiore a 65 anni. Un quinto degli ultra-sessantacinquenni soffre di limitazioni funzionali, ovvero non è autosufficiente (Istat 2013). Tale percentuale sale al 43,3% per gli ultra-ottantenni, categoria che incide, in Italia, per il 6,5% della popolazione, rispetto a una media europea del 5,3% (Eurostat 2017). La percentuale, di over80, si stima, raggiungerà presto in Italia il 14%. L'indice di vecchiaia varia, oggi, da un valore pare a 242,7 in Liguria, in cui gli over65 rappresentano il 28,2% della popolazione e gli over80 ben il 9,3%, a un valore di 113,4 in Campania, in cui gli over65 e gli over80 sono, rispettivamente, il 17,8% e il 4,9% (Istat 2015). Le statistiche Eurostat ci dicono, infine, che il 22% degli over65 nella UE27 è a rischio di povertà ed esclusione sociale, con valori che variano dal

66% della Bulgaria a percentuali inferiori al 10% nei paesi del centro e del nord. in Italia il valore è vicino alla media europea, ma con profonde differenze territoriali che rendono alcune regioni prossime ai valori della Grecia o della Bulgaria, ed altre regioni assimilabili ai paesi europei più benestanti.

4. Dal welfare state al welfare mix

Per classificare i regimi europei di welfare – ovvero, i diversi modelli adottati nel continente – si fa di norma riferimento a quelli individuati da Esping-Andersen (1990), che distingue un modello liberista, caratterizzante il Regno Unito, un modello universale, caratterizzate i paesi scandinavi, e un modello corporativo, fondato sul lavoro, tipico dell'Europa continentale. Per definire il welfare di paesi come Italia, Spagna, Portogallo, si è parlato di un modello sub-protettivo, meno esteso del modello continentale, più residuale e meno inclusivo (Chavalier, Palier 2014), e in cui molti dei servizi e delle forme di assistenza altrove forniti dallo Stato sono tradizionalmente affidati alle famiglie, o al mercato, per chi può permetterselo.

La principale risposta alle nuove sfide è rappresentata – anche in Italia – dal passaggio dal Welfare State alla "Welfare Society" o "Welfare-Mix" (Ascoli, Ranci 2003; Ascoli 2011). Questo definisce un sistema reticolare e differenziato in cui le istituzioni pubbliche si prendono cura del sostegno e del coordinamento della rete di sussidiarietà e di mutualità incardinata nella società locale, trovando nel Terzo Settore un partner privilegiato. Se nella classica concezione del Welfare State è al settore pubblico che viene affidato un ruolo centrale in campo socio-sanitario, la Welfare Society fa riferimento ad una pluralità di attori che operano nell'ambito della comunità locale. L'obiettivo è valorizzare le risorse presenti nella società civile, superando il dualismo Stato/mercato (Girotti 1998). I diversi attori del welfare locale si fanno così carico in modo concertato delle esigenze della popolazione operando secondo i principi di sussidiarietà, di partnership e di negoziazione, allo scopo di sviluppare un'offerta di servizi a misura del territorio.

Le riforme legislative che si sono succedute negli ultimi venti anni hanno favorito l'implementazione del principio di sussidiarietà orizzontale, in parallelo a quello di sussidiarietà verticale. Mentre quest'ultimo concetto indica che sia l'istituzione più prossima al cittadino quella che può intervenire più efficacemente per rispondere ai suoi bisogni, il principio di sussidiarietà orizzontale enfatizza il coinvolgimento attivo dei cittadini e dei corpi intermedi, in collaborazione con il pubblico (Arena 2006). Ciò a partire dal presupposto che le organizzazioni della società civile conoscono meglio i bisogni dei cittadini, poiché ne sono diretta espressione e riescono a darvi migliore risposta, per via della loro vicinanza, della loro capacità di inclusione, nonché dell'approccio meno burocratico e più empatico, capace di mettere al centro la persona, e non l'individuo-paziente-utente. Se coinvolte nella fase di programmazione e progettazione, oltre che di implementazione delle politiche di welfare (Andreotti, Mingione e Polizzi 2012), possono inoltre favorire l'elaborazione di modelli più efficaci e al contempo più capaci di valorizzare la dimensione relazionale e societaria del welfare, in direzione di un Welfare di comunità, che includa una vasta gamma di attori economici e sociali, collegati in reti aventi un forte ancoramento territoriale ma aperte al confronto e alle collaborazioni trans-locali (Ferrera, Maino 2012).

Uno dei cardini del "Secondo Welfare" è l'ampliamento degli ambiti di azione dell'imprenditoria sociale (Maino e Ferrera 2013, p. 8). L'impresa sociale è un attore cruciale nell'implementazione di pratiche di innovazione che contribuiscono a integrare e a colmare le lacune del Welfare tradizionale tramite la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e di nuovi profili di competenze (Raffini 2015). All'impresa sociale, che si definisce per la sua capacità di conciliare virtuosamente la dimensione sociale alla dimensione imprenditoriale, si guarda come soggetto in grado di mobilitare risorse alternative, ponendole al servizio del benessere della società.

Sul piano legislativo, dobbiamo alla Legge n. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", l'inclusione del Terzo Settore nell'implementazione del sistema delle politiche sociali, non solo come esecutore, ma

come co-progettatore[1]. Il Piano sociale di zona è uno strumento volto a «favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi» (art. 19).

Il processo di territorializzazione del welfare risponde alla valorizzazione dei contesti specifici di intervento, a partire dal presupposto che il territorio «non è una realtà data e inerte ma è innervato di relazioni sociali, poteri e capacità di agency» (Bifulco 2012, p. 2). Può, quindi, diventare la sede privilegiata di una governance fondata sulla partecipazione dei cittadini e sulla partnership tra attori pubblici, privati e del terzo settore, all'interno di un modello che non guarda al territorio come a un contesto astratto di applicazione di un modello predefinito e standard, come nell'approccio verticistico e burocratico tradizionale. Il territorio diventa, piuttosto, un «sistema d'azione e una risorsa mobilitabile» (ivi, p. 6). È il luogo privilegiato in cui individuare e soddisfare i bisogni, ma anche il luogo in cui si possono mobilitare le risorse per affrontarli, attraverso «un'attivazione locale delle comunità (che) si basa sul riconoscimento dei problemi e l'intervento tramite reti di prossimità e risorse plurali sul territorio» (Saruis et al. 2019, p. 30).

Il nuovo paradigma del welfare mix si definisce, in sintesi, per i seguenti caratteri:

- L'ampliamento degli attori e la ridefinizione dei loro ruoli;
- Il tendenziale passaggio da un approccio standardizzato e di natura burocratica a un approccio manageriale e centrato sulla persona;
- Il superamento del criterio del finanziamento centralizzato, a favore di un'ottica di valorizzazione delle risorse del territorio;
- Il coinvolgimento del cittadino-utente, chiamato non più a essere destinatario passivo dei servizi, ma ad attivarsi;
- Una responsabilizzazione della società che si associa, in parte, a una deresponsabilizzazione del pubblico.

5. Welfare e innovazione sociale

Come tutti i concetti passe-partout, che diventano "di moda" in un determinato momento, il concetto di innovazione sociale (IS) è oggi caratterizzato da una vaghezza teorica, al punto di essere utilizzato per indicare processi e fenomeni molto diversi tra loro e «per delineare sia nuove e radicali forme di protagonismo sociale sia la finanziarizzazione dei sistemi di welfare di impronta neoliberale» (Busacca 2019, p. 1):

> nel pieno della crisi, che ha duramente colpito la fiducia verso il mercato e la finanza come istituzioni di regolazione, l'attenzione dei policy maker è ricaduta su una generica società, a cui sono attribuite le capacità e il compito di affrontare e risolvere problemi complessi secondo modalità descritte altrettanto genericamente. L'ambizione delle politiche di innovazione sociale diventa quindi quella di abilitare la società ad agire (ivi, p. 7).

Il concetto di IS indica, in prima approssimazione, le strategie impiegate dagli attori sociali per rispondere proattivamente ai nuovi contesti e alle nuove sfide, in modo da guidare, e non subire il mutamento. Una rassegna critica delle definizioni di IS (cfr. Hernández-Ascanio et al. 2016), ci suggerisce che alcune di queste, nondimeno, rimandano a un approccio tipicamente neoliberista, che postula l'arretramento dello Stato a favore di un'auto-organizzazione della società. Altri modi di guardare l'IS pongono l'enfasi primaria sulle pratiche di mobilitazione della società, non in direzione di una celebrazione delle virtù del mercato, ma, piuttosto, in direzione di un welfare partecipato, che ai principi dell'efficienza e della competitività oppone quelli di giustizia e di solidarietà. Altre ancora rimandano a una ridefinizione del ruolo dello Stato, più che a una sua mera ritirata, al contempo ampliando il perimetro del "pubblico". Ne emerge una visione di un nuovo welfare di tipo comunitario, che include attori diversi, sottolineando la dimensione della cooperazione orientata al bene comune, e quindi un processo di trasformazione reciproca degli orientamenti e delle forme di azione, che coinvolge virtuosamente istituzioni, soggetti pubblici, privati e del terzo settore, cittadini. Il concetto di innovazione sociale può, in sintesi, essere

utilizzato per legittimare «l'ulteriore arretramento del pubblico e la privatizzazione dei servizi», o come strumento volto a «rigenerare l'azione pubblica e rivendicare nuovi diritti sociali» (Ciarini, Negri 2019).

Proviamo a distinguere i principali criteri a partire da cui distinguere i diversi approcci.

La portata trasformativa attribuita all'innovazione sociale.
Qui possiamo distinguere concezioni e approcci che guardano all'innovazione sociale come strumento di trasformazione radicale dell'esistente, e concezioni e approcci che, al contrario, partono da una accettazione dell'esistente, fino al punto di essere accusate di adattarvisi passivamente, o di promuoverne attivamente le dinamiche. Ci riferiamo, a un estremo, a chi associa all'innovazione sociale il coinvolgimento dei cittadini, la demercificazione dei servizi sociali, il contrasto alle diseguaglianze, la promozione di un modello economico e sociale più sostenibile e, all'altro, a quelle visioni che rischiano di avallare, legittimare e istituzionalizzare il neoliberismo. Nel mezzo possiamo individuare approcci di "neoliberismo compassionevole", riferimenti più o meno velati alla terza via, di matrice blairiana, o strategie di riaffermazione, in forma nuova, di un modello socialdemocratico di welfare, ma superandone l'impostazione burocratica, verticistica e stato-centrica.

Individui, reti di individui, o comunità?
La seconda, grande, differenza, riguarda chi sono i protagonisti dell'innovazione sociale. Da un lato, vi sono concezioni che attribuiscono un ruolo centrale alla figura individuale dell'innovatore, quale individuo dotato di spiccate caratteristiche personali, che lo rendono capace di sperimentare e affermare nuove modalità di risposta ai bisogni sociali. All'estremo opposto, le visioni che guardano all'innovazione sociale come un processo eminentemente collettivo. È la mobilitazione degli individui e delle comunità, la (ri)costruzione di reti sociali e di capitale sociale che consente di valorizzare le risorse esistenti nella società, a partire dal presupposto che anche i soggetti più deboli e vulnerabili non sono solo titolari di bisogni, ma portatori

di risorse. Nel secondo caso il concetto di innovazione sociale si definisce in contiguità con quelli di partecipazione e di mobilitazione, mentre nel primo rievoca l'idea dell'imprenditore illuminato. Anche in questo caso, sono ampiamente diffusi approcci intermedi, che enfatizzano la dimensione collettiva, e quindi il coinvolgimento dei destinatari dei servizi nella loro progettazione ed erogazione, ma che, nondimeno, enfatizzano la figura individuale degli innovatori sociali, e la loro capacità di mettere in rete risorse e competenze.

Il ruolo delle istituzioni pubbliche

In questo caso, se ne è già accennato, il discrimine è tra chi associa l'innovazione sociale alla diffusione dell'imprenditoria sociale (concetto ibrido che, a sua volta, può accentuare, vedremo, maggiormente il primo o il secondo termine che lo compongono), postulando un arretramento del pubblico, tra chi ne individua la sede principale nell'attivazione dei cittadini – in questo caso associando l'innovazione alla mobilitazione e alla partecipazione dal basso – e tra chi, infine, enfatizza il ruolo centrale delle istituzioni pubbliche. Queste, si afferma, non devono ridurre il proprio ruolo, ma ridefinirlo. Non più erogatori di servizi, sono ora chiamate a svolgere un ruolo facilitante, ovvero a creare un ambiente favorevole all'interazione – e all'apprendimento reciproco – di una pluralità di attori.

È possibile tracciare una netta distinzione tra l'approccio europeo all'innovazione sociale e l'approccio anglosassone, ed in particolare statunitense. Il primo enfatizza la dimensione sociale su quella economica-imprenditoriale, e la dimensione relazionale e collettiva, piuttosto che la dimensione individuale. L'approccio europeo tende ad inquadrare l'innovazione sociale come vettore di trasformazione sociale, in direzione dell'elaborazione di un nuovo modello economico e sociale, laddove quello anglosassone lo individua come fattore di miglioramento del modello economico e sociale vigente. Infine, nel solco della tradizione europea dell'economia sociale (Monzón, Chaves 2012), si guarda come attori protagonisti dell'innovazione sociale alle organizzazioni del terzo settore, in primis, ma anche alle istituzioni pubbliche, mentre nell'approccio anglosassone l'innovazione sociale è perlopiù affidata alle imprese.

Tra le definizioni di IS maggiormente ancorate alla concezione anglosassone vi è quella di Murray, Caulier-Grice e Mulgan, autori del celebre libro bianco sull'innovazione sociale (2010), che ha fortemente influenzato le riforme implementate dal "new labour" di Tony Blair. Il concetto di innovazione sociale descrive, qui, "attività e servizi innovativi che sono guidati dall'obiettivo di soddisfare bisogni sociali, che sono diffusi in maniera prevalente da organizzazioni di carattere sociale". Al pari, per l'altrettanto influente organizzazione non governativa Nesta – anch'essa britannica – l'innovazione sociale definisce «lo sviluppo e l'implementazione di idee nuove (prodotti, servizi e modelli) per soddisfare i bisogni sociali» (Nesta 2007). Entrambe le definizioni si concentrano soprattutto sugli obiettivi dell'innovazione sociale, ma dicono poco sugli attori (si parla vagamente di organizzazioni di carattere sociale) e, soprattutto, non dicono niente sul "come" prende forma l'innovazione sociale.

Altri autori propongono una definizione più "esigente", e che sembra maggiormente riecheggiare la tradizione europea. Tra queste, quella di Moulaert e Nussbaumer (2005) che individuano nell'ambito locale la dimensioni privilegiata dell'innovazione sociale, ovvero, di «nuove forme di relazione sociale, comprese le innovazioni istituzionali e di governance, compresa una dinamica di empowerment». Per Neamtan e Downing (2005), in linea con gli autori citati in precedenza, l'innovazione sociale si riferisce a «nuove forme di relazione sociale, comprese le innovazioni istituzionali e organizzative, nuove forme di produzione e consumo e nuove relazioni tra lo sviluppo economico e sociale». Per Hubert (2010) l'innovazione sociale sono «nuove idee (prodotti, servizi, modelli) che, simultaneamente, soddisfano necessità sociali (in maniera più efficace delle alternative) e che creano nuove relazioni sociali e di collaborazione, rafforzando le capacità sociali di azione». D'accordo con Andrew e La Klein (2010, p. 22),

> L'innovazione sociale implica il desiderio di fare le cose in maniera differente, pensare in termini trasformativi le istituzioni e le pratiche sociali. L'innovazione richiede l'apprendimento e la capacità istituzionale di apprendere. Sono, pertanto, le "regioni di apprendimento" e le "istituzioni dell'apprendimento" gli elementi critici nei processi di innovazione sociale.

Rispetto alle definizioni riportate in precedenza, si fa qui riferimento alla dimensione relazionale e ai processi di empowerment. Alle dinamiche di attivazione dal basso, ma anche alle istituzioni, quali attori centrali nei processi trasformativi. È, infine, centrale il riferimento alla trasformazione dei modelli economici e sociali.

Facendo riferimento alla ricostruzione dei diversi caratteri che possono essere ricompresi nell'innovazione sociale, nella sua concezione più esigenti, prendendo spunto dalla sintesi elaborata da Schachter, Matti y Alcántara (2014), vi possiamo includere:

- L'interazione tra una pluralità di attori: la società civile, le istituzioni pubbliche, le organizzazioni economiche;
- L'ibridazione tra le logiche di azione dei diversi soggetti coinvolti, fino al punto di creare ibridi organizzativi: l'impresa sociale, il "quarto settore", ecc.;
- La centralità dei contesti locali;
- L'utilizzo delle nuove tecnologie, come strumenti "facilitanti" dell'innovazione sociale;
- L'attivazione e l'empowerment degli individui e il rafforzamento e la valorizzazione delle relazioni sociali, collaborazione e condivisione;
- La generazione di processi collettivi di apprendimento;
- La sperimentazione di nuove forme organizzative e di nuovi modelli relazionali;
- Il miglioramento di prodotti, servizi, norme, procedure, modelli, strategie;
- Il rafforzamento di benessere, sostenibilità, inclusione sociale, soprattutto per i soggetti più marginali e svantaggiati;
- Il miglioramento in termini di accesso ai diritti e di inclusione sociale e politica;
- La valorizzazione delle specificità territoriali;
- La mobilitazione dei gruppi svantaggiati;

6. Le sfide dell'assistenza domiciliare, tra vecchi e nuovi bisogni

I servizi di assistenza domiciliare rappresentano un settore particolarmente "bisognoso" di IS. Si tratta di un ambito in cui in maniera

particolarmente forte si avvertono le sfide del mutamento, dovute alla profonda trasformazione demografica in corso e alle conseguenze sociale, economiche e culturali a questo connesse. Tutto ciò in un contesto in cui, come molto spesso sta avvenendo negli ultimi anni, gli scenari di mutamento risultano vieppiù dettati da motivazioni economiche che da un serio ripensamento dei modelli e delle pratiche di intervento, nonché della loro finalità.

Citando uno studio sulle residenze sanitarie per anziani promosso da SPI CGIL:

> L'assistenza agli anziani non autosufficienti è una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro a fronte di una spiccata longevità della popolazione e di una crescente incidenza delle persone anziane che vivono sole. Le risposte assistenziali sono spesso inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, sia per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse (Atti 2016, p. 4).

Si tratta di un problema che, dopo lo scoppio della pandemia, è emerso in maniera drammatica. È apparso evidente come un modello fondato su strutture centralizzate (le RSA, in primis) non solo non sia stato in grado di proteggere gli anziani dalla vulnerabilità, ma li abbia messi in pericoli, contribuendo alla diffusione della pandemia. E si è palesata con ancor più urgenza la necessità di ripensare le attività di cura, all'interno di una prospettiva multidimensionale, il cui obiettivo è permettere agli anziani non autosufficienti di vivere in condizioni di sicurezza nella propria casa, potendo contare su una rete territoriale che non li lasci soli.

In Italia, «così come in altri Paesi dell'Europa meridionale, esiste una generale accettazione e preferenza culturale del fatto che la famiglia sia incaricata della cura dell'anziano» [NNA, 2015]. All'interno della famiglia, l'attività di cura è perlopiù affidata alle donne, che sono così, sempre più spesso, chiamate a conciliare lavoro di cura, non retribuito, e lavoro retribuito.

Si tratta di un elemento che è importante avere chiaro al momento di indagare il ricorso ai servizi forniti dalle istituzioni in materia di Long Term Care.

Questi si compongono di tre pilastri:

- I servizi di assistenza domiciliare, a loro volta suddivisi in SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare, di natura socio-assistenziale e in ADI - Assistenza Domiciliare Integrata, di natura sanitaria;
- I servizi di assistenza residenziale (strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali);
- I trasferimenti monetari di natura assistenziale (indennità di accompagnamento per invalidità civile e altri contributi regionali).

Le stime, costruite sulla base di dati Istat del 2011, indicano in 3.329.000 i *caregivers* familiari attivi in Italia nell'assistenza ad anziani, malati cronici, invalidi e disabili, che assistono adulti. Si tratta di persone adulte che forniscono aiuto a un familiare nelle attività quotidiane, nella gestione delle cure, nell'accompagnamento o in altre attività di supporto.

Ai *caregivers* familiari vanno aggiunti 830.000 assistenti familiari (le cosiddette "badanti"), assunti direttamente da anziani e famiglie (Pasquinelli 2013; cfr. NNA 2017). La spesa annuale sostenuta per questa voce dalle famiglie italiane ammonterebbe a 9,2 miliardi (Atti 2016), a dimostrazione che, in un contesto di insufficienti investimenti nei servizi domiciliari la domanda continua a superare le capacità di risposta da parte dell'offerta pubblica. Dati comparativi a livello europeo (OECD 2011) indicano che in Italia il ricorso ai *caregivers* informali, con una copertura del 16,2% dei casi, è superiore a qualsiasi altro paese europeo. Negli altri paesi, infatti, l'attività di cura informale riguarda una percentuale che oscilla tra l'8% di paesi come la Svezia al 15,3% di paesi come la Spagna, il paese che più si avvicina all'Italia. Non sorprende che si tratti, nel primo caso, di un paese emblema di un modello universalista di welfare – che attribuisce un ruolo centrale allo Stato – e, nel secondo, di un altro paese mediterraneo caratterizzato da un welfare familista, oltre che da un alto tasso di invecchiamento. In assenza di competenze e di qualifiche standard, e spesso anche di una regolazione contrattuale, alle assistenti domiciliari è richiesta una disponibilità generica, che spesso oscilla ambiguamente tra dimensione professionale e dimensione relazionale e financo affettiva. Si veda, a proposito, una pioneristica ricerca promossa dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna,

che rivela che il lavoro di cura non venga percepito come una semplice esecuzione di mansioni ma se ne evidenzino gli aspetti connessi al contatto quotidiano, all'intimità, alla convivenza, allo scambio comunicativo (Regione Emilia-Romagna 2005).

A favorire il ricorso a questo tipo di figura contribuisce il fatto che il pilastro centrale su cui si regge l'assistenza agli anziani sia rappresentato dall'indennità di accompagnamento, erogata dall'INPS in modo non selettivo rispetto al reddito o alle caratteristiche familiari, e, soprattutto, non vincolata al suo utilizzo. Questa può essere utilizzata dalle famiglie per bilanciare i minori introiti dovuti alla rinuncia al lavoro – o, per esempio, al passaggio al part-time – da parte del membro della famiglia che si occupa della cura dell'anziano, per acquistare servizi di assistenza domiciliare presso organizzazioni pubbliche, private o del terzo settore, o, come spesso avviene, per pagare la "badante" (NNA 2017)[2].

La spesa pubblica italiana per LTC è pari, nel 2015, all'1,9% del Pil (Ragioneria dello Stato – Mef, 2016, cfr. Atti et al. 2016). Si tratta di una spesa in linea con la media della EU27 (1.8% nel 2010), e che avvicina l'Italia a paesi come Regno Unito e Francia. Si tratta di un dato che appare sottodimensionato in tutti i paesi europei, rispetto alla crescente centralità del fenomeno a cui si indirizza, ma la cui comprensione, al di là della dimensione prettamente quantitativa, richiede una più approfondita analisi delle voci di spesa. Come si è detto, infatti, la parte preponderante di tale spesa, in Italia, è ancor oggi affidata ai trasferimenti monetari, che non sono erogati sulla base delle caratteristiche individuali e familiari del destinatario, ma sul solo accertamento della sua condizione di invalidità, parziale o totale, e quindi di non autosufficienza. La spesa in servizi erogati direttamente dal pubblico, o da altri soggetti in convenzione, risulta in Italia invece assai ridotta, riguardando una quota inferiore del 5% del totale della spesa. Ciò rappresenta un elemento di differenziazione dirimente rispetto a un paese come la Francia. Qui la spesa procapite, in termini assoluti, è non molto superiore a quella italiana, ma l'incidenza della spesa diretta in servizi è pari a un terzo. Idealmente, se il caso italiano è paragonabile a quello di paesi come Polonia, Repubblica Ceca, Portogallo, Romania, Irlanda, ecc, in cui

la spesa medio-bassa in LTC si associa a un'incidenza ridotta della spesa in servizi, al polo opposto troviamo la Svezia, in cui non solo si ha una spesa assai più elevata, ma un'incidenza particolarmente forte - vicina al 50% – delle spese in servizi (Eurostat 2010).

Il capitolo più sacrificato risulta essere quello dell'assistenza domiciliare, la cui copertura, nel 2012, risultava del 4,3% degli anziani, contro una media europea di oltre il 7% (Atti 2016) e a un dato superiore al 20% in Finlandia, Norvegia, Paesi Bassi, Danimarca. Ciò significa, sul piano numerico, che ogni anno gli individui che ricevono assistenza domiciliare sono 700mila (INPS, 2016). Si tratta di un dato che evidenzia come il servizio riesca oggi a soddisfare solo in minima parte i bisogni esistenti. L'insufficiente capacità di risposta – e a ben vedere anche la ridotta domanda – sono il frutto di un percorso evolutivo del servizio che sconta un ritardo nella nascita e una lentezza nello sviluppo, a cui va aggiunta una persistente diversificazione ed eterogeneità a livello territoriale. Insieme, questi fattori spiegano perché nel nostro paese risulti particolarmente difficile il superamento di un modello familista di assistenza e, al contempo, di un modello ospedale-centrico di cura.

7. Come uscire dalla residualità? Le trasformazioni dell'assistenza domiciliare

I sistemi di welfare hanno storicamente guardato all'attività di cura come un dovere prevalentemente privato, e non come un'attività sociale e di rilevanza pubblica. Per questo motivo, l'intervento pubblico è considerato necessario solo in circostanze di particolare deprivazione, quali assenza della famiglia, solitudine, povertà estrema, disabilità (Pavolini e Ranci 2013, p. 4). In Italia si è solo in parte compiuto il passaggio a un nuovo modello, fondato su una più equilibrata e armonica integrazione tra ruolo del pubblico e ruolo attivo svolto da famiglie, terzo settore e privato sociale. Tale ritardo trova riflesso nell'assenza di una riforma del sistema di assistenza domiciliare paragonabile a quelle che sono state negli ultimi decenni implementate in molti paesi europei. Le statistiche Eurostat ci dicono che la spesa

in LTC, in Italia (i dati sono del 2014), corrisponde a un decimo della spesa complessiva nella sanità: tale proporzione, nei paesi del centro e del nord-Europa, oscilla tra un sesto e un quarto della spesa complessiva. L'Italia, non di meno, si colloca a metà classifica, superando i paesi dell'est e del sud Europa (Vetrano 2018)

Nei paesi in cui la riforma dei modelli di welfare è più avanzata, alla fase di pieno consolidamento del ruolo dello Stato è seguita una fase di "deistituzionalizzazione", in cui cioè il ruolo dello stesso, pur rimanendo centrale, trova rideclinazione, all'interno di un approccio più plurale e che vede il protagonismo di più attori. In Italia si è passati direttamente da una fase di debole e parziale istituzionalizzazione alla nuova fase di welfare plurale, in cui il pubblico condivide con privato sociale e terzo settore la progettazione e la gestione dei servizi. Ciò significa che se in altri paesi si è posto il problema di "alleggerire" il peso gravante sul pubblico, in Italia l'introduzione di nuovi attori e la sperimentazione di nuove modalità organizzative, almeno idealmente, dovrebbe orientarsi ad alleggerire il peso che ancora oggi grava in larga misura sulle famiglie, e in particolare sulle donne (Saraceno 2008). Ciò da cui occorre partire, in Italia, non è un ridimensionamento, ma un ripensamento del ruolo del pubblico, funzionale allo sviluppo di servizi *community based*, le cui caratteristiche sono:

- la centralità dei diritti degli assistiti e il loro coinvolgimento attivo nei processi decisionali;
- la creazione di canali di avvicinamento e di incontro tra i diversi attori coinvolti;
- l'investimento nella promozione del capitale umano;
- l'uso efficiente delle risorse;
- il controllo della qualità;
- l'adozione di un approccio olistico;
- l'enfasi posta sulla qualità della vita, sul piano sociale e relazionale.

Austria e Germania, negli anni Novanta, e nel decennio successivo Francia, Portogallo, Spagna (Atti 2016) hanno realizzato una riorganizzazione complessiva dell'offerta assistenziale, sia in materia di criteri di finanziamento e di allocazione delle risorse, sia sul piano delle modalità organizzative, per rispondere ai bisogni crescenti di

servizi sanitari e sociosanitari. La Francia, nel 2016, ha dedicato una legge all'*Adaptation de la société au vieillissement*, prevedendo, tra le altre misure, una valorizzazione dei familiari che si prendono cura degli anziani, destinando 700 milioni di euro l'anno per sostenere l'indipendenza delle persone anziane. A livello comunitario, uno stimolo alla riflessione teorica e allo scambio di buone pratiche proviene dall'*Action Group on integrated care*, un coordinamento che raccoglie 120 stakeholders di diversa natura, attivi nella promozione di azioni innovative finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita degli anziani, perseguendo come obiettivi prioritari la riduzione delle ospedalizzazioni non necessarie, l'integrazione dei servizi, la multidisciplinarietà, l'adozione di strategie fondate sui bisogni dei pazienti, il radicamento dei servizi in reti di comunità e nei contesti familiari.

Il ripensamento dell'abitare, sul piano organizzativo e infrastrutturale, ma anche e soprattutto sul piano sociale, relazionale e comunitario, si pone alla base di un nuovo approccio orientato al principio dell'*Ageing in place*, capace non solo di assicurare maggiore efficacia ma, soprattutto, di rispondere ai desiderata degli anziani, che indicano come priorità quella di potere vivere il più a lungo possibile una vita autonoma e radicata nel tessuto relazionale e di vicinato di riferimento.

L'assistenza domiciliare SAD può riaffermare la sua centralità assumendo una funzione di mediazione e di facilitazione, di attivazione, di connessione, di sviluppo di reti di prossimità, di antenna sociale, di formatore e di vaporizzatore di competenze. Può, in altre parole, porsi al centro di quello che Pasquinelli (2016) ha definito domiciliarietà 2.0 per descrivere una rete flessibile, che integra risposte specialistiche a un sostegno di tipo continuo, a bassa complessità.

8. Conclusioni

È difficile, oggi, stimare i costi economici e sociali della pandemia Sars Covid-19. Sin dalla prima ondata – e quindi dal prolungato lockdown che ha trasformato le nostre vite dal marzo 2020 al giugno 2021 – è stato nondimeno evidente che la crisi avrebbe

colpito selettivamente gli individui e i gruppi posti in condizioni di marginalità. Pensiamo agli anziani, i più esposti ai rischi sanitari, che hanno vissuto in solitudine questo difficile periodo, rinunciando a molto delle attività e dei servizi sanitari e sociali di cui usufruivano. Ai giovani, che hanno dovuto rinunciare alla socialità e sono stati costretti a lunghi mesi di didattica a distanza. Alle donne, che hanno visto ulteriormente aumentare il peso dell'attività di cura. In tutti questi casi, la crisi pandemica ha amplificato le diseguaglianze e accentuato la condizione di vulnerabilità. Gli anziani soli hanno visto la loro condizione di fragilità rendersi ancor più marcata. I giovani provenienti da famiglie dal basso capitale economico, sociale e culturale, hanno sofferto maggiormente i limiti della didattica a distanza. Le donne vittime di violenza domestica sono risultate ancor più indifese dall'isolamento all'interno di mura domestiche che invece di proteggerle le rendeva più fragili. In tutti questi casi, i soggetti attivi nel Welfare Mix territoriale, a partire dal terzo settore, si sono trovati a dover rispondere a bisogni crescenti, spesso di tipo primario: la crisi pandemica ha improvvisamente posto individui e intere famiglie in uno stato di povertà, al punto di moltiplicare le richieste di pasti e di beni di prima necessità alla Caritas.

D'altra parte, sia i comuni, sia il terzo settore, si sono trovati ad operare in un contesto di risorse decrescenti. Nel caso delle organizzazioni di volontariato, anche in termini di risorse umane, data la diminuzione di volontari. In poche parole, si sono ritrovate ancor più di fronte all'imperativo di "fare di più con meno". In questo contesto, si è avuto conferma che nei contesti territoriali dotati di una rete strutturata di relazioni e di pratiche, si è saputo rispondere prima e meglio all'emergenza (Ciani, Gallerini, Raffini 2021). In un momento di distanziamento obbligato, la vicinanza e la relazione hanno assunto nuove forme, spingendo a sperimentare pratiche di innovazione sociale, come cardine di un profondo ripensamento dei rapporti tra pubblico, privato e terzo settore, in un'ottica di corresponsabilizzazione. L'analisi delle risposte istituzionali e non istituzionali elaborate nei territori ai bisogni sociali durante la pandemia, può fornire importanti indicazioni ai fini dell'elaborazione di nuovi modi di concepire l'assistenza domiciliare.

Note

[1] L'articolo 1 della suddetta legge riconosce formalmente una partecipazione – tra gli altri – degli organismi del Terzo Settore alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 1, c. 4-5), nell'articolo 5, specificamente dedicato al ruolo del Terzo Settore, si sostiene che «per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili […] promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea» (art. 5, c. 1).

[2] All'indennità di accompagnamento vanno aggiunte le misure di sostegno economico elargite da alcune regioni, come l'assegno di cura "badanti" introdotto in Veneto già nel 2002 o l'"assegno badanti" della Regione Lombardia (Legge Regionale n. 15 del 2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari"), introdotto proprio con l'obiettivo di sostenere economicamente le famiglie che assumono assistenti familiari. Obiettivo degli interventi di policy a sostegno del lavoro privato di cura è di norma promuoverne la regolarizzazione – prevenendo il fenomeno del lavoro nero, e la qualificazione, anche attraverso corsi di formazione e certificazione delle competenze (Pasquinelli, Ruspini 2009).

Riferimenti bibliografici

Barile A., Raffini L., Alteri L., 2019, Il tramonto della città. La metropoli globale tra nuovi modelli produttivi e crisi della cittadinanza, DeriveApprodi, Roma.

Andreotti A., 2009, Cos'è il capitale sociale, Carocci, Roma.

Andreotti A., Mingione E., Polizzi E., 2012, Local Welfare Systems: A Challenge for Social Cohesion, "Urban Studies", 49 (9), pp. 1925-1940.

Atti R., 2016, Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane, SPI-CGIL.

Andrew, C., La Klein, J., 2010, SI: What is it and why is it important to understand it better. ET10003, Ontario Ministry of Research and Innovation. Toronto. Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES). Collection Études théoriques, no ET1003.

Arena G., 2016, Cittadinanza attiva, Laterza, Roma-Bari.

Ascoli U., 2011, Il welfare in Italia, il Mulino, Bologna.

Ascoli U., Ranci C., 2003, Il welfare mix in Europa, Roma, Carocci.

Beck U., 1999, La società del rischio, Carocci, Roma.

Bifulco L., 2012, Governance e territorializzazione: Il welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. [Trad. ita. di Governance territorialização: o Welfare Local na Itália Entre Fragmentação e Inovação, Cadernos Metrópole,14 (27), pp. 41–57. https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/download/14780/11835.

Borghi V., 2002, Vulnerabilità, inclusione e lavoro, FrancoAngeli, Milano.

Busacca M., 2019, Innovazione sociale. Città, politiche e forme di ricostruzione del mercato, Bruno Mondadori, Milano-Torino.

Castel R. 1997, Diseguaglianze e vulnerabilità sociale, in "Rassegna italiana di sociologia", 1 (38), pp. 41-56.

Chevalier, T., Palier, B., 2014, The Dualisation of Social Policies towards Young People in France: Between Familism and Activation, in Antonucci L., Hamilton M., and Roberts S., (a cura di), Young People and Social Policy in Europe. Dealing with Risk, Inequality and Precarity in Times of Crisis, Palgrave MacMillan, London-New York, pp. 189-209.

Ciani F., Gallerini S., Raffini L., 2021, Le conseguenze socio-economiche della pandemia di Covid-19 in Italia e il ruolo del Terzo settore, in "Salute e Società", 2 (22), pp. 25-39.

Ciarini A., Negri S., 2019, Innovazione sociale, auto-organizzazione e azione pubblica. Integrazione o sostituzione? Nota introduttiva, in "La rivista delle politiche sociali", 1, pp. 9-21.

Esping-Andersen G., 1990, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Polity Press, Cambridge.

Ferrera M., Maino F., 2012, Quali prospettive per il secondo welfare? La crisi del welfare state tra sfide e nuove soluzioni, in Bray M. e Granata M. (a cura di), L'economia sociale: una risposta alla crisi, Solaris, Roma.

Girotti F., 1998, Welfare state. Storia, modelli e critica, Carocci, Roma.

Hernández-Ascanio, J., Tirado-Valencia, P., Ariza-Montes, A., 2016, El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos, in "CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa", 88, pp. 164-199.

Hubert A., 2010, Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union,

http:// www.net4society.eu/_media/Social_innovation_europe.pdf

Maino F., Ferrera M., 2013, Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.

Monzón J-L., Chaves R., 2012, La Economia social en la Union Europea, Comité Economico y social Europeo.

Moulaert F., Nussbaumer J., 2005, Defining social economy and its governance at the neighbourhood level: A methodological reflection, in "Urban Studies", 42 (11), pp. 2071-2088.

Murray R., Caulier-Grice J., Mulgan G. (2010), The Open Book of Social Innovation, The Young Foundation, London.

Neamtan N., Downing R. (2005), Social economy and community economic development in Canada: Next steps for public policy, Issues paper by the Chantier de l' Èconomie Sociale in collaboration with the Canadian Community Economic Development Network (CCEDNet) and Alliance Recherche Universités-Communautès en Économic Sociale (ARUC-ÉS).

Nesta, 2007, Innovation in response to social challenges, Policy Briefing, SC/03, https://media.nesta.org.uk/documents/innovation_in_response_to_social_challenges.pdf

NNA - Network Non Autosufficienza, 2015, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto – Un futuro da ricostruire, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

NNA - Network Non Autosufficienza, 2017, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto – Il tempo delle risposte, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

OECD, 2011, Help Wanted? Providing and Paying for Long- Term Care, OECD Publishing.

Pasquinelli S., Ruspini G., 2009, I sostegni al lavoro privato di cura, in NNA, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Pasquinelli S., 2016, Servizi condivisi: dove si gioca l'innovazione, Qualificare, Newsletter sul lavoro privato di cura.

Pavolini E., 2002, Il welfare alle prese con i mutamenti sociali: rischio, vulnerabilità, frammentazione, in Rassegna italiana di sociologia, 4, pp. 587-618.

Raffini L., 2015, Volontariato e impresa sociale. L'innovazione sociale come risposta alla crisi, Cesvot Edizioni, Firenze,

Raffini L., Giorgi A., 2020, Mobilità e migrazioni, Mondadori, Milano.

Ranci C., 2002, Fenomenologia della vulnerabilità sociale, in Rassegna Italiana di Sociologia, 4, pp. 521-552.

Ranci, C., Pavolini, E., 2013, a cura di, Reforms in Long-term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts, Springer, New York.

Saraceno C., 2008, Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States, Edward Elgar Publishing, Cheltehnam, Uk & Northampton, MA, USA.

Saruis, T., Colombo, F., Barberis, E., Kazepov, Y., 2019, Istituzioni del welfare e innovazione sociale: un rapporto conflittuale?, in "La Rivista delle Politiche sociali", 1(19), pp. 23-38.

Schachter M., Matti C., Alcántara E., 2014, Fostering Quality of Life through Social Innovation: A Living Lab Methodology Study Case, in Review of Policy Research, 29 (6), pp. 672-692.

Tognetti Bordogna M., (a cura di), 2007, I grandi anziani tra definizione sociale e salute, FrancoAngeli, Milano.

Vetrano D., (a cura di), 2018, L'assistenza domiciliare in Italia chi la fa, come si fa e buone pratiche, ItaliaLongeva.

Seconda parte

VI. La ricerca esplorativa sui fattori abilitanti l'innovazione nei servizi di assistenza domiciliare

Glenda Galeotti

1. Introduzione

La ricerca *L'innovazione sociale negli interventi di assistenza domiciliare agli anziani. Modelli organizzativi, profili e competenze* ha voluto esplorare esperienze di assistenza domiciliare agli anziani attive in alcune Regioni italiane al fine di rilevare i fattori in grado di abilitare innovazione nei processi di erogazione dei servizi. Abbiamo considerato i servizi di assistenza domiciliare come risposte ai bisogni, sempre più multiformi e sfaccettati, chiedendoci quali aspetti e/o le dimensioni favoriscono l'attivazione di processi per una continua ridefinizione degli stessi, proprio in virtù delle trasformazioni dei bisogni e dei contesti in cui i servizi si collocano. Una prima indagine di sfondo aveva ben evidenziato ed analizzato alcuni elementi che consentono di comprendere come le trasformazioni dei bisogni e quelle dei sistemi di *welfare* riscrivono la filiera *cittadino* - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private - istituzioni e *governance* territoriale.

Da qui l'obiettivo generale della nostra indagine, che ha inteso identificare i fattori abilitanti i processi di innovazione (*enabling factors*) nei servizi di assistenza domiciliare, collegandoli alle principali modalità di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani, al fine di definire le competenze necessarie a promuovere l'innovazione nel settore oggetto di studio.

La finalità è avviare una riflessione congiunta fra Terzo Settore ed Enti Locali committenti, utenti ed altri *stakeholder* sulle trasformazioni necessarie delle modalità di progettazione, attivazione e gestione dei servizi di assitenza prevalentemente di tipo domiciliare rivolti alle

persone anziane, che permetta un ripensamento e ricombinazione complessivo dell'intera filiera considerata.

Al centro dell'indagine si collocano, dunque, le pratiche consolidate ed emergenti di assistenza domiciliare che integrano, sperimentano e innovano i servizi tradizionali, promuovono una nuova cultura della domiciliarità e della cura basata sulla volontà di rispondere ai bisogni in un'ottica comunitaria e di progettare in maniera partecipata gli interventi, anche con il diretto coinvolgimento dei destinatari. L'oggetto si precisa collocandosi nello spazio che esiste tra i servizi di assistenza domiciliare domiciliari e quelli residenziali, il quale evidenzia bisogni di assistenza scoperti a cui le famiglie spesso cercano di fa fronte da sole (Figura 1). Per sviluppare le capacità di soddisfare le molte urgenze che non trovano risposta nell'esistente è necessario aprirsi a strategie diverse che vanno ben oltre la mera "badantizzazione" del welfare.

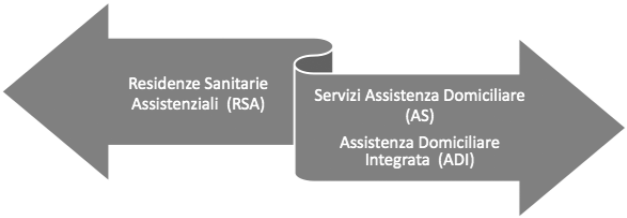

Figura 1. Spazio entro al quale si colloca l'oggetto d'indagine (elaborazione dell'autore).

Indagare un oggetto cosi complesso e poliedrico richiede l'adozione di un approccio multi-metodo (Creswell 2003; Matsaganis 2016; Creswell, Plano 2011; Phillips 2009), il quale ha consentito di (Del Gobbo, Galeotti 2018):

- Focalizzarsi su domande di ricerca che richiedono una comprensione contestuale della vita reale e delle influenze culturali in una prospettiva multilivello.
- Combinare più metodi (ad esempio, focus group e interviste approfondite) sulla base dei loro punti di forza di ciascuno di essi.
- Collocare la ricerca all'interno di un quadro teorico forte capace di guidare l'analisi e l'interpretazione dei risultati dell'indagine.
- Sostenere disegni di ricerca in grado di informare l'azione politica.

Seppur muovendosi all'interno della tradizione di ricerca qualitativa (Silverman 2021), la strategia di indagine si è caratterizzata per essere multilivello, in quanto capace di affrontare diversi piani di analisi corrispondenti a molteplici dimensioni del problema, con una triangolazione, orientata a studiare un fenomeno che si qualifica come aspetto del problema studiato da punti di vista differenti (Trinchero 2019). L'assunzione di questa strategia ha consentito, da un lato, di evidenziare i diversi aspetti che definiscono l'oggetto indagato, ovvero l'innovazione nei processi di assistenza, collegandolo a dimensioni diverse dei servizi in oggetto all'analisi; dall'altro, la raccolta delle percezioni sullo stesso di coloro che hanno ruoli diversi nell'erogazione del servizio (committente, referente/coordinatore, operatore, etc.).

Particolare attenzione è stata dedicata al coinvolgimento nelle diverse fasi dell'indagine dei portatori di interesse, non solo come *key informant,* ma anche attraverso la negoziazione della domanda di ricerca e la restituzione dei risultati preliminari e finali in modo da attivare riflessioni e relative azioni di miglioramento dei servizi in oggetto.

In tale prospettiva, il designo di ricerca si precisa con l'adozione di un approccio olistico e trasformativo. Il primo caratterizza la struttura e il programma di ricerca al fine di catturare la complessità dell'oggetto di indagine; il secondo apre all'uso di qualsiasi metodo, qualitativo o quantitativo, a condizione che questo aiuti i ricercatori a raggiungere risultati funzionanti a produrre un cambiamento a beneficio della popolazione in condizione di disparità (Matsaganis 2016).

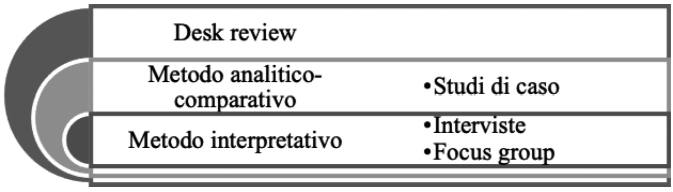

Figura 2: La metodologia di ricerca (elaborazione dell'autore).

La ricerca si è articolata nelle seguenti fasi (Figura 2):

1) Analisi della letteratura esistente europea e nazionale (desk review), inclusi i risultati di seminari, convegni e progetti di ricerca internazionali realizzati o in corso sul tema dell'assistenza domiciliare e l'innovazione dei servizi alla persona non autosufficiente.
2) Formulazione della domanda di ricerca e costruzione del campione dell'indagine attraverso una tavola rotonda che ha coinvolto una pluralità di stakeholder a livello territoriale.
3) Costruzione degli strumenti di indagine.
4) Identificazione e analisi di 9 servizi e riferimento ad altre pratiche incontrate nelle testimonianze degli attori coinvolti (interviste a testimoni privilegiati).
5) Restituzione dei risultati della ricerca e dell'ipotesi interpretativa formulata sulla base delle evidenze raccolte, attraverso tre incontri territoriali con i soggetti coinvolti nell'indagine (Firenze, Genova, Bergamo).

2. Domanda di ricerca e costruzione del campione

Al fine di declinare la domanda di ricerca considerando le istanze delle organizzazioni che, sotto varie forme, erogano servizi di SAD/ADI e per circoscrivere il campo di indagine, abbiamo realizzato un workshop con referenti politici e delle organizzazioni che si occupano di servizi di assistenza domiciliare. Dall'incontro sono emerse indicazioni per inquadrare l'oggetto dell'indagine e approfondire i criteri di selezione dei casi di studio precedentemente individuati con la *desk research*. Lo studio dei casi selezionati è stato sviluppato nelle seguenti fasi:

a) Individuazione del campione e posizionamento dei casi rispetto ai criteri di individuati
b) Definizione della metodologia per il caso di studio
c) Costruzione degli strumenti di ricerca:
   - Traccia di intervista per referenti dell'organizzazione erogatrice del servizio

- Traccia di intervista ad Assessori o altri referenti politici
- Traccia del focus group con gli operatori dei servizi di assistenza domiciliare

d) Somministrazione degli strumenti di ricerca e trascrizione delle interviste e dei focus group.
e) Analisi e sistematizzazione dei dati raccolti e stesura del report di ricerca.

Le aree di analisi individuate dal team di ricerca per identificare processi in grado di abilitare l'innovazione nei servizi in oggetto sono quella dell'ideazione, dell'erogazione, della gestione e della valutazione degli stessi.

I casi di studio analizzati sono stati complessivamente nove, distribuiti in cinque Regioni italiane (Figura 3):

– Toscana: Arezzo (1), Prato (2)
– Umbria: Foligno (1)
– Liguria: Genova (2), La Spezia (1)
– Piemonte: Torino, Distretto di Orbassano (1)
– Lombardia: Bergamo (1)

Complessivamente, sono stati realizzati:

– 11 interviste a coordinatori e referenti dei servizi, responsabili politici;
– 8 focus group con operatori dei servizi;
– 3 tavoli territoriali di restituzione dei dati raccolti e che hanno convolto tutti coloro che hanno partecipato alla ricerca.

Studio di caso	Tipologia organizzazioni	Territorio	Tipologia di servizio di assistenza erogato
Caso 1	Cooperativa sociale	Prato, Toscana	Assistenza domiciliare sanitaria erogata da enti provati consorziati
Caso 2	Cooperativa sociale	Prato, Toscana	Assistenza domiciliare comune su gara di appalto
Caso 3	Società Srl (in *franchising*)	Arezzo, Toscana	Servizio di assistenza domiciliare integrata offerti nel libero mercato (in franchising)
Caso 4	Cooperativa sociale ed Ente Locale	La Spezia, Liguria	Servizi di assistenza domiciliare del comune su gara di appalto
Caso 5	Ente pubblico, inpresa sociale e agenzia di lavoro interinale	Genova, Liguria	Servizi di assistenza domiciliare del comune attraverso la costituzione di un albo di soggetti accreditati
Caso 6	Start-up tecnologica	Genova, Liguria	Supporto all'erogazione dell'assistenza attraverso una App.
Caso 7	Enti pubblici e consorzio di cooperative, RSA	Piossasco, Piemonte	Assistenza comunitaria erogata attraverso un sistema misto pubblico-privato
Caso 8	Enti pubblici e consorzio di cooperative	Bergamo, Lombardia	Servizi di assistenza domiciliare del comune – Custodi sociali
Caso 9	Impresa autorizzata per la somministrazione di lavoro	Foligno, Umbria	Servizio di assistenza domiciliare integrata offerti nel libero mercato

Figura 3. Organizzazioni erogatrici, territorio di riferimento e tipologia di servizi dei casi studio indagati (elaborazione dell'autore).

3. Sintesi sui risultati della ricerca

Il primo elemento analizzato è stato l'*obiettivo* perseguito dai servizi di assistenza domiciliare indagati. I dati raccolti attraverso le interviste a diverse tipologie di interlocutori evidenziano come gli obiettivi che orientano le esperienze studiate possono essere aggregati in tre macro-aree, a partire dal *focus* dell'azione di assistenza (Figura 4):

– sull'assistito/a
– sulla famiglia dell'assistito/a
– sul servizio stesso.

Figura 4. I tre macro obiettivi dei servizi di AD (elaborazione dell'Autore).

Per i servizi che rientrano nella prima macro-area, l'obiettivo del servizio si declina nel sostegno alle capacità residue della persona al fine di favorirne e rinforzarne l'autonomia, il mantenimento presso il proprio domicilio e in situazioni di familiarità e di quotidianità, grazie al supporto delle reti laddove possibile. L'assunto di base a questo approccio si precisa, da un lato, nel garantire agli anziani un maggior livello di benessere, socialità e salute, dall'altro, in un miglior rapporto tra efficacia dell'azione di assistenza e costi più contenuti rispetto alle soluzioni residenziali.

In altri servizi, invece, il *focus* è sui familiari dell'assistito per supportarli nell'attività di assistenza. In questo caso gli intervistati hanno sottolineano come i cambiamenti nella struttura e nelle relazioni familiari e sociali siano all'origine delle difficoltà di gestione familiare dell'assistenza e dell'enorme aggravio degli impegni di cura.

Gli obiettivi riconducibili alla terza macro-area si riferiscono principalmente allo sviluppo dei servizi di assistenza, sia in termini della loro diffusione capillare sul territorio per avvicinarli al cittadino, sia riguardo la possibilità di creare reti e alleanze territoriali, anche

con l'uso delle tecnologie che possono ottimizzare le risorse disponibili al fine di costruire risposte adeguate alla complessità dei bisogni di assistenza. In questo terza area rientrano anche quei servizi che, nel fornire assistenza ai destinatari e supporto alle famiglie, sono orientati alla creazione di posti di lavoro con assunzioni regolate dai contratti nazionali di settore (è il caso delle agenzie di lavoro che supportano la regolarizzazione del dilagante lavoro domiciliare sommerso).

3.1. *Modalità di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare*

Un secondo aspetto rilevante emerso dallo studio riguarda le *modalità di erogazione del servizio* che abbiamo ricondotto a: servizio fornito dietro affidamento di una commessa dell'ente pubblico/locale, servizio aperto al libero mercato, servizio con formula mista. Le evidenze di ricerca permetto di collocare i casi studiati lungo una linea ai cui estremi si collocano la gara d'appalto promossa dall'Ente Pubblico per l'affidamento del servizio e dall'altro il libero mercato. Tra questi due poli si situano altre modalità di erogazione, quali la co-progettazione tra Enti Pubblici ed organizzazioni private e il sistema di accreditamento degli enti erogatori (Figura 5).

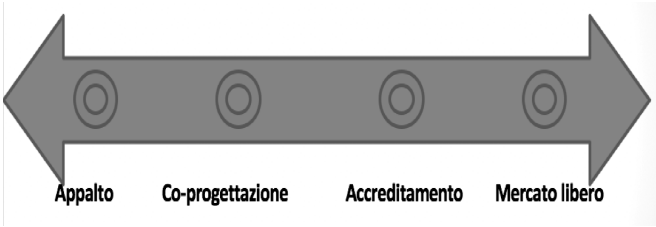

Figura 5. Le modalità di erogazione del servizio (elaborazione dell'autore)

La co-progettazione è una modalità operativa che presuppone una forte alleanza tra Ente Locale e organizzazioni del Terzo Settore, a partire dalla condivisione delle finalità e di una visione che associa la gestione dell'esistente con lo sviluppo nuovi servizi e interventi. Quale schema di regolazione della collaborazione sussidiaria tra Enti di natura diversa che negli ultimi anni sta avendo una maggiore

diffusione, la co-progettazione è "una modalità di affidamento e gestione della realizzazione di iniziative e interventi sociali attraverso la costituzione di una *partnership* tra Pubblica Amministrazione e soggetti del privato sociale" (D.G.R. Lombardia IX/1353/2011).

La co-progettazione è inserita anche dal Codice del Terzo Settore (D.lgs 117/2017), dove all'art. 55 viene decritta come "procedimento finalizzato alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento". Con l'introduzione di suddetto Codice vengono ampliati gli ambiti applicativi della co-progettazione, non più limitata a quelli previsti nella L.328/2000, ossia i servizi sociali, i progetti sperimentali e innovativi, ma si estende a tutti i servizi di interesse generale definiti dal Codice. Il Codice del Terzo Settore costituisce una regolamentazione di grande importanza, poiché è la prima produzione legislativa ordinaria che ha permesso, in particolare attraverso l'art. 55, di introdurre nell'ordinamento il principio costituzionale di sussidiarietà così come definito dall'art. 118 della Costituzione modificato con la riforma del 2001[1].

La co-progettazione promossa dal Comune di Bergamo, ad esempio, ha consentito di passare da un servizio tradizionale di assistenza domiciliare a uno su base territoriale e comunitaria, grazie anche all'integrazione con quello di Custodia Sociale e, dunque, spostando il *focus* dalla esclusiva finalità assistenziale ad una di tipo integrata che incorpora anche la dimensione socio-relazionale ed educativa.

L'accreditamento è un'altra modalità che, al di là delle differenze riscontrate nelle diverse sperimentazioni in atto (in particolare si vedano i sistemi di accreditamento dei Comuni di Milano, Torino e Genova), prevede il riconoscimento di un ente fornitore del servizio, un *provider* sociale sul domiciliare, presso l'Ente Pubblico. L'accreditamento avviene sulla base di *standard* stabiliti dall'Ente Pubblico e la selezione di un'offerta, un progetto, una carta dei servizi ai sensi di un regolamento comunale. Successivamente viene istituito un albo

[1] Per approfondire questo tema si vedano: Bruno *et al.* 2016; De Ambrogio, Guidetti 2017; Fici 2018.

dei servizi fra i quali il cittadino può scegliere liberamente. Rispetto alla tradizionale gara di appalto per l'affidamento del servizio, questo meccanismo determina un processo virtuoso, poiché l'acquisizione del cliente (a cui viene destinato un *voucher* da impegnare nel servizio di assistenza scelto) spinge verso il continuo miglioramento dell'offerta, la ricerca di soluzioni innovative, la qualità della prestazione.

Il cittadino avente diritto si reca presso l'assistente sociale, il medico di base o l'ASL di riferimento, dove viene effettuata una valutazione del caso sia dal punto di vista del bisogno di assistenza, delle risorse a disposizione per l'assistenza, sia relativamente al reddito. Sulla base della valutazione viene redatto un progetto o piano di assistenza individualizzato ed emesso un *voucher* o un buono servizio che dà diritto a un'erogazione economica o all'accesso diretto al servizio.

Questa formula consente, inoltre, di coniugare il controllo pubblico, il rispetto degli *standard* di qualità, la trasparenza e la qualità, poiché la possibilità di scegliere il fornitore avvantaggia chi offre servizi di qualità. Tale modalità, inoltre, consente l'introduzione nel sistema di assistenza di agenzie per il lavoro che forniscono personale di diverse tipologie, contribuendo ad affrontare il dilagante lavoro sommerso che caratterizza il settore.

Di fatto però, anche questo sistema evidenzia alcune falle soprattutto nel momento in cui il numero degli enti accreditati è ridotto, producendo un sostanziale appiattimento della concorrenza e una conseguente standardizzazione dei servizi, nonché il mantenimento del ruolo forte di controllo da parte dell'Ente Pubblico che non riesce a delegare la gestione dei casi. La mancanza di risorse economiche da immettere nel sistema limita, di fatto, il numero delle organizzazioni erogatrici, non aprendo inoltre alla possibilità di ampliare l'offerta su segmenti diversi dall'assistenza in senso stretto.

La difficoltà di passare da una modalità di erogazione del servizio ad un'altra è ostacolata, inoltre, da resistenze connaturate alle modalità tradizionali di gestione del sistema stesso e quelle organizzative sia dell'Ente Pubblico sia dell'organizzazione erogatrice, nonché alla necessità di ridefinire in maniera chiara ed efficace i rapporti tra

pubblico e privato. Il pubblico, infatti, dovrebbe mantenere la *governance* del sistema e il monitoraggio/controllo del servizio, mentre dovrebbe delegare la gestione concreta del caso all'ente accreditato. Questo aspetto sembra essere centrale nel superamento del principio dell'affidamento attraverso gara verso l'accreditamento. Il sistema di accreditamento richiede che l'ente erogatore sia in grado di adottare approcci per passare dalla centralità della committente - ovvero l'Ente Pubblico – a quella del cliente-destinatario dell'intervento in quanto è quest'ultimo che ne valuta la qualità.

L'attenzione al cliente-destinatario è anche il principale elemento regolatore del servizio offerto sul libero mercato e acquistato direttamente dal privato cittadino. Le realtà indagate che si collocano in quetso spazio si distinguono per la tipologia di servizi erogati, anche di tipo socio-sanitario o sanitario puro, e per la possibilità di offrire una scelta figure professionali (dalla badante fino all'infermiera professionale). In questi casi, l'offerta di servizi appare più articolata e flessibile, basata tendenzialmente sulla domanda e sui bisogni specifici.

3.2. *Capacità di intercettare i bisogni per formulare le risposte*

Le modalità di erogazione del servizio, come abbiamo visto, determinano in buona parte le caratteristiche che questo può assumere, aprono alla possibilità di leggere più o meno dinamicamente i bisogni di utenti e famiglie e la conseguente capacità di riformulare l'azione di assistenza per darvi risposta.

Nei servizi affidati tramite gara di appalto si evince una sostanziale rigidità della proposta rispetto a una domanda sempre più sfaccettata. La scarsità di risorse economiche a disposizione e la conseguente contingentazione dei tempi di erogazione del servizio producono una sostanziale standardizzazione dello stesso e una forte focalizzazione sull'offerta di assistenza piuttosto che sulla domanda. Fra le conseguenze riconducibili a questa modalità di erogazione possiamo annoverare anche:

– la scarsa valorizzazione degli operatori e la conseguente loro demotivazione ed insoddisfazione, in quanto la loro azione è spesso limitata ad una fornitura di assistenza predeterminata da altri e a

monte e sulla quale hanno poco spazio di manovra;
– la poca elasticità dei servizi, fortemente standardizzati e rigidamente strutturati, che deve essere supplita dalla flessibilità dell'operatore nei confronti dei bisogni e delle richieste pur all'interno di un quadro operativo predefinito.

E soprattutto sulla fragilità e soprattutto sul discorso della temporaneità, quindi accessi diversificati, molto più elastici, molto più flessibili e quindi si richiede anche una capacità di essere più, sì, più flessibili, ma anche più flessibili dal punto di vista degli orari" (Intervista caso di studio n. 8).

Un altro aspetto, collegato a quanto fino a qui detto, è la solitudine che spesso l'operatore domiciliare vive nella fornitura della prestazione, la quale incide sulla qualità della prestazione e del servizio fornito nel suo complesso.

Anche le modalità di erogazione dell'AD in co-progettazione e il sistema di accreditamento soffrono, seppur in maniera minore, di questa debolezza, poiché ugualmente in questi casi l'operatore fornisce un servizio deciso da altri e sul quale ha pochi margini di autonomia. Questo aspetto può essere ricondotto alla frammentazione e alla settorialità che spesso caratterizza le modalità di affrontare necessità e sfide sempre più complesse e multidimensionale, dovuti alle difficoltà di creare sinergie fra le diverse sfere d'azione e di competenza in cui si articola l'assistenza e, dunque, a prendere in carico la persona nella sua globalità. Spesso infatti i servizi si limitano a fornire assistenza sociale o socio-sanitaria, escludendo gli aspetti della socializzazione ed educativi. Pensare e agire per settore, quando il problema è multidimensionale determina il mancato riconoscimento della persona portatrice del bisogno e anche l'inefficacia della soluzione fornita. Secondo molti degli intervistati, tale criticità è dovuta all'incapacità della pubblica amministrazione di rinnovarsi, adottare una prospettiva di sistema e una conseguente capacità di favorire un'azione integrata, perché è ancora prevalente il barricarsi dietro la propria specializzazione, il proprio spazio di azione e responsabilità.

Questa incapacità di fronteggiare la complessità dei fenomeni sociali emergenti con azione e interventi che reclamano modi alternativi e innovativi di formulare le risposte è da ricondurre alle

inadeguate competenze organizzative e di gestione, alla gerarchizzazione e alla burocrazzione dei processi che appesantiscono, rendono statiche e resistenti al cambiamento le pubbliche amministrazioni.

> E ognuno si barrica dietro la propria pseudo-professionalità, perché, come dicevamo con le colleghe, se ti barrichi dietro ad una specializzazione non sei un vero specialista. Per questo parlo di pseudo-professionalità. È come se ognuno si dovesse nascondere da qualcosa che appare troppo complesso. Forse perché per attivare le cose ti scontri con una burocrazia che ti fa appesantire e rendere difficili le cose (Intervista caso di studio 5).

In alcune delle esperienze indagata queste criticità sono state affrontate grazie all'apporto di figure come i "custodi sociali", le "antenne territoriali" o di sportelli diffusi sul territorio, in quanto avamposti in grado raccogliere le istanze dalla popolazione, di leggerne le trasformazioni per riprogettare i servizi.

Le criticità nella lettura dei bisogni di assistenza non sembrano riguardare i servizi offerti nel mercato libero, in quanto orientati alla soddisfazione delle esigenze del cliente e, dunque, una loro corretta rilevazione e comprensione è determinante per la fornitura puntuale di servizi di assistenza. In tutte le esperienze indagate gli strumenti utilizzati in fase di accesso sono: Scheda famiglia, Piano operativo assistenziale o il Piano di intervento domiciliare. Il loro impiego è finalizzato alla raccolta dei dati sullo specifico caso per l'anamnesi funzionale alla definizione del servizio di assistenza, ma anche alla ricognizione delle risorse – molto spesso relative alla rete familiare e parentale – che potrebbero essere attivate in maniera coordinata.

> La qualità professionale è la capacità degli operatori di scovare non solo bisogni inespressi, ma soprattutto potenzialità che permettano di attivare e rendere strutturali nuove modalità di aiuto e di reciprocità (Intervista caso di studio 7).

La lettura del bisogno non è circoscritta alla fase di inserimento, ma prosegue anche durante la fornitura dell'assistenza, poiché le esigenze si trasformano nel tempo. Nei servizi fortemente standardizzati questo aspetto passa in secondo piano, poiché a volte non vengono utilizzati strumenti di raccolta dati e informazioni, comunicazione

bottom-up (diari di bordo del servizio, schede per l'annotazione delle informazioni sui casi e sulle prestazioni, etc.), e più frequentemente quelli per la decodifica degli stessi. In altri casi, l'utilizzo di *équipe* multidisciplinari per la visita domiciliare, la rielaborazione dei dati raccolti in funzione della definizione del piano di intervento e la sua riformulazione è il mezzo per comprendere la multidimensionalità e la dinamicità del bisogno di assistenza.

> La rielaborazione mi sembra un aspetto molto importante perché si fa una valutazione multi-professionale, multi-disciplinare per quanto è possibile, della situazione che si è incontrato, con - tra virgolette - al centro la persona. Per questo, continuiamo a dare importanza alla visita domiciliare perché chiaramente è attraverso la visita che è possibile valutare meglio la condizione in cui la persona si trova, con il suo intorno. Ecco, annusare gli odori di quella casa e entrare in quello spazio che ti può dare, descrivere molto. Recarsi invece solo all'ambulatorio rischia di non avere ciò che quelle mura, quegli oggetti, dentro la casa, possono invece farti capire (*Focus group* Caso di studio 7).

Questo segmento del processo di erogazione di un servizio di assistenza sta diventando sempre più centrale e alcune organizzazioni stanno investendo nell'adozione di *database* informatizzati (*Intranet*) che consentono la raccolta di dati per il coordinamento dell'azione di assistenza (anche in casi di mobilità da una regione a un'altra degli assistiti), ma anche per il reclutamento di specifiche figure professionali. La raccolta dati attraverso sistemi informatizzati non riguarda, dunque, solo l'assistito e la sua famiglia, ma anche gli operatori impiegati, le valutazioni del servizio, etc. Elemento questo che conferisce un significativo valore aggiunto al servizio offerto soprattutto se si attivano anche procedure di *data analysis* e *social data mining*.

La capacità di lettura dinamica di bisogni, ma anche delle risorse a disposizione in dato contesto, è un elemento chiave per la riformulazione e l'innovazione dei servizi di assistenza. Tale capacità consente di passare da servizi standardizzati a quelli *tailor made* alle necessità intercettate ed analizzate, nonché l'efficacia e l'efficienza degli stessi grazie ad una migliore combinazione dei mezzi e delle opportunità a disposizione. Nei fatti, molti servizi sono più legati

alla disponibilità dell'offerta che alla domanda di assistenza emergente, quindi, è difficile che sussista una correlazione diretta tra questi elementi, se non in casi molti specifici dove si realizzano azioni *ad hoc* che però hanno un costo elevato. La standardizzazione non ha solo un'accezione negativa, quando la cosiddetta "messa a scaffale di servizi" è progettata a partire dalle esigenze degli assistiti e concertata con gli *stakeholder*.

Vi sono inoltre esperienza che stanno andando nella direzione di rafforzare le capacità dei fornitori dell'assistenza di collegare e coordinare fra loro i servizi esistenti per evitare le sovrapposizioni e, al contempo, provvedere a un'erogazione in grado di rispondere alle multidimensionalità del problema di assistenza.

Dall'altro lato, come emerge dallo studio, il diretto coinvolgimento dei destinatari, delle famiglie e della comunità in forme diverse e modalità alternative di gestione delle risorse, diventa un elemento significativo e su cui investire per il miglioramento e la riformulazione dei servizi. In generale, le evidenze empiriche mostrano come la ridefinizione dei servizi di AD passa necessariamente da un cambiamento di prospettiva e di azione più che a livello dei singoli operatori a quello organizzativo, grazie all'implementazione di processi di raccolta e analisi delle istanze per la ridefinizione delle modalità di risposta fornite dai diversi interlocutori pubblici, pubblico-privati o privati.

3.3. *Le forme di valutazione del servizio*

Un altro aspetto indagato è stato il sistema di valutazione del servizio, con specifico riferimento alle dimensioni che vengono considerate e agli strumenti utilizzati. Fatto salvo che tutte le esperienze studiate valutano la qualità del servizio e la *customer satisfaction,* i sistemi di *asssessment* risultano particolarmente sviluppati anche con strumenti informatizzati da chi opera nel libero mercato o nei sistemi di accreditamento.

A tal proposito è interessante notare come chi è passato dalle gare di appalto per l'affidamento del servizio a quello di accreditamento abbia parallelamente sostituito la valutazione della soddisfazione della committenza con quella del cliente-destinatario.

> In questo momento devo dire che mentre prima noi avevamo anche una parte sul cliente committente che era la parte istituzionale, in questo momento questa parte l'abbiamo un po' fermata perché essendo un sistema di accreditamento è più importante lavorare su versante del cliente-destinatario del servizio (*Focus group* caso di studio 5).

Negli stessi casi, inoltre, sono da segnalare le difficoltà riscontrate nel collegare i dati sulla soddisfazione del cliente con quelli relativi alla fornitura complessiva del servizio che rimangono ad appannaggio dell'amministrazione pubblica. Ciò comporta un reale gap informativo e la mancata possibilità ad avere un quadro d'insieme che consentirebbe di mettere in campo azioni di miglioramento.

> Non abbiamo al momento, e lo avevamo chiesto, un sistema di valutazione complessivo. Il comune ha i suoi [...] una serie di analisi e di verifica sulle prese in carico in base ai loro parametri, che però noi non conosciamo, le sappiamo in generale, ma non abbiamo ora condivisione di questo pezzo, che potrebbe essere invece un aspetto utile (*ibidem*).

Sempre con riferimento al sistema di accreditamento – ma estendibile anche all'assegnazione mediante gara di appalto e co-progettazione – un'altra dimensione della valutazione riguarda il caso del singolo assistito a carico dell'assistente sociale di riferimento. Questo tipo di valutazione viene effettuata *ex ante*, nel momento dell'inserimento, *in itinere*, durante all'erogazione dell'assistenza, allo scopo di aggiornare i Piani di Assistenza Domiciliare con le informazioni sulle condizioni dell'assistito.

Nei servizi offerti a mercato libero, la valutazione è prevalentemente orientata alla soddisfazione del cliente, a cui però vengono associate altre dimensioni, la più interessante delle quali riguarda le capacità degli operatori. Si tratta, in breve, di una verifica effettuata dal responsabile su diversi aspetti chiave, quali la congruenza delle competenze possedute rispetto al tipo di lavoro assegnato, la disponibilità per gli spostamenti o la possibilità di essere impiegato in settori diversi. Insieme alle attività formative a cui l'operatore ha partecipato, tale valutazione periodica o al termine di un incarico, va a confluire nella scheda personale – presente nella banca dati dell'organizzazione

a cui accedono tutte le filiali – la quale assume le caratteristiche di un *Portfolio* dell'Assistente familiare/domiciliare.

La tabella di seguito (Figura 6) riassume quanto fino a qui trattato, mettendo in evidenza come le diverse modalità di erogazione del servizio insistono su dimensioni specifiche e strumenti di valutazione.

Modalità di erogazione del servizio	**Tipologia prevalente di valutazione**	**Strumenti di valutazione**
Gara d'appalto	Soddisfazione della committenza	Monitoraggio dell'andamento del servizio rispetto a quanto previsto dal capitolato della gara
	Caso in carico al servizio	Aggiornamento PID con assistente sociale
Co-progettazione	Soddisfazione della committenza	Monitoraggio dell'andamento del servizio rispetto a quanto previsto dalla co-progettazione
	Caso in carico	Aggiornamento PID con assistente sociale
Accreditamento erogatori	Caso in carico	Aggiornamento PID con assistente sociale
	Soddisfazione del cliente	Questionario *customer satisfation*
Mercato libero	Soddisfazione del cliente	Questionario *customer satisfation*
	Capacità dell'operatore	Questionario al responsabile Vari strumenti (es. *Portfolio* dell'Assistente familiare)

Figura 6. Le principali tipologie di valutazione secondo le modalità di erogazioni di AD indagate (elaborazione dell'autore).

Il superamento della *customer satisfaction* e il procedere verso un approccio multidimensionale della valutazione sembra emergere anche come necessità degli operatori dell'assistenza intervistati, che auspicano la possibilità di ricongiungere tutti gli strumenti implementati in un sistema coerente ed integrato. Connettere fra loro le diverse forme di valutazioni adottate e fondare il sistema di valutazione secondo una logica di filiera multiattoriale offrirebbe la possibilità di comprendere come le diverse componenti, ai diversi livelli, agiscono per la realizzazione degli interventi all'interno di un unico quadro di riferimento.

Tale impostazione consentirebbe non solo oltrepassare la visione della valutazione solo come un appesantimento burocratico, ma di renderla occasione di raccolta e analisi dei dati utili a ridefinire e ricalibrare il servizio alla luce delle informazioni raccolte e dunque favorirne l'efficacia. In breve, dall'analisi dei casi di studio emergono alcune dimensioni della valutazione scarsamente considerate, quali:

- valutazione del sistema complessivo, ovvero di tutti i processi attivati per l'erogazione del servizio ai vari livelli (dalla prestazione alla governance) indipendentemente da chi li realizza;
- valutazione degli operatori, anche in chiave formativa, con uno specifico focus sulle loro capacità e competenze e i bisogni formativi;
- valutazione delle risorse presenti in un dato contesto e loro impiegabilità ai fini della costruzione di un sistema di assistenza territoriale;
- valutazione dell'impatto prodotto sul territorio e sull'area su cui il servizio insiste.

Riguardo la valutazione delle risorse presenti in un dato contesto riguarda non solo la rilevazione delle possibilità della rete familiare o parentale, ma anche quelle della comunità più in generale, come accade in una delle realtà indagate: qui il progetto di assistenza dedica particolare attenzione alla formazione degli operatori alla valutazione della situazione nel momento di contatto dell'*équipe* multidisciplinare con l'utente, durante la visita domiciliare.

> È il sindaco che invita il cittadino ad aprire le porte a questa micro-*équipe* che viene a casa a fare una chiacchierata. Dico chiacchierata, ma dietro sono posizionate scale, schede di valutazione che però noi usiamo, come traccia per gli operatori. Abbiamo fatto un lavoro di accompagnamento agli operatori molto molto fine, tutto costruito sugli *alert* da osservare. Da questo lavoro di ascolto faranno emergere non solo bisogni, ma soprattutto gli elementi di potenzialità di quell'anziano, quella famiglia, quella coppia. Chi lavora nella nostra micro-*équipe* sono *talent-scouting*, cioè loro fanno un lavoro di s*couting*. Tirano fuori dalla popolazione non tanto i bisogni, ma anche le risorse che possono essere messe a disposizione anche di altri (Intervista Caso di studio 7).

L'ultima dimensione della valutazione, ancora poco attuata, è quella dell'impatto sociale prodotto, ovvero "la valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sulla comunità di riferimento rispetto all'obiettivo individuato" (comma 3, Art. 7, DDL n. 1870/2015).

Dei nove casi studiati, solo uno che nasce come co-progettazione pubblico-privato, sta iniziando a lavorare sui dispositivi di valutazione.

> Il nuovo Piano di Zona, ha messo proprio la valutazione d'impatto come uno degli obiettivi per i progetti di Ambito. La co-progettazione, sui servizi alla domiciliarità, è un servizio di Ambito e quindi abbiamo cominciato a capire un po' che cosa può essere questa cosa e ci sarà un percorso con un consulente per, quanto meno, valutare il processo, usando lo strumento dello SROI (Social Return on Investment), se l'obiettivo non è quello di arrivare ad avere il numerino finale, ma quello di valutare i vari processi. Probabilmente, dovremmo arrivare anche a dare il numero, ma non è tanto quello, ma è proprio per capire meglio che cosa si fa e come si funziona. Però, è un discorso appena iniziato, vediamo se nei prossimi due anni, è una cosa che arriveremo a mettere in agenda. Fino ad adesso, però non abbiamo lavorato sul tema della valutazione anche perché non abbiamo ricevuto particolari stimoli e spinte a dover valutare le cose. Perché i ritorni che le persone ci danno, comunque, sono ritorni tutto sommato alcuni molto positivi, altri comunque non negativi (*Focus group* caso di studio 8).

Il tema della valutazione, in generale, appare particolarmente sfidante per chi si occupa di fornitura dei servizi di assistenza a prescindere dai diversi modelli di progettazione ed erogazione del servizio. Adottare sistemi di valutazione coerenti, efficaci e utili alla pianificazione dei servizi implica che i coordinatori ed i referenti abbiano competenze di ricerca, gestione ed analisi dei dati. Questi aspetti, insieme ad altri evidenziati nell'analisi, vanno nella direzione di ridefinire le competenze del coordinatore del servizio che dovrà essere appositamente formato per essere in grado di attivare i processi di miglioramento organizzativo anche a partire dalla valutazione.

4. Fattori che abilitano l'innovazione del servizio di AD

L'analisi dei dati raccolti attraverso i casi di studio, che hanno coinvolto operatori, referenti dei servizi e quelli delle pubbliche amministrazioni, consentono di isolare alcuni fattori in grado di favorire i processi di innovazione dei servizi di assistenza domiciliare. Questi si collocano a diversi livelli del sistema di assistenza e sono trasversali allo stesso:

- diffusione di una cultura della collaborazione attraverso il rafforzamento della co-progettazione pubblico-privato;
- diversificazione delle competenze degli operatori e dei professionisti in équipe multidisciplinari;
- attenzione ai valori, quali la fiducia, solidarietà tra le generazioni, condivisione e alla generatività sociale dei servizi;
- l'uso delle tecnologie non solo per l'assistenza ma per sostenere i processi di gestione e come supporto ai decisori politici;
- orientamento e accompagnamento famiglia, coinvolgimento di altri attori e delle altre risorse di una comunità che diventa responsabile della cura dei suoi membri più anziani;
- la formazione continua, sulla base di un mutato contesto e quindi un rinnovato nuovo *framework* di competenze, di coloro che ai diversi livelli partecipano ai processi di erogazione dei servizi;
- tensione verso la trasformazione delle organizzazioni coinvolte in *learning organization,* in quanto capaci di apprendere e creare conoscenza a partire da esperienze e sperimentazioni di soluzioni di problemi che incontrano nell'operatività;
- sistemi integrati di valutazione, compresa quella dell'impatto.

Alcuni di queste dimensioni saranno approfondite nei prossimi paragrafi, mentre altre saranno trattate nelle conclusioni di questo contributo.

4.1. *La cultura della collaborazione*

Al di là degli specifici modelli di progettazione e di erogazione dei servizi AD analizzati (Figura 8), la co-progettazione, non solo come strumento ma come cultura di collaborazione fra organizzazioni di diversa natura, appare una estremamente significativa per la riformulazione innovativa del rapporto tra pubblico e privato. A partire dalla L. 328 del 2000 che introduceva il concetto di co-progettazione e con quanto sperimentato e maturato nel corso degli ultimi venti anni (ad esempio la Regione Lazio ha assunto la co-progettazione come uno dei tratti qualificanti la *governance* del sistema sociale regionale con il DGR n. 326 del 13/06/2017 "Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo Settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi sociali" e L.R. 11 del 2016, "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio"), si vanno sempre a più definire esigenze di inquadramento teorico-metodologico, un'intensa e continuativa attività di divulgazione e formazione, la sperimentazione, la diffusione delle esperienze e la valorizzazione delle pratiche e dei risultati conseguiti. Questo per rendere tale dispositivo non solo una procedura, ma uno spazio che consente di immaginare le nuove prospettive dell'assistenza agli anziani.

Alla base di tale processo vi è un necessario cambiamento culturale, da parte delle Amministrazioni Pubbliche e del Terzo Settore, un processo di *empowerment* per costruire le competenze necessarie a rendere i partecipanti alla co-progettazione capaci di collaborare per affrontare insieme le sfide che il cambiamento demografico impone. Per raggiungere risultati "generativi", le politiche pubbliche dovrebbero essere costruite coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, riconoscendo a pieno titolo il ruolo del Terzo Settore nel sistema di *welfare* e nell'ottica di sviluppare un approccio integrato per la realizzazione di interventi complessi.

È evidente che le organizzazioni coinvolte si differenziano per culture organizzative e professionalità diverse, sviluppatesi nel corso del tempo e che la diffusione della cultura della collaborazione chiede, come primo passo, riconoscere le differenze, costruendo un

linguaggio ed un'identità comune, quale condizione per la nascita di partenariati effettivi ed efficaci. Lo sviluppo di capacità di stare in relazione, il riconoscimento reciproco, l'impegno a costruire un quadro di senso condiviso e l'orientamento a obiettivi comuni diventa un presupposto imprescindibile, così come a una formazione continua di qualità coloro che – ai diversi livelli – sono coinvolti nei processi di creazione, gestione ed erogazione dei servizi di assistenza.

4.2. *Diventare Learning Organization*

Le organizzazioni che partecipano ai processi di co-progettazione

> non vengono più identificate come sistemi con chiari confini che le separano dal loro ambiente, bensì come reti di rapporto che cambiano la fisionomia tradizionale di produttori, clienti e fornitori [...]. È quindi con un'altra ottica che ci rivolgiamo oggi all'organizzazione e ai suoi problemi; un'ottica volta a connettere un'organizzazione in cambiamento ad un ambiente di riferimento, tenendo presente che il processo produttivo stesso è meno concluso nei confini strutturali dell'organizzazione stessa (Carli, Paniccia 1999, 203-204).

Per questa via, le organizzazioni divengono *learning organization,* ovvero strutture in cui

> le persone aumentano continuamente la loro capacità di raggiungere i veri risultati cui mirano; nelle quali si stimolano nuovi modi di pensare orientati alla crescita; nelle quali si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive, e nelle quali, infine, le persone continuano ad imparare come si apprende insieme (Senge 2006, 3).

Nei processi di apprendimento organizzativo i membri di una organizzazione sono coinvolti nel miglioramento continuo delle proprie *performance* e capacità in vista di risultati desiderati, nell'elaborazione di nuovi modelli di pensiero ed azione, implementando pensiero sistematico ed olistico (*Ibidem*).

La *learning organization* è, quindi, un'organizzazione in grado di modificarsi attraverso l'apprendimento e la collaborazione fra i membri interni e con quelli esterni, compresi i *competitor*, grazie alla

possibilità di avviare una riflessione sulle pratiche agite e sugli errori, rendendo l'apprendimento funzionale alla produzione di innovazione e strategico per anticipare ed adattarsi ai mutamenti del contesto operativo.

L'apprendimento ha però anche un'altra funzione che supera la dimensione organizzativa, includendo nei processi di formazione e *empowerment* non solo gli operatori o referenti del servizio, ma anche gli altri soggetti compresi nella filiera dell'assistenza, come gli stessi destinatari, le famiglie, i *caregiver*, gli amministratori pubblici, al fine di progredire verso una cultura della cura che superi una logica individualista e favorisca la corresponsabilizzazione di tutti.

4.3. *Le tecnologie a supporto dei sistemi di assistenza*

Nei casi indagati le tecnologie vengono prevalentemente utilizzate per:
- il monitoraggio costante degli assistiti e dei loro parametri vitali anche da remoto;
- l'ottimizzazione della comunicazione fra gli operatori del servizio (attraverso ad esempio la messaggeria telefonica);
- la raccolta e sistematizzazione delle informazioni (*data-base*), che però non vengono ancora utilizzate come "dati" da sottoporre a rielaborazione (*big-data* e *data-mining*) per la ridefinizione dei servizi sulla base, ad esempio, della valutazione dei sistemi di assistenza e del loro impatto.

È interessante notare come dalla ricerca sia evidente un sottoutilizzo delle tecnologie, che sembra non aver ancora prodotto esiti significativamente impattante sull'assistenza domiciliare, risultando un ambito operativo ancora saldamente ancorato e centrato sulla relazione umana di cura.

L'introduzione delle tecnologie nell'assistenza è conseguente, inoltre, al cambiamento del rapporto le famiglie, gli assistiti, gli operatori, ecc. con il monitoraggio dei parametri vitali o l'intervento in caso di emergenza.

Con gli sviluppi dell'intelligenza artificiale, della robotica e della domotica si iniziano a utilizzare le tecnologie per rispondere alle

esigenze non strettamente legate ai bisogni primari e di sopravvivenza, come quelle aspetti psicologici e di socializzazione. Con la pandemia da Corona Virus questi processi hanno subito una drastica accelerata.

Sicuramente questi sono al contempo l'indice di un cambiamento di prospettiva sull'utilizzo delle tecnologie che passano da essere un *driver* o una guida ad applicazioni per rispondere a determinate necessità.

Andare a leggere i reali bisogni significa mettere la tecnologia "a servizio di" e non farsi guidare dalla tecnologia.

La tecnologia, infatti, può alleviare il peso dell'assistenza della famiglia e dei *caregiver*, favorire una maggiore autonomia dell'assistito, un innalzamento della sua qualità di vita, cosi come sostenere la risoluzione di un sintomo strettamente legato ad una determinata patologia o a superare l'isolamento e la distanza sociale.

Le tecnologie, infine, possono essere impiegate anche nella gestione dei sistemi di assistenza, come dimostra un'app ideata da una società ligure che favorisce il *matching* tra domande ed offerta di assistenza sulla base di un'accurata analisi dei bisogni per trovare risposte idonee a partire dalle risorse a disposizione. Tuttavia la scarsità degli investimenti e delle risorse a disposizione in questo settore economico - soprattutto laddove persiste la centralità dell'ente pubblico - non ha consentito fino ad oggi un diffuso sviluppo tecnologico, nonostante il costante invecchiamento della popolazione e la conseguente apertura di spazi di mercato.

4.4. *Valutare l'impatto come dimensione trasformativa dei sistemi*

Tornando sul coinvolgimento dei diversi soggetti nella cura, la capacità dei servizi di assistenza di generare valore sociale e non solo di rispondere seppur in maniera puntuale a un bisogno specifico, rimanda all'ultimo elemento emerso e già in precedenza accennato, ovvero la valutazione dell'impatto sociale prodotto. Se, infatti, nell'erogazione dei servizi su gara d'appalto è sufficiente rendicontare, cioè dare conto dell'uso delle risorse, con la co-progettazione e altre forme di fornitura di servizi anche su base comunitaria diventa indispensabile stimare il valore prodotto.

A tal proposito è importante sottolineare come nell'approccio adottato nel presente studio, la valutazione dell'impatto non sia esclusivamente riconducibile all'applicazione di tecniche per la misurazione degli effetti prodotti da una determinata azione, ma possa essere considerata un meccanismo generativo per il cambiamento organizzativo (Galeotti, Del Gobbo 2019).

Da sottilineare come questo elemento si inserisca in un momento di profonda trasformazione del Terzo Settore italiano che si lega inevitabilmente alla transizione da un modello di *Welfare State* ad uno di *Welfare Society* (o "civile"). Il primo basato sul principio di redistribuzione, secondo sui lo Stato redistribuisce attraverso il sistema di *welfare*, mentre il secondo in virtù del principio di sussidiarietà circolare apre a tutti i cittadini il processo di pianificazione e di produzione dei servizi (coproduzione), e opera il superamento della dicotomia pubblico-privato (Zamagni, Venturi, Zago 2015).

La Legge Delega n. 106/16 per la Riforma del Terzo Settore, e i successivi Decreti attuativi, riorganizzano in maniera organica il mondo del Terzo Settore affermando tre principi fondamentali (Venturi 2019):

- il riconoscimento del valore e della funzione sociale di questi Enti, del volontariato, della cultura e della pratica del dono (art. 2 del Codice del Terzo Settore);
- la loro legittimazione giuridica e non solo in chiave sociale ed economica (quest'ultima legata alla loro fiscalità);
- l'avallo del Terzo Settore produttivo ed imprenditoriale, quale fenomeno tipicamente italiano di convergenza tra finalità economiche e sociali.

La rilevanza sociale ed economica di queste organizzazioni porta con sé una richiesta di adeguamento e miglioramento della loro azione che si manifesta, ad esempio, con l'introduzione della valutazione d'impatto, seppur limitatamente a certe tipologie di interventi (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2019). A questi due elementi di contesto, se ne aggiunge un terzo riguardante la trasformazione della relazione tra impresa sociale e pubblica amministrazione avviata in conseguenza della crisi economico-finanziaria del 2008 e per certi versi acuita dalla pandemia.

Abbiamo vissuto, infatti, un sostanziale arretramento dell'Ente pubblico, di cui il Terzo Settore è stato per diversi anni il braccio operativo nel processo di esternalizzazione dei servizi socio-sanitari ed educativi, che è accompagnato da un rinnovato ruolo delle comunità territoriali e delle risorse che queste possono offrire, nonché da forme avanzate di *partnership* pubblico-privato che rappresentano sfide impegnative, anche dal punto di vista culturale.

La comparsa di nuovi bisogni sociali complessi e differenziati, la transizione avviata con la Riforma del Terzo Settore e la ridefinizione dei rapporti fra gli attori rappresentano sfide ed opportunità che richiedono l'individuazione di percorsi di risposta innovativi, ma anche la capacita di misurare il valore sociale prodotto. Da questo stato di cose emergono tre questioni fra loro strettamente intrecciate che si fanno sempre più rilevanti: la capacità di innovare ed innovarsi delle organizzazioni che fanno parte di questo settore, quella di valutare l'impatto prodotto in termini di generazione di valore sociale e parallelamente la professionalizzazione di chi vi opera.

5. Conclusioni

Il *reframing* del bisogno rispetto alla categoria di "complessità" comporta il cambiamento del modo di percepire i fenomeni e di generare nuove interpretazioni degli stessi e dei loro risvolti, ma anche del loro significato, al fine di identificare nuove strategie d'azione e modificare i comportamenti in conseguenza alla variazione causate dalla nuova conoscenza acquisita (*soft-knowledge*). Questa è la prospettiva adottata nel presente studio che mette al centro lo sviluppo delle capacità dei diversi interlocutori per promuovere forme alternative di presa in carico e di cura dal basso degli anziani, facendo leva sulle risorse (economiche, di tempo, di cura, di competenza) delle famiglie e delle comunità, ricreando e ritessendo legami sociali diffusi per produrre qualcosa più della somma dei singoli addendi (Pasquinelli 2017).

Tali forme di assistenza hanno la capacità di essere "prossime" agli individui e quindi meglio adattabili alle loro esigenze e preferenze, rispetto a sistemi caratterizzati da una forte centralizzazione

e standardizzazione. Hanno, inoltre, la potenzialità di modificare la relazione tra i soggetti convolti, attivando fiducia, reciprocità, responsabilità condivisa, per facilitare un cambiamento nel rapporto fra destinatari delle politiche sociali, decisori politici e fornitori di servizi. Il ripensamento complessivo dell'intera filiera dell'assistenza si sostanzia anche nel cambiamento di prospettiva legato al passaggio da una logica di produzione ed erogazione di servizi ad una di produzione condivisa con il coinvolgimento degli stessi beneficiari di quei servizi.

La democratizzazione nei processi di costruzione di un nuovo welfare "dal basso" o di prossimità traduce infatti la necessità di partecipazione dei cittadini alla co-produzione di servizi di pubblica utilità. Da qui l'idea di beni di comunità o comuni, in quanto in grado di recuperare il senso comunitario della protezione sociale, essendo la logica del welfare definita proprio nell'offerta di supporto a condizioni di fragilità individuale attraverso una mediazione collettiva (Gherardi, Magatti 2014).

Parallelamente le istanze di cambiamento dei cittadini e la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti fungono da terreno fertile per reinventare i sistemi, i processi e i servizi dell'assistenza, ridefinendoli in virtù di una logica di inter-settorializzazione e integrata, in opposizione alla separazione e alla iper-specializzazione. Si aprono così sinergie e contaminazioni interessanti anche con altre sfere dell'innovazione sociale, come il *co-housing*, ma anche con quella tecnologica dei *big data*, dell'intelligenza artificiale, della domotica, etc. messe al servizio del benessere delle persone anziane.

Riferimenti bibliografici

Bruno M., Moschetti M., Pizzardi E., (a cura di), 2016, La co-progettazione sociale. Esperienze, metodologie e riferimenti normativi, Erickson, Trento.

Carli, R., Paniccia, M., 1999, *Psicologia della formazione*, Il Mulino, Bologna.

Creswell, J.W., 2003, Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (2nd edition), Sage, Thousand Oaks, CA.

Cresswell, J. W., Plano Clark, V. L., 2007, Designing and conducting mixed methods research, Sage, Thousand Oaks, CA.

Creswell, J., Plano, C.V., 2011, Designing and Conducting Mixed Methods Research (2nd Ed), Sage, Thousand Oaks, CA.

De Ambrogio U., Guidetti C., 2017, La co-progettazione. La partnership tra pubblico e Terzo Settore, Carocci Faber, Milano.

Del Gobbo, Galeotti, 2018, Education through Art for intercultural dialogue: Towards an Inclusive Learning Ecosystem, «Formazione & Insegnamento», XVI/ 3, 213-229.

Fici, A., (a cura di) 2018, La riforma del Terzo Settore e dell'impresa sociale, Editoriale Scientifica.

Galeotti, G. Del Gobbo G., 2019, Formazione continua per l'innovazione nel Terzo settore. Una ricerca collaborativa per lo sviluppo professionale degli operatori socio-educativi, «LLL», vol. 30.

Gherardi, M., Magatti, L., 2014, Una nuova prosperità. Quattro vie per una crescita integrale, Feltinelli, Milano.

Governo Italiano, 2015, *Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale*, n. 1870, Senato della Repubblica.

Matsaganis, M. D., 2016, Multi- and Mixed-Methods Approaches to Urban Communication Research: A Synthesis and the Road

Ahead, «International Journal of Communication», 10(2016), 1331–1350.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2019, Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore, «Gazzetta Ufficiale» n.214 del 12-9-2019.

Pasquinelli, S., 2017, Il Welfare collaborativo. Ricerche e pratiche di aiuto condiviso, http://www.qualificare.info/upload/WELCO_testo_finale.pdf

Phillips, D.C., 2009, A Quixotix Quest? Philosophical Issues in Assessing the Quality of Educational Research, in P. B. Walter, A. Lareau, S. H. & Ranis, Education Research on Trial: Policy Reform and the Call for Scientific Rigor, Routledge, New York, London.

Senge, P. M., 2006, La quinta disciplina. L'arte e la pratica dell'apprendimento organizzativo, Sperling & Kupfer Editori, Milano.

Silverman, D., 2021, Doing Qualitative Research, Sage publication, London.

Trichero R., Robasto D., 2019, I mixed methods nella ricerca educativa, Mondadori Università, Milano.

Venturi, P., 2019, La valutazione d'impatto sociale come pratica "trasformativa", AICCON.

Zamagni, S., Venturi, P., Zago, S., 2015, Valutare l'impatto sociale. La questione della misurazione nelle imprese sociali, «Impresa sociale», 6.

VII. Pubblico, Privato e Persone: presente e futuro della co-progettazione

Giuseppe De Anseris

1. Introduzione

Logica vuole che la migliore definizione di qualcosa che è stato introdotto con una legge si trovi all'interno della legge stessa. La legge in questione, purtroppo, il D.L.gs 117/2017, noto come Codice (o Testo Unico) del Terzo Settore, all'art. 55, comma 3 recita, infatti: «La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione...». Quindi essa ci dice a cosa è finalizzata la co-progettazione ma non cosa sia. Continuando ad applicare la logica, però, essa ci suggerisce qualcosa: la co-progettazione è sicuramente un processo. Questa cosa, che appare scontata, in molti casi è stata palesemente dimenticata nella realtà da Enti Pubblici ed Enti del Terzo Settore.

Rimanendo nell'ambito amministrativo normativo, ci viene in soccorso l'Autorità Nazionale Anti-Corruzione (da qui in poi ANAC), che, nella Delibera 32/2016, la definisce come segue:

> La co-progettazione si sostanzia in un accordo procedimentale di collaborazione che ha per oggetto la definizione di progetti innovativi e sperimentali di servizi, interventi e attività complesse da realizzare in termini di partenariato tra amministrazioni e privato sociale e che trova il proprio fondamento nei principi di sussidiarietà, trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale (10).

Gli aspetti normativi ed amministrativi, però, non esauriscono la questione. La co-progettazione è qualcosa che, in embrione, già

esisteva prima che il Codice del Terzo Settore e l'ANAC ne parlassero e che vantava diverse esperienze, più o meno virtuose, realizzate in diversi contesti in Italia, con configurazioni variabilissime.

La co-progettazione, infatti, nasce da un'idea di welfare per cui le politiche, attraverso tale strumento, si possono pensare anche dal basso, grazie alle relazioni fra gli attori degli specifici territori: soggetti pubblici che sviluppano una predisposizione inclusiva e cooperativa anche nella progettazione e gestione del sistema di welfare e Terzo Settore che si assume una corresponsabilità, anche in termini di rischio di impresa. In questa direzione è importante precisare che la co-progettazione è uno strumento che ha caratteristiche amministrative e allo stesso tempo metodologiche: se si privilegia esclusivamente l'aspetto amministrativo il rischio è che la fase di progettazione sociale sia collocata prima dell'affidamento e della gestione e non sia partecipata fra i partner risultando così un mero esercizio di stile amministrativo da parte dell'Ente Pubblico volto a soddisfare più la vanità del funzionario di turno che non i bisogni della comunità locale e di gruppi fragili come gli anziani.

La co-progettazione, pertanto, va chiaramente definita come una modalità di lavoro congiunto fra pubblico e privato che investe l'intero processo di costruzione di una politica sociale dalla fase di ideazione, a quella di progettazione vera e propria, a quella gestionale, di intervento, fino alla sua valutazione. Oltre che come procedura amministrativa essa deve essere intesa anche come metodologia di lavoro inclusiva, che promuove cooperazione, partenariato, corresponsabilità.

Si potrebbe abbozzare una definizione multifocale per cui la co-progettazione sarebbe la collaborazione tra Ente pubblici e Enti del Terzo Settore per la realizzazione di attività e interventi innovativi e di qualità, per rispondere ai bisogni di persone, famiglie e comunità; uno strumento per realizzare i principi costituzionali di sussidiarietà, solidarietà e cooperazione; un processo sociale per lo sviluppo del welfare locale, che risponde all'esigenza di realizzare una funzione pubblica e perseguire l'interesse generale della comunità verso la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini; una modalità di lavoro e relazionale tra pubblico e privato, che investe l'intero processo di costruzione della politica con potenzialità generative

orientate alla divisione di responsabilità, corresponsabilità, partecipazione congiunta.

Il ragionamento fatto ci permette di individuare una caratteristica che la co-progettazione non può non avere: il partenariato, inteso come accordo di partecipazione ad un'impresa fra due o più enti, per il raggiungimento di obiettivi comuni in cui il partner è un socio alla pari. Lo strumento essenziale in cui si sostanzia il partenariato è il c.d. "Tavolo di co-progettazione": una sorta di cabina di regia che effettua un lavoro di discussione e modifica dei progetti preliminari e poi revisiona costantemente il progetto in base ai report periodici di monitoraggio e valutazione.

Sulle modalità e le metodologie di attivazione e funzionamento del tavolo si gioca, come si potrà vedere più avanti, la sostanza della co-progettazione e il successo di ogni singola co-progettazione rispetto ad un'altra.

2. La co-progettazione nella normativa vigente

Come detto in incipit, la co-progettazione, pur essendo un modus operandi esistente da tempo, con delle differenze geografiche, di configurazione e procedura, di fatto acquista una dignità formale e sostanziale erga omnes solo con il riconoscimento normativo.

La prima fonte normativa che parla di co-progettazione è l'art. 7 del DPCM 30/03/2001 che recita:

> Al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i Comuni possono indire istruttorie pubbliche per la co-progettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi [...] (art. 7).

La norma prosegue attribuendo alle Regioni la disciplina di dettaglio, facoltà rimasta più o meno lettera morta. Così, mentre nel Paese reale si è continuato a co-progettare sempre di più, l'argomento viene ripreso solo da una direttiva UE del 2014, la c.d. "Direttiva Appalti" (2014/24/UE) che propone una chiarificazione affermando che:

> certe categorie di servizi, per la loro stessa natura, continuano ad avere una dimensione limitatamente transfrontaliera, segnatamente i cosiddetti servizi alla persona quali taluni servizi sociali, sanitari e scolastici. I servizi di questo tipo sono prestati all'interno di un particolare contesto che varia notevolmente da uno Stato membro all'altro a causa delle diverse tradizioni culturali. [...] Gli Stati membri e le autorità pubbliche sono liberi di fornire tali servizi direttamente o di organizzare servizi sociali attraverso modalità che non comportino la conclusione di contratti pubblici, ad esempio tramite il semplice finanziamento di tali servizi o la concessione di licenze o autorizzazioni a tutti gli operatori economici che soddisfano le condizioni definite in precedenza dall'amministrazione aggiudicatrice [...] (art. 114).

La questione viene, quindi, ripresa in mano dall'ANAC (proprio sulla scorta di una pratica diventata, nel frattempo, molto diffusa ma non regolamentata) con la Delibera 32/2016 già citata in avvio, che, dopo la definizione di cui sopra, continua così:

> [...] tale strumento può essere utilizzato per promuovere la realizzazione degli interventi previsti nei piani di zona attraverso la concertazione, con i soggetti del terzo settore, di forme e modalità di:
> – inclusione degli stessi nella rete integrata dei servizi sociali;
> – collaborazione fra P.A. e soggetti del terzo settore;
> – messa in comune di risorse per l'attuazione di progetti e obiettivi condivisi.
> Al fine di garantire la correttezza e la legalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni, nel favorire la massima partecipazione dei soggetti privati alle procedure di co-progettazione, devono mantenere in capo a sé stesse la titolarità delle scelte. In particolare, devono predeterminare gli obiettivi generali e specifici degli interventi, definire le aree di intervento, stabilire la durata del progetto e individuarne le caratteristiche essenziali, redigendo un progetto di massima che serve anche a orientare i concorrenti nella predisposizione della proposta progettuale.
> In, particolare, in linea con i modelli già sperimentati in diverse realtà territoriali, il percorso di co-progettazione potrebbe essere articolato nelle seguenti fasi:
> a) pubblicazione di un avviso di interesse con cui si rende nota la volontà di procedere alla co-progettazione. Nell'avviso sono indicati un progetto di massima, nonché i criteri e le modalità che saranno utilizzati per l'individuazione del progetto o dei progetti definitivi;
> b) individuazione del soggetto o dei soggetti partner dell'ente mediante una selezione volta a valutare i seguenti aspetti:

– possesso dei requisiti di ordine generale (al riguardo sembra opportuno adottare i criteri previsti dall'art. 38 dello Codice dei Contratti), tecnici, professionali e sociali (tra cui l'esperienza maturata);
– caratteristiche della proposta progettuale;
– costi del progetto;
c) avvio dell'attività vera e propria di co-progettazione, con la possibilità di apportare variazioni al progetto presentato per la selezione degli offerenti;
d) stipula della convenzione (10).

L'ANAC, precedendo e, in parte, invadendo il campo di quello che sarà il D. Lgs. 117/2017, con le Linee Guida contenute nella Delibera 32/2016, stabilisce alcuni principi importanti che, però, verranno, almeno in parte, contraddetti in seguito da ulteriori fonti disciplinari. Secondo tali principi, le Pubbliche Amministrazioni devono:

– mantenere in capo a sé stesse la titolarità delle scelte, predeterminare gli obiettivi generali e specifici degli interventi, definire le aree di intervento, stabilire la durata del progetto e individuarne le caratteristiche essenziali, redigendo un progetto di massima;
– favorire la massima partecipazione dei soggetti privati alle procedure di co-progettazione;
– adottare metodi di selezione che prevedano l'accertamento del possesso dei requisiti di affidabilità morale e professionale in capo ai partecipanti e l'adeguata valutazione delle caratteristiche e dei costi del progetto presentato.

Come appare evidente però, l'ANAC pur avendo dato una definizione amministrativa soddisfacente della co-progettazione non può spingersi oltre la disposizione agli enti pubblici di rispettare alcuni vincoli di fatto tesi ad evitare e prevenire episodi di corruzione (intesa in senso molto ampio) e, nel farlo, forse va anche un po' oltre le proprie competenze.

Risulta, inoltre, evidente il fatto che, per quanto tutti quelli citati siano indiscutibili passi avanti, di fatto ci si muova sempre e soltanto all'interno della disciplina dei contratti pubblici. Gianfranco Marocchi, tuttavia, osserverà poi che se:

È un paradigma – raccolto, nell'ambito del welfare, dalla legge 328/2000 che fa riferimento al "sistema integrato di interventi e servizi", ma nei fatti

> ad essa preesistente – che attribuisce all'integrazione tra risorse – come si scrive nei progetti, al "fare rete", al "fare sistema" o espressioni equivalenti – una valenza positiva e anzi irrinunciabile alla buona riuscita degli interventi sociali [...] è difficile immaginare una piena integrazione laddove i soggetti siano impegnati in relazioni di contro-interesse (pubblico acquirente di prestazioni versus Terzo settore fornitore) o di concorrenza (i soggetti di Terzo settore tra loro); si può forse auspicare che vi siano elementi deontologici o etici o di altra natura che consentono – per il bene superiore dei destinatari – anche a soggetti potenzialmente confliggenti di riuscire comunque a collaborare, ma è evidente che, qualora si apra una prospettiva autenticamente collaborativa sin dalle sue fondamenta, essa può facilitare non poco l'effettiva – e auspicata – integrazione» (Marocchi 2019, 2).

La lacuna normativa viene colmata dall'entrata in vigore del D. lgs 117/2017, il Codice del Terzo Settore. Il Testo normativo, all'art. 55, norma così il Coinvolgimento degli enti del Terzo settore:

> 1. In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche [...], nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi [...], assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento [...].
> 3. La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti [...].
> 4. [...] l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché' dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner (art. 55).

Come si può vedere l'art. 55 del D. Lgs. 117/2017 non fa alcun riferimento alla disciplina dei contratti pubblici. Comincia a farsi strada, così, l'idea che la co-progettazione in ambito sociale (o, meglio, nelle materie di pubblico interesse identificate dal D. Lgs.

117/2017) di fatto non ricada nelle fattispecie previste dalla disciplina dei contratti pubblici, quanto sia, piuttosto, un rapporto diverso basato su altre norme e da altre norme regolato. La questione rimane dibattuta tanto da finire davanti alla Corte Costituzionale che, però, con la sentenza 131/2020, "taglia la testa al toro" evidenziando come sia insito nel diritto euro-unitario il tentativo di «smorzare la dicotomia conflittuale fra i valori della concorrenza e quelli della solidarietà», riconoscendo

> in capo agli Stati membri la possibilità di apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, un modello organizzativo ispirato non al principio di concorrenza ma a quello di solidarietà (sempre che le organizzazioni non lucrative contribuiscano, in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente al perseguimento delle finalità sociali) (pronuncia).

Il D. Lgs. 117/2017 ha, pertanto, in parte riempito uno spazio lasciato aperto dal Codice degli Appalti del 2016, definendo le condizioni che consentono di escludere dalla sfera di interesse del mercato servizi pur potenzialmente economicamente rilevanti.

A questo punto, con la legge di conversione (L. 120/2020) del D.L. 76/2020 (c.d. "decreto semplificazioni") sono state introdotte diverse modifiche al Codice degli Appalti, alcune delle quali finalizzate a coordinarne l'applicazione con il Codice del Terzo Settore.

È storia di pochi mesi fa, infine, l'adozione, questa volta attraverso un Decreto Ministeriale (DM 72/2021) e non attraverso una Delibera Amministrativa, delle nuove Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 D.Lgs. 117/2017, che fanno propria la filosofia espressa dalla Corte Costituzionale e propongono una disciplina ben più dettagliata della co-progettazione a partire dall'idea che essa sia

> un'applicazione dell'art. 118, ultimo comma Cost. che valorizza ed agevola la possibile convergenza su "attività di interesse generale" fra la pubblica amministrazione ed i soggetti espressione del Terzo settore. Secondo la Corte costituzionale, si tratta di "una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost.", un originale canale di "amministrazione condivisa",

alternativo a quello del profitto e del mercato, scandito "per la prima volta in termini generali [come] una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria" (2).

Si richiede, quindi,

a tutte le PP.AA. di "assicurare il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore" nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale (art. 55, c.1 CTS). Il coinvolgimento attivo significa anzitutto sviluppare, sul piano giuridico, forme di confronto, di condivisione e di co-realizzazione di interventi e servizi in cui tutte e due le parti – ETS e PP.AA. – siano messe effettivamente in grado di collaborare in tutte le attività di interesse generale. Non si realizza, quindi, una semplice sottrazione rispetto alle norme di derivazione euro-unitaria che disciplinano il rapporto fra soggetti privati e PP.AA., bensì l'applicazione di altre norme che, nel rispetto del quadro normativo europeo, riescono a svolgere più efficacemente quella funzione di promozione richiesta dall'art. 118, comma 4 Cost.
Il Codice dei contratti pubblici, infatti, muove dal generale presupposto che i soggetti privati debbano concorrere, fra loro, per acquisire la qualità di controparte contrattuale della P.A. ai fini della conclusione di un contratto pubblico per l'affidamento o la concessione di un servizio. Al contrario, il Codice del Terzo Settore muove dalla considerazione che le finalità perseguite dagli ETS siano fra loro omogenee e distinte da quella lucrativa e che le loro attività siano convergenti con quelle svolte dalla P.A. (2).

La differenza è sostanziale:

Nell'ambito di una procedura d'appalto è l'ente pubblico a definire sostanzialmente tutto, ad eccezione dello spazio, lasciato dagli atti della procedura, al contenuto dell'offerta dell'operatore economico concorrente. Il rapporto di collaborazione sussidiaria, che connota gli istituti del Codice del Terzo Settore, è–per tutta la durata del rapporto contrattuale/convenzionale–fondato sulla co-responsabilità, a partire dalla co-costruzione del progetto (del servizio e/o dell'intervento), passando per la reciproca messa a disposizione delle risorse funzionali al progetto, fino alla conclusione delle attività di progetto ed alla rendicontazione delle spese. Volendo, a questo punto, indagare la finalità di tale istituto, è utile richiamare la Relazione illustrativa del Governo sullo schema di Codice del Terzo Settore, nella parte in cui chiarisce che "Anche la co-progettazione viene individuata dal legislatore come

strumento ordinario di esercizio dell'azione amministrativa, non più limitato ad interventi innovativi e sperimentali, attraverso il quale si realizzano forme di collaborazione pubblico/privato" (8).

Il Codice del Terzo Settore, come già detto, apre l'utilizzo della co-progettazione oltre il settore sociale, a tutte le attività di interesse generale indicate all'art. 5. In secondo luogo, il ricorso alla co-progettazione non è più limitato alle sole ipotesi, previste dall'art. 7 del DPCM 30/03/2001 degli "interventi innovativi e sperimentali". La co-progettazione diventa, quindi, una metodologia ordinaria per l'attivazione di rapporti di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore.

La Relazione del Governo chiarisce, inoltre, che «L'individuazione degli Enti del Terzo Settore da coinvolgere nel partenariato dovrà avvenire attraverso procedimenti ex articolo 12 della legge n.241/1990, rispettosi dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento.

Normalmente è l'amministrazione pubblica ad indire il procedimento, tuttavia si ritiene che il potere di iniziativa appartenga anche agli Enti del Terzo Settore che non debbono limitarsi ad una mera richiesta, rivolta all'amministrazione, affinché attivi un procedimento di co-progettazione. Gli Enti del Terzo Settore possono formalizzare all'amministrazione una proposta progettuale, nella quale siano chiaramente indicati l'idea progettuale proposta, le attività rimesse alla cura del partenariato del privato sociale, ivi comprese le risorse messe a disposizione e le eventuali richieste, anche con riferimento alle risorse, indirizzate dall'ente. Alle proposte non manifestamente inammissibili si applicano le regole previste dalla legge 241/1990. In caso di accoglimento l'ente pubblico, a quel punto, emana un avviso, con il quale dà notizia della valutazione positiva della proposta ricevuta e conferisce, agli altri Enti del Terzo Settore eventualmente interessati, la possibilità di presentare la propria proposta progettuale, con la conseguente valutazione comparativa fra le proposte pervenute.

La co-progettazione, inoltre, dovrebbe avere natura "circolare", cioè dovrebbe essere riattivata allorquando si manifesti la necessità o, anche, l'opportunità di rivedere o implementare l'assetto raggiunto con la co-progettazione.

Per quanto rientrino nella disciplina normativa della co-progettazione anche le disposizioni riguardanti l'accreditamento e gli ormai numerosi, e variamente nominati, regolamenti comunali per la gestione dei beni comuni, queste due tematiche vengono tralasciate in questa trattazione poiché la fattispecie di cui si parla, evidentemente, è quella finora descritta.

3. Alcune esperienze di co-progettazione

Come si sarà intuito la fattispecie della co-progettazione è una di quelli per le quali la forma conferisce sostanza. Poiché essa disciplina rapporti tra enti pubblici e privati e tra questi non potrebbe essere altrimenti. Ma la forma e la sostanza, per essere complete ha bisogno di essere riempite di senso e questo può avvenire solo dando un contenuto alla co-progettazione. Dare un contenuto alla co-progettazione significa fare delle scelte di metodo che sono anche scelte politiche. Di seguito si prova a riportare delle esperienze di co-progettazione svoltesi in Italia negli ultimi 5/6 anni a cavallo del processo di definizione della disciplina normativa illustrato sopra proprio allo scopo di dimostrare che le scelte di metodo sulla co-progettazione sono scelte politiche e che, se fatte nell'interesse della comunità, spesso si rivelano anche scelte giuste sotto tutti i punti di vista.

Le esperienze descritte saranno riportate in ordine cronologico in modo da fornire anche un colpo d'occhio sulla dialettica tra il percorso normativo e quello esperienziale.

Le prime tre esperienze riportate risalgono al 2015/2016 e sono state inserite nel numero monografico di VDossier di dicembre 2016. In tutte e tre risulta evidente che sono avvenute in quella fase che ha preceduto gli interventi normativi e che si è svolta per lo più in modo empirico anche se con intuizioni importanti.

a. Reti stabili e flessibilità: alleanza non profit e ASL per la salute mentale – Roma (Springhetti 2016).

Siamo nella zona dei Castelli romani, a Roma, nel territorio dell'attuale

ASL Roma 6. La rete è nata anni prima e ha cominciato a lavorare insieme sui bisogni del territorio. Il caso è emblematico del movimento di co-progettazioni dal basso che sono andate avanti nel tempo, un po' per tentativi ed errori, ma con la consapevolezza che il rapporto tra le organizzazioni pubbliche e private coinvolte non fosse di tipo contrattuale quanto, piuttosto, complementare e sussidiario. L'esperienza in cui questa co-progettazione culmina è un progetto finalizzato a definire e realizzare Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI), che permettano di tenere conto anche dei desideri degli utenti e soprattutto ne valorizzino l'impegno personale all'interno del percorso terapeutico. I partner hanno costruito una metodologia di lavoro condivisa. Nella rete di progetto sono stati successivamente coinvolti i Servizi Sociali, i CAF, i Centri per l'Impiego, le associazioni di categoria e gli amministratori di sostegno.

b. Bergamo, una "città leggera" (Marelli 2016)

"La città leggera": è «una rete per l'autonomia e la residenzialità delle persone con disabilità a Bergamo». Nove appartamenti sono stati messi a disposizione (otto dal Comune e uno dalla Cooperativa Sociale L'Impronta) di 35 ragazzi con disabilità del territorio non solo per risolvere un'emergenza abitativa ma anche costruendo attorno a queste abitazioni un tessuto sociale di prossimità, affinché queste persone più deboli non siano dimenticate. Fondamentali si sono rivelati il coinvolgimento dei volontari e della Fondazione CARIPLO che ha messo a disposizione fondi nella fase iniziale. È un valido esempio di condivisione di risorse, aspetto più volte sottolineato nelle letture amministrative di cui sopra, ma anche un esempio di coinvolgimento attivo dei destinatari e della comunità locale nelle scelte e nelle attività necessarie per portarle avanti.

Entrambe le esperienze riportate di seguito e tratte dalla rivista WelForum, sono emblematiche della fase di passaggio dalle co-progettazioni empiriche precedenti al 2016 a quelle più strutturate e formali realizzate tra il 2017 e il 2019.

c. Dall'attivazione della cittadinanza alla co-progettazione del ReI di Lucca (Turri 2018).

Prima del REI erano attivi progetti di collaborazione per il contrasto alle povertà a livello comunale, volti a condividere punti di vista sulle situazioni in carico e creare sinergie per potenziare gli strumenti di accompagnamento. In previsione dell'entrata in vigore del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA), a metà 2015 l'Ufficio di Piano della Conferenza dei Sindaci e la Caritas Diocesana hanno promosso un seminario che ha segnato la creazione di un Coordinamento del Terzo settore, inizialmente informale, e di un Tavolo Tecnico per l'implementazione del SIA. Nel momento di entrata in vigore del REI, quanto costruito ha costituito una premessa per mettere in atto strumenti di attivazione efficaci. Il Comune di Capannori, nel novembre 2017, ha provveduto ad indire una manifestazione di interesse a partecipare alla co-progettazione di servizi innovativi a supporto del SIA/REI. La manifestazione ha raccolto l'adesione di 23 soggetti del Terzo settore, la maggior parte dei quali già attivi nel coordinamento. È cominciato formalmente un percorso di co-progettazione con tre incontri in cui i partner hanno definito le modalità di funzionamento della presa in carico dei beneficiati REI.

d. L'esperienza della Caritas di Benevento (Moretti 2018)

La collaborazione tra Servizi e Terzo settore a Benevento arriva da lontano e negli anni ha assunto un carattere sempre più strutturato. La prima esperienza, il progetto Market Solidale, ha luogo tra il 2010 ed il 2014. La Caritas di Benevento ha avviato dal 2012 un'esperienza di *case management* nel campo dell'esecuzione penale di persone appartenenti a nuclei familiari multiproblematici riunendo una rete di organizzazioni di terzo settore che insieme all'Ufficio Esecuzione Penale Esterna hanno dato vita ad una esperienza strutturata di collaborazione denominata "Libertà Partecipate". Queste alleanze si sono successivamente attivate anche per l'attuazione del REI attraverso un protocollo di intesa tra Caritas Benevento ed

Ambiti Sociali per la condivisione dei patti personalizzati per i destinatari del REI e per collaborare nella diffusione della conoscenza del REI.

Le esperienze illustrate successivamente non vengono collegate a fonti esterne poiché fanno parte del bagaglio di esperienza sul campo di chi scrive. Esse mostrano come le co-progettazioni calate dall'alto spesso servano a poco poiché si finisce per depotenziare lo strumento, compromettendo anche future esperienze sullo stesso territorio. Parimenti le co-progettazioni che, seppur nate in risposta ad una iniziativa pubblica, partono dal basso, soprattutto se si dotano di metodi efficaci di lavoro, finiscono per avere addirittura un effetto traino per esperienze successive anche nei confronti della Pubblica Amministrazione.

e. Co-progettazioni regionali FAMI

Fin dal 2015 il Ministero dell'Interno (allora Autorità incaricata della gestione a livello nazionale del Fondo Asilo Migrazioni e Integrazione dell'Unione Europea oggi sostituito dal Ministero del Lavoro) ha emesso bandi a valere sul FAMI, riservati alle Regioni, da realizzare eventualmente in partnership con Enti del Terzo Settore a livello regionale. Nelle esperienze realizzate in Liguria e in Umbria, le due Regioni hanno emesso dei bandi locali per scegliere un certo numero prefissato di partner con cui realizzare progetti che il bando, contestualmente, richiedeva di presentare per partecipare. Il ruolo degli enti locali in questo caso è stato quello di assemblare alcuni dei progetti ricevuti attraverso un Tavolo di coordinamento che si è preso la responsabilità di presentare i progetti regionali al Ministero. Il ruolo di coordinamento dell'ente pubblico ha facilitato i rapporti tra i partner e con il Ministero ma non ha imposto visioni e idee preconfezionate, lasciando ampio spazio all'iniziativa privata e alla convergenza di progetti di Enti del Terzo Settore.

f. Co-progettazione Servizi Sociali Zona Sociale 4 dell'Umbria

In Umbria la competenza sui Servizi Sociali è stata trasferita dai Comuni alle Zone Sociali (una sorta di raggruppamenti di comuni vicini e con situazioni socioeconomiche simili). Nel 2016 la Zona Sociale 4, trovandosi nella necessità di dover rimettere in gara i servizi sociali di zona, per poter accedere a risorse del Fondo Sociale Europeo condizionate all'avvio di un processo di co-progettazione, ha indetto, appunto, un bando in tal senso. Al bando ha partecipato un RTI composto dalla convergenza delle principali Cooperative Sociali del territorio che ha poi avuto accesso ad un Tavolo di co-progettazione condotto dai funzionari della Zona Sociale, cui hanno partecipato anche le Assistenti Sociali dei Comuni interessati. Lo sforzo progettuale fatto attraverso il Tavolo di co-progettazione, nonostante una chiusura della pubblica amministrazione all'utilizzo di metodologie di progettazione partecipata (che pure erano state proposte in fase di progettazione preliminare) ha finito per essere soffocato da un lato dai rapporti sclerotizzati tra ente pubblico e soggetti esecutori e dall'altro dalla routine di questi ultimi che hanno messo in pratica molto meno di quanto co-progettato. La Valutazione dell'Impatto Sociale prevista, ad esempio, è stata relegata ad una appendice marginale poco più che sopportata, invece che essere sfruttata come opportunità di sviluppo e crescita.

g. Co-progettazione Servizi Sociali Zona Sociale 7 dell'Umbria

Il meccanismo da cui è nata la co-progettazione dei Servizi Sociali Zona Sociale 7 è lo stesso della Zona Sociale 4: l'accesso alle risorse FSE ad essa condizionate. In questo caso, tuttavia, sia l'ente pubblico che il RTI degli Enti del Terzo Settore che si è aggiudicato il diritto di partecipare al Tavolo di co-progettazione, hanno deciso di approfittare a pieno dell'opportunità di sviluppo nonché dell'apporto metodologico delle consulenze tecniche messe a disposizione da entrambe le parti. Il processo ha coinvolto la comunità locale e le organizzazioni della società civile attraverso un ciclo di Open Space Technology, per poi scendere nel dettaglio con gli addetti ai lavori

attraverso un lavoro di review dei servizi esistenti effettuato con metodologia Goal Oriented Project Planning che ha permesso di mettere a punto una Teoria del Cambiamento per ogni servizio da utilizzare anche ai fini della Valutazione dell'Impatto Sociale. Un ciclo di workshop partecipativi con gli addetti ai lavori utilizzando le tecniche del Service Design (Personas, User Journey Map e Blueprint service) ha permesso di ridisegnare alcuni servizi per renderli più aderenti ai bisogni dei destinatari e della comunità locale. Il progetto si è concluso a giugno 2021 ed è in corso la raccolta dei dati finali per la stesura del report di Valutazione di Impatto.

4. Lezioni apprese e chiavi di lettura per il futuro

Per brevità si preferisce non ripetere qui le considerazioni già fatte. Come si è potuto vedere l'evoluzione normativa ha portato la co-progettazione a trasformarsi, da mero strumento di gestione di rapporti contrattuali, a diventare un modus operandi che regola ormai una fattispecie a sé stante. Ciò gli conferisce una grande potenza in termini di efficacia e rispondenza ai bisogni dei cittadini target, soprattutto se, magari attraverso strumenti partecipativi, si trova il modo e si ha la pazienza di andare ad analizzare con i diretti interessati tali bisogni. Nell'esperienza di chi scrive proprio l'utilizzo di metodi partecipativi ha permesso, oltre che di coinvolgere cittadini e stakeholder, anche di convincere addetti ai lavori scettici che finiscono per porre freni insuperabili ad autentici processi di cambiamento dei servizi. In alcuni casi, inoltre,

> Il rapporto che si instaura, purtroppo, in alcuni casi sembra esercitare ancor più un approccio estrattivo delle risorse sociali: dopo aver comprato, spesso a basso costo, prestazioni e servizi dal Terzo Settore ora l'ente pubblico "si compra", spesso con investimenti economici limitati o nulli, anche la capacità di progettazione in termini di lettura dei bisogni, di capacità d'innovazione, di apporto di risorse aggiuntive Si corre il rischio di innescare, come ricorda spesso Paolo Venturi, derive di group think dove cioè le esigenze di coordinamento e di consenso prevalgono su elementi di originalità e autonomia di pensiero (Zandonai & Bandera 2020).

Non esiste, purtroppo, una ricetta che permetta di superare atteggiamenti ostili o refrattari delle persone coinvolte, sia dal lato pubblico che da quello del privato sociale. Spesso, però, la scelta delle metodologie "giuste" per il singolo processo di co-progettazione (i metodi partecipativi, per quanto apprezzati da chi scrive e da molti addetti ai lavori e in grado effettivamente di coinvolgere molti punti di vista, non sempre sono "la metodologia giusta"), permette di superare una parte delle problematiche di questo tipo o, almeno, di evitare che facciano troppi danni.

L'aspetto che i soggetti coinvolti in un processo di co-progettazione dovrebbero sempre tenere presente è, fondamentalmente, uno: la co-progettazione permette, meglio di qualsiasi strumento oggi disponibile, di mettere a punto processi di cambiamento dei servizi effettivamente basati sule istanze e i bisogni dei destinatari e degli stessi addetti ai lavori. Se davvero si vuole perseguire questo obiettivo la co-progettazione è un'ottima strada da percorrere.

Riferimenti bibliografici

Marelli, P., 2016, *Bergamo, una "città leggera"*, VDossier Anno 7 numero 3, dicembre.

Marocchi, G., 2019, Perché oggi si co-progetta molto più che in passato, Impresa Sociale n. 13/2019.

Moretti, A., 2018, REI e Terzo Settore. L'esperienza della Caritas di Benevento, WelForum, https://welforum.it/il-punto/coprogettazione-e-non-solo/rei-terzo-settore-lesperienza-della-caritas-benevento/, 05/07/2021.

Springhetti P., 2016, *Reti stabili e flessibilità: alleanza non profit e ASL per la salute mentale*, VDossier Anno 7 numero 3, http://www.volontariato.lazio.it/documentazione/documenti/Vdossier_dicembre2016.pdf, 18/06/2021.

Turri, D., 2018, *Come si infrastruttura la collaborazione. Dall'attivazione della cittadinanza alla coprogettazione del ReI*, WelForum, https://welforum.it/il-punto/coprogettazione-e-non-solo/lucca-si-infrastruttura-la-collaborazione/, 22/06/2021.

Zandonai, F., Bandera L., 2020, Quando la coprogettazione è un falso amico, Secondo Welfare, https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/quando-la-coprogettazione-un-falso-amico/, 25/06/2021.

VIII. Specialisti dell'incertezza. La formazione degli operatori nella filiera dei servizi territoriali per anziani

Marco Zanchi

1. Introduzione

Il periodo di veloce evoluzione organizzativa che il SSN sta attraversando vede svilupparsi, accanto alle tradizionali linee di lavoro, nuove sperimentazioni che provano a segnare il passo di direzioni inedite anche nell'impegno a tutela della domiciliarità nelle sue molteplici forme.
Il tema della cura degli anziani fragili mostra, ormai da tempo, una serie di criticità importanti su tutto il panorama regionale e nazionale, sia dal un punto di vista dei modelli di riferimento adottati nell'immaginare i servizi, sia dal punto di vista della loro mera sostenibilità economica.

A partire da questa consapevolezza, è nata l'idea di un progetto di ricerca che andasse a osservare il lavoro svolto all'interno di contesti regionali e provinciali tra loro differenti, che vedesse coinvolte figure con statuti professionali simili, pur con specifiche differenze territoriali. Da un lato, la ricerca ha permesso di far emergere la natura artigianale (Sennet 2008) del lavoro assistenziale di primo livello, come quello di ASA, OSS[1], assistenti familiari, ad esempio, capace di combinare pratiche diversificate per rispondere alla mutevolezza dei bisogni espressi quotidianamente dai fragili anziani. Da un altro lato, la ricerca ha permesso di delineare il ruolo prezioso della competenza educativa, incarnata nella figura dell'operatore di comunità, nel favorire processi di integrazione tra soggetti e servizi, formali e informali, a garanzia dell'efficacia dell'intervento socio-assistenziale e del benessere degli anziani fragili accompagnati.

2. Il contesto: tra custodi sociali e operatori di comunità. L'esperienza di Bergamo città

Dal 2009, il progetto di Custodia Sociale della città di Bergamo è rivolto alle persone anziane e sole, e ai nuclei familiari che attraversano momenti di particolare fragilità. Il progetto prevede la presenza nel quartiere di operatori (Asa-Oss) denominati Custodi Sociali che diventano punti di riferimento per coloro che si trovano in situazione di momentanea difficoltà, sia fornendo aiuto diretto e concreto ai loro bisogni quotidiani, sia attivando altre risorse territoriali, al fine di prevenire situazioni di criticità, rafforzare la rete di solidarietà e favorire la socialità. Il Custode Sociale opera in sinergia con l'équipe territoriale del SAD, con particolare riferimento alle storie di anziani poco sostenuti dai servizi esistenti o non ancora presi in carico.

Accanto a queste figure, in alcuni quartieri limitrofi alla città, vi sono anche risorse informali volontarie che vivono nei condomini delle aree più fragili, che per comodità qui chiameremo *sentinelle di quartiere*, individuate perché disponibili o storicamente attive sul territorio, e invitate a identificarsi in questo ruolo dall'amministrazione comunale. La sentinella ha il compito di sorvegliare i condomini, soprattutto quelli più anziani e più bisognosi di attenzioni; più in generale, garantisce la presenza di uno sguardo costante sui bisogni del palazzo e del quartiere, connettendosi ad altre figure formalizzate, come il portiere, il custode sociale e l'operatore di comunità, attive sul territorio, offrendo segnalazioni e aiuto nel tener monitorate le necessità dei più fragili. Le sentinelle divengono a pieno titolo figure di riferimento per il Comune e vengono convocate con regolarità per un confronto e una discussione sulle necessità riscontrate. Con loro e grazie a loro vengono programmati momenti di convivialità e condivisione che coinvolgono gli abitanti del quartiere, oltre ad azioni specifiche sui singoli casi critici. Pur essendo figure "informali" partecipano alla rete dei servizi socio-assistenziali del Comune, offrendo il loro prezioso contributo in azioni che vanno dal buon vicinato, a segnalazioni attente e circostanziate sui bisogni delle persone più fragili a loro vicine. In tal senso, l'età anche molto anziana di alcuni di loro non impedisce affatto di poter essere rico-

nosciuti nel ruolo di sostegno descritto – vi è il caso di brillanti ottantenni in questa posizione.

Dentro la cornice di un simile quadro territoriale articolato, all'interno dei quartieri del Comune di Bergamo, nel 2014[2], ha preso forma l'ipotesi di introdurre una figura di tipo educativo, denominata *operatore di comunità*, che si muovesse all'interno di uno specifico quartiere, lavorando in particolare attraverso una serie di strumenti di intervento consolidati in altri ambiti dei servizi (dai minori alla disabilità) con un atteggiamento altamente propositivo, teso in prima istanza ad un intervento di tipo preventivo e di rinforzo delle reti di comunità. Da questa scelta, è discesa l'esigenza di orientare e formare tali professionisti di area educativa, ma evidentemente non solo loro, ad acquisire competenze in grado di implementare costantemente sguardi trasversali imprescindibili nel lavoro di territorio, attraverso i quali sostenere:

1. il *lavoro di rete*, con un mandato non orientato a costruire tavoli di lavoro, ma a partecipare ai tavoli già attivi, rappresentando le istanze degli anziani e collegandosi ad attività del territorio già in essere;
2. l'*animazione di territorio*, con l'obiettivo di rendersi visibili, utilizzando attività già parte della programmazione dei quartieri;
3. il *lavoro in team*, per far crescere la consapevolezza di far parte di un gruppo di lavoro allargato (assistenti sociali e altre figure presenti sul territorio/quartiere, come le custodi, le sentinelle e i portieri sociali) da alimentare di continuo;
4. lo *sviluppo di progetto*, per non costruire solo relazioni con il territorio, ma elaborare ciò che emerge nel lavoro, in direzione di una crescita di attenzione alla persona anziana e ai suoi bisogni, sollecitando costantemente i quartieri verso lo sviluppo dell'idea di anziano come risorsa;
5. la *lettura dinamica dei bisogni*, per leggere i bisogni emergenti collegandoli a ipotesi di sviluppo/innovazione concrete e puntuali.

Nell'osservazione e nella comparazione delle figure professionali incontrate durante la ricerca, emerge con forza che la valorizzazione del sapere pratico acquisito dagli ausiliari sul campo (i custodi

sociali), nella relazione di prossimità con i residenti, può avvenire più agevolmente se queste ultime figure[3] di area educativa, gli operatori di comunità, offrono loro gli strumenti teorici e le connessioni all'interno della comunità necessari a consolidarlo. In questa prospettiva, nella relazione con gli ausiliari, il loro ruolo sembra assolvere più a una funzione di consulenza e formazione continua, che non a una funzione di direzione e coordinamento.

A partire da queste premesse, il lavoro di ricerca è stato in grado di mettere in evidenza le particolari ricadute dell'azione degli operatori e delle operatrici di comunità, così come delle custodi e dei custodi sociali, all'interno dei quartieri coinvolti dalla sperimentazione.

In estrema sintesi, possiamo sintetizzare alcune competenze chiave riscontrate, in termini di capacità di:

- individuare e alimentare i fattori di rinforzo della coesione sociale, attivati all'intero di ogni singolo territorio;
- attivare e facilitare l'azione dei soggetti preposti alla cura e all'accompagnamento di persone anziane fragili (MMG, operatori Adi e Sad etc.)[4];
- invitare altri soggetti del territorio a prendere parte, in modo diretto o indiretto, ai processi di cura e accompagnamento di persone anziane fragili (enti, associazioni, gruppi - formali e informali, singoli, farmacie, attività commerciali di quartiere, parrocchie etc.);
- agire uno sguardo abilitante in grado di posarsi sui bisogni e sulle risorse tanto della popolazione anziana, quanto della rete sociale che l'accompagna;
- riconoscere la natura complessa delle relazioni individuali e di gruppo instaurate tra i soggetti fragili, gli operatori e le risorse presenti nel quartiere;
- valorizzare e connettere le molte forme assunte dalle reti familiari e di prossimità incontrate;
- connettere le storie di solitudine intercettate, generate dal mancato o parziale aggancio con i servizi, con le reti di sostegno già presenti sui territori.

3. Specialisti dell'incertezza.

3.1. *La misurazione qualitativa della ricaduta dei servizi*

Le ricadute più evidenti del lavoro corale della custodia sociale e degli operatori di comunità[5], nell'esperienza bergamasca qui descritta, consentono di confermare l'importanza di una misurazione qualitativa dell'impatto di interventi di questo tipo sulla rete più generale dei servizi alla persona. Il tentativo messo in campo in questi anni dall'esperienza bergamasca conferma l'importanza di tenere sotto osservazione alcuni fattori di rinforzo, attraverso una misurazione puntuale di alcune variabili fondamentali per misurare la ricaduta degli interventi:

- l'adesione all'offerta di servizi per anziani e relativo grado di soddisfazione;
- la sostenibilità nel tempo dei servizi, da un punto di vista economico e sociale;
- l'ottimizzazione dei processi di cura e di assistenza, dall'infanzia all'età anziana, che riguarda l'intera popolazione, grazie all'ottimizzazione della sinergia tra i MMG, le farmacie, le cooperative di servizi, le parrocchie ecc.;
- l'attivazione e il coordinamento di forme inedite di servizio, anche volontario, all'interno delle comunità;
- la maggiore coesione sociale e l'adesione al programma di governo del territorio da parte della popolazione;
- la maggiore motivazione dei medici di medicina generale della città a prendere parte ad iniziative simili, cogliendo la valenza strategica della disponibilità dell'istituzione a concertare con loro un disegno complessivo della medicina di territorio dei prossimi anni, garantendo loro centralità e protagonismo nel governo della rete dei servizi, come richiesto dalle ultime direttive regionali in materia di adeguamento del sistema delle cure territoriali[6].

L'esperienza di ricerca descritta[7] ha cercato di illustrare nel dettaglio la complessità della natura di servizi che provano quotidianamente ad innovare, segnando il passo di una trasformazione

radicale nel paradigma tradizionale dell'offerta di servizi alla persona, nella consapevolezza che questo cambiamento procede in modo silenzioso, quasi sottotraccia, e ha bisogno, periodicamente, di essere svelato e raccontato attraverso la voce dei suoi protagonisti, perché divenga cultura diffusa e buona prassi condivisa.

3.2. *L'identità degli operatori*

All'interno di un articolato lavoro di raccolta di materiale documentale e di analisi, come quello descritto, sono molte le sottolineature di senso e le direzioni di sviluppo suggerite. Tra tutte, però, sono evidenti due direzioni di lavoro che non possono essere trascurate e la cui urgenza viene ribadita di continuo, in modo più o meno esplicito, da tutti gli attori incontrati.

La prima ha senz'altro a che fare con la qualità del lavoro di cura che operatrici e operatori, istituzionali e volontari, riescono a garantire, che va monitorata e implementata di continuo, perché è il risultato di molti fattori, mai dati una volta per tutte.

La seconda, invece, riguarda il modo di intendere i confini: i confini tra servizi formali e servizi informali, i confini tra dimensione pubblica e dimensione privata, i confini tra aree tradizionali di intervento, che corrispondono a specializzazioni più o meno alte di enti e professionisti, e i confini delle case, che hanno un nome ed un cognome sul campanello (Alici 2004).

In altri termini, i racconti degli anziani fragili incontrati e di coloro che stanno loro vicino, professionisti e non, rendono giustizia di una dimensione della vita, quella della vita anziana fragile, che rigetta con decisione l'idea dello specialismo dei servizi, così come è stato inteso e tradotto in molte esperienze, anche all'avanguardia, del passato. Le parole dei nostri interlocutori restituiscono l'immagine di professionisti che non rinunciano a essere donne e uomini, a tutto tondo, accanto a uomini e donne fragili (Lizzola 2002, 2009a, 2009b); sono persone in grado di stare in presenza dei bisogni e dare loro risposta con la naturalezza della familiarità e la competenza dell'esperienza, senza far pesare troppo alcuna presunta lettura professionale, più o meno distanziante.

Dire quel che stiamo provando a dire non è facile, perché quello della formazione dei professionisti della cura è un tema scivoloso, che viene da decenni in cui il modello formativo biomedico ha prevalso in modo indiscusso. In tal senso, nell'ambito dei servizi alla persona in genere, così come nell'ambito della formazione universitaria e para-universitaria di settore, gli orientamenti più diffusi in fatto di formazione all'assistenza e alla cura hanno fatto propri modelli di analisi del bisogno e di verifica dei risultati tipicamente quantitativi, di volta in volta legati alla tradizione biomedica o a quella sociologica a servizio della medicina, ma comunque di stampo non qualitativo, in cui è prevalso il tentativo di obiettivazione costante dei vissuti di malattia e dei bisogni assistenziali più comuni (Dirindin, 2012b, 2012b). Il colore, le emozioni, le sfumature contenute in questi racconti, invece, come Antonio Censi (2001, 2021), insieme ad Alice Sivalli e Flavia Cereda[8] hanno messo in luce con grande efficacia nella ricerca, non dicono di una relazione di cura misurata con l'ordine degli indicatori più diffusi nelle scale di analisi del bisogno. Le parole raccolte dicono di un'attenzione che si fa prossima di continuo, che non sfugge alla relazione, che si lascia interrogare dal qui e ora delle situazioni incontrate quotidianamente.

Non è banale dire che ogni intervento è un mondo a sé: che ogni soglia, di ogni casa, è una soglia diversa. Non è banale neppure dire che ogni intervento si porta dietro tutta l'incertezza dell'improvvisazione sapiente, frutto dell'esperienza di operatori e volontari. Saper stare dentro l'incertezza di case fragili chiede grande equilibrio, grande consapevolezza di sé e del proprio ruolo professionale. Saper stare offre di continuo la possibilità di re-immaginare il proprio ruolo, di destrutturarlo con la consapevolezza di chi ha misura dei propri confini, professionali e non, e osa ridirsi quel che ha senso fare e quel che non ha senso fare, ogni volta, da capo, in presenza di quell'anziana donna o quell'anziano uomo, e non a tavolino o nell'apriori di un budget forzato, poco o per nulla attento alla misurazione della qualità relazionale dei risultati (Illich 1976).

Provando un parallelismo illuminante, in un qualsiasi reparto specialistico ospedaliero, ad esempio, dire della rigidità di un modello è dire della rigidità dei protocolli e delle procedure standardizzate,

costruite per la salvaguardia del diritto alla tutela della salute, oltre che per la salvaguardia di un agire medico sempre più sotto attacco, anche legale, rispetto al merito delle proprie scelte.
In ospedale, solo quanto più ci si appressa ai contesti al limite, come quelli ad esempio delle terapie intensive, in cui le diagnosi e tanto più le prognosi non sono mai chiare una volta per tutte, si ha l'occasione preziosa di incontrare la stessa sfida identitaria quotidiana per gli operatori: non avere mai dati chiari, univoci, di fronte a sé, per pronunciarsi con certezza. Specialisti di terapia intensiva ed operatori di pronto soccorso si riconoscono nel proprio ruolo proprio per la capacità di stare di fronte all'incertezza di una diagnosi e di una prognosi, di fronte al dubbio, di fronte al tentativo sempre nuovo e condiviso con i colleghi, preziosi, di costruire un'immagine chiara di un corpo, di una vita e dei suoi bisogni di cura. È qui, in questi contesti al limite del sapere biomedico, in cui paradossalmente si dà anche il massimo dispiegamento tecnologico possibile, che si incontrano più spesso professionisti in grado di stare di fronte alla fragilità intrinseca al proprio sapere e di farne tesoro, per ripercorrere, sempre da capo, il percorso di definizione di un intervento che sia il più adeguato possibile - la cui appropriatezza non verrà sancita da nessuno fuorché quell'individuo singolo che potrà, con le sue reazioni inconsapevoli, rendere evidente l'adeguatezza di quell'approccio terapeutico. Pena la morte o il peggioramento dello stato fisiopatologico del paziente, in terapia intensiva; pena, altrove, la solitudine: di un giorno, un anno, una vita anziana fragile in cui incontri un professionista che sa vedere un io, con i suoi bisogni reali e le risposte creative possibili, o sa vedere solo i paradigmi preordinati degli interventi permessi, ben ordinati e classificati in mansionari e rendicontazioni di ogni sorta.

3.3. *La centralità dell'équipe*

Sarebbe ingiusto e fuorviante intendere questo richiamo al qui ed ora della cura come una crociata contro i protocolli e le procedure, capisaldi di un'intera cultura professionale, quella sanitaria in particolare. Questa, invece, è un'occasione importante per ripetere,

ancora una volta, che la qualità relazionale che sanno esprimere operatori sociali, socio assistenziali e volontari, come quelli qui descritti, dice di una capacità che non può essere improvvisata, che va alimentata costantemente, che va fatta crescere, corretta e manutenuta; dice, in altri termini, di una cultura professionale che può svilupparsi e crescere solo dentro il confronto costante tra pari, tra operatori e volontari, anche e soprattutto di diversa estrazione, dentro dinamiche di équipe circolari e libere, sperimentate di continuo.

È l'équipe che se ben condotta può essere il luogo privilegiato della concettualizzazione delle proprie intuizioni. È l'équipe che può divenire cassa di risonanza preziosa in cui le diverse competenze, le diverse sensibilità e intuizioni divengono sapere condiviso e diffuso. È nell'équipe che la presenza degli operatori di comunità, accanto ai Custodi Sociali, impreziosisce la capacità di lettura dei bisogni e soprattutto articola la possibilità della risposta in un raggio di azione che va bel al di là delle mura domestiche dell'anziano. È lì, nell'équipe, che si fa servizio come al domicilio, perché è lì che si ricompone la storia di quell'anziano e la si rilegge insieme al collega e al coordinatore del servizio. È nell'équipe, e non nella solitudine del domicilio, dell'ufficio o del reparto che sia, che si sperimenta fino in fondo la ricchezza della propria identità professionale e non solo. È lì che si è più donne e più uomini, insieme ad altri, perché ci si può raccontare la propria storia e le storie fragili incontrate e farne tesoro per nuove soglie da attraversare.

Quello che stiamo descrivendo è un valore aggiunto che ha un costo, in termini di tempo, formazione e coordinamento, certo, ma un costo in grado di garantire la qualità del servizio su misura (Callahan, 2000) che ogni anziano e ogni amministrazione vorrebbe per sé e per il proprio territorio – è bene ricordarlo soprattutto in questo tempo di assegnazione di ingenti risorse, attraverso il PNRR, proprio per re-immaginare i servizi di prossimità[9].

A Bergamo, questa delicata alchimia è resa possibile dalla qualità del rapporto che a monte esiste tra chi garantisce questo stile di servizio (un consorzio di cooperative e i suoi operatori) e chi la traduce dentro le articolate maglie amministrative e contabili (il

Comune e i suoi servizi). Questo accade grazie a un'attenzione costante all'innovazione, garantita dal dispositivo della co-progettazione, adottato da più di dieci anni: è lì che si attribuisce valore al lavoro ben fatto; è lì che si costruisce valore insieme, tra amministrazione e privato sociale, nel riconoscimento reciproco di ruolo, nell'interdipendenza e nei vincoli reciproci, ma soprattutto nel richiamo costante all'adeguamento dei servizi alle reali necessità di una comunità[10].

È su questo aspetto di relazione istituzionale che proviamo a suggerire la seconda via di rilancio, che ha a che fare con il confine delle relazioni tra servizi, tra servizi e amministrazioni, e tra erogatori di servizi.

4. Alla ricerca di nuovi paradigmi nelle professioni di cura.

4.1 *La possibilità di trasgredire*

Al crocevia delle sperimentazioni in corso e dei loro articolati sviluppi, resta aperta una sfida ambiziosa per le amministrazioni e in particolare per il terzo settore, partner prezioso, che ha l'occasione di interrogarsi in modo deciso sul proprio ruolo, sia in relazione alle politiche assistenziali degli ambiti e dei singoli comuni, sia rispetto all'assetto tradizionale delle cure sanitarie domiciliari e dei loro protagonisti. Anche a questo livello, infatti, i veloci sviluppi organizzativi chiesti da Regione Lombardia sembrano lasciare aperte molte strade non ancora percorse su cui sarebbe interessante tracciare delle ipotesi di lavoro condivise e credibili.

All'interno dei territori di alcune ASST, infatti, si configurano opportunità preziose per valorizzare le competenze socio assistenziali degli operatori, maturate grazie alla storia consolidata del servizio Sad e, in alcuni territori, del servizio di custodia sociale, per offrire una valida integrazione alle prassi tipicamente sanitarie dell'ADI e dei servizi ad essa connessi. Si pensi, ad esempio, agli sviluppi possibili interrotti dal Covid, rispetto allo sviluppo dei Prest e dei Pot, soprattutto nei territori più periferici e alle sinergie non con-

venzionali evocate da alcune ipotesi di sperimentazione in circolazione, anche sul territorio bergamasco, contenute nel PNNR, sotto l'ampio cappello delle Case della comunità.
Altrove, si delinea la possibilità che anche l'esperienza sociale, tipica del lavoro educativo di territorio, maturata in molti contesti soprattutto dal terzo settore, possa arricchire lo sguardo delle sperimentazioni, che sempre più si moltiplicano a cavallo tra mondi educativi, mondi marcatamente assistenziali e servizi sanitari, provando a superare nella prassi quotidiana di lavoro la dicotomia sociale/sanitario che per così lunghi anni ha segnato la natura e l'organizzazione dei servizi, in particolare lombardi.

L'occasione di riflettere su questi ed altri cambiamenti in corso, all'interno del panorama regionale della cura e dei servizi in genere, può divenire un luogo privilegiato per chiamare a raccolta una serie di attori del territorio, storicamente orientati a target di servizio diversi, quello sanitario e quello sociale, appunto. Solo insieme è possibile (ma non probabile) provare a costruire un pensiero e un'azione condivisi, che sappiano superare le logiche di parzialità tipiche dei mondi altamente specializzati, che tradizionalmente erogano servizi alle persone fragili anziane, favorendo la condivisione di linee strategiche comuni per il prossimo futuro[11].

In questa direzione, cominciano a rendersi sempre più visibili le collaborazioni virtuose di alcune RSA del territorio con soggetti privati e del terzo settore, nell'immaginare sperimentazioni che vanno a innovare in profondità la qualità e la natura del proprio servizio (Minetti Zavaritt, Censi 2011) - basti pensare alle esperienze di residenzialità leggera che stanno prendendo forma in alcuni territori, o ai servizi più originali legati alle Rsa aperte o ai Centri diurni integrati, ormai consolidati in gran parte del territorio lombardo e non solo (Censi 2001, 2021).

Il caso del Medico di medicina generale (MMG), in questo senso, più di altre figure parte della rete, può ben rappresentare la cifra della necessità di emanciparsi da una visione dell'atto medico, anche nello specifico dell'assistenza primaria, come atto esclusivamente sanitario[12].

Per elaborare una nuova immagine, diffusa, dello statuto di qualsiasi professione, anche sanitaria, può essere necessario trasgredire rispetto

a un ruolo, una disciplina, un'appartenenza a codici di comportamento che si rischia di rappresentare a se stessi come stabiliti una volta per tutte. Per fare questo è necessario lavorare sull'alleanza esistente tra colleghi, alimentando una maggiore condivisione, anche del senso, sperimentato o no che sia, della propria professione. Il rischio, infatti, a cui l'intera organizzazione è esposta, è che qualcuno si senta escluso o si protegga, e che i MMG, ad esempio, rinuncino a collaborare, si sentano il capro espiatorio di un intero sistema e tendano a rifugiarsi dietro alle procedure, nelle quali la burocrazia rischia di divenire il modo più veloce per passare la responsabilità ad altri.

4.2. *Riappropriarsi di un ruolo*

Per queste ed altre ragioni, che non riguardano soltanto i MMG, appare quanto mai urgente rendere i professionisti della salute che operano sul territorio capaci di elaborare delle mappe sociali articolate, che aiutino a rappresentarsi la rete viva dei soggetti e delle istituzioni coinvolte nei processi di cura (Braibanti, 2009), sia attorno al paziente e alla sua famiglia, sia attorno agli ambulatori o alle sedi periferiche delle ASST[13], per accorgersi che l'atto medico ha un'imprescindibile dimensione sociale, che i sanitari e i servizi rischiano di frequente di non rappresentarsi affatto, nel loro agire, in tutta la sua complessità e densità di risorse. A tale dimensione sociale, infatti, come qui è ben illustrato, è possibile attingere anche per immaginare nuove forme di sostegno e di accompagnamento dei pazienti e delle loro famiglie, all'interno dei quartieri e dei territori di appartenenza.

È alla luce di queste consapevolezze che la crisi – anche quella generata dall'emergenza Covid - appare come un momento propizio in cui generare alleanze tra pari, anche tra MMG: per riassaporare il gusto della professione e valorizzare le energie residue, per ritrovarsi, per riappropriarsi di un ruolo, che prima di un luogo[14] è un modo di incarnare la professione da riscoprire, uno stile, un obiettivo comune, potenzialmente capace di motivare al cambiamento.

Trasgredire, sostenendosi a vicenda, da un modo percepito come limitante di intendere il proprio ruolo professionale, può permettere di costruire un discorso che superi quelli prevalenti, che trasformi le

lamentale caratterizzate da un generico "Ci chiedono di continuo di cambiare", in un appassionato e corale "Stiamo cambiando, perché lo vogliamo, perché vogliamo rimettere al centro un ruolo, perché così non ci sta bene", in grado di divenire una leva motivazionale importante, per il singolo e per il gruppo. Raccontare ad altri il mestiere che si ama fare, o che si vorrebbe aver la libertà di sperimentare diversamente, può far bene soprattutto a chi del racconto è il protagonista e da quel racconto può essere trasformato o messo in grado di generare cambiamento, almeno quanto l'organizzazione di cui, volente o nolente, è parte viva.

Il possibile va esplorato, ma farlo insieme è senza dubbio una sfida più avvincente e insieme rincuorante, soprattutto dentro una transizione sociale delicata come quella che tutti stiamo attraversando.

4.3. *L'urgenza di mappe sociali condivise*

Imparare questa nuova misura del pensiero e dell'azione, stabilendo relazioni continuative, interne ed esterne alle municipalità, al terzo settore e alle istituzioni del SSN, pubbliche15, private e private convenzionate, chiede ai singoli e alle organizzazioni di saper aprire scenari anche in ambiti di intervento non tradizionali, rafforzando collaborazioni esistenti e formalizzando nuovi strumenti condivisi di lavoro, reggendo all'urto dei repentini cambi normativi a cui il mondo della cura e dei servizi è sempre più soggetto (Olivetti Manoukian 2005).

Da un simile lavoro di avvicinamento e comprensione reciproca tra enti e istituzioni, sia dei paradigmi professionali di riferimento, sia dei funzionamenti interni alle organizzazioni di appartenenza, sarà possibile che emergano cornici culturali chiare e linee programmatiche sfidanti entro cui molti soggetti del terzo settore potranno decidere di muoversi nei prossimi anni, coerentemente con i nuovi dettati normativi, che stanno chiedendo con forza un cambiamento radicale all'interno dell'organizzazione dei servizi per la domiciliarità e per la residenzialità di persone anziane, più o meno fragili.

In questa direzione, una rivisitazione del servizio Sad, per come oggi è ancora strutturato in molti comuni italiani, alla luce della

qualità del servizio di custodia sociale qui descritta, costituito dalla diade custode e operatore di comunità, sembrerebbe davvero un'occasione preziosa da non perdere. Oltre a ciò, è ormai evidente la necessità di una riconsiderazione radicale del servizio di assistenza domiciliare integrata (Adi), laddove esso si esprima ancora nelle forme del mero specialismo di stampo sanitario e non provi ad allearsi in modo continuativo con interlocutori in grado di presidiare in modo completo la dimensione dell'abitare delle persone fragili anziane, connettendole ai loro quartieri, ai loro territori, aprendo le loro case alle molte forme di servizio, formale e informale, presenti, oppure immaginandone di nuove per vincere la solitudine e l'isolamento, laddove non vi siano risposte adeguate (Walsh 2008).

Qualcuno lo sta già facendo, altri lo stanno provando a fare; molti, invece, rischiano di restare prigionieri di un'immagine dei servizi sanitari che non giova alla qualità della vita delle persone assistite più fragili e sole (Mazzoli, Spadoni 2009). Questo vale per chi risiede al proprio domicilio, così come per chi è ospite in Rsa, più o meno virtuose, o per chi deve intraprendere la strada del ritorno a casa dopo un delicato ricovero ospedaliero.

Le storie di cura e la complessità che racchiudono possono essere accompagnate solo da soggetti, singoli e organizzazioni, che sappiano rileggere e ritessere la trama del tessuto esistenziale di ogni individuo là dove ha bisogno di essere ricomposta. Questi soggetti possono ridare senso alle fragilità sperimentate dai più anziani fragili, ma anche dei non anziani, alla luce di una relazione che si vivifica nell'incontro e si ridice quotidianamente il proprio senso alla luce di quest'incontro. Questo è il significato più profondo di qualsiasi riflessione sull'abitare che voglia provare, oggi, a fare la differenza. Questo è quello che può metterci al riparo da derive efficientiste, che leggano il bisogno di residenzialità e servizi in chiave meramente organizzativa e di contenimento dei costi delle amministrazioni – questo è un rischio molto alto, soprattutto nei piccoli comuni alle prese con la residenzialità anziana, che non hanno risorse sufficienti per una programmazione di lungo respiro.

5. Conclusioni

Sarebbe ingenuo terminare questo contributo in modo retorico, richiamando alla necessità di budget adeguati, in termini di tempo e risorse, perché una tale cura delle relazioni sia resa possibile. Sarebbe, però, altrettanto ingenuo non dire che tutto questo ha un costo, che non è tanto la quantificazione in denaro delle risorse necessarie, quanto la consapevolezza del peso che ha la fatica di cambiare, dentro e fuori le organizzazioni.

Riconoscere valore a ciò che ha più valore, anche all'interno di un servizio iper-specialistico di tipo sanitario o socio-assistenziale, chiede fatica, perché obbliga a forzare dispositivi tradizionali di rendicontazione e misura. La relazione, insieme alla complessità che l'accompagna, all'estrema delicatezza delle scelte e all'esposizione individuale a cui sottopone ogni operatore, non può e non deve essere misurata come vengono misurati altri risultati. Al contempo, essa deve essere misurata, perché altrimenti si verifica lo slittamento a cui abbiamo assistito in tutti questi anni, per effetto del quale si preferisce leggere la qualità della relazione come un effetto secondario dei servizi, misconoscendo la centralità fondativa del ruolo della relazione in ogni servizio di cura della persona. L'espressione stessa relazione di cura rischia spesso di dare per scontato quel che scontato non è e divenire complice di una certa retorica dei servizi. È bene tornare a dirsi in modo esplicito e con la dovuta convinzione, nelle sedi istituzionali, che la relazione è allo stesso tempo obiettivo e mezzo, evitando di assumerla come fattore acquisito.

Infine, è bene dirsi che per reggere l'urto buono, sempre anche un po' violento, della relazione di cura, serve un tempo dedicato a questo. Serve un tempo per sé, un tempo per la cura degli operatori, dentro le organizzazioni, senza il quale qualsiasi ipotesi di servizio innovativo sarebbe l'ennesima spinta efficientista che non fa i conti con la possibilità di far accadere l'umano, là dove già accade e può accadere, tra le mura delle case o degli ambulatori, nell'incrocio dei volti di chi ha bisogno e chi ha qualcosa da dare.

Tutto questo patrimonio di sapere e di relazione va preservato, va alimentato e reso nutrimento per tutti, anche dentro i servizi di ap-

partenenza, perché la prima vera crisi che oggi attraversa i servizi è una crisi di motivazione degli operatori, stremati dalla pesantezza dell'emergenza sanitaria, da un lato, e dalla variabilità dei proclami e delle direzioni intraprese dalle istituzioni, proprio in questo tempo di crisi, dall'altro. Questa è la prima vera emergenza che chiede oggi un posizionamento deciso e un'attenzione da parte di chi può decidere di dare tempo, un tempo adeguato di attenzione e di cura per i professionisti del mondo della cura.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la loro disponibilità e la collaborazione preziosa gli operatori della custodia sociale e gli operatori di comunità del comune di Bergamo e del Consorzio Città Aperta, insieme ai loro coordinatori. Un grazie particolare al Comune di Bergamo, alle assessore Maria Carla Marchesi e Marcella Messina, alle assistenti sociali dell'area anziani, che grazie alla guida costante della loro responsabile, Cristina Trussardi, hanno accompagnato le prime fasi della raccolta del materiale. Un grazie al consorzio Solco Città Aperta, al tavolo anziani e a Danilo Bettani, responsabile di area, insieme ai numerosi interlocutori interni, per le occasioni e la collaborazione offerte.
Grazie, infine, a tutti quanti hanno contribuito, in un modo o nell'altro, a rendere possibile la raccolta dei dati e la predisposizione dei materiali, in particolare ai docenti dell'Università di Bergamo, Ivo Lizzola e Roberto Alfieri, che hanno vigilato sulle diverse fasi del processo. Un grazie sincero a tutti i volontari, i professionisti e tutte le figure che a vario titolo hanno offerto il proprio tempo, per arricchire con i propri racconti questo lavoro di ricerca. Grazie, infine, a tutti gli anziani incontrati, che hanno aperto le proprie case e un poco il proprio cuore alla confidenza, perché senza di loro questo lavoro di ricerca non sarebbe stato concretamente possibile.

Note

[1] A livello regionale cambiano gli acronimi che definiscono queste professioni, ma in sostanza si parla di professionisti socio-assistenziali, con un diverso grado di specializzazione; la definizione Asa e Oss nel testo è quella valida Lombardia.
[2] Grazie alla sollecitazione e al contributo del Consorzio Solco Città Aperta, che lavora da anni con il comune di Bergamo all'interno di un processo di co-progettazione dei servizi, di cui è di fatto erogatore, insieme ad altri consorzi e cooperative.
[3] Nel comune di Piossasco (TO), in questi anni, un simile lavoro è stato svolto da figure anche di area infermieristica, anticipando la diffusione dell'infermieristica di comunità, grazie al lavoro capillare svolto sul territorio da Pasquale Giuliano, infermiere, oggi primo cittadino.
[4] MMG: Medici di medicina generale; ADI: assistenza domiciliare integrata di tipo sanitario e socio-sanitario; SAD: servizio di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale.
[5] In tale direzione, le azioni prioritarie messe in campo dalla co-progettazione bergamasca qui descritta hanno provato a: osservare le iniziative in corso, affiancando gli operatori e le operatrici di comunità, con una attenzione particolare anche al lavoro delle custodi sociali; individuare e intervistare i soggetti del territorio (singoli, enti e associazioni) che hanno uno sguardo privilegiato sul mondo anziano, o che sono impegnati nella cura, nel sostegno e nell'animazione della comunità; mappare le reti di aiuto e auto-mutuo-aiuto esistenti, immaginando nuove forme di servizio che possano lavorare in sinergia con quelli formali e informali già presenti sul territorio (Mazzoli 2011); immaginare e proporre occasioni di progettazione partecipata, in cui le risorse incontrate possano esprimersi e sentirsi protagonisti di un cambiamento reale e duraturo per il territorio e per la comunità.
[6] In Lombardia, proprio in questi mesi, è in corso la revisione della legge 23/2015, che presiede anche all'organizzazione dei servizi per la domiciliarità. Di particolare interesse la discussione in corso, perché prova a fare tesoro delle molte criticità sperimentate proprio in questa regione durante l'emergenza Covid.
[7] Il report di ricerca completo sull'esperienza bergamasca (*pro manuscripto*) è richiedibile all'autore tramite: https://www.linkedin.com/in/marcozanchi75/
[8] All'epoca della ricerca, entrambe tesiste della laurea specialistica in Scienze dell'Educazione, dell'Università degli studi di Bergamo, sotto la cattedra del prof. Ivo Lizzola.
[9] Un esempio tra tutti, è l'occasione offerta dal PNRR, con l'istituzione delle Case della comunità, luoghi per eccellenza dell'approccio integrato e qualitativo che stiamo descrivendo.
[10] È evidente che in tema di co-progettazione la felice congiuntura costruita in questi anni all'interno del comune di Bergamo trova in questo scritto materiale abbondante su cui interrogarsi, da un lato, ma anche congratularsi, dall'altro, per il buon lavoro svolto e gli equilibri virtuosi generati – aspetto non di poco conto nel panorama nazionale dei servizi.
[11] "I professionisti intelligenti capiscono che dovrebbero soprattutto accompagnare i movimenti naturali verso la propria cura che la famiglia (ogni famiglia, non importa in quale grado) mette in atto. Questa nuova concezione del ruolo professionale è improntata alla sussidiarietà ed è più sofisticata di quanto possa sembrare" (Folgheraiter, 2006).
[12] Un limite di questo lavoro di ricerca è, senz'altro, non essere riuscito ad indagare abbastanza proprio il punto di vista dei MMG, che restano il potenziale oggetto di un futuro lavoro di ricerca.
[13] Azienda socio sanitaria territoriale, in Lombardia – un modello che, di fatto, prova a integrare il mondo delle cure territoriali con la complessità e la natura diversa delle aziende ospedaliere – processo ambizioso, ancora agli inizi per essere valutato nelle sue ricadute.
[14] Dietro qualsiasi acronimo o definizione di servizio esso si celi: CREG, CAP, PREST, POT, Case della salute, Case della comunità ecc.
[15] Processo fondamentale in Lombardia per dare ruolo e forma stabile alle funzioni di Ats (Agenzia di tutela della salute) e Asst (Azienda socio sanitaria territoriale), in particolare alle loro traduzioni territoriali, vista la fase di veloce transizione in corso.

Riferimenti bibliografici

Alici L., 2004, Il terzo escluso, Edizioni San Paolo, Milano.

Braibanti P., 2009, Psicologia sociale e promozione della salute. Fondamenti psicologici, Franco Angeli, Milano.

Callahan D., 2000, La medicina impossibile, Baldini & Castoldi, Milano.

Censi A., 2001, La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani, Franco Angeli, Milano.

Censi A., 2021, Vita da vecchi. L'umanità negata delle persone non autosufficienti. Edizioni EGA- Gruppo Abele.

Dirindin N., 2012a, Rigore nell'impiego delle risorse e salvaguardia del sistema di tutela della salute, "CARE. Costi dell'assistenza e risorse economiche", anno 14, luglio-agosto.

Dirindin N., 2012b, Perché e come salvaguardare il Welfare, "Animazione Sociale", febbraio, Torino.

Folgheraiter, F., 2006, La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i piani di zona), Ed Erikson, Gardolo (TN).

Illich I., 2004, Nemesi medica. L'espropriazione della salute, Bruno Mondadori, Milano.

Lizzola I., 2002, Aver cura della vita - L'educazione nella prova: la sofferenza, il congedo, la nuova nascita, Edizioni Città Aperta, Troina.

Lizzola I., 2009a, L'educazione nell'ombra. Aver cura della fragilità, Carocci, Roma

Lizzola I., 2009b, Di generazione in generazione. L'esperienza educativa tra consegna e nuovo inizio, Franco Angeli, Milano.

Mazzoli G., 2011, Ripensare i servizi con le famiglie: oggetti, processi, competenze, in Caio, G., a cura di, Generare Famiglia, Bergamo University Press, Bergamo

Mazzoli G., Spadoni N., 2009, Piccole imprese globali. Una comunità locale costruisce servizi per le famiglie, Franco Angeli, Milano.

Minetti Zavaritt A., Censi A., 2011, Lo specchio perturbante. Da un'immagine riflessa ad un'azione riflessiva sulla vecchiaia dipendente, "Psicogeriatria", Anno IV, n. 3.

Olivetti Manoukian F., 2005, Re/immaginare il Lavoro Sociale, "Animazione Sociale", supplemento al n. 1, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Walsh F., 2008, La resilienza familiare, Ed. Cortina.

Sennet R., 2008, The Craftsman, Yale University Press, New Heaven-London.

IX. La valutazione dell'impatto sociale dell'assistenza domiciliare

Tiziana Mammoliti

1. Introduzione

Il dibattito legato al tema dell'impatto sociale, negli ultimi anni, ha assunto una notevole importanza poiché legato alle trasformazioni che attraversano il Terzo settore, che passa dall'essere redistributivo all'essere produttivo. Si delinea in tal senso una prospettiva in cui gli attori del Terzo settore diventano *change maker* nella progettazione di servizi e beni che non si limitano a rispondere ad uno specifico bisogno espresso da un preciso target, ma implementano azioni e interventi che, trasversalmente, generano valore per il territorio e il benessere della comunità.

Tale dibattito, inoltre, evidenzia la centralità del concetto di responsabilità legata alla destinazione e uso delle risorse e all'implementazione di azioni sostenibili e di beneficio comune.

Come sostengono Perrini e Vurro (2013): alla progressiva contrazione delle risorse pubbliche e private a disposizione di progetti a valenza sociale, si è affiancata la necessità di ottimizzare i processi di allocazione delle risorse verso imprenditori, iniziative e organizzazioni che fossero in grado di comprovare con trasparenza e oggettività, l'efficacia dei propri modelli d'intervento a sostegno di problemi sociali complessi nei diversi ambiti tipicamente ascritti al Terzo settore.

Il 12 settembre 2019, sulla Gazzetta Ufficiale n. 214, viene pubblicato il Decreto 23 luglio 2019 "Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore". Il legislatore afferma che:

> [...] gli enti di Terzo settore (ETS) possono condurre valutazioni di impatto sociale (VIS), che consentano di valutare, sulla base di dati oggettivi e verificabili, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e rendere disponibili agli stakeholder informazioni sistematiche sugli effetti delle attività realizzate. Le valutazioni saranno realizzate con metodi qualitativi e quantitativi e potranno prevedere un sistema di indici e indicatori di impatto, da mettere in relazione con quanto eventualmente rendicontato nel bilancio sociale. Pertanto, le presenti linee guida sull'impatto sociale sono da intendersi come uno strumento sperimentale di valutazione finalizzato a generare un processo concettuale e al contempo misurabile nel medio e lungo termine (DM n. 214/2019).

Il legislatore individua alcuni elementi identificativi dell'utilità insita al processo di valutazione di impatto, strumento finalizzato a:

- comunicare agli stakeholder la capacità dell'organizzazione di produrre valore sociale tangibile e intangibile e rispondere alle aspettative degli stessi stakeholder;
- verificare e valutare, attraverso metodi qualitativi e quantitativi, le ricadute generate nel medio e lungo periodo e dunque quegli aspetti che determinano un cambiamento visibile e misurabile sulla comunità di riferimento di un dato intervento.

La valutazione di impatto sociale rappresenta, per le organizzazioni del Terzo settore, uno strumento fondamentale per far emergere il valore generato attraverso i servizi erogati e/o le attività di un progetto; essa guida l'organizzazione a riflettere sulla propria capacità di creare valore non solo per il target diretto dell'intervento, ma analizza gli effetti sulla comunità di riferimento rispetto all'obiettivo individuato. La valutazione di impatto sociale è inoltre un *driver* nella produzione ed elaborazione di conoscenza per le organizzazioni, le quali – guidate dall'interpretazione dei dati e dal coinvolgimento partecipativo dei propri portatori di interesse – riprogettano i propri servizi, oltre che costruire strategie di implementazione per la produzione del valore sociale.

2. Definire la valutazione di impatto

Valutare l'impatto è un meccanismo complesso e tale complessità si evince dal fatto che la comunità scientifica e internazionale ha elaborato diverse definizioni di valutazione di impatto, una pluralità che si riflette sull'eterogeneità delle metodologie e strumenti di misurazione e valutazione. Di seguito, si riportano alcune definizioni:

1. "Il concetto di impatto si riferisce, dunque, alla relazione causa-effetto tra risorse e competenze investite nel perseguimento di obiettivi sociali e cambiamenti ottenuti, quale segno tangibile dell'efficacia delle attività svolte a favore di una comunità di riferimento o di un determinato segmento di beneficiari" (Perini, Vurro 2013, 18).
2. "L'impatto sociale viene definito come il cambiamento sostenibile di lungo periodo (positivo o negativo; primario o secondario) nelle condizioni delle persone o nell'ambiente che l'intervento ha contribuito parzialmente a realizzare" (Zamagni,Venturi, Rago 2015, 81).
3. "Gli effetti di lungo termine, positivi o negativi, primari o secondari, prodotti da un intervento di sviluppo, diretto o indiretto, voluto o involontario" (OECD 2002).
4. "Il concetto di impatto sociale è definito come il cambiamento non economico creato dalle attività delle organizzazioni e dagli investimenti" (Emerson, Wachowicz, Chun 2000, 131).
5. "L'impatto sociale è la porzione di *outcome* totale che si è verificata come risultato diretto dell'intervento, al netto di quella parte che avrebbe ugualmente avuto luogo anche senza l'intervento" (Clark *et al.* 2004, 5).

Sebbene non esista una definizione univoca di valutazione di impatto, è possibile trarre il comune denominatore che ne costituisce l'essenza stessa dell'impatto: il cambiamento prodotto direttamente dalle azioni oggetto di analisi nel lungo periodo sulla vita delle persone o di una comunità specifica, che si traduce in una modifica tra uno stato ex ante ed uno stato ex post l'intervento, al netto degli effetti determinati dall'azione di altri soggetti (attribuzione), di ciò che sarebbe accaduto ugualmente anche senza l'intervento

dell'organizzazione (deadweight), delle conseguenze negative (displacement), e dell'attenuazione o decadimento degli effetti nel corso del tempo (drop-off) (Social Value Italia 2016).

La valutazione di impatto sociale espande il territorio di indagine: il focus non è orientato soltanto al "cosa si fa", ma soprattutto al "come si fa" e alle ricadute che si registrano in virtù di uno specifico intervento; è per questo motivo che la comprensione del concetto di impatto sociale richiede un approccio di indagine differente, da *output-oriented* ad *outcome-oriented* (Hehenberger, Harling, Scholten 2013), dai risultati immediati e tangibili ai cambiamenti permanenti e significativi nella società e nelle persone nel medio/lungo termine. Per valutare in che misura un'azione produce impatto è dunque fondamentale definire in maniera dettagliata il problema e il bisogno al quale si risponde attraverso l'intervento messo in atto, oltre che le aspettative degli stakeholder ritenuti rilevanti.

Sulla base di quanto descritto finora, valutare non è sinonimo di giudicare, piuttosto è un processo di apprendimento e trasformazione per la stessa organizzazione e differenti sono le motivazioni che dovrebbero indurre un'organizzazione a inserire sistemi di valutazione del proprio agire.

Si distinguono motivazioni interne e motivazioni esterne; le prime fanno riferimento principalmente alla necessità e utilità di monitorare le proprie performance come azione intenzionale di apprendimento e sviluppo organizzativo, di individuare i punti di forza come elemento di competitività dell'organizzazione e, infine, di intervenire per ridurre e/o eliminare elementi di criticità. A questi elementi si aggiunge la conoscenza derivante dalla rilevazione e analisi di dati utili a guidare processi decisionali riguardanti l'allocazione delle risorse ed orientare la definizione di strategie verso interventi supportati da evidenze quali-quantitative. Infine, emergono motivazione legate al rafforzamento dell'*accountability* dell'organizzazione, il "rendere conto" e dunque l'essere degno di fiducia da parte di investitori, pubblica amministrazione e comunità in generale, ampliando la propria reputazione per accedere a nuovi mercati e nuove risorse.

Le motivazioni esterne, invece, sono prettamente dettate dal contesto sociale, economico e normativo in cui è inserita l'organizzazione. L'affermarsi della finanza a impatto sociale e nuove

forme di *social investor* ha indotto una sempre maggiore necessità di dotarsi di strumenti che rendano conto concretamente del valore creato dall'investimento e in grado di attrarre nuovi.

Si rileva dunque come il processo valutativo sia fortemente legato alla dimensione formativa-trasformativa e di sviluppo di nuove competenze dell'organizzazione; come sostiene Paolo Venturi:

> In altri termini, la valutazione di impatto concepita in ottica strategica permette di avviare un processo di potenziamento della dimensione organizzativa interna – (impact) empowerment – fino ad arrivare anche a dar vita ad un'azione di sviluppo delle capacità – (impact) capacity building – sia in capo alla risorse umane interne che sulle realtà che fanno parte della dimensione esterna, ovvero gli stakeholder, orientando in tal modo tutti i livelli coinvolti e le azioni messe in campo verso una visione di lungo periodo che persegue la produzione di cambiamento nella vita delle persone e delle comunità in cui si agisce (Venturi, Rago 2019,).

3. La valutazione d'impatto sociale nelle esperienze indagate

La sfida legata alla valutazione di impatto si traduce in un'occasione per rinnovare il modello di welfare e co-costruirne uno inclusivo, capace di produrre cambiamenti significativi e positivi nella vita delle persone e per il benessere della comunità.

È importante che la valutazione di impatto non venga intesa come un ulteriore adempimento burocratico a cui sono chiamati gli Enti del Terzo settore, ma che essa divenga una prassi ordinaria a partire dalla pianificazione strategica fino alla definizione di un piano di comunicazione esterna, ponendola dunque come fattore abilitante l'innovazione sociale, di processo e di prodotto.

Questo breve saggio rielabora i contenuti qui di seguito affrontati del report della ricerca "L'innovazione sociale negli interventi di assistenza domiciliare agli anziani. Modelli organizzativi, profili e competenze" (Galeotti, Raffini, Esposito 2020), il cui scopo è stato quello di indagare traiettorie innovative nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli anziani e nello specifico definire i fattori abilitanti dell'innovazione sociale stessa.

Elemento distintivo dell'indagine è stato il coinvolgimento attivo di stakeholder rappresentativi del Terzo settore e della Pubblica Amministrazione, coerentemente con il modello di welfare che si sta affermando e che vede il passaggio da Welfare State a Welfare Society, dove il ruolo del Terzo settore, insieme al cittadino, è quello di attore nel processo di coproduzione di beni e servizi a beneficio comune (Zamagni,Venturi, Rago 2015). Per ogni caso sono stati ricostruiti i tratti organizzativi collegati alle modalità di relazione e di interazione tra i diversi soggetti coinvolti, gli elementi di innovazione, i bisogni emergenti, le sfide e le opportunità, gli elementi di criticità e i punti di forza.

Il tema della valutazione è stato indagato non solo al fine di comprendere quali sistemi vengono adottati per la valutazione del progetto, ma come driver che guida e orienta l'introduzione di processi o prodotti innovativi all'interno dei meccanismi di pianificazione, progettazione, erogazione e attribuzione dei finanziamenti da una parte e capacità di valutare e migliorare la risposta al bisogno rilevato, dall'altra.

Se ci soffermiamo ad analizzare in che misura, con quali modalità e con quali strumenti le organizzazioni del Terzo settore e le imprese for profit che erogano servizi a beneficio della comunità hanno adottato la valutazione di impatto come strumento costituente del proprio agire professionale, si giunge alla conclusione che, rispetto al nostro campione, tale dinamica non solo fatica ad emergere, ma rimane ancora un settore scoperto anche in termini di competenze.

Dei nove casi indagati, soltanto il servizio di assistenza domiciliare in capo ad una Pubblica amministrazione, e che nasce come co-progettazione pubblico-privato, sta iniziando a considerare la misurazione e valutazione dell'impatto come un ambito da indagare dal punto di vista conoscitivo e dal punto di vista strategico per la riprogrammazione. Nelle dichiarazioni degli stakeholder intervistati si rileva che:

> Il nuovo Piano di zona ha messo proprio la valutazione d'impatto come uno degli obiettivi per i progetti di Ambito…abbiamo cominciato a capire un po' che cosa può essere questa cosa e ci sarà un percorso con un

> consulente per, quanto meno, valutare il processo, usando lo strumento dello SROI (*Social Return on Investment*), l'obiettivo non è quello di arrivare ad avere il numerino finale, ma quello di valutare i vari processi. Probabilmente, dovremmo arrivare anche a dare il numero, ma non è tanto quello, ma è proprio per capire meglio che cosa si fa e come si funziona. Però, è un discorso appena iniziato, vediamo se nei prossimi due anni, è una cosa che arriveremo a mettere in agenda. Fino ad adesso, però non abbiamo lavorato sul tema della valutazione anche perché non abbiamo ricevuto particolari stimoli e spinte a dover valutare le cose. Perché i ritorni che le persone ci danno, comunque, sono ritorni tutto sommato alcuni molto positivi, altri comunque non negativi (Caso di studio n. 8).

Queste dichiarazioni permettono di avanzare alcune considerazioni determinanti per comprendere in che misura questa pratica possa guidare i processi di ridefinizione dei servizi ed essere un plus per l'apprendimento dell'organizzazione nella misura in cui l'indagine è orientata ad esplicitare gli *outcome* generati dal servizio oggetto di valutazione e dunque il valore generato dell'investimento delle risorse.

In prima battuta, la valutazione dell'impatto sociale di un progetto o di un programma, negli ultimi anni, sta diventando una pratica richiesta dal finanziatore. A tal proposito sorge chiaramente la questione di quanto tale attività sia relegata alla sola e semplice compilazione di un report in grado di rispondere alle richieste del committente. Va da sé che è necessario spostare il focus sull'utilità della valutazione di impatto sociale, in termini di applicazione e di ricadute per l'organizzazione stessa, che si dota di competenze e strumenti adeguati alla comprensione dei processi che orientano la misurazione e la valutazione di impatto.

Iniziare ad applicare all'interno della propria organizzazione la valutazione dell'impatto sociale significa concepirla fin dall'inizio non come mero adempimento, ma come strumento di utilità per la crescita propria e dei sistemi di offerta di servizi di interesse sociale. Con il vincolo, tuttavia, che questa utilità trovi poi effettivamente eco in chi promuove la valutazione, divenendo leva nei sistemi di co-progettazione tra pubblico e privato sociale e strumento oculato nell'assegnazione di fondi, nonché sostegno allo sviluppo di nuove attività (Depedri 2020).

Si rende necessario iniziare a individuare nella valutazione di impatto uno strumento strategico, basato sulla pratica riflessiva e in grado di offrire all'organizzare evidenze quali-quantitative per ragionare sui risultati conseguiti, sulla relazione tra cause ed effetti, sul rapporto tra le risorse investite e l'impatto generato, sulle prospettive di implementazione e miglioramento di ciò che genera valore.

La seconda considerazione è legata alla scelta del metodo e, di riflesso, degli strumenti; in letteratura sono presenti diversi contributi di classificazione degli approcci teorici e metodologici e, se consideriamo la valutazione di impatto sociale come un sistema complesso e che integra diverse dimensioni, va da sé che l'individuazione del metodo sia direttamente collegata alla necessità e utilità che sottende la valutazione, alle caratteristiche del contesto, al grado di dettaglio e di completezza cui si vuole giungere.

In letteratura è possibile rintrecciare un'importante eterogeneità di modelli, metriche e standard per la misurazione dell'impatto sociale; tale ricchezza ha portato all'elaborazione di differenti classificazioni. Zamagni et al. individuano 39 approcci metodologici (Zamagni,Venturi, Rago 2015) ai quali è possibile ispirarsi per condurre un processo di misurazione; tra quelle individuate, 4 sono quelle maggiormente diffuse (Merlo 2016):

1. Modelli logici (*Logframe, Impact Value Chain e Theory of Change*): l'approccio alla valutazione è di tipo qualitativo e l'obiettivo è la ricostruzione della catena del valore sociale che racconti e illustri i rapporti causali che hanno generato il cambiamento partendo dagli input prefissati.
2. *Cost-effectiveness Analysis* (CEA): tale approccio esprime gli outcome sociali in unità naturali (Phillips, 2009); permette di misurare il cambiamento generato a fronte di un investimento economico.
3. *Cost-Benefit Analysis* (CBA): la valutazione misura i benefici netti, derivanti dalla differenza tra il valore monetario dei benefici e i costi sostenuti per la realizzazione dell'intervento; nell'analisi sono comprese sia le esternalità positive che quelle negative.
4. Metodi sperimentali, quasi - sperimentali ed approccio controfattuale: si basano sull'utilizzo di test ed esperimenti volti

a comparare un caso reale con uno ipotetico, si isola l'effetto prodotto per dimostrare i rapporti causali tra il progetto e gli impatti da esso generati.

Seppur importante la scelta dell'approccio metodologico, ciò che risulta determinante ai fini di una valutazione di impatto sociale è la capacità dell'organizzazione di includere e attivare, in termini di partecipazione, la comunità, sia beneficiari diretti che stakeholder ritenuti rilevanti ai fini del progetto.

La terza e ultima considerazione riguarda il tema della presenza implicita, spesso non intenzionale, di processi di valutazione orientati all'impatto, che tendono a indagare e comprendere i benefici a lungo termine, a misurare - seppur con fragile rigore metodologico – i cambiamenti che si registrano sul beneficiario diretto, sulla famiglia/*caregiver*, sulla comunità, sulla stessa organizzazione.

Questa considerazione ci permette, infatti, di mettere in evidenza che se da un lato il campione oggetto della nostra indagine non evidenzia importanti esperienze pregresse di valutazione di impatto, dall'altro fa emergere ben radicati sistemi di valutazione, sia interna che esterna. Innanzitutto, si rileva un graduale superamento della dimensione della *customer satisfaction* e l'andare verso una visione multidimensionale della valutazione che indaga sì la soddisfazione legata alla qualità del servizio erogato da parte della famiglia e/o *caregiver*, ma nell'ottica di introdurre azioni e strumenti migliorativi e, soprattutto, di coinvolgere differenti tipologie di stakeholder (Galeotti, Raffini, Esposito 2020). Quest'ultimo aspetto però spesso si scontra con due fattori invalidanti: la mancanza della risorsa tempo e la mancanza di risorse economiche adeguate da investire in una valutazione maggiormente orientata all'*outcome*.

Riportiamo qui di seguito l'estratto di un'intervista di uno dei 9 casi del nostro campione. La presente organizzazione gestisce il servizio di assistenza domiciliare, assegnato in seguito ad una gara d'appalto pubblico:

> Quello che principalmente noi dobbiamo valutare da bando di appalto pubblico è prima di tutto la questione economica, costo servizio - ore

> erogate, personale impiegato. Tutta la parte relativa all'impatto di quel servizio su quell'utente non è ancora sviluppata. Noi valutiamo, leggiamo e segnaliamo il bisogno rilevato e l'andamento…Siamo una cooperativa nel sistema qualità quindi facciamo le cose da procedura però gli ambiti di miglioramento in un servizio come questo sono tantissimi e visto il numero di persone che noi seguiamo (circa 300 utenti al mese) non è facile perché appunto seguiamo tante persone in pochissime ore. Un conto sarebbe seguire meno persone ma con più ore così almeno riesci anche a fare una valutazione di dove e come sta andando. Noi intendiamo un monitoraggio, una valutazione più scientifica non "io vado tutti i giorni, riporto al mio coordinatore quello che non va, secondo me è così…". Quello che ci piacerebbe fare è una misurazione, cioè rilevare degli indicatori e monitorarli. Seria, non così…un dato oggettivo…che però diventa difficile perché non abbiamo sufficientemente tempo anche da spendere con queste persone perché se te hai 45 minuti di tempo non è che puoi stare a fargli l'intervista o guardarti intorno e valutare l'ambiente e il contesto, le abilità (Caso di studio n. 2).

Gli ambiti di miglioramento all'interno della filiera dell'assistenza domiciliare sono tantissimi, ma le risorse economiche e di tempo sono inadeguate e, sempre in relazione al nostro campione, emerge l'assenza di strumenti e modelli congiunti tra Terzo settore e Pubblica amministrazione nell'approccio alla valutazione:

> Direi che a oggi non ci sono degli strumenti di valutazione congiunti tra noi e il comune, immagino che ognuno al proprio interno abbia un processo di qualità. Non abbiamo al momento, e lo avevamo chiesto, un sistema di valutazione complessivo. Il comune ha i suoi, nel senso che avrà - immagino - una serie di analisi e di verifica sulle prese in carico in base ai propri parametri, che però noi non conosciamo, le sappiamo in generale, ma non abbiamo ora condivisione di questo pezzo qua, che potrebbe essere un aspetto ulteriore (Caso di studio n. 5).

La condivisione di approcci e modelli che porta alla co-definizione di un disegno valutativo dove sono esplicitati gli *outcome* da raggiungere, con quali strumenti e attraverso quali indicatori rappresenta un passo importante per la partita dell'innovazione sociale.

Ciò assume ancora più importanza se si considera la configurazione di un welfare improntato a consolidare e, soprattutto,

rendere operativa la collaborazione e la co-progettazione tra il mondo istituzionale e il Terzo settore, all'interno di una visione in cui la società civile è chiamata ad assumere un ruolo da protagonista nella definizione di strategie e programmi per rispondere ai bisogni sociali espressi dalla comunità.

Occorre, dunque, affermare una nuova cultura, anche organizzativa, in cui la dimensione collettiva dei bisogni sociali possa essere assunta in una prospettiva di cambiamento sociale e politico stabile e capace di attivare processi di rilevanza istituzionale. Non si tratta di affidarsi alla "buona volontà" dei singoli o alla presenza occasionale di circostanze favorevoli, ma di affermare un nuovo modello collaborativo per far fronte alle domande sociali, nuove e vecchie, attraverso lo sviluppo di professionalità specifiche, di nuove forme di organizzazione e di lavoro, e potendo contare anche sulla predisposizione di competenze, strumenti di sostegno e risorse adeguate (Pisani, Salvatori 2021).

L'analisi delle interviste al nostro campione ha fatto emergere un altro punto degno di osservazione e interesse: la crescente propensione alla valutazione delle competenze interne degli operatori che si occupano di erogare il servizio. Questo aspetto diventa rilevante nella misura in cui si riescono ad incrociare dati ed evidenze sugli effetti generati e la correlazione con le competenze richieste, da rafforzare o sviluppare, ricongiungendo tutti gli strumenti e le analisi implementate in un sistema più coerente ed integrato.

Se la valutazione di impatto, infatti, va sempre di più nella direzione di pratica riflessiva e di apprendimento organizzativo, si comprende bene come le organizzazioni che sono sempre di più chiamate a misurare e valutare la loro capacità di generare valore per la comunità, debbano creare lo spazio e le premesse affinché quel processo di apprendimento possa divenire fattore costituente del processo di *capacity building* della stessa organizzazione. La valutazione è uno straordinario strumento per governare l'iter verso il raggiungimento degli obiettivi e poiché si configura come un processo multi-stakeholder, non può non configurarsi come dinamico e interattivo. Rimane però il rischio che essa si configuri come uno strumento di giudizio o un adempimento normativo.

Come emerso anche dalle interviste ai nostri casi studiati è importante valorizzare la dimensione partecipativa della valutazione. Certamente è necessario rispondere all'esigenza anche di quantificazione e dunque di numeri, dati, evidenze, ma il processo partecipativo e *multistakeholder* conduce alla definizione di un disegno valutativo ritagliato su misura rispetto alle caratteristiche del contesto, del target, dell'oggetto della valutazione. A tal proposito, riportiamo la testimonianza di uno degli *stakeholder* intervistati:

> La ricerca si costruisce insieme, anche se faticoso, anche se il questionario, certo, uno prova a elaborarlo, però poi lo sottopone ai feedback, ai rimandi degli altri perché dev'essere espressione di un bisogno specifico, problematiche specifiche, cioè dev'essere uno strumento utile a quell'ascolto di quel contesto, di quella situazione e va, anche, in qualche modo rimodulato e riformulato in base a quello che viene fuori. Non si può avere un piano predefinito. Non è semplice perché siamo verso, secondo me, un'esigenza anche di quantificazione, di numeri, e gli indicatori sono importanti, ma molto spesso quelli standard non rimandano questa tipo di visione. Per cui, la ricerca partecipata nella scelta degli indicatori che si vuole portare, integrando aspetti quantitativi e qualitative perché, secondo me, anche le interviste, i focus group, sono un momento importante di riflessione, di auto-riflessione e poi di rimando rispetto a quello che è l'esperienza. Anche se poi bisogna trovare i luoghi, i contesti dove rimandarli, non è così scontato, perché possono essere anche criticati, per non essere troppo standardizzati (Caso di studio n. 7).

5. Conclusioni

Sicuramente ciò che emerge dall'analisi dei dati e delle informazioni raccolte dal nostro campione è che la valutazione di impatto cominci a presentarsi come qualcosa di utile per le organizzazioni, ma poco sperimentata. Parlare di valutazione di impatto significa, almeno per il nostro campione di indagine, misurare principalmente gli *output* e non le trasformazioni prodotte a seguito di un intervento su determinati beneficiari, diretti e indiretti, e sulla comunità di rifermento. Come sottolineato precedentemente, la valutazione di impatto richiede un cambio di paradigma che si concretizzi in

approcci volti ad attivare la partecipazione di differenti stakeholder, individuare metriche di misurazione e analisi coerenti con il contesto e con l'oggetto della valutazione e soprattutto definire chiaramente l'obiettivo di cambiamento da raggiungere. Gli interventi sociali non possono essere trattati come aspetti isolati dalle persone e dalle loro aspettative, dal contesto e dalle opportunità e risorse che quel contesto esprime.

Riferimenti bibliografici

Clark C., Rosenzweig W., Long D., Olsen S., 2004, *Double bottom line project report: Assessing social impact in double bottom line ventures*, in UC Berkeley: Center for Responsible Business, pp. 1-77.

DM 23 luglio 2019, n. 214, *Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore,* https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2019/DM-23072019-Linee-guida-realizzazione-sistemi-valutazione-impatto-sociale-attivita-svolte-dagli-ETS.pdf.

Depedri S., 2020, *La valutazione dell'impatto sociale? Farla divenire uno strumento utile*, in "Impresa Sociale", n. 4, pp. 12-20.

Emerson J., J. Wachowicz J., Chun S., 2000, *Social return on investment: Exploring aspects of value creations in the non-profit sector*, in Social purpose enterprise and venture philanthropy in the new millennium, n. 2, pp. 131-173.

Galeotti G., Raffini L., Esposito G., 2020, L'innovazione sociale negli interventi di assistenza domiciliare, Rapporto di ricerca, https://www.fondazione-sr.it/wp-content/uploads/2020/08/2020-Ricerca-L'innovazione-sociale-negli-interventi-di-assistenza-domiciliare-agli-anziani.pdf.

Hehenberger L., Harling A., Scholten P., 2013, A *practical guide to measuring and managing impact*, EVPA, Bruxelles.

Merlo G., 2016, *Impatto sociale,* https://sites.google.com/site/programmazionesociale/home/box-di-approfondimento/impatto-sociale-la-valutazione?authuser=0.

OECD, 2002, *Glossario dei principali termini utilizzati negli ambiti valutazione e gestione basata sui risultati,* https://www.oecd.org/dac/evaluation/35882565.pdf.

Perrini F., Vurro C., 2013, *La valutazione degli impatti sociali. Approcci e strumenti applicativi*, Egea, Milano.

Pisani G., Salvatori G., 2021, *Amministrazione condivisa, una nuova via per rispondere ai bisogni sociali*, Forum Impresa Sociale, https://www.rivistaimpresasociale.it/forum/articolo/una-nuova-via-per-rispondere-ai-bisogni-sociali.

Social Value Italia, 2016, Glossario, https://www.socialvalueitalia.it/associazione/wp-content/uploads/2016/11/Glossario_Social-Value-Italia_ottobre2016-1.pdf.

Venturi P., Rago S., 2019, Valutazione di impatto per dare valore alla trasformazione, Welforum, https://welforum.it/valutazione-di-impatto-per-dare-valore-alla-trasformazione.

Zamagni S., Venturi P., Rago S., 2015, *Valutare l'impatto sociale. La questione della misurazione nelle imprese sociali,* in "Impresa Sociale", n. 6, pp. 77-97.

Conclusioni e traiettorie di sviluppo

Gilda Esposito

Humankind is now facing a global crisis. Perhaps the biggest crisis of our generation. The decisions people and governments take in the next few weeks will probably shape the world for years to come. They will shape not just our healthcare systems but also our economy, politics and culture. We must act quickly and decisively. We should also take into account the long-term consequences of our actions. When choosing between alternatives, we should ask ourselves not only how to overcome the immediate threat, but also what kind of world we will inhabit once the storm passes. Yes, the storm will pass, humankind will survive, most of us will still be alive – but we will inhabit a different world (Harari, 2020).

Le conclusioni a questo volume nascono e si alimentano del confronto tra la riflessione attuale a dicembre 2021 e quelle originalmente formulate per il rapporto di ricerca consegnato alla Fondazione Socialità e Ricerche in pieno *lockdown* 2020. Si riferiscono quindi a due momenti distinti e carichi di significato per la nostra azione sia come gruppo di ricerca del Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia (FORLILPSI) dell'Università degli Studi di Firenze, sia come *spin off* MoCa Future Designers. Quest'ultimo, in particolare, nasce nel 2018 proprio con l'obiettivo di trasferire e condividere i risultati della ricerca scientifica nella società e può celebrare, proprio mentre scriviamo queste righe, l'approvazione di un finanziamento della Fondazione Carispezia sul bando "La Comunità per i suoi anziani". Il progetto "CARE: la Comunità che Ascolta, Reagisce E si prende cura" che inizierà a breve ha l'obiettivo di sperimentare un'azione innovativa di rete, integrata e di prossimità a favore della popolazione anziana nel Distretto Sociosanitario 17 e 18 della Provincia della Spezia.

Proprio questo intendevamo quando discutevano con il nostro committente, la Fondazione Socialità e Ricerca, su che cosa ci aspettassimo da una ricerca collaborativa sui *driver* dell'innovazione nell'assistenza domiciliare: un insieme di nuove conoscenze, competenze, idee, proposte, strumenti pragmatici derivanti dallo studio della let-

teratura di settore e dall'analisi delle esperienze che potesse trasformarsi in un intervento concreto a favore degli anziani e delle anziane presso i loro domicili e nelle loro comunità di vita.

Questa ricerca e la sistematizzazione dei dati raccolti hanno, fortuitamente, coinciso con tre momenti chiave per il nostro paese e per il mondo intero:

1) Il periodo pre-pandemia (quando eravamo ancora del tutto ignari di ciò che sarebbe successo), nel quale, dando avvio alla ricerca di sfondo ad inizio 2019, emergevano chiaramente i *trend* e quindi i rapporti di causa effetto di medio e lungo periodo rilevati più volte in letteratura, come l'invecchiamento demografico, la cronicizzazione delle malattie, l'aumento delle diseguaglianze, l'isolamento sociale, la polverizzazione del *welfare* sociale e la conseguente inadeguatezza a rispondere ai nuovi bisogni degli anziani e delle loro famiglie, che *in primis* aveva spinto la Fondazione Socialità e Ricerche a finanziare la ricerca.
2) Lo scoppio della pandemia (in Cina nel novembre 2019, in Europa e nel resto del mondo a partire da gennaio/febbraio 2020) ed il primo *lockdown* iniziato con il famosissimo DPCM del 9 Marzo, concluso ad inizio maggio 2020 e che ha coinciso con le giornate di lavoro finale di analisi e sistematizzazione dei risultati dell'elaborazione dei dati raccolti nel periodo precedente. Ad inizio aprile MoCa intraprende anche la ricerca #torniamodalfuturo come risposta, e presa di responsabilità sociale di impresa, ai bisogni di capire ed interpretare il cambiamento in atto[1] e guidarlo piuttosto che lasciarsene travolgere.
3) Il periodo di risposta attiva alla pandemia attraverso la campagna attiva di vaccinazione iniziata nel gennaio 2021 (e che ad oggi ha raggiunto circa il 75% della popolazione) e partita proprio dalla popolazione anziana over 80 anni. Questa fase è stata definita da Richard Horton, direttore della rivista scientifica Lancet, una "sindemia"[2] a questo approccio complesso, che prevede la coesistenza di fenomeni sociali, sanitari e ambientali che ci costringono a pensare ed agire aldilà del virus da Covid 19. Come riportato anche dall'Ordine dei Medici Italiani:

> Oggi parliamo di "sindemia" perché ci troviamo di fronte all'interazione della pandemia infettiva, Covid-19, con un'altra pandemia altrettanto grave e distruttiva, anche se meno visibile e acuta, rappresentata dalla diffusione delle malattie croniche - dalle malattie cardiovascolari, ai tumori, passando per l'obesità e il diabete - che negli ultimi decenni (a partire dagli anni 80 del secolo scorso) ha registrato una formidabile accelerazione in tutte le parti del mondo." [...] Gli effetti della "sindemia" sul sistema sanitario sono stati anch'essi subito ben visibili. Entrambe le epidemie, quella infettiva e quella della cronicità, richiedono una prima linea di difesa efficiente, in grado di mettere in atto interventi preventivi, di riconoscere tempestivamente i casi, di evitare gli aggravamenti e le complicazioni. Tutto ciò richiede un'assistenza territoriale attrezzata, con relativi servizi di prevenzione e sistemi di cure primarie, che negli anni è venuta progressivamente a mancare. L'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali (Maciocco 2020).

Questo cambiamento strategico di prospettiva fa parte degli apprendimenti importanti che stiamo rapidamente sviluppando leggendo tra le righe della crisi e del disorientamento causato dalla pandemia. Senza neanche per un istante negare l'impatto di morte e dolore causato dalla diffusione del virus, soprattutto nel nostro paese, non possiamo sottovalutare l'impatto trasformativo sulle nostre vite e le strade, o meglio autostrade, che ha aperto questa crisi epocale per poterne uscire e creare un nuovo patto sociale. La crisi sanitaria, rapidamente trasformatasi in crisi economica e sociale, ha scoperchiato il vaso di Pandora delle vulnerabilità del nostro sistema sociale: queste già erano latenti e la crisi non ha fatto che accrescerle e renderle visibili, ma non le ha create. Da qui l'interesse, anche in tempi pre-Covid, per il concetto polisemico di crisi (cfr. Serres 2012). In tempi di crisi i sistemi di pensiero dominante cambiano, si indeboliscono quelli tradizionali, ne nascono di nuovi e si rafforzano quelli antagonisti. Il pensiero deviante, o minoritario, può diventare dominante. È successo per la democrazia alla fine del Settecento in Europa o per i diritti umani nel Novecento. Oppure può accadere che

un'idea ritenuta normale diventi inaccettabile. Gli esempi nella storia abbondano: la schiavitù, l'inferiorità femminile, la guerra ed ai nostri giorni lo sfruttamento senza limiti della natura diventano nell'immaginario collettivo idee condannabili e si materializzano in pratiche da evitare. Oggi, nel 2021, la nostra grande opportunità è guardare alla diseguaglianza crescente, internazionale, intergenerazionale, tra i ceti economici, come inaccettabile e metterla "fuori legge" proprio come è stato fatto con l'emissione di agenti inquinanti.

La crisi rappresenta dunque un passaggio: una strada nella quale camminano tanti viandanti in direzioni diverse, che un po' confusi all'inizio, decideranno infine dove andare, come comunità umana, quando si troveranno davanti al bivio giusto o semplicemente si renderanno conto, come oggi dopo il COVID, che non si può più tornare indietro.

È interessante e curioso come l'antica saggezza orientale riconoscesse l'ambivalenza della parola crisi: l'ideogramma cinese utilizzato per indicare la parola crisi è infatti composto da due ideogrammi. Il primo significa pericolo e il secondo opportunità. Da un lato, in effetti, la crisi rappresenta un rischio, un pericolo imminente e non abbastanza conosciuto, si tratta di un pericolo che ci mette in ansia, ci mantiene nell'incertezza del futuro. Dall'altro però costituisce anche un'occasione di ricercare nuove strade, modalità e strategie: è infatti molto difficile che le persone come individui e come appartenenti a gruppi sentano la necessità impellente di cambiare se non di fronte ad un'urgenza, a qualcosa che non si riesce ad affrontare secondo meccanismi conosciuti e tradizionali.

In molti si riferiscono quindi al cosiddetto effetto acceleratore del Coronavirus dal quale non si può più tornare indietro (Harari 2020) ed in particolare Heather McGowan, che si definisce "stratega del futuro del lavoro" sulla rivista Forbes lo rappresenta graficamente in maniera particolarmente efficace (McGowan 2020):

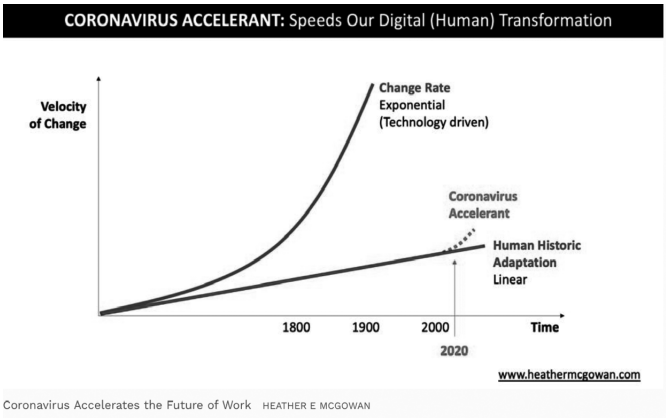

Figura 1. Rappresentazione del Coronavirus come effetto eccelleratore delle società (Fonte: McGowan 2020).

Secondo McGowan, se guardiamo agli ultimi duecento anni di storia globale, la velocità del cambiamento nelle tecnologie è stata esponenziale, dalla macchina a vapore alla macchina che apprende autonomamente (il *machine learning*), mentre il cambiamento negli stili di vita delle persone è stato, seppure incontrovertibile, molto più lento, basti guardare ad esempio al carico delle donne nelle responsabilità di cura nella famiglia. Ma nel 2020 (la curva tratteggiata in rosso) è successo qualcosa di inatteso e di inedito: in pochi mesi abbiamo cambiato moltissimi modi di stare sul luogo di lavoro, nello spazio pubblico, nelle nostre case e di entrare in relazioni gli uni con le altre e con la dimensione dell'apprendimento continuo. La didattica universitaria si è spostata online, le giovani famiglie hanno avuto una nuova possibilità di gestione dei tempi grazie allo *smart working,* gli anziani sono andati, massivamente, online. Non tutto è stato positivo: al netto delle morti, è emersa una grandissima frammentazione sociale, la polverizzazione del sistema sanitario e di *welfare* sotto il peso della pandemia e la mancanza di fiducia nella scienza a favore di teorie del complotto. Ma rimane il senso di un "grande risveglio" e la possibilità, come ci ricordava la scrittrice e attivista ambientale Arundhati Roy nell'aprile 2020, di vedere la pandemia (allora la definivamo tutti così) come un'opportunità.

> Le pandemie hanno sempre costretto gli esseri umani a rompere con il passato e a immaginare il loro mondo da capo. Questa non è diversa. È un portale, un cancello tra un mondo e un altro. Possiamo scegliere di attraversarlo trascinandoci dietro le carcasse del nostro odio, dei nostri pregiudizi, l'avidità, le nostre banche dati, le nostre vecchie idee, i nostri fiumi morti e cieli fumosi. Oppure possiamo attraversarlo con un bagaglio più leggero, pronti a immaginare un mondo diverso. E a lottare per averlo (Roy, 2020).

Come ha ricordato recentemente l'economista Stefano Zamagni nel suo intervento ad apertura delle Giornate di Bertinoro, la sindemia ha messo insieme gli effetti devastanti del virus con l'aumento delle diseguaglianze, il cambiamento climatico e la devastazione del nostro ambiente naturale, l'inadeguatezza del sistema sanitario ed il crescente isolamento sociale delle persone più fragili[3]. Crediamo dunque che anche le vulnerabilità crescenti della popolazione senior, in particolare rispetto all'efficacia ed all'efficienza dell'assistenza domiciliare nella filiera dei servizi agli anziani che abbiamo affrontato in questa ricerca, siano un tassello del puzzle e una concausa della sindemia. Ci mettono certamente nella posizione di non affrontare solo il "compartimento" assistenza, ma l'insieme delle condizioni di vita dell'anziano/a solo, all'interno della sua famiglia, nel gruppo dei pari e nell'ambiente di vita, urbano (il quartiere) o rurale (il paese) che sia. L'accento ancora una volta ricade sul tema della relazione dell'anziano con il contesto nella sua complessità e, oltre alle raccomandazioni già emerse l'anno scorso, ci troviamo oggi a lanciare altre proposte per il futuro:

L'abitazione, singola o ancora meglio in *co-housing*, senza barriere architettoniche, connessa (*smart*) 24 ore su 24 e con sistemi di domotica e telemedicina di prevenzione e di emergenza che nel lungo termine potrebbero superare definitivamente le RSA.

Il quartiere accogliente, a misura di anziano, con un ambiente curato, raggiungibile con i mezzi pubblici e con luoghi certi di riferimento (il Segretariato Sociale decentrato, o il custode di quartiere) che siano sufficientemente pubblicizzati e accessibili. La prossimità di luoghi, materiali ed immateriali, dei servizi di cura e della socializzazione (la città dei 15 minuti degli architetti). La valorizzazione dei

saperi, delle memorie e delle competenze dell'anziano/a che passa da "improduttivo" nella società capitalistica a "creativo" nella società dell'informazione e dell'apprendimento permanente. L'attenzione ed il riconoscimento del ruolo del/dei *caregiver* che non possono essere lasciati soli di fronte alla crescente polverizzazione e frammentazione dei servizi sociali e sanitari. Sono tutte queste un insieme di potenzialità trasformative che possiamo cogliere grazie opportunità aperte da *Next Generation EU*, il Piano Nazionale di Resilienza e Ripartenza PNRR e gli investimenti diretti delle Fondazioni bancarie, in collaborazione con i Comuni ed il Terzo Settore.

Di seguito quindi riportiamo le conclusioni della ricerca commissionata dalla Fondazione Socialità e Ricerche, scritte nel mese di aprile 2020 e che sono ancora valide.

1. Appunti di marzo 2020

Ci troviamo a concludere questa ricerca collaborativa subito dopo lo scoppio della pandemia Covid-19, che ci obbliga tutti e tutte ad interrogarci e a rimetterci in gioco in termini di politiche ed interventi sociali nell'epoca del "distanziamento sociale". L'emergenza sanitaria, in Italia ed in Europa, ha reso ancor più evidente l'importanza di implementare servizi alla persona su base territoriale e comunitaria, partendo dalle persone, dalle loro risorse, dalle reti in cui sono immerse e dalla capacità della *governance* locale di rispondere ai loro bisogni.

Anestesisti ed operatori sanitari che a metà marzo operavano in Lombardia, nell'epicentro italiano della pandemia, hanno sottolineato l'inadeguatezza dei nostri sistemi sanitari, costruiti attorno al concetto di assistenza centrata sul paziente che giunge in ospedale ed ha bisogno di una prestazione specialistica. Per affrontare tale situazione sono necessarie soluzioni per l'intera popolazione, non solo per gli ospedali, e dunque implementare sistemi di assistenza territoriale centrata sulla comunità[4].

Un altro dato sconcertante e che fa riflettere sul sistema di assistenza agli anziani è la percentuale dei decessi nelle strutture a loro dedicate sul totale dei deceduti da Covid-19. L'Istituto Superiore

di Sanità, nel suo terzo rapporto sul contagio da Covid-19, ha scoperto che dal primo febbraio al 14 aprile 2020 in queste strutture ci sono stati in tutto 6.773 decessi tra i residenti, di cui il 40% riconducibili al Covid-19. Ciò accade anche nel resto d'Europa.

In epoca di pandemia, tale dato ci fa comprendere come, in relazione al modello di assistenza, così come accade per quello sanitario, si debba procedere con un cambio di passo e a un suo ripensamento secondo una prospettiva centrata sulla comunità. La stessa considerazione degli operatori sanitari citati si evince dunque dai risultati della nostra ricerca: l'assistenza domiciliare centrata sulla prestazione è destinata ad essere sempre di più insufficiente ed inadeguata e la co-progettazione tra sistema pubblico e privato sociale deve partire dalla comunità, dalle famiglie, dei *caregiver* che si sforzano, a volte loro malgrado, di trovare e progettare soluzioni, spesso senza nessun aiuto pubblico, ed assicurano il benessere e la qualità della vita degli anziani. In altre parole, un primo e la progettazione delle risposte è passata in questi anni dall'offerta (l'Ente locale, il Sistema Sanitario Nazionale) alla domanda (le famiglie, i *caregiver,* gli imprenditori sociali).

Le pratiche innovative indagate possono quindi contribuire alla riflessione per la definizione di modelli centrati sulla comunità. L'infermiere di comunità, la rete dei servizi di assistenza domiciliare, le antenne ed i custodi sociali, fra gli altri, sono aspetti ed iniziative che vanno nella direzione di costruire un modello di assistenza in grado di presidiare il territorio, al fine di coglierne i bisogni emergenti ed attivare le risorse presenti per formulare risposte inedite per i cittadini e nelle quali i cittadini siano pienamente coinvolti. L'innovazione sociale è tale non solo perché sperimenta nuove tecnologie di assistenza, ma soprattutto perché riformula le relazioni fra i diversi attori, pubblici e privati, mettendo in discussione il loro posizionamento nel sistema attraverso i principi dell'orizzontalità e della *leardership* diffusa. L'innovazione sociale, inoltre, si alimenta di ricerca e co-produzione di nuove conoscenze e competenze: pone sul tavolo l'urgenza della valutazione dell'impatto dell'assistenza domiciliare in termini di benessere sulla società nel suo complesso, quindi di cambiamento della qualità di vita e delle relazioni di tutti e

tutte, anche in prospettiva di solidarietà intergenerazionale e quindi non solo degli anziani.

In questi termini, ripensare la filiera cittadino - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private e *governance* territoriale significa procedere verso un modello non lineare ma sistemico, ovvero considerare tutti questi attori sociali ed imprenditoriali fra loro interconnessi ed in grado di creare una fitta rete di relazioni e legami sociali su scala territoriale capaci farsi carico dei bisogni di assistenza e di fornire risposte adeguate ed innovative. Come alcuni dei casi studiati dimostrano, è inoltre creare nuove imprese e opportunità di occupazione dignitosa, risposta ormai dovuta al *mare magnum* del mercato informale dell'assistenza familiare che si è sviluppato in Italia spesso in forma di sfruttamento del lavoro delle donne, soprattutto straniere, negli ultimi 40 anni.

Il punto fondamentale è agevolare la trasformazione collegata al passaggio da una logica meramente del profitto e della massificazione del risultato e dell'estrazione del valore dai servizi di assistenza ad una di generazione del valore *da* e *verso* le comunità. Le dimensioni sociale ed imprenditoriale non devono essere viste come un gioco a somma zero, o una o l'altra, ma come uno spazio di ottimizzazione, e non riduzione, degli investimenti per il benessere dei cittadini anziani.

Il grosso lavoro che abbiamo davanti è per certi versi una sfida di tipo culturale, che chiama direttamente in causa la formazione e la riqualificazione di tutti gli attori coinvolti: i referenti politici, assistenti sociali, coordinatori ed operatori dei servizi e non ultime le famiglie stesse. Si tratta di un lavoro che vede interessati la Pubblica Amministrazione, il Terzo Settore, le aziende e anche le organizzazioni ed istituzioni che si occupano di educazione, formazione e ricerca su questi temi.

Non basta solo ridefinire i profili di competenze delle professioni impegnate nella filiera dell'assistenza domiciliare agli anziani, sulla base delle evidenze raccolte e, ad esempio, delle indicazioni dell'Atlante del Lavoro dell'INAPP. È necessario che questo processo di rinnovamento sia fatto coinvolgendo direttamente chi progetta, eroga, gestisce e valuta i servizi in oggetto, al fine di promuoverne le

istanze di cambiamento, ivi compreso l'accreditamento dell'Ente pubblico dei servizi privati di assistenza domiciliare.

Se dovessimo riassumere dunque i nostri risultati attraverso alcuni concetti chiave questi sarebbero:

- Comunità generativa (anche attraverso i suoi attori imprenditoriali) che riesce a generare soluzioni efficaci ai bisogni degli anziani e rispondere alle loro necessità e quelle dei nuclei familiari.
- Co-progettazione pubblico-privato (per la quale esiste una cornice legale, ma ancora troppo poche sono le sue implementazioni)
- Dignità del lavoro di cura (dei *caregiver*, delle assistenti familiari, delle OSS, dei professionisti della filiera socio-sanitaria)
- Nuove tecnologie al servizio delle persone e uso intelligente dell'intelligenza artificiale e della robotica (e non il contrario)
- Valutazione di impatto (per dimostrare che quello che facciamo produce cambiamenti positivi e fornire evidenze ai decisori su che cosa funziona e che cosa non funziona).

Ci auguriamo che tutti gli attori coinvolti in questa ricerca si ritrovino in queste riflessioni finali e auspichiamo che questa ricerca, generosamente finanziata dalla Fondazione Socialità e Ricerche, possa rappresentare uno spazio di riflessione ed azione per migliorare la qualità della vita dei nostri anziani, che rappresentano una risorsa fondamentale e preziosa della nostra società.

2. Considerazioni finali

La campagna vaccinale iniziata nel gennaio di quest'anno ha ridato al nostro paese speranza e una direzione chiara per uscire da quella che abbiamo chiamato sindemia, ovvero il coincidere della diffusione del virus da Covid 19 con le grandi fragilità del nostro tempo, il cambiamento climatico, la diseguaglianza crescente, l'aumento della cronicità delle malattie, la polverizzazione del *welfare* e la solitudine dei cittadini e delle cittadine.

Ad oggi possiamo dire di aver trasformato i risultati di una ricerca che ha coinvolto i principali *stakeholder* interpellati anche

durante l'indagine (in particolare il Comune della Spezia e la Fondazione Carispezia). Il risultato è il progetto CARE accennato più sopra, che intende migliorare la qualità della vita degli anziani e rafforzare la comunità di cura e prossimità locale con un approccio di ecosistema collaborativo, a livello urbano di quartiere e rurale, co-progettando e sperimentando un sistema di servizi integrato in filiera che va dalla prevenzione alla tutela/protezione degli anziani residenti nei Comuni della Val di Vara, della Riviera (Levanto) ed il Comune Capoluogo La Spezia. Il progetto ha un focus particolare sugli anziani over 75 soli, in particolare donne (che rappresentano circa il 75% degli anziani soli over 75), ma in via preventiva intende realizzare un impatto positivo su tutti gli anziani, inseriti nelle famiglie e nelle comunità locali.

Il progetto tiene particolarmente conto di quanto gli anziani/e soli o con rapporti sociali fragili (con figli lontani, non sposati, vedovi, trasferiti da altre città) abbiano subito in modo rilevante gli effetti della sindemia, con un evidente peggioramento della propria salute mentale e della componente emotiva e relazionale, a scapito della propria autonomia e autostima, andando ad aggravare ulteriormente la loro condizione di fragilità. Visto il budget limitato non è stato possibile intervenire nella dimensione abitativa e di domotica, ma i servizi proposti includono attività di socializzazione e costruzione di relazioni, trasporto sociale soprattutto in ambito rurale, *caregiver* protettivo per la sorveglianza e l'attivazione comunitaria, *memory training*, anche in modalità digitale, e attività di apprendimento e scambio intergenerazionale con il coinvolgimento delle Scuole.

Le macro attività del progetto, che è a tutti gli effetti sono il risultato di questo percorso di ricerca, sono:

– co-progettazione attraverso il *service co-design*, con la partecipazione degli attori pubblici e privati, compresi o no nel partenariato

comunicazione sociale della carta dei servizi disponibili attraverso

– passaparola, media, social e web per mettere il cittadino anziano e la sua famiglia nelle condizioni di conoscere (cittadino competente) i servizi disponibili, esercitare i suoi diritti sociali e scegliere i servizi più adeguati a rispondere ai suoi bisogni, disponibili nel settore pubblico o privato (quando può permetterseli).

– ricerca collaborativa sugli effetti della sindemia sulla qualità della vita degli anziani e valutazione di impatto basata sulla teoria del cambiamento per misurare il cambiamento effettivamente realizzato in relazione di causa effetto dagli interventi di progetto, lungo la filiera integrata.

Il progetto dovrà raggiungere almeno 10mila anziani nei due distretti nei quali i Sindaci si impegnano ad inviare, in collaborazione tra Servizi Sociali ed Anagrafe, una lettera di presentazione del progetto ad ogni cittadino/a che ha compiuto 75 anni e *over* spiegando i servizi disponibili e invitando ad avere fiducia nella comunità di cura.

Abbiamo quindi provato a trasformare le lezioni apprese dalla ricerca in un'azione trasformativa che rappresenta ora la nostra sfida di cambiamento. Abbiamo avuto la fiducia di due Fondazioni, la Fondazione Socialità e Ricerche prima e la Fondazione Carispezia ora, che, come è noto sono ad oggi gli attori che maggiormente, e più generosamente, promuovono l'innovazione sociale nel nostro paese. Siamo molto soddisfatti/e di questa nuova opportunità e ci auguriamo che, come è possibile nell'epoca contemporanea per la prima volta nella storia umana, nella cosiddetta età della *open knowledge*, saremo in grado di far tesoro delle lezioni apprese e della conoscenza co-prodotta, di sperimentare innovazione, validarla e quindi condividerla con un pubblico più ampio possibile. Solo così una ricerca acquista un orizzonte di senso e il lavoro di tutti noi si trasforma in responsabilità sociale e cura di sé, degli altri e del mondo.

Note

[1] La ricerca collaborativa #torniamodalfuturo è in via di pubblicazione ed è già stata oggetto di due tesi di laurea nel corso di Scienze della Formazione degli Adulti (Cozzani e Iossa). Prende forma nella prima metà del mese di marzo 2020, a pochissimi giorni dall'entrata in vigore del DPCM del 9. L'emergenza e la crisi hanno accelerato il cambiamento come mai sarebbe stato possibile in tempi normali. Navigando nell'incertezza su come rispondere all'emergenza che ha colto, tra gli altri, il Terzo Settore, abbiamo scelto di provare a comprendere e guidare il cambiamento, piuttosto che a lasciarci travolgere da questo. Partendo dalla cornice teorica dei *Futures Studies* (Inayatullah 1998), con un approccio interdisciplinare ed utilizzando tecniche di raccolta dei dati principalmente qualitative (analisi della letteratura, intervista semi-strutturata, *focus group*) la ricerca si è posta come obiettivo conoscitivo far emergere alcuni *driver* dell'innovazione sociale ed educativa che sono emersi, anche come potenzialità, durante la crisi sanitaria, dalle pratiche e dall'osservazione di attori del Terzo Settore (associazioni, cooperative, organizzazioni di volontariato, ecc.). La riflessione si è focalizzata sugli apprendimenti, individuali ed organizzativi, indicati dai protagonisti stessi, e che una volta trasformati in conoscenza e competenze, possono offrire un nuovo *blueprint* all'azione del Terzo Settore, mettendo anche in discussione la "vecchia" (pre-Covid 19) scuola dell'innovazione sociale.

[2] https://www.youtube.com/watch?v=BopkNPWc0rk

[3]Disponibile al seguente link: https://www.youtube.com/watch?v=tOC4QzVXJ1I

[4] Questo è proprio stato previsto dal Piano Nazionale di Ripartenza e Resilienza varato nel maggio successivo (2021) dal Governo Italiano che prevede alla missione 6 investimenti previsti per risolvere criticità del nostro sistema sanitario come le disparità territoriali (interregionali e intra-regionali) nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, la mancata o insufficiente integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali ed i tempi di attesa elevati per l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche. Il PNRR per quello che riguarda la sanità si pone come macro-obiettivi: *il potenziamento dell'assistenza territoriale*, compresa una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali, attraverso anche la creazione di nuove strutture (come Ospedali di Comunità e Case della Comunità); il rafforzamento *dell'assistenza domiciliare; lo sviluppo della telemedicina; la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano* del Sistema Sanitario Nazionale attraverso un forte impulso alla ricerca e alla formazione.

Riferimenti bibliografici

Harari Y N., 2020, The World after Coronavirus, Financial Time https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75.

Inayatullah S., 1998, Causal layered analysis: Poststructuralism as method, Futures, 30 (8), 815–829.

Maciocco G., 2020, È una sindemia, https://www.ordinemedici.brescia.it/pagina3684_e-una-sindemia.html.

Mcgowan H., 2020, How The Coronavirus Pandemic Is Accelerating The Future Of Work,
https://www.forbes.com/sites/heathermcgowan/2020/03/23/the-coronavirus-pandemic-accelerates-the-future-of-work-and-provides-opportunity/.

Roy A., 2020, L'altra pandemia, https://www.internazionale.it/notizie/arundhati-roy/2020/04/20/india-altra-pandemia .

Serres M., 2012, *Temps de Crise,* Le Pommier, Paris.

Note sugli autori

Giuseppe De Anseris, Laurea in Scienze Politiche con indirizzo Politico Internazionale presso l'Università degli Studi di Perugia. Progettista, project manager, esperto monitoraggio e valutazione, facilitatore processi partecipativi.

Giovanna Del Gobbo, Professore Associato di Pedagogia Sperimentale presso l'Università degli Studi di Firenze. È attualmente membro del Nucleo di Valutazione, è referente scientifico del programma di faculty development dell'Ateneo. È membro del Gruppo di lavoro Unifi per la University European Alliance "Euniwell". È stata Delegata del Rettore per la formazione insegnanti (2017-2021). Dal 2002 è impegnata in attività di ricerca, formazione e consulenza nel settore delle politiche formative territoriali sui processi di integrazione dei sistemi di educazione, istruzione, formazione, orientamento e lavoro. Ha una pluriennale esperienza di lavoro sullo sviluppo umano sostenibile, sui processi di decentramento e governance del territorio.

Gilda Esposito, *Innovation Facilitator*, presidente e cofondatrice dello *spin off* dell'Università di Firenze MoCa Future Designers, dopo la laurea in Scienze Politiche ed il *Master* in Gender Studies presso l'Università di Milano, ha conseguito un PhD in Scienze della Formazione con una tesi sull'eco-pedagogia. Ha lavorato 12 anni con Nazioni Unite, ONG e Cooperazione Italiana in Europa, Africa, Asia ed America Latina. Collabora dal 2010 con l'Università di Firenze sui temi dell'educazione degli adulti, della mediazione interculturale e della progettazione europea.

Glenda Galeotti, PhD, è Ricercatore di Pedagogia Generale e Sociale presso l'Università degli Studi di Firenze, dove insegna Educazione degli adulti e Pedagogia dell'innovazione organizzativa. Si dedica alla ricerca nel campo dell'educazione degli adulti e della formazione continua per l'innovazione sociale, la salvaguardia del patrimonio culturale e naturale, lo sviluppo sostenibile.

Tiziana Mammoliti è laureata in Scienze dell'Educazione degli adulti, della Formazione continua e Scienze pedagogiche. Valutatrice d'impatto certificata, si occupa di innovazione sociale, strategie per lo sviluppo sostenibile e della comunità locale, stakeholder engagement.

Laura Menichetti è Professore Associato di Pedagogia speciale e di Nuove tecnologie per la formazione presso l'Università di Firenze. Ingegnere, con un PhD in Informatica e sistemi e un PhD in Scienze della formazione, ha svolto un Executive Programme INSEAD, ed è stata dirigente di IBM e Lenovo. I suoi attuali interessi di ricerca includono metodi e tecnologie per la progettazione didattica inclusiva e sistemi di gestione della qualità nell'istruzione.

Luca Raffini, PhD presso la Cesare Alfieri di Firenze, è Ricercatore in Sociologia dei fenomeni politici presso il Dipartimento di Scienze politiche dell'Università di Genova, dove insegna Sociologia dell'Opinione pubblica, Sociologia politica dell'Unione Europea, Innovación social y Cambio político. Tra i suoi interessi di ricerca vi sono il rapporto tra mutamento sociale e mutamento politico, la partecipazione, l'innovazione sociale, la comunicazione e i digital media, la mobilità e le migrazioni, la condizione giovanile, la società europea.

Fabio Togni, PhD, è Professore Associato di Pedagogia Generale e Sociale presso l'Università degli Studi di Firenze. Si è occupato di filosofia dell'educazione e di pedagogia dello sport. I suoi principali campi di ricerca attuali convergono verso la filosofia dell'educazione degli adulti, l'educazione informale e l'embodied/embedded education.

Marco Zanchi, PHD in antropologia ed epistemologia della complessità, svolge attività di ricerca, formazione e consulenza organizzativa all'interno di aziende, enti pubblici e mondo della cooperazione sociale. Ama occuparsi delle stagioni della vita, curando in particolar modo le transizioni generazionali interne alle organizzazioni. Negli anni, si è occupato della dimensione organizzativa degli istituti penitenziari lombardi, delle strutture ospedaliere complesse e delle RSA, lavorando in particolare sulla collaborazione interprofessionale e la gestione dello stress.

Stampato presso: Digital Book srl - Città di Castello (Perugia)