

CAPITOLO 12. BUONE PRATICHE DI PROGETTAZIONE PARTECIPATA: IL SISTEMA DELLE CURE A DOMICILIO A NOVARA

DI FRANCA MAINO

1. INTRODUZIONE

Da più di un decennio le politiche e gli interventi per la non autosufficienza sono al centro del dibattito sul rinnovamento dei sistemi di welfare. Questo non solo a livello europeo ma in particolare nel nostro paese che, se ancora negli anni Novanta presentava grosse lacune, ha progressivamente – seppure faticosamente – provato a colmare il divario con i principali paesi membri dell'UE.

Gori ha mostrato come in pochi anni l'assistenza continuativa in Italia abbia assunto una visibilità mai sperimentata prima, grazie anche alla crescente consapevolezza delle conseguenze derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dall'allungamento della speranza di vita (Gori 2011). Nel corso degli anni Duemila va registrato anche l'aumento, sebbene modesto in prospettiva comparata, di risorse dedicate a questo settore sia a livello nazionale (si pensi in particolare al Fondo per la non autosufficienza, istituito nel 2007) sia a livello regionale e locale, anche se a livello subnazionale vanno segnalate forti differenziazioni in termini di impegno pubblico.

In generale si è assistito a un ripensamento dell'insieme delle misure rivolte alla non autosufficienza che può essere sintetizzato attraverso quattro linee di intervento (Gori *et al.* 2014, 165-166): a) ridefinizione del rapporto tra ospedale e territorio e tra residenzialità e domiciliarità attraverso la messa a punto di percorsi congiunti, tra Asl e Aziende ospedaliere, per la gestione delle dimissioni ospedaliere e attraverso il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare (Sad) e dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi); b) ridefinizione della presa in carico grazie al ricorso a dispositivi dedicati all'accoglienza della domanda, alla valutazione del bisogno dell'anziano, e alla gestione coordinata del percorso assistenziale (ne sono un esempio le Unità di valutazione multidisciplinare istituite in alcune regioni, la sperimentazione dei punti unici di accesso, l'avvio di percorsi di *case management*); c) diffusione di nuove modalità di regolazione e qualificazione del mercato dell'assistenza privata di cura attraverso l'istituzione di albi professionali delle badanti; d) avvio di iniziative e progetti dedicati al tema della prevenzione e della promozione di stili di vita sani nella terza e nella quarta età.

Tuttavia questo sviluppo, per quanto significativo, non è stato in grado di modificare in modo incisivo il quadro complessivo dell'assistenza agli anziani e sembra aver subito una battuta di arresto a causa della crisi economica e sociale in corso ormai dalla seconda metà degli anni Duemila, crisi che ha riportato in Europa una

fase di austerità e – a fronte dell’insuccesso della Strategia di Lisbona¹ – ha riaperto il dibattito su come promuovere un modello europeo di sviluppo in grado di conciliare crescita economica, coesione sociale e innovazione.

BOX 1. IL PROGETTO INTERREG «CASA COMUNE»

PROGRAMMA OPERATIVO DI COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA ITALIA-SVIZZERA 2007-2013.

PERIODO DI SVILUPPO DEL PROGETTO: 2013-2015

OBBIETTIVO: *Cooperazione territoriale europea*

PARTNER:

- *Comune di Novara (Capofila di parte italiana)*
- *Associazione Opera Prima (Capofila di parte svizzera)*
- *Filos Formazione*
- *Nuova Assistenza Cooperativa Sociale Onlus*
- *Centro servizi per il volontariato della Provincia di Novara*

AZIONI:

AZIONE 1 • PILOTAGGIO E MANAGEMENT CONGIUNTO

Azione trasversale a tutto il progetto finalizzata a garantire la gestione congiunta e sinergica della rete di attori coinvolti dal progetto.

AZIONE 2 • ANALISI COMPARATA DEI BISOGNI E DEI SISTEMI DI CURA, COSTRUZIONE DI UN REPERTORIO DI BUONE PRATICHE E WORKSHOP DI SCAMBIO E CONFRONTO

Fase di ricerca finalizzata alla raccolta delle esperienze pregresse, all’analisi comparata (tra i due versanti della frontiera) dei bisogni emergenti dalla popolazione anziana e allo scambio di buone pratiche.

AZIONE 3 • DISEGNO E SPERIMENTAZIONE DI INTERVENTI

Fase di progettazione e sperimentazione sui due lati della frontiera di un modello di intervento in grado di fornire un servizio individualizzato, modulabile e modificabile e nel quale la componente interculturale sia considerata un valore aggiunto.

AZIONE 4 • COMUNICAZIONE

Azione trasversale a tutto il progetto finalizzata ad assicurare la comunicazione e lo scambio all’interno della partnership e nei confronti dei territori interessati.

AZIONE 5 • TRASFERIMENTO DEI RISULTATI DEL PROGETTO

Strategia di mainstreaming finalizzata alla valorizzazione e diffusione capillare delle innovazioni prodotte e sperimentate dal progetto e delle buone pratiche.

¹ La «Strategia di Lisbona» aveva lanciato nel 2000 un obiettivo particolarmente ambizioso per l’Unione europea: «Trasformare entro il 2010 l’UE nell’economia della conoscenza più competitiva e dinamica». Una strategia che mirava a sostenere il cosiddetto «triangolo» dello sviluppo. Si intendeva rilanciare il «modello europeo», puntando su tre pilastri: quello *economico* finalizzato a promuovere l’«economia della conoscenza»; quello *sociale* rivolto a investire sul capitale umano e sulla lotta all’esclusione; quello *ambientale* diretto a un utilizzo sostenibile delle risorse naturali.

Il secondo welfare rappresenta, in questa prospettiva, un vero e proprio «laboratorio di innovazione sociale». Esso si compone delle iniziative di un variegato insieme di soggetti, tese a definire nuovi processi, modelli e servizi in grado di rispondere ai bisogni della comunità. All'interno di questa cornice, si segnalano diverse sperimentazioni che testimoniano i processi di innovazione in atto, finalizzati alla definizione di nuove forme di *governance* pubblica e a un sempre più marcato coinvolgimento di soggetti del privato for profit e del Terzo settore nel finanziamento e nell'erogazione di servizi e prestazioni. Attori che, se coinvolti e valorizzati ciascuno nel proprio ruolo, sono in grado di elaborare risposte appropriate ed economicamente sostenibili ai differenti bisogni, mobilitando a questo scopo risorse e competenze private e producendo valore per la società nel suo complesso e non per singoli individui. Per i diversi *stakeholder*, che tradizionalmente hanno operato quasi in isolamento, la sfida è comprendere e sfruttare la rete come valore aggiunto.

È in questo contesto e di fronte a sfide di questa portata che assumono importanza esperienze e progettualità originate dal basso, che si sviluppano nei territori grazie a nuove forme di partnership tra soggetti pubblici e non pubblici, imperniate sull'investimento e sull'innovazione sociale per spostare il baricentro verso interventi rivolti alla promozione sociale e destinati a superare una logica rivolta solo alla protezione dai bisogni. Novara costituisce un esempio di queste nuove forme di progettualità². La partecipazione a un Bando Interreg e la realizzazione, tra il 2013 e il 2015, del progetto «Casa Comune» (cfr. il Box 1) ha permesso di individuare i bisogni della popolazione anziana, di realizzare una mappatura dei servizi attualmente disponibili a favore della domiciliarità, e di avviare un percorso di progettazione partecipata che ha portato a sperimentare un nuovo modello di intervento che ha nell'attivazione di una rete multiattore uno degli elementi portanti, come verrà illustrato e argomentato di seguito³.

2. GLI ANZIANI TRA NUOVI RISCHI E UN SISTEMA DI CURA DA INNOVARE

2.1 *Non autosufficienza e nuovi rischi*

Con riferimento al tema della non autosufficienza e della *long-term care* lo scenario che la recente crisi economica ha aperto lascia intravedere per il futuro alcuni rischi a cui è sempre più urgente far fronte. In primo luogo vi è il rischio che si vada verso una progressiva riduzione delle prestazioni, dei servizi e del numero di beneficiari dal momento che in seguito ai tagli alle risorse per il welfare e all'introduzione di

² Per altre ragioni anche il Canton Ticino e l'esperienza del comune di Mendrisio rappresentano un caso interessante, meritevole di attenzione. Per un'analisi dei due casi e la messa a confronto delle due progettualità si rimanda a Maino (2015).

³ Questo capitolo nasce dal coinvolgimento diretto del Laboratorio *Percorsi di secondo welfare* nel Progetto «Casa comune». Franca Maino e Chiara Agostini hanno coordinato il tavolo della *governance* e agito come facilitatrici del processo di progettazione partecipata degli interventi descritti di seguito.

nuovi vincoli alla spesa pubblica regioni, enti locali e strutture sanitarie sono portate a fare economie e a introdurre misure di razionamento delle prestazioni esistenti andando a colpire i finanziamenti, i contributi monetari, i servizi residenziali e quelli territoriali. Un secondo rischio è che il pubblico ridimensioni pesantemente il suo impegno nel percorso di assistenza, in particolare per quanto riguarda la presa in carico dell'anziano e della sua famiglia, l'accesso ai servizi e la regolazione del mercato privato dell'assistenza (per esempio rimettendo in discussione – dove presente – il sistema di accreditamento delle badanti o gli sportelli di incontro domanda-offerta). Il terzo rischio è che aumentino i costi dei servizi, sia per le famiglie sia per gli erogatori come le cooperative, le associazioni, le fondazioni ma anche gli enti for profit. Vi è, infine, il rischio che diminuisca la qualità dei servizi, a fini di contenimento dei costi. Una dinamica, quest'ultima, destinata ad avere pesanti ripercussioni anche sulla qualità del lavoro degli operatori che, in un contesto di risorse scarse, possono vedersi ridefinire le condizioni occupazionali sia sotto il profilo contrattuale sia remunerativo. Del resto, in tempi di crisi, non solo le istituzioni pubbliche e i fornitori possono decidere di rimettere in discussione i livelli di qualità ma anche le famiglie, pur di risparmiare, appaiono più disposte a rinunciare alla qualità delle cure⁴.

L'impatto di tali rischi varia in base alle caratteristiche dei sistemi di protezione sociale e in particolare del sistema di cure e assistenza per gli anziani: sotto questo profilo le differenze, tanto a livello regionale quanto a livello locale sono notevoli. Tuttavia, come è emerso dall'analisi dei bisogni e dalla mappatura dei servizi compiuta nel Comune di Novara⁵ (dentro un sistema di cura che subisce condizionamenti dettati dal quadro di riferimento normativo e di *policy* regionale), c'è oggi ampio margine per provare a sperimentare nuove forme di partnership tra i tanti soggetti pubblici e non pubblici che a vario titolo si occupano di anziani e di domiciliarità. Una sperimentazione che risponda alle criticità, ricostruite in questo capitolo, connesse al sistema di cura a domicilio novarese.

2.2 Il sistema delle cure a domicilio in Italia

In Italia le politiche di *long-term care* sono caratterizzate dalla centralità di una misura nazionale di trasferimento monetario alle famiglie, l'indennità di accompagnamento. Originariamente rivolta ai disabili adulti è diventata dagli anni Novanta in poi il programma di protezione contro la non autosufficienza più diffuso tra gli anziani (oggi copre circa il 10 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne). L'utilizzo dell'indennità di accompagnamento da parte dei beneficiari è completamente libero e questo ha favorito un uso ampiamente improprio della misura.

⁴ Per approfondimenti si rimanda ai Rapporti sulla non autosufficienza promossi annualmente dal Network per la Non Autosufficienza.

⁵ Cfr. Moroni (2015).

I servizi pubblici di assistenza residenziale e domiciliare sono invece forniti dalle Regioni e dai Comuni sulla base di finanziamenti propri e senza alcun diritto esigibile da parte dei potenziali beneficiari. Normalmente i costi dei servizi residenziali di tipo alberghiero (ospitalità nelle strutture di cura, pasti, ecc.) non sono coperti dai Comuni e restano a carico degli utenti e dei loro familiari (mediamente il costo di una retta è pari a circa 2000 euro mensili). A fronte di una modesta offerta di servizi pubblici la soluzione a cui ricorrono maggiormente le famiglie è l'impiego di una assistente familiare individuale, che spesso non ha un contratto formale di lavoro (oltre a essere priva di un regolare permesso di soggiorno) e di conseguenza è priva di tutte quelle tutele e garanzie che spettano ai lavoratori regolari.

Si è così venuto a creare un ampio mercato privato della cura agli anziani in parte finanziato proprio grazie all'indennità di accompagnamento. Come hanno sottolineato Ranci e Pavolini (2015), il carattere essenzialmente monetario delle misure di *long-term care* ha finito per favorire in Italia una ampia privatizzazione della cura, un sistema che però sta attraversando una profonda crisi che vede famiglie da un lato e amministrazioni locali dall'altro sempre più incapaci di rispondere adeguatamente alle richieste di assistenza di anziani in condizione di non autosufficienza e di sviluppare un sistema di cure di tipo domiciliare, come succede in molti paesi europei.

2.3 Il sistema delle cure a domicilio a Novara

Per quanto riguarda Novara e con riferimento alla parte «emersa» del fenomeno sappiamo che la popolazione ultrasettantenne residente è pari a circa 17000 persone, di cui almeno il 18,5 per cento presenta qualche deficit in riferimento alle principali funzioni della vita quotidiana. A fronte di questi numeri, il Comune di Novara ha investito nell'ultimo triennio circa 1400 mila euro annui nell'assistenza a domicilio di circa 250 utenti per la maggior parte anziani. La quota di compartecipazione è stata elevata, nell'ottobre del 2013, a 13 euro all'ora per i livelli più alti di reddito, mentre per redditi inferiori è modulata sulla base dell'Isee del nucleo familiare. Nello specifico, il Comune di Novara offre la possibilità ai cittadini anziani e disabili non-autosufficienti di usufruire dei seguenti servizi di sostegno alla domiciliarità: Servizio di Assistenza domiciliare (Sad); Servizio di mensa domiciliare; Servizio di Telesoccorso e di Pronto spesa; Contributo economico a sostegno della domiciliarità; Servizio di accoglienza presso la Casa di giorno per anziani Don Aldo Mercoli⁶. A questi servizi possono essere affiancate due ulteriori risorse pubbliche che lavorano a favore della

⁶ Con riferimento a questa struttura si è passati da un convenzionamento per 10 posti a uno per 7 e, nell'anno 2014, il numero è stato ridotto a 6 posti. Si tratta di una struttura che accoglie anziani parzialmente autosufficienti con capacità residue che consentono di svolgere diverse attività. Non si tratta dunque di un centro diurno per anziani affetti da importanti declini cognitivi. Le persone manifestano una certa ritrosia alla frequenza della casa nonostante sia ampiamente proposta dagli operatori sociali e sebbene la struttura offra anche il servizio di trasporto da e per il domicilio e il monitoraggio infermieristico e farmacologico.

domiciliarità. Si tratta del servizio di Assistenza domiciliare integrata (Adi), a carico dell'Asl, e del Centro diurno integrato (Cdi) presso l'Istituto Gaudenzio De Pagave con una disponibilità per 20 utenti.

Con riferimento al Sad, la criticità principale è oggi rappresentata dalla contrazione delle risorse. Quello fornito dal Sad è e continuerà a essere un servizio di nicchia, rivolto a una particolare e limitata tipologia di utenza. A fronte di un numero stimato di ultra sessantacinquenni, con almeno un deficit in una delle funzioni della vita, pari a circa 3 000 persone, quelli assistiti dal Sad si assestano intorno ai 250. Considerando poi che il servizio Sad non può prevedere più di 3 ore di assistenza quotidiana, è evidente l'incapacità del servizio pubblico di far fronte ai reali bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Da segnalare inoltre che, sulla base dei dati relativi al primo accesso e al numero di domande valutate, risulta in questi anni una costante diminuzione delle richieste di accesso al Sad. La crisi economica sta spingendo molte famiglie a farsi nuovamente carico delle funzioni di cura di bambini (come dimostra anche la diminuzione delle domande per gli asili nido) e anziani. Redditi più bassi e un incremento del tempo disponibile, spesso in seguito alla perdita dell'occupazione o alla riduzione delle ore di lavoro, favoriscono il recupero delle funzioni di assistenza in capo alla famiglia, rischiando di rafforzare un modello già troppo incentrato sulle cure informali e il familismo.

Come abbiamo detto, a integrazione di questo sistema di servizi e interventi si aggiunge l'Adi: un servizio di carattere pubblico erogato dalla Asl che permette (non in maniera esclusiva in quanto rivolto a tutte le fasce di età) alle persone anziane che presentano problematiche di tipo sanitario di essere curate il più a lungo possibile nel proprio ambiente. In questo caso le cure domiciliari riguardano dunque l'assistenza sanitaria erogata al paziente direttamente al proprio domicilio da parte del personale della Asl.

È risultato essere molto apprezzato dagli anziani e dalle loro famiglie il contributo regionale a sostegno della domiciliarità, pur con le numerose criticità a esso associate. Il contributo, erogato dalla Regione Piemonte, ha consentito nel 2013 a circa 90 anziani e 30 disabili gravi di rimanere al domicilio sostenendo le spese necessarie all'assistenza ricorrendo, nella maggior parte dei casi, ad assistenti familiari regolarizzate. Le criticità legate a questa misura hanno riguardato i ritardi nell'erogazione dei finanziamenti; lo scarto temporale tra l'erogazione del contributo ai destinatari (ogni tre/quattro mesi fino al raggiungimento della quota annua prevista) e il pagamento mensile da garantire all'assistente familiare; l'incertezza sul proseguimento negli anni di tali erogazioni, subordinati alle disponibilità economiche della Regione⁷.

Complessivamente si tratta di un insieme di interventi che non solo riguarda una utenza numericamente limitata ma che si caratterizza per una modesta relazione e

⁷ Il contributo per il 2015, per esempio, non risulta ancora essere stato stanziato.

sinergia con l'offerta di servizi messa in campo dal privato sociale e da erogatori privati. Una rete di servizi scarsamente coordinata e per questo non adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione anziani e della rete familiare che la circonda. Da quanto emerso dalla ricostruzione condotta all'interno del progetto «Casa Comune» non esistevano a Novara una vera «cultura della domiciliarità» e un'azione di *policy* mirata a creare le condizioni per un suo sviluppo. Nell'ultimo decennio si è piuttosto assistito all'implementazione di una serie di interventi, avviati in un contesto in cui le risorse economiche a disposizione erano più ampie di quelle attuali, interventi che nel corso del tempo hanno dimostrato di funzionare abbastanza bene. Risorse sempre più scarse e l'emergere di nuovi bisogni hanno però messo in crisi questo sistema che ha dato prova di un buon funzionamento ma anche di uno sviluppo per forza inerziale e all'insegna della continuità con il passato.

Va anche sottolineato che, a fronte di un contesto ricco di esperienze positive nel settore dei servizi alla domiciliarità sia sul versante pubblico sia su quello privato, dalle attività del progetto e dalle interviste condotte nel corso del primo anno è emerso come l'insieme dei soggetti operi in modo indipendente e scarsamente coordinato. Inoltre è stato evidenziato da più parti come la famiglia continui a essere l'elemento centrale su cui si basa il sistema di cura degli anziani a domicilio, famiglia che tuttavia si ritrova sola quando si tratta di affrontare l'emergenza determinata dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza. E proprio le famiglie novaresi hanno apertamente richiesto informazioni certe, chiare e accessibili rispetto alle opportunità offerte dalla rete territoriale dei servizi pubblici, privati, del privato sociale a sostegno della decisione di mantenere al domicilio l'anziano non autosufficiente; rapidità di risposta, a maggior ragione nei casi di emergenza; servizi flessibili e dove necessario anche «personalizzati», oltre che facilmente accessibili (Ambrosini 2015).

3. IL PROGETTO «CASA COMUNE» COME CONTESTO DI SPERIMENTAZIONE DI NUOVE FORME DI COLLABORAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

Dopo aver lavorato nel corso del primo anno per raccogliere e mettere in comune il patrimonio di conoscenze sui bisogni emergenti della popolazione anziana, sui servizi pubblici di sostegno alla domiciliarità presenti sul territorio e sui modelli di *governance*, partendo dalle buone pratiche e da un'intensa attività di scambio, *benchmarking* e condivisione dell'esperienza italiana e svizzera, ha preso avvio l'Azione 3 volta a progettare e sperimentare un modello idoneo a fornire interventi personalizzati in risposta ai bisogni di assistenza degli anziani a domicilio, attraverso il coinvolgimento e l'attivazione in rete dei vari soggetti già impegnati in questo ambito. La sezione seguente rilegge quanto realizzato a Novara alla luce degli elementi caratterizzanti il paradigma del secondo welfare e mette in luce la volontà di costruire una rete multiattore e ricorrere allo strumento della progettazione partecipata per ripensare il modello di intervento in essere.

Il secondo anno del progetto «Casa Comune» è stato dedicato, in primo luogo e nel breve periodo, alla progettazione partecipata di alcuni «interventi» in grado di far incontrare e collaborare soggetti pubblici e non pubblici a vario titolo impegnati nelle cure a domicilio per favorire – in secondo luogo e come obiettivo di lungo periodo – la costruzione di una *governance* integrata e multiattore delle cure a domicilio a livello cittadino. Si sono di fatto gettate le fondamenta di un «ponte» in grado di aprire una via innovativa di ridefinizione dell'azione sociale improntata appunto sul paradigma del secondo welfare.

L'Azione 3 doveva rappresentare la sede per costruire, in modo partecipato, un nuovo modello di *governance* e di gestione dell'assistenza domiciliare sul territorio e un luogo di riflessione su possibili misure innovative rivolte agli attori chiamati a operare all'interno del nuovo modello: responsabili e operatori dei servizi pubblici, assistenti familiari, *care-giver* e *care-manager* familiari, associazioni del volontariato e la comunità nel suo complesso. Sono stati dunque immaginati due percorsi, uno incentrato sui temi della *governance* e l'altro sulle competenze delle due figure professionali coinvolte, le Oss e le assistenti familiari⁸.

Con riferimento al primo dei due percorsi, dall'autunno del 2014 i protagonisti a vario titolo coinvolti nell'assistenza agli anziani e già attivi nel territorio sono stati impegnati nella definizione di un modello di *governance* per la gestione degli interventi. A novembre è stato costituito il tavolo multiattore dal quale sono poi originati, da gennaio 2015, tre sottotavoli di lavoro. Per la realizzazione dell'Azione 3 si è scelto di individuare un facilitatore «esterno» in grado di coordinare il gruppo e favorire la sperimentazione di un percorso di progettazione partecipata. L'obiettivo principale era quello di definire una nuova modalità di lavoro in grado di mettere in rete i diversi soggetti che intervengono nell'assistenza domiciliare all'anziano. I soggetti che hanno preso parte al tavolo della *governance* e agli incontri previsti sono stati – oltre al Comune di Novara – Filos, la Cooperativa Nuova Assistenza, le assistenti sociali del Sad, rappresentanti della Asl di Novara, il Centro di ascolto Caritas, la Cooperativa Vedogiovane, la Comunità di Sant'Egidio, il Centro Servizi per il Volontariato (Csv). Rispetto ai partecipanti al progetto «Casa Comune» il tavolo si è quindi aperto alla collaborazione di una serie di nuovi protagonisti (peraltro intercettati proprio nel corso del primo anno).

⁸ Il secondo percorso ha lavorato sul sostegno ai processi di crescita professionale delle figure che agiscono all'interno dei servizi di assistenza domiciliare, con particolare riferimento all'Oss e all'assistente familiare. A partire dall'analisi dei ruoli concretamente agiti sul campo da queste due figure è stata costruita una proposta formativa centrata sul *workplace learning*, funzionale a valorizzare le loro pratiche lavorative come risorsa per sviluppare le competenze possedute e qualificare i servizi erogati. Il modello formativo proposto è inoltre pensato come dispositivo che prefigura e accompagna concretamente il percorso di costruzione del nuovo modello di *governance* dei servizi di assistenza domiciliare nel territorio descritto in questa sede. Per una presentazione di dettaglio dei presupposti metodologici e dei risultati di questo ambito di lavoro del progetto «Casa Comune» si rimanda a Porzio 2015.

Per provare a rispondere alle criticità emerse nel corso del progetto (si veda la sezione precedente) dalla riflessione condivisa tra i diversi soggetti seduti al tavolo sono scaturite due proposte concrete: da un lato la costruzione di un «portale web» informativo per il reperimento rapido ed efficace delle informazioni sui servizi a disposizione del territorio, dall'altro la creazione di un punto informativo e orientativo sulla domiciliarità che venisse a colmare il vuoto costituito dall'assenza di uno sportello sociale unico Comune-Asl (presente invece in altre province piemontesi). Proprio per perseguire entrambi gli obiettivi si è deciso di articolare il percorso di progettazione in due sottotavoli (entrambi coordinati da un facilitatore esterno) che hanno operato, da gennaio a giugno 2015, separatamente ma anche in modo sinergico e coordinato. Gli incontri si sono svolti sempre nello stesso giorno e al termine dei lavori è stato sempre previsto un momento di condivisione dei risultati e individuazione delle possibili azioni sinergiche da mettere in campo. Anche perché da subito si è immaginato che il «portale web» dovesse servire prima di tutto agli operatori e quindi essere funzionale al lavoro svolto all'interno del punto informativo⁹. Il sottotavolo che si è dedicato al portale ha visto in particolare il coinvolgimento delle associazioni di volontariato che si occupano di anziani, favorendo così un allargamento della rete rispetto a quanto immaginato inizialmente.

Il sottotavolo che si è dedicato alla costituzione del punto informativo ha viceversa operato in modo più ristretto e mirato coinvolgendo in particolare il Comune e la Asl (e da un certo punto in poi includendo anche un rappresentante dell'Azienda ospedaliera) per poter individuare le condizioni per l'apertura del punto di incontro tra bisogni-utenti e servizi e poter lavorare alla stesura di un protocollo d'intesa che definisse funzioni, ruoli, modalità operative e organizzative di funzionamento del «Punto unico informativo e di orientamento per anziani non autosufficienti», che si è scelto di chiamare «Spazio Anziani». Per quanto riguarda le sue finalità, tre sono i macroobiettivi definiti dal Protocollo: favorire l'accesso a progetti di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sostenendo, dove possibile, il mantenimento delle stesse al domicilio; qualificare il sistema socio-sanitario locale assicurando ai cittadini un punto unico di accesso per essere informati e orientati efficacemente sui servizi e le risorse della città rivolti alle persone non autosufficienti, superando i rischi di frammentazione territoriale; valorizzare la conoscenza delle risorse del territorio fornite dalle organizzazioni di volontariato e del terzo settore per promuovere una più stretta sinergia tra i diversi *stakeholder* nell'ottica di un welfare di comunità.

⁹ Come illustrato più nel dettaglio da Moroni e Ferrero (2015), attraverso la consultazione del portale web, ciascun operatore è messo in grado di fornire alle famiglie un quadro chiaro di tutti i servizi di domiciliarità attualmente disponibili sul territorio del Comune di Novara. Sul portale sono presenti le schede informative di tutti i soggetti del privato sociale e del volontariato che hanno partecipato alla sua creazione. Nelle intenzioni, questa sezione dovrà essere arricchita con le schede relative ai nuovi soggetti che nei prossimi mesi vorranno essere coinvolti nonché con quelle relative ai progetti che prenderanno vita grazie all'attività del «Tavolo Anziani».

Presso lo Spazio Anziani sarà disponibile per l'utenza (gli anziani fragili e non autosufficienti, che richiedono una serie integrata di interventi a supporto dell'azione di assistenza e cura garantita dalla famiglia):

- un primo livello di ascolto al termine del quale sarà possibile ricevere informazioni orientative specifiche;
- un secondo livello di ascolto volto a decodificare e inquadrare le problematiche emerse, al fine di concorrere a costruire possibili opzioni/linee di intervento. A questo fine – se necessario – sarà possibile fissare un colloquio sociale; fissare un primo appuntamento per i servizi offerti dalla Asl eventualmente individuati come opportuni; fissare un primo incontro con le organizzazioni di volontariato e del privato sociale.

A supporto del lavoro informativo il portale web risponde all'obiettivo di creare uno strumento unico in grado di fornire informazioni su tutti gli interventi e i servizi erogati nel territorio comunale, in materia di assistenza agli anziani.

L'ampio coinvolgimento delle associazioni di volontariato nella costruzione del portale (ma anche – come verrà ripreso fra poco – in un percorso di formazione a esse dedicato) ha fatto sì che una volta definiti i contenuti del Protocollo d'intesa questo venisse sottoposto all'attenzione delle stesse associazioni di volontariato affinché potessero a loro volta sottoscriverlo. I continui momenti di contatto e collaborazione hanno così favorito l'emergere di soluzioni che inizialmente non erano state previste e che sono andate ben oltre il contributo alla creazione del portale: da un lato il fatto che le associazioni di volontariato sottoscrivessero il Protocollo e dall'altro che si dichiarassero disposte a cogestire il punto informativo.

Nella fase di sperimentazione, che ha preso il via nell'ottobre 2015, lo Spazio Anziani sarà presidiato da due figure professionali, con competenze in ambito assistenziale e socio-sanitario, incaricate del servizio rispettivamente dal Comune di Novara e dalla Asl affiancate da un volontario appartenente a una delle organizzazioni firmatarie del Protocollo d'intesa¹⁰; la presa in carico della domanda avverrà in maniera coordinata tra operatrici professionali e volontari/e. In sede di primo colloquio, condotto dalle operatrici professionali, il volontario avrà il ruolo di osservatore, mentre sarà suo compito l'organizzazione dei dati della storia dell'utente secondo una scheda che, in forma narrativa, costituisce lo strumento finalizzato a realizzare l'attività di osservatorio dei soggetti che si rivolgono allo

¹⁰ Le associazioni sono: Ama - Associazione Malati Alzheimer Novara; Antea - Associazione nazionale Terza Età attiva e solidale Novara; Associazione Vivi La Vita Telesoccorso onlus; Caritas Diocesana di Novara; Centro Incontri III Età di S. Antonio; Humanitas Novara; Nuova Associazione Volontari Casa di Giorno per Anziani; Ubi Caritas; Anvolt - Associazione nazionale Volontari Lotta Contro i Tumori, Delegazione Piemonte Novara; Auser - Filo d'Argento, Novara; Auser - Associazione per l'Autogestione dei Servizi e la Solidarietà Trecate; Centro Incontro Nuovo Archimede.

Spazio Anziani. È stata ipotizzata una rotazione periodica (quindicinale o mensile) dei volontari per garantire un lasso di tempo adeguato al consolidamento delle competenze necessarie (soprattutto per coloro che non hanno esperienza nell'ambito specifico delle attività dello Spazio Anziani) e verrà anche predisposta una formazione sul campo per il rafforzamento delle competenze che potrà ulteriormente favorire un'occasione di conoscenza reciproca tra le due figure professionali e i volontari.

Dal percorso di progettazione partecipata è però emerso anche un terzo risultato: la costituzione di un «Tavolo anziani» destinato a favorire la collaborazione continuativa tra gli operatori volontari e le figure professionali che si occupano di anziani. Hanno contribuito alla costituzione di questo «tavolo» due percorsi formativi realizzati tra marzo e giugno 2015, che si è deciso di avviare all'interno del tavolo della *governance* e che hanno appunto visto coinvolti sia gli operatori volontari sia quelli professionali. Le sfide poste da questi due percorsi erano decisamente impegnative. Si trattava, infatti, di dare forma a un «mandato» molto astratto con ampi margini di ambiguità: da un lato comprendere e tradurre nella pratica i principi posti alla base del nuovo modello di *governance* per il sostegno alla domiciliarità; dall'altro gettare le basi per una conoscenza reciproca, per costruire una vera rete multiattore in grado di operare in modo sinergico anche in futuro.

I due gruppi coinvolti erano composti rispettivamente da figure professionali (assistenti sociali) appartenenti a Comune di Novara, Asl, Azienda Ospedaliera, e da rappresentanti delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore. L'équipe multiprofessionale si è incontrata sei volte, i volontari sette: in due occasioni (a metà circa del percorso e per l'incontro di chiusura) gli incontri si sono svolti in plenaria. I gruppi hanno funzionato come momenti di conoscenza e riconoscimento reciproco, legittimazione, ascolto ma allo stesso tempo anche come spazi di elaborazione di contenuti e sperimentazione di approcci innovativi. Le diversità (di esperienze e di competenze) si sono confrontate all'interno di una reale attività di coprogettazione di strumenti utili a risolvere i nodi problematici posti dal mutamento di prospettiva. È apparsa dunque con chiarezza ai protagonisti la necessità di costruire ponti, collegamenti, connessioni non solo tra i due gruppi, ma con tutti gli attori coinvolti nel progetto «Casa Comune», soprattutto per riuscire a dare continuità ai risultati del progetto anche oltre la sua conclusione. Si è lavorato molto per la costruzione di legami stabili all'interno e tra i gruppi. Grazie a un atteggiamento di ascolto reciproco, il percorso di formazione ha rappresentato un punto di partenza e non di arrivo. È stato infatti possibile costituire il Tavolo anziani e – a fronte della disponibilità a proseguire con il percorso – si è deciso di prevedere anche per i prossimi mesi (oltre quindi la chiusura del progetto) un incontro mensile con lo scopo di immaginare e costruire progetti innovativi che vedano al centro dell'azione sociale gli anziani e i loro nuovi bisogni.

4. PROGETTAZIONE PARTECIPATA E GOVERNANCE MULTIATTORE: QUALE NESSO?

Più flessibile e più ritagliato sui profili di specifiche persone, categorie, e soprattutto comunità, il secondo welfare si sta sviluppando su una base regolativa definita a livello locale, senza perdere di vista sia il quadro normativo nazionale sia quello comunitario. Gli enti locali, benché sempre più vincolati nelle decisioni di spesa, sono chiamati ad assumere un ruolo centrale nella promozione di partnership pubblico-privato (Basoli 2010, 2011; Lodi Rizzini 2013; Maino 2013) e nel reperimento di risorse aggiuntive. Perché ciò avvenga in modo virtuoso è necessario che le nuove forme di collaborazione tra pubblico, privato e privato sociale favoriscano sviluppo e innovazione, anziché essere volte esclusivamente al risparmio economico (Osborne *et al.* 2008, Goldsmith 2010). Le istituzioni locali sono chiamate poi a contribuire al ribaltamento della logica di programmazione: bisogni e possibili soluzioni devono diventare il punto di partenza, per poi coinvolgere soggetti finanziatori non esclusivamente pubblici. L'obiettivo è la definizione di un nuovo modello di *governance* che permetta di superare la crisi, senza arrivare al ridimensionamento del welfare pubblico locale. E questo grazie al ricorso a soluzioni e strumenti innovativi all'interno di un nuovo contenitore istituzionale che è la rete, creando insieme innovazione di processo e di prodotto. Il coinvolgimento delle istituzioni pubbliche è decisivo per non rendere «episodico» e residuale l'intervento e per aumentarne l'impatto sociale. Le amministrazioni locali assumono così un ruolo centrale in termini di regolazione e coordinamento, mentre si ridimensiona ulteriormente il loro ruolo di erogatori di prestazioni e servizi (processo questo certamente avviato ben prima della recente crisi).

L'arena del welfare ha ormai da alcuni anni aperto le porte a una maggiore varietà di soggetti: il loro numero è cresciuto e si sono diversificati, includendo anche nuovi attori privati quali imprese e assicurazioni, sindacati, associazioni di categoria, enti bilaterali¹¹. Si tratta di soggetti disposti a fare rete e a lavorare in modo sinergico fra loro e con le istituzioni pubbliche del territorio. E a mettere a disposizione e condividere risorse. Quanto al Terzo settore, vanno ripensate le sue funzioni di erogazione, sia per valorizzarne il ruolo sia per fare spazio anche a soggetti privati for profit, con i quali il terzo settore è chiamato a collaborare. La crisi e le esigenze a essa connesse stanno infine creando un terreno fertile per la sperimentazione di soluzioni innovative che guardano al welfare non solo come risposta ai bisogni ma anche come investimento e fattore di crescita e sviluppo.

È in questo scenario che assumono rilevanza la progettazione partecipata e una *governance multistakeholder*. Il passaggio da *government* a *governance* sottintende un mutamento profondo tra riconfigurazione dei soggetti protagonisti della sfera pubblica e

¹¹ Oltre a rimandare al Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia (Maino e Ferrera 2013) si vedano in particolare i capitoli sul welfare aziendale, sulla bilateralità e sul mutualismo in questo Rapporto.

produzione delle *policy*, perché implica un diverso modo di definizione e attuazione delle politiche pubbliche: non più basato e trainato dall'offerta pubblica ma risultante da una progettazione costruita a livello di comunità locale e basata su una rilettura e ricodifica condivisa di bisogni, risorse e soluzioni. Il concetto di partecipazione, in una prospettiva di *governance multistakeholder*, assume una valenza simbolica cruciale in quanto comporta una redistribuzione del potere tra gli attori in gioco nell'arena del welfare per il conseguimento di una forma più matura di sussidiarietà, in cui tutti gli attori sociali diventano responsabili della costruzione del bene comune. Una *governance* multiattore implica quindi la ridefinizione dei processi di *policy-making* aprendo alla rappresentanza degli interessi di cui sono portatori i diversi *stakeholder*; superare la centralizzazione dei poteri in mano allo Stato a favore di una ripartizione degli stessi fra diversi livelli istituzionali sulla base di competenze specifiche; sostenere una logica di rete piuttosto che una logica gerarchica e processi di negoziazione e copartecipazione piuttosto che di imposizione burocratica; incentivare l'inclusione della società civile nei processi decisionali e nelle fasi di programmazione.

Ma cosa significa effettivamente «fare rete» e creare delle *partnership*? Il concetto di rete formale richiama un'entità composta da organizzazioni e *stakeholder* diversi ed eterogenei che decidono intenzionalmente di collaborare per il raggiungimento di obiettivi condivisi mettendo a disposizione risorse umane ed economiche¹². In alcuni casi le reti assumono la forma giuridica di una associazione mentre in altri il vincolo formale nasce dentro accordi progettuali. La fenomenologia delle reti è quindi molto varia e si colloca lungo un *continuum* che va dalla formalizzazione minima (adesione formale attraverso un protocollo di intesa siglato da ogni singola organizzazione aderente) alla formalizzazione massima (costituzione in associazione). La nascita delle *partnership* è strettamente connessa al riconoscimento dell'importanza del lavoro di rete che è andato consolidandosi in molti settori, da quello economico all'intervento in ambito sociale. Sempre più imprese danno vita a delle reti per fronteggiare i cambiamenti e le sfide del mercato, per essere più competitive e per ridurre i costi di produzione, per condividere servizi e prestazioni di welfare (Maino 2014b). Nel sociale si sperimentano forme di integrazione degli interventi che prevedono la collaborazione di una molteplicità di figure professionali e di enti al fine di offrire prestazioni più efficaci rispetto alla complessità crescente dei bisogni sociali, familiari e personali.

Innovare, in questo contesto di crisi, è una necessità avvertita come improrogabile ma è anche una sfida difficile da vincere, poiché richiede ai suoi protagonisti – attori pubblici, privati e del privato sociale – dinamismo, visione del futuro e capacità di fare rete: qualità che nel contesto del welfare più tradizionale non avevano particolare salienza e che tuttavia ora, in un contesto di risorse limitate, divengono

¹² Sul tema si rimanda a Vesan e Sparano (2009) e si segnala l'ebook curato dal Cesvot sulla sperimentazione delle reti tra le organizzazioni di volontariato (Salvini e Gambini 2015).

decisive (cfr. Maino 2014a). È inoltre chiaro a tutti gli addetti ai lavori che l'innovazione sociale, se non supportata da azioni mirate ed efficaci, rischia di rimanere uno slogan dietro il quale si nasconde l'incapacità di costruire nuove forme di protezione sociale in grado di sostituire quelle «vecchie», quando queste ultime si rivelano non più efficaci o sostenibili. L'innovazione è tale solo se fa emergere soluzioni efficaci e sostenibili, oltre che stabili nel tempo (Murray, Caulier-Grice e Mulgan 2010; Bepa 2011), e questo non è scontato che accada. Per questo è di fondamentale importanza lavorare da subito coinvolgendo i tanti soggetti interessati a uno specifico tema, creare una rete e avviare azioni di coprogettazione.

Per favorire la nascita di un nuovo modello di *governance* che poggia su una rete multiattore solida e votata a lavorare in modo continuativo e sinergico è strategico progettare gli interventi in modo partecipato¹³. I servizi che operano nel settore della fragilità e del disagio devono possedere una struttura solida in grado di fornire agli utenti risposte adeguate e coerenti rispetto al bisogno di cui sono portatori. È fondamentale stabilire linee di indirizzo e modalità operative strutturate che possano favorire la definizione di percorsi stabili, coerenti e in grado di prendersi cura della persona nella sua globalità. La progettazione è fondamentale in quanto attività attraverso cui si costruisce la struttura portante di un servizio. Progettare significa definire principi e modelli teorici, bisogni, destinatari diretti e indiretti, obiettivi, interventi, modalità di monitoraggio e valutazione. Essa guida l'agire interno di un servizio, favorisce la presa in carico dell'utente e l'elaborazione di risposte coerenti e condivise, permette la valutazione degli interventi e l'eventuale riprogettazione.

Il percorso seguito dentro il progetto «Casa Comune» e i suoi esiti mostrano come la progettazione favorisca soluzioni innovative e improntate a una maggiore flessibilità passando attraverso la sperimentazione di interventi; permetta di sviluppare collaborazioni e partnership con altre organizzazioni sulla base di accordi e obiettivi comuni; e di sviluppare «lavoro di rete» tra servizi, assessorati, enti diversi (nel caso specifico dello Spazio Anziani tra Comune, Asl, Azienda ospedaliera e organizzazioni di volontariato); di accedere a nuove risorse finanziarie (tra cui finanziamenti regionali, nazionali, ed europei erogati sulla base di progetti definiti¹⁴); punti volti a evitare inadeguatezze, disfunzionalità e sprechi nella gestione/erogazione delle prestazioni.

Fare progettazione permette di esplicitare i propri valori di riferimento e di pensare concretamente un servizio, inventarlo, strutturarne e in seguito renderne possibile la sua realizzazione; implica l'analisi dei bisogni e del contesto, la definizione degli obiettivi, la programmazione vera e propria degli interventi. La progettazione si configura come un processo «creativo» che favorisce la trasformazione di un con-

¹³ Sulla progettazione sociale si rimanda, tra gli altri, a Costa (2006) e Torre (2014).

¹⁴ Il progetto «Casa Comune» è stato appunto finanziato da un Bando Interreg.

testo attraverso interventi e strumenti precedentemente pensati, definiti e organizzati. Processo creativo che si attiva a partire dalla rilevazione di una situazione di necessità che dovrebbe portare la rete a «vedere oltre» e a immaginare quanto ancora non esiste o come deve essere modificato ciò che c'è, valutando nuove modalità operative e nuove strategie. Significa creare un nuovo ambiente in grado di accogliere i bisogni di un particolare tipo di utenza e strutturare risposte adeguate attraverso un uso funzionale delle risorse a disposizione¹⁵.

L'esperienza di Novara mostra come la coprogettazione porti alla trasformazione di un contesto nella misura in cui si effettua una analisi attenta della situazione di partenza e nella misura in cui si coinvolgono gli attori che lavorano sul campo (enti pubblici, operatori, associazioni di volontariato, utenti) per condividere il progetto; si elaborano obiettivi chiari, coerenti e raggiungibili in linea con le reali necessità della comunità e con le risorse a disposizione e si definiscono nel dettaglio le modalità attuative e il ruolo che i partecipanti sono chiamati ad assumere. Nel caso specifico sono risultati cruciali: il ricorso a un facilitatore esterno che ha guidato e coordinato il lavoro di progettazione; la scelta di ridimensionare le finalità originarie dell'azione e puntare al raggiungimento di obiettivi mirati e alla portata della rete; la condivisione e sottoscrizione di un Protocollo d'intesa per definire nel dettaglio l'operatività del punto informativo; ma soprattutto il ruolo assunto dai vari soggetti partecipanti, coinvolgendo anche coloro che daranno attuazione alle nuove misure per ottenere un rimando immediato circa la fattibilità degli interventi pensati e le risorse necessarie per attivarli. Tra questi soggetti un ruolo decisivo è stato ricoperto da Filos, uno dei cinque partner del progetto "Casa comune": in tutte le fasi, a partire da quella riferita alla definizione del progetto e delle sue finalità fino all'Azione 3, incentrata sul coinvolgimento diretto dei diversi *stakeholder* al Tavolo della *governance* e nella progettazione partecipata degli interventi. Filos ha attivamente partecipato all'elaborazione teorica e metodologica del progetto e ha proposto e reso possibile l'ampliamento del partenariato. Le caratteristiche organizzative e strutturali degli enti pubblici da un lato, e delle organizzazioni di volontariato e del Terzo settore dall'altro, fanno sì spesso che ci siano da parte di entrambi resistenze e vischiosità che rischiano in ogni momento di inceppare il processo di coprogettazione, poiché

¹⁵ Non va dimenticato che con riferimento alla non autosufficienza, nella progettazione dei servizi ci si confronta sia con bisogni inespressi sia con bisogni espressi da altre figure che si fanno interpreti dell'utente o che sono esse stesse portatrici di bisogni e visioni specifiche (la famiglia *in primis*, ma anche i servizi e i diversi operatori). La dimensione relazionale gioca una funzione ambivalente e complessa: le dinamiche di relazione tra figli e genitori, ma anche tra famiglia e sistema dei servizi, influenzano fortemente la lettura dei bisogni, ma al tempo stesso non vengono di fatto considerate nella progettazione delle risposte (in termini di servizi). La dimensione della domiciliarità fa emergere l'esigenza di prendere in considerazione tutte le dimensioni della vita dell'anziano, che integrino quindi la presa in carico dei bisogni specifici e specialistici con l'attenzione nei confronti della cura della quotidianità.

è facile che nelle organizzazioni complesse gli interessi di parte prevalgano. Oltre a essere uno dei partner del progetto, la sua “terzietà” ha permesso a Filos di promuovere e gestire i rapporti con un partenariato allargato, a tratti diffidente (soprattutto nelle fasi iniziali) e potenzialmente conflittuale contribuendo così all’apertura dello Spazio Anziani.

L’esperienza di Novara mostra infine come l’investimento, da un lato, su una elaborazione progettuale forte e teoricamente fondata e, dall’altro, sulla volontà di superare le resistenze al cambiamento possano contribuire ad accelerare i processi, a rendere possibile il raggiungimento dei traguardi fissati e, soprattutto, a consolidare i risultati raggiunti. Il vero successo di “Casa comune” è costituito dal fatto che sono stati prodotti risultati concreti e operativi, con le potenzialità per durare nel tempo, pur nella consapevolezza che un ulteriore investimento andrà fatto – per proseguire nell’attuazione – da parte dell’amministrazione locale e/o da parte di un soggetto terzo pronto ad assumersi un ruolo di coordinamento e affiancamento progettuale. Da questo punto di vista è importante ricordare che vanno anche definiti momenti e modalità di verifica dell’andamento delle attività e pensati spazi e momenti (periodici) per favorire la riprogettazione, che non deve essere intesa come un percorso lineare ma come un processo in continua ridefinizione anche sulla base dei cambiamenti osservati nello svolgimento delle attività attraverso interventi e strumenti precedentemente definiti e organizzati, frutto di un lavoro strutturato che procedendo per fasi porta alla definizione di obiettivi e attività necessarie per il loro raggiungimento. La progettazione partecipata ha quindi bisogno di attori preparati e motivati e che godano di credibilità e siano riconosciuti sul territorio, e che si assumano l’onere di presidiare in maniera continuativa il processo anche nel prosieguo dell’implementazione.

5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Di fronte alle trasformazioni demografiche, al progressivo invecchiamento della popolazione e alla crescita del rischio di non autosufficienza con l’avanzare della quarta età, gli enti locali sono chiamati a elaborare nel tempo risposte innovative ed efficaci in grado di contare sul sostegno diffuso della comunità locale. Gli attori che oggi operano in questo settore non sono necessariamente soggetti «nuovi», ma è certamente nuovo il modello di *governance* che dovrà sempre più rapidamente essere adottato: sostanzialmente aperto al contributo di tutti i diversi *stakeholder*, pur all’interno di una forte strutturazione istituzionale, e con una vocazione all’ancoraggio territoriale. Indirizzato alla messa in campo di soluzioni innovative sotto il profilo sociale, a partire dalla scelta strategica di una progettazione partecipata degli interventi da sperimentare (e auspicabilmente adottare nel medio-lungo periodo).

Nel caso di Novara la costituzione di un tavolo di progettazione partecipata (e gli esiti che ne sono scaturiti) possono essere interpretati e apprezzati attraverso il nuo-

vo paradigma del secondo welfare. Si è arrivati alla definizione di un nuovo modello di *governance* innovativo e più funzionale e, al tempo stesso, alla progettazione congiunta (pubblico/privata) di interventi che mirano a coniugare le mutevoli esigenze di cura dell'anziano a domicilio e a superare il «bricolage» assistenziale tipico di un modello di welfare locale alla prese con la crisi delle risorse pubbliche.

La capacità di promuovere partnership complesse si rivela essere decisiva per il rafforzamento delle reti multiattore a livello territoriale. La *governance* diventa così uno strumento importante per la coesione sociale dentro la comunità perché permette una maggiore integrazione tra i diversi interessi attraverso accordi e collaborazioni tra attori istituzionali e i diversi *stakeholder*. Il partenariato – strumento che consiste nella libera collaborazione tra partner, che non sono gerarchicamente ordinati, per il raggiungimento di obiettivi comuni – va considerato l'aspetto operativo e organizzativo della *governance* e si realizza attraverso il coinvolgimento di attori individuali appartenenti a diversi contesti. È poi confermata l'importanza della capacità dei decisori pubblici di leggere gli interessi in campo, non necessariamente convergenti ma che possono diventare sinergici. In questo senso la capacità di dialogare con gli *stakeholder* e di progettare interventi integrati senza mai perdere di vista l'interesse comune è la vera grande sfida che attende tutti i potenziali soggetti intenzionati a mettersi in gioco.

Inoltre i risultati raggiunti hanno tratto beneficio dalla dimensione transfrontaliera del progetto che ha offerto l'opportunità a sistemi di servizi alla persona territorialmente vicini ma culturalmente distanti di confrontarsi e contaminarsi attraverso la conoscenza reciproca di buone prassi e la condivisione delle varie fasi progettuali, oltre ad arrivare alla definizione di una «visione» comune delle sfide, degli obiettivi strategici e delle priorità.

Va infine sottolineato come il percorso intrapreso a Novara si inserisca in un processo di ripensamento e ridefinizione delle politiche sociali intrapreso dalla Regione Piemonte nel corso dell'ultimo anno. Si sta qui facendo riferimento al Patto per il Sociale – avviato a gennaio 2015 e culminato il 19 ottobre 2015 con l'approvazione della Delibera regionale “Il Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato” – con l'obiettivo di costruire le condizioni più adeguate per affrontare il disagio che, nelle forme più svariate, attraversa le comunità locali, favorendo uno spirito di cooperazione tra tutti gli attori territoriali (Agostini 2015). Più nello specifico la Regione Piemonte ha avviato un confronto territoriale aperto a una pluralità di attori pubblici e non pubblici, e riguardante quattro principali aree tematiche: l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla non autosufficienza; il contrasto alla povertà e all'inclusione sociale; le politiche di sostegno alle responsabilità familiari; gli sportelli di accesso alla rete dei servizi territoriali. L'elevata partecipazione agli incontri ha consentito alla Regione di individuare, per ogni tematica trattata, obiettivi strategici su cui lavorare prevedendo anche un profondo ripensamento di scelte date sino a oggi per scontate. L'esperien-

za di Novara – oltre a essere perfettamente in linea con l’approccio partecipativo alla base del Patto per il Sociale – può offrire utili spunti non solo al dibattito ma anche alla definizione di soluzioni con riferimento all’ambito tematico dell’integrazione socio-sanitaria, della cura agli anziani non autosufficienti, della formazione professionale delle assistenti familiari.

Il progetto «Casa Comune», così come si è articolato nel corso del biennio e in particolare con riferimento all’Azione 3 di riprogettazione degli interventi di cura per la domiciliarità, mostra infine che si possono anche raggiungere risultati importanti sotto il profilo culturale: lavorare e collaborare in modo diverso tra partner portatori di interessi differenti e potenzialmente confliggenti, sedendo tutti attorno a un tavolo, per rispondere in modo innovativo a bisogni, in parte nuovi, in parte esistenti ma difficili da affrontare con gli strumenti e gli approcci tradizionali. Puntare a una nuova *governance* attraverso un percorso di progettazione partecipata ha permesso di gettare le fondamenta di un «ponte» che auspicabilmente potrà aprire la strada verso un modello di welfare rinnovato e incentrato sulla promozione sociale. Un modello che contribuisca anche al ripensamento delle dinamiche relazionali di prossimità dentro le comunità, mettendo al centro le persone e i loro bisogni, evitando il rischio che prevalga un’offerta di servizi non attenta alla qualità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. (2011), *Un altro welfare: esperienze generative*, Nucleo Valutazione e Verifica Investimenti Pubblici, Regione Emilia Romagna, <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/publicazioni/ricerche-e-statistiche/ricerca-welfare.pdf>
- Agostini C. (2015), *Il Patto per il Sociale in Piemonte. Intervista all’Assessore Ferrari*, <http://www.secondowelfare.it/regioni/il-patto-per-il-sociale-in-piemonte-intervista-allassessore-ferrari.html>
- Ambrosini M. (2015), «Famiglie e anziani nel cambiamento sociale: il caso di Novara», in AA.VV. (a cura di), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, in corso di pubblicazione
- Bassoli M. (2010), *Local governance arrangements and democratic outcomes (with some evidence from the Italian case)*, in «Governance. An International Journal of Policy, Administration, and Institutions», vol. 23, n. 3, pp. 485-508
- (2011), «La governance locale: alcuni aspetti teorici», in M. Bassoli, E. Polizzi (a cura

- di), *La governance del territorio. Partecipazione e rappresentanza della società civile nelle politiche locali*, Milano, Franco Angeli, pp. 15-37
- Bepa - Bureau of European Policy Advisers (2011), *Empowering People, Driving Change: Social Innovation in the European Union*, Bruxelles, Commissione Europea
- Costa G. (2006), «La progettazione delle politiche sociali: temi e prospettive», in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, nn. 10-11, pp. 8-12
- Goldsmith S. (2010), *The Power of Social Innovation*, San Francisco, Jossey-Bass
- Gori C. (2011), «Come cambia la realtà italiana», in Nna - Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Terzo Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 36-45
- Gori C., Ghetti V., Rusmini G., Todili R. (2014), *Il welfare sociale in Italia, Realtà e prospettive*, Roma, Carocci
- Lodi Rizzini C. (2013), «I Comuni: le risposte dei territori alla crisi», in F. Maino, M. Ferrera (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 179-212
- Maino F. (2013), «Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale», in F. Maino, M. Ferrera (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 17-46
- (2014a), «L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare», in *Quaderni di Economia Sociale*, n. 1, pp. 10-15
- (2014b), «Le reti di impresa per fare welfare: esperienze a confronto», in *Quaderni di economia sociale*, n. 2, pp. 48-56
- (2015), «La progettazione dell'azione sociale nel sistema delle cure a domicilio. I casi del Canton Ticino e di Novara», in AA.VV. (a cura di), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, in corso di pubblicazione
- Maino F., Ferrera M. (a cura di) (2013), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- Moroni P. (2015), «I servizi a sostegno della domiciliarità degli anziani non autosufficienti nell'esperienza novarese», in AA.VV. (a cura di), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, in corso di pubblicazione
- Moroni P., Ferrero I. (2015), «Il modello "P'officina sociale" per la riprogettazione della domiciliarità», in AA.VV. (a cura di), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, in corso di pubblicazione
- Murray R., Caulier-Grice J., Mulgan G. (2010), *The Open Book of Social Innovation*, London, The Young Foundation
- Osborne S., Chew C., McLaughlin K. (2008), «The innovative capacity of voluntary organizations and the provision of public services. A longitudinal approach», *Public Management Review*, vol. 10, n. 1, pp. 51-70
- Porzio G. (2015), «Supportare lo sviluppo professionale delle Assistenti familiari. Un modello formativo centrato sul *Workplace Learning*», in AA.VV. (a cura di), *Ripensando*

la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera, in corso di pubblicazione

Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, Bologna, il Mulino

Salvini A., Gambini E. (a cura di) (2015), *Fare rete. 15 linee guida per sperimentare la rete tra organizzazioni di volontariato*, Firenze, Cesvot edizioni

Torre E.M. (2014), *Dalla progettazione alla valutazione. Modelli e metodi per educatori e formatori*, Roma, Carocci

Vesan P., Sparano V. (2009), *I partenariati per lo sviluppo locale*, Roma, Carocci