

Casa Comune: enti pubblici e privato sociale in una rete territoriale di servizi agli anziani

Gian-Luigi Bulsei

Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di Studi Umanistici

Delegato di Ateneo per il non profit e l'economia civile

ABSTRACT

L'influenza dei programmi sociali europei, le conseguenze di un'ampia devoluzione di competenze in materia di welfare, la recente riforma del terzo settore e la necessità di risposte adattive alle criticità "sistemiche" dello stato sociale (pressioni finanziarie e amministrative) compongono un quadro di riferimento complesso e problematico per le imprese sociali impegnate nei servizi alla persona.

A partire dal caso di un progetto innovativo di analisi e intervento sui bisogni della popolazione anziana in una città piemontese, questo contributo si propone di riflettere sull'emergere di domande sociali e tendenze culturali che stimolano le istituzioni periferiche a percorrere nuove strade, basate su reti governate in grado di saldare impegno pubblico e imprenditorialità sociale.

Dopo aver delineato nei termini essenziali la complessa questione del rapporto tra condizione anziana e politiche locali per la terza età, si descriveranno le principali caratteristiche del progetto oggetto di studio (azioni, strategie, risultati), per poi centrare l'attenzione sull'impresa sociale come partner dell'innovazione sperimentata a livello territoriale.

Keywords: condizione anziana; assistenza domiciliare; rete territoriale; innovazione organizzativa; progettualità sociale.

Paper presentato in occasione del

X Colloquio scientifico sull'impresa sociale, 10-11 giugno 2016

Dipartimento di Scienze Politiche

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

ISBN 978-88-909832-3-8



Iris Network
Istituti
di Ricerca
sull'Impresa
Sociale

1. Il contesto: condizione anziana e welfare locale

«Nel volgere di pochi decenni un terzo della popolazione avrà una età superiore ai 65 anni. Si tratta di un mutamento profondo di cui ancora non percepiamo le implicazioni. L'allungamento della vita porta a guardare con occhi diversi la stagione dell'invecchiamento, tuttavia non si può non prendere atto che in prospettiva saranno crescenti i problemi derivanti da una quota di popolazione sempre meno autonoma nelle sue funzioni più elementari. Questo comporterà sicuramente una crescente domanda di spazi, prodotti e servizi di supporto...» (AUSER 2015, p. 8).

Al dato demografico, si sommano alcune "condizioni avverse" che scandiscono la condizione complessiva degli anziani nel nostro Paese:

- la distonia tra aumento della domanda sanitaria e prestazioni del SSN;
- l'impatto della perdurante crisi economico-finanziaria, con il peggioramento di qualità di vita e salute
- una visione retorica e familista del "caro buon vecchio", non accompagnata da reale attenzione ai bisogni strutturali e relazionali delle persone.

Ma di quali anziani stiamo parlando? In estrema sintesi, la condizione reale delle persone "dipende" da tre gruppi di variabili (Bulsei 2013):

1. *Risorse* (reddito, abitazione, ecc.) - vita dignitosa/indigenza (povertà)
2. *Salute* (stato generale, patologie, bisogni di cura) - buone condizioni/criticità (non autosufficienza)
3. *Relazioni* (reti di supporto familiari e sociali) - contesto favorevole/problematico (solitudine).

Pertanto, il contenuto sostanziale delle politiche dovrebbe variare a seconda degli anziani che abbiamo di fronte, assumendo la *domiciliarità* come un principio "metodologico" da declinare in concreto (piuttosto che un criterio indistinto) ed occupandosi a seconda dei casi di fornire:

- Sostegno al reddito e alla vita quotidiana
- Assistenza sanitaria integrata
- Strutture dedicate (servizi tutelari)
- Attività di ri-socializzazione e supporto alle reti che aiutano (*natural and vocational helpers*).

Le conseguenze legate all'invecchiamento della popolazione e al prolungamento della vita media hanno comportato l'emergere del problema dell'assistenza continuativa per le persone non autosufficienti. In anni recenti, si è assistito a un ripensamento delle misure rivolte alla non autosufficienza, principalmente attraverso le seguenti linee di intervento (Gori et al. 2014; Maino 2015c; Ranci e Pavolini 2015, cap. 8):

- a) ridefinizione del rapporto tra ospedale e territorio e tra residenzialità e domiciliarità, con la messa a punto di percorsi congiunti per la gestione delle dimissioni ospedaliere ed il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare (SAD) e dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI);
- b) rimodulazione della "presa in carico" del soggetto, con il ricorso a dispositivi dedicati all'accoglienza della domanda, alla valutazione del bisogno dell'anziano e alla gestione

coordinata del percorso assistenziale (si pensi ad es. alle Unità di valutazione multidisciplinare istituite in alcune regioni, all'attivazione di "sportelli unici" di accesso e alla sperimentazione di percorsi di *case management*);

- c) regolazione e qualificazione del mercato dell'assistenza privata, attraverso l'istituzione di albi professionali per le cosiddette badanti;
- d) potenziamento dei servizi di *long-term care*, ma anche e soprattutto delle iniziative dedicate al tema della prevenzione e della promozione di stili di vita sani nella popolazione anziana (Trabucchi 2015).

In particolare per questo ultimo obiettivo, il livello locale risulta strategico in termini di organizzazione di relazioni sociali a base territoriale, che travalicano la mera attuazione periferica di interventi istituzionali. Stili amministrativi e comportamenti professionali, ma anche relazioni comunitarie e immagini diffuse nell'opinione pubblica, contribuiscono a *costruire socialmente* la situazione dei destinatari delle politiche e dei servizi sociali. Un'analisi "dal basso" è pertanto in grado di restituirci l'immagine di un *welfare sempre più plurale e localizzato* (Bulsei 2008, cap. 2).

E' a livello locale, infatti, che processi sociali e regolazione pubblica si confrontano più direttamente, secondo modalità autoritative (regolamentazione di attività economiche e sociali, pianificazione urbanistica, e così via) e prestazionali (servizi pubblici collettivi o a domanda individuale) in grado di influire sui comportamenti e sulla qualità della vita dei cittadini (Bulsei 2012, cap. 1).

Ciò implica la necessità di sviluppare *azioni territoriali integrate* in grado di (Bulsei 2013):

- accrescere la consapevolezza collettiva sul tema invecchiamento;
- promuovere l'attività fisica e la salute mentale tra gli anziani;
- aumentarne le opportunità di socializzazione e di impegno nella comunità;
- conoscere meglio i bisogni degli anziani e la loro percezione della qualità di vita;
- migliorare i servizi socio-sanitari per gli anziani e favorirne la permanenza a domicilio;
- facilitare la partecipazione degli anziani alle decisioni riguardanti la loro salute;
- favorire la collaborazione tra enti, organizzazioni e associazioni per migliorare le reti locali di supporto.

La recente crisi economica ha aperto scenari alquanto problematici per il complesso dei servizi alla persona; tra i principali rischi sul versante della presa in carico globale degli anziani e delle loro famiglie si segnalano (Maino 2015c):

- a) la progressiva riduzione dei beneficiari e il razionamento delle prestazioni (contributi monetari, strutture residenziali, servizi territoriali), conseguente ai tagli che gli enti gestori (regioni, enti locali, asl) si trovano costretti ad operare a causa dei vincoli di bilancio;
- b) il ridimensionamento dell'impegno pubblico nella regolazione del mercato privato dell'assistenza e nel coordinamento complessivo della domanda/offerta di servizi;
- c) l'aumento dei costi di produzione e fruizione delle prestazioni socio-sanitarie e la diminuzione della loro qualità, in un contesto di competizione allocativa per risorse scarse e di tendenziale peggioramento delle condizioni di lavoro degli operatori.

Imboccare nuove strade, basate su reti governate in grado di saldare impegno istituzionale e protagonismo sociale, non è solo una possibilità ma una necessità: una sfida che in presenza di

risorse finanziarie limitate richiede più che in passato di investire in strategie innovative nei rapporti tra le amministrazioni pubbliche e gli altri attori sulla scena del *welfare territoriale* (Baldascino e Mosca 2011; Bulsei 2015; Maino 2013 e 2014).

2. Il progetto: dalle azioni al modello

All'interno di tale cornice, la città di Novara ha partecipato ad un Bando Interreg che tra il 2013 e il 2015 ha consentito la realizzazione di un progetto denominato "*Casa Comune*", con l'obiettivo di creare le condizioni grazie alle quali gli anziani possano rimanere nel proprio domicilio anche in presenza di deficit funzionali. Le azioni progettuali (si veda la tabella 1) erano orientate ad individuare i bisogni della popolazione anziana, mappare i servizi attualmente disponibili ed avviare un percorso di progettazione partecipata, che ha trovato un elemento qualificante nell'attivazione di una *rete multistakeholder* (Aa.Vv. 2015; Maino 2015a e 2015c).

Le coordinate del "modello novarese" possono essere così riassunte:

- Analisi dinamica dei bisogni della popolazione anziana
- Repertorio di buone pratiche
- Formazione degli operatori (funzioni e relazioni)
- Gestione coordinata richieste/prestazioni ("sportello unico")
- Progettazione e sperimentazione (piani di intervento personalizzati)
- Messa in rete di organizzazioni e servizi.

Periodo di sviluppo del progetto: 2013-2015

OBIETTIVO: 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.

Tabella 1: Il Progetto Casa Comune

Fonte: adattata da Aa.Vv. 2015, p. 5

L'avvio del progetto è consistito in approfondite indagini sui bisogni emergenti della popolazione anziana, sui servizi di sostegno alla domiciliarità presenti sul territorio e sui modelli organizzativi caratterizzanti l'esperienza italiana e quella svizzera¹.

Una preliminare indagine condotta nell'estate 2013 intervistando un campione rappresentativo stratificato per genere, età e quartiere di residenza, ha consentito di ricostruire un profilo della popolazione anziana novarese, in termini di condizioni di vita, legami sociali, domande assistenziali e ricorso ad aiuti domestici (Ambrosini 2015).

A fronte di una popolazione ultrasettantenne pari a circa 17.900 persone (62% femmine), delle quali almeno il 18,5 per cento con qualche deficit funzionale che richiede attività di supporto quotidiano, il Comune di Novara ha investito nell'ultimo triennio circa un milione e 400 mila euro annui nell'assistenza a domicilio (Ambrosini 2015; Maino 2015c)

La famiglia "allargata" si conferma come l'istituzione centrale sotto il profilo relazionale e della risposta alle diverse necessità della vita quotidiana. L'analisi sul campo dimostra che occorre «rafforzare e sistematizzare i rapporti tra welfare formale e welfare informale. Oggi questi due mondi intervengono in modo il più delle volte separato nei confronti dell'anziano fragile, incontrandosi solo sporadicamente e in genere soprattutto in momenti di crisi» (Ambrosini 2015, p. 40).

La situazione abitativa è generalmente soddisfacente (la disponibilità di una casa in proprietà è pari al 70%), anche se non mancano problemi, dovuti soprattutto alle caratteristiche delle abitazioni (in alcuni casi divenute troppo ampie e costose per anziani rimasti soli) e alla presenza di barriere architettoniche. Diffusa e crescente con l'avanzare degli anni la domanda di aiuto domestico: ambivalenti tuttavia gli orientamenti degli anziani interpellati, che se da un lato preferirebbero poter rimanere il più a lungo possibile nel proprio domicilio, dall'altro paventano il ricorso ad un'assistente familiare come un indicatore di definitiva perdita di autonomia (Ambrosini 2015, pp. 38 e ss).

Sono soprattutto le persone che vivono sole a manifestare in prospettiva disponibilità ad una eventuale sistemazione in "contesti protetti" (servizi residenziali differenti dall'attuale abitazione); la ricerca ha indicato un certo interesse degli anziani novaresi per «soluzioni residenziali intermedie tra la situazione privatizzata della famiglia che segue il parente anziano con l'aiuto di un'assistente familiare e il ricovero in una struttura protetta. In altri paesi, forme di residenzialità leggera, che abbinano autonomia abitativa, servizi comuni, presidio di sorveglianza, sono già diffuse» (Ambrosini 2015, p. 40).

¹ Su famiglie e anziani nella città di Novara e sullo stato dei servizi a supporto della domiciliarità, cfr. rispettivamente le analisi riportate in Ambrosini 2015 e Moroni 2015.

In sintesi, il quadro dei servizi offerti ai cittadini anziani e disabili non autosufficienti a Novara è risultato essere il seguente: Assistenza domiciliare (SAD); Servizio di mensa domiciliare; Servizio di Telesoccorso e Pronto spesa; Contributo economico a sostegno della domiciliarità; Servizio di accoglienza presso la Casa di giorno per anziani Don Aldo Mercoli. Due ulteriori risorse pubbliche sono costituite dal Servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI), a carico dell'Asl, e dal Centro diurno integrato (presso l'Istituto De Pagave).

Si tratta nel complesso di un insieme di interventi in grado di raggiungere una utenza assai limitata; emblematico il caso dell'Assistenza domiciliare: se il bacino di utenza potenziale è pari a circa 3.000 anziani con deficit funzionali, le persone assistite non superano le 250 unità; considerando inoltre che non può prevedere più di 3 ore di assistenza quotidiana, il SAD rappresenta nei fatti un tipico servizio di nicchia, incapace di soddisfare i i bisogni reali (Maino 2015a e 2015c; Moroni 2015)



*Figura 1: Le motivazioni del Progetto - Fonte:
<http://www.casacomunenovara.it/progetto/>*

Se la famiglia continua ad essere il perno della cura, accanto all'esigenza di potenziare l'offerta si manifesta quella di poter disporre di una rete territoriale di servizi pubblici, privati e del privato sociale a sostegno della decisione di mantenere al domicilio l'anziano non autosufficiente capace di fornire risposte integrate, flessibili e personalizzate (Ambrosini 2015; Maino 2015c).

3. Le strategie: cooperazione e sperimentazione

Sul piano strategico, il progetto “*Casa comune*” ha dimostrato che le tradizionali relazioni di separatezza (quando non di reciproca diffidenza) tra pubblico e privato «si possono trasformare in rapporti di collaborazione che consentono di raggiungere maggiori livelli di efficienza. Un diverso modo di relazionarsi in cui soggetti pubblici e cittadini mettono in comune le proprie risorse, per affrontare insieme i problemi dello sviluppo umano, di una società sempre più complessa e eterogenea nella richiesta di beni e servizi di welfare» (Baldascino, Mosca, Critelli 2015, p. 2).

Un'amministrazione pubblica che scelga, di sua iniziativa o su pressione della società civile, di coinvolgere i cittadini nella formulazione delle proprie politiche si trova di fronte ad un ampio ventaglio di strumenti partecipativi (spesso promossi dai programmi europei), che hanno iniziato ad essere sperimentati anche nel nostro Paese. La partecipazione deve tuttavia avvenire alla scala adeguata, individuando gli attori (chi), i contenuti (cosa) e le modalità del coinvolgimento (come) in relazione alle questioni da affrontare ed agli specifici contesti sociali ed istituzionali (Bulsei 2012 e 2013).

Nel caso dei servizi per gli anziani, è opportuno distinguere almeno tre livelli-ambiti, non sempre convergenti (Bulsei 2013). Una prima linea di cooperazione tra attori differenti riguarda, come è noto, le procedure di *pianificazione pubblica* nel campo delle politiche sociali, basate sull'accesso ad arene istituzionalizzate (c'era una volta il Piano di Zona...) (Bifulco 2005; Bifulco e Facchini 2013); un secondo ambito vede il coinvolgimento di interessi organizzati (ad es. volontariato terza età e sindacato pensionati) in processi di *negoziazione e concertazione* (Colombo e Regalia 2011); un terzo e più maturo livello consiste nel perseguire intenzionalmente una *strategia di rete*: quando tutti gli *helpers*, insieme ai destinatari, costruiscono il modello di intervento.

Si tratta in questo ultimo caso di una *quasi-rivoluzione copernicana*, che «presuppone l'investimento in modelli di organizzazione a rete e la costituzione di gruppi di lavoro integrati e multidisciplinari, per affrontare i problemi su più fronti impegnando una molteplicità di risorse di tipo formale ed informale e per utilizzare modalità d'intervento che siano al tempo stesso flessibili, personalizzate e strettamente radicate all'ambiente di vita dei destinatari» (Baldascino, Mosca, Critelli 2015, p. 20).

L'esperienza novarese (il percorso seguito e i suoi esiti) mostra come la coprogettazione favorisca la sperimentazione di interventi innovativi; consenta di sviluppare forme di partenariato basate sull'individuazione di obiettivi condivisi e la sottoscrizione di accordi tra varie organizzazioni; permetta di evitare disfunzionalità nel sistema di erogazione delle prestazioni (inadeguatezza, duplicazione, frammentazione); apra la possibilità di accedere a risorse aggiuntive (bandi regionali, nazionali ed europei per finanziamenti “a progetto”) (Maino 2015a e 2015c). Ripensare il *welfare locale* nello *spazio* (gestioni associate, migliore coordinamento degli interventi, rete di servizi sul territorio) e nel *tempo* (ottica preventiva, programmazione partecipata, valutazione degli esiti) può consentire un recupero di efficienza gestionale ed efficacia sociale, indispensabile in tempo di crisi. Ciò significa passare da tradizionali forme di relazione di tipo contrattuale (legami convenzionali di affidamento al privato di attività pubbliche) ad un modello paritario e pluralista di *sussidiarietà territoriale*, che presuppone la centralità dell'ente locale ma anche l'attivazione di organizzazioni capaci di “estrarre” dal territorio risorse e potenzialità (Baldascino e Mosca 2011; Baldascino, Mosca, Critelli 2015; Bulsei 2012, cap. 5 e 2015).

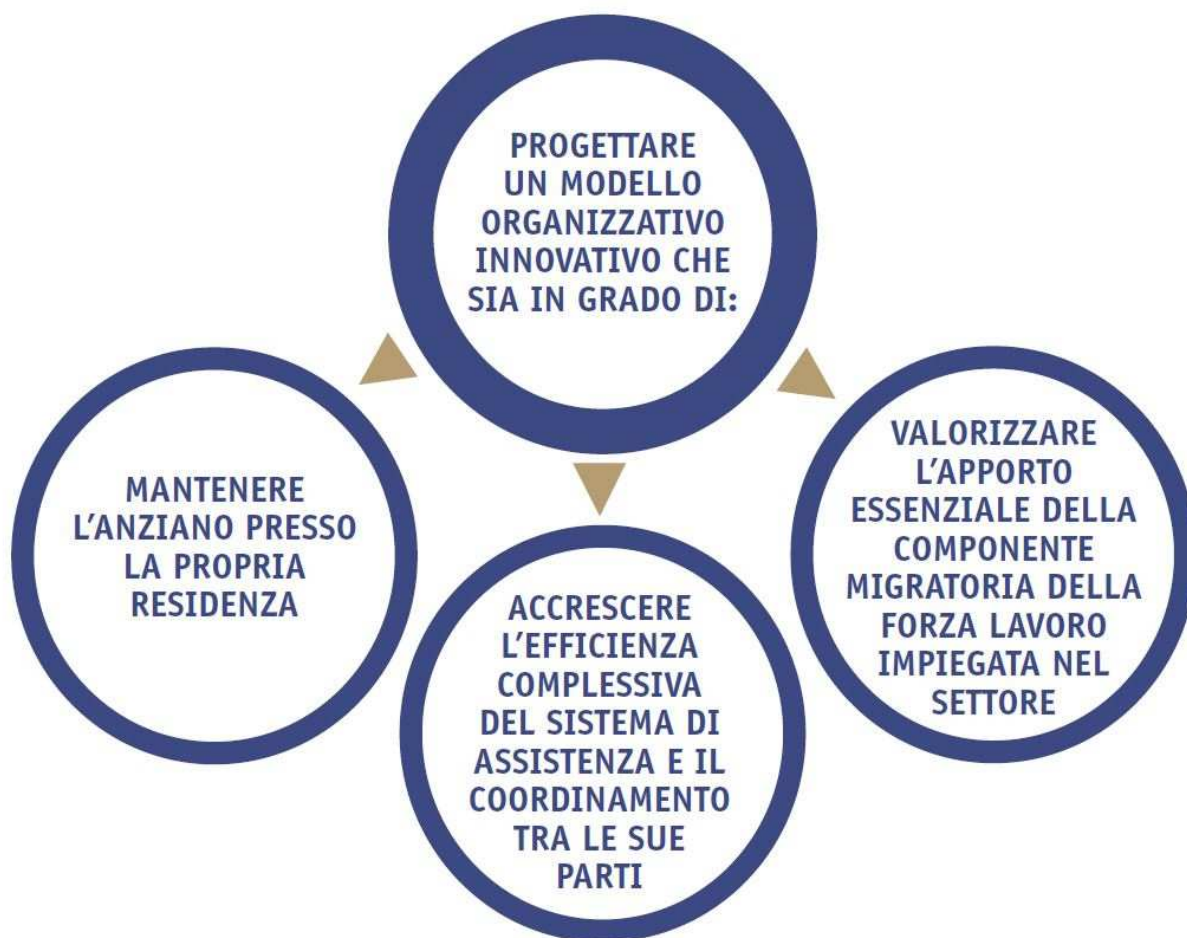


Figura 2: Gli obiettivi strategici del Progetto
 Fonte: <http://www.casacomunenovara.it/progetto/>

«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)» (Maino 2015c, p. 322).

4. I risultati: la messa in rete di organizzazioni e servizi

Le attività di ricerca sul campo hanno confermato «un aspetto tipico del settore socio-assistenziale, dove spesso il grande fermento delle iniziative e la capacità proattiva degli attori sociali non è accompagnata da un'equivalente capacità di coordinarsi e di essere coordinati. Il territorio della città di Novara è ricco di esperienze positive (pubbliche e private) nel settore della promozione alla domiciliarità. Tuttavia l'insieme dei soggetti intervistati opera in modo indipendente e poco coordinato» (Moroni 2015, p. 88).

Sono stati attivati due percorsi: uno sul tema della *governance* ed un altro su quello delle *competenze*, tali da consentire il raggiungimento di alcuni obiettivi-risultati puntuali ma anche di rafforzare la capacità dei partecipanti al progetto di analizzare in un'ottica sistemica e interprofessionale il complesso problema della non autosufficienza e valorizzare le risorse materiali e relazionali diffuse nel territorio.

Il percorso sulla *governance* ha avuto come esito principale la proposta di istituire uno "sportello" per soddisfare la richiesta delle famiglie novaresi di un punto informativo e orientativo sulla domiciliarità. Una vera e propria "Officina Sociale", che vada oltre la semplice integrazione tra servizi pubblici sociali e sanitari, per puntare alla connessione in rete di tutti gli attori e le risorse attivabili a livello locale: un luogo reale e simbolico dove gli anziani e le loro famiglie possano trovare risposte efficaci non (soltanto) dalle istituzioni ma da parte dell'intera comunità (Ferrero e Moroni 2015, pp. 199 e ss).

Tre le principali finalità del "Punto unico informativo e di orientamento per anziani non autosufficienti" (denominato *Spazio Anziani*):

- 1) favorire l'accesso a progetti di cura e protezione sociale per le persone non autosufficienti, sostenendo, dove possibile, il mantenimento delle stesse al proprio domicilio;
- 2) assicurare ai cittadini un punto unico di accesso per essere informati e orientati efficacemente sui servizi rivolti alle persone non autosufficienti, superando i rischi di frammentazione funzionale e territoriale;
- 3) valorizzare il contributo conoscitivo e operativo delle organizzazioni volontarie e del terzo settore e promuovere una *community welfare* integrata.

Lo *Spazio Anziani* è stato progettato per mettere a disposizione dell'utenza varie fasi di supporto:

- un primo livello di accoglienza, con la possibilità di ricevere informazioni orientative specifiche;
- un secondo livello di ascolto, al fine di valutare opzioni e concorrere a costruire linee di intervento mirate;
- un successivo colloquio di approfondimento sui servizi offerti dagli enti pubblici e dal privato sociale.



Figura 3: Dalla protezione alla promozione sociale

Fonte: <http://www.casacomunenovara.it/category/documenti/page/2/>

Sul versante delle *competenze*, la progettazione partecipata ha dato vita ad un "Tavolo anziani" destinato a favorire il confronto e la collaborazione tra operatori professionali e volontari: hanno contribuito alla costituzione del tavolo due percorsi formativi realizzati tra marzo e giugno 2015, che, oltre a fornire nozioni specifiche su come tradurre in pratica i principi cardine del nuovo modello integrato per il sostegno alla domiciliarità (si veda la figura 3), hanno posto le basi per una conoscenza reciproca tra "mondi" culturali e professionali e per la costruzione di una vera rete multiattoriale, in grado di operare in modo sinergico anche in futuro (Ferrero e Moroni 2015; Maino 2015a e 2015c).

«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» (Maino 2015c, p. 326).

5. Il valore aggiunto: l'impresa sociale come partner innovativo

L'obiettivo del sistema di *welfare* è quello di rispondere ai bisogni delle persone e per raggiungere tale obiettivo l'intervento dello Stato è imprescindibile ma non esaustivo: occorre il contributo di altri attori, disposti a cooperare mobilitando risorse aggiuntive. A tale prospettiva si riferisce esplicitamente la nozione di *secondo welfare*, coniata per ricomprendere varie iniziative che poggiano su nuove combinazioni tra soggetti pubblici, privati e non profit (Ferrera e Maino, 2015).

«Rispetto ad altre categorie (per esempio welfare di comunità, welfare mix, welfare civile), quella di "secondo welfare" ha due vantaggi. Ha una connotazione più generale, priva di delimitazioni territoriali o organizzative. Ed è un concetto "relazionale", che getta un ponte immediato con la sfera del "primo welfare". Il secondo welfare non si sostituisce al welfare state nella sua accezione classica, ma ne è un complemento, un'aggiunta. Interviene laddove il primo è lacunoso o addirittura assente; soprattutto, integra gli schemi e i programmi pubblici già esistenti, accrescendo così la capacità di risposta a rischi e bisogni sociali» (Introduzione a Ferrera e Maino, 2015, p. 7).

Il caso novarese dimostra come la promozione di *partnership integrate* possa essere decisiva per la realizzazione di sistemi di progettazione e intervento condivisi e capaci di generare una maggiore cooperazione attraverso accordi e collaborazioni tra gli attori del territorio: «un mutamento profondo tra riconfigurazione dei soggetti protagonisti della sfera pubblica e della 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 incentrata su una rilettura e ricodifica condivisa di bisogni, risorse e soluzioni» (Maino 2015b, p. 29)².

Mentre nell'*amministrazione burocratica* il principio della conformità alle regole fonda tradizionalmente relazioni di tipo duale e subalterno tra istituzioni di *welfare* (responsabili diretti della fornitura) e utenti dei servizi (utilizzatori di un pacchetto preconfezionato di prestazioni), nel caso dell'*amministrazione azienda* la responsabilità pubblica è indiretta in quanto mediata da fornitori privati. Cambia dunque la posizione dei destinatari (da utenti a clienti), ma a ben guardare la loro libertà di scelta è di tipo relativo o negativo (Bulsei 2008, cap. 4).

² In alcuni casi si sono create le condizioni per la sottoscrizione di veri e propri accordi di programma tra attori pubblici e privati, attraverso i quali progettare le politiche di *welfare locale*. Un esempio recente è rappresentato dal *Patto per il sociale* approvato in Piemonte a seguito di un processo partecipativo che ha consentito ad una pluralità di attori del territorio di condividere con la Regione quattro linee strategiche per il triennio 2015-2017: integrazione socio-sanitaria; inclusione sociale e contrasto alle diverse forme di povertà; sostegno alle responsabilità genitoriali e prevenzione del disagio minorile; riforma dell'assetto di governo (Agostini 2015).

Tabella 2: Verso un'amministrazione condivisa

Fonte: Bulsei 2008 (adattata da Bifulco 2005, p. 89)

<i>Amministrazione</i>	<i>burocratica</i>	<i>aziendale</i>	<i>condivisa</i>
Parametro per valutare l'azione amministrativa	Appropriatezza (conformità alle regole)	Efficienza	Partecipazione
Relazioni tra attori	Duale (PA/cittadini)	Triangolare (PA/fornitori, cittadini)	Reticolare (PA - Comunità)
Responsabilità amministrativa	Diretta	Indiretta	Processuale
Figura del destinatario	Utente	Consumatore	Comunità

Nel modello di *amministrazione condivisa*, basato sull'istituzione di arene partecipative e varie forme di inclusione degli attori sociali, «l'interesse generale rappresenta l'obiettivo comune su cui convergono i soggetti pubblici e privati. L'autonomia relazionale costituisce un sistema reticolare fatto di nodi tra soggetti portatori di interessi. I rapporti tra i soggetti sono molteplici potendo ognuno collegarsi con gli altri in una pluralità di relazioni senza perdere la propria identità» (Baldascino, Mosca, Critelli 2015, pp. 15-16).

Contributo allo sviluppo territoriale, ruolo anticiclico e resilienza di fronte alla crisi, attenzione al capitale umano, capacità di interpretare le esigenze della comunità e realizzare servizi innovativi, politiche condivise con le istituzioni pubbliche: queste le principali dimensioni del valore aggiunto prodotto dalle imprese con finalità sociali (Bulsei 2015; Fazzi 2014; Picciotti 2013; Venturi e Zandonai 2014).

In particolare, l'effettivo ruolo delle imprese sociali nel sistema di *welfare* locale si configura come il risultato dell'interazione tra una serie di variabili *organizzative* (la loro adeguatezza professionale e gestionale), *politiche* (le scelte dell'operatore pubblico ed i suoi rapporti con il privato sociale) e *di contesto* (la domanda sociale a base territoriale). Si tratta di una sorta di *doppio legame* tra tali organizzazioni e il territorio di riferimento: come produttrici e ad un tempo indicatore di coesione sociale, ma anche e soprattutto come "antenna" per cogliere l'evoluzione dei bisogni e tradurli in attività di impresa (Bulsei 2008, cap. 4).

«Un fenomeno interessante è il superamento della logica di mera esternalizzazione dei servizi da parte delle istituzioni di primo welfare e di delega a soggetti non pubblici. La nuova logica è quella della costruzione di reti *multistakeholder* e di processi partecipati, in alcuni casi capaci di arrivare alla coproduzione di servizi e interventi. E l'obiettivo non è solo la risposta estemporanea al bisogno, ma la "capacitazione" (*empowerment*). Sia nei confronti dei destinatari (responsabilizzazione e condizionalità) sia nei confronti dei fornitori» (Conclusioni a Ferrera e Maino, 2015, pp. 372-373).

Di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento del rischio di non autosufficienza, le amministrazioni pubbliche sono chiamate ad elaborare risposte efficaci, in grado di contare sul sostegno diffuso delle comunità locali. Gli attori che operano nel campo dei

servizi di cura e riabilitazione socio-sanitaria non sono necessariamente “nuovi”: innovativo, tuttavia, deve essere il modello di costruzione multiattoriale dei processi decisionali e organizzativi (Bulsei 2013; Maino 2015c).

Il processo di innovazione richiede cambiamenti nelle relazioni sociali e istituzionali, valorizzando l’attivazione e la messa in rete di attori e risorse al di là delle gerarchie tradizionali: «deve essere in grado di individuare le esigenze specifiche provenienti dal basso, dalle persone più vulnerabili, non adeguatamente soddisfatte da parte del welfare statale, e sviluppare strategie innovative, servizi e processi per aumentare la coesione sociale» (Maino 2015b, p. 30)

Riferimenti bibliografici

Aa.Vv. (2015), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, Novara, Report finale

[<http://www.casacomunenovara.it/category/documenti/>]

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. (2013), *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*, il Mulino, Bologna.

Ambrosini M. (2015), *Famiglie e anziani nel cambiamento sociale: il caso di Novara*, in Aa.Vv. (2015), pp. 18-42.

AUSER (2012), *Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*, Roma.

AUSER (2015), *Rapporto sulla condizione abitativa degli anziani*, Roma.

Baldascino M., Mosca M. (2011), *Il ruolo dell’impresa sociale nel processo di trasformazione del welfare*, in Atti del Colloquio scientifico annuale sull’impresa sociale, IrisNetwork, Milano.

Baldascino M., Mosca M., Critelli G. (2015), *Il ruolo dell’impresa sociale nella promozione dello sviluppo umano: un diverso modo di relazionarsi con la pubblica amministrazione*, in Atti del Colloquio scientifico annuale sull’impresa sociale, IrisNetwork, Reggio Calabria.

Bifulco L. (2005, a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma.

Bifulco L., Facchini C. (2013, a cura di), *Partecipazione sociale e competenze*, Franco Angeli, Milano.

Borzaga C., Bodini R., Carini C., Depedri S., Galera G., Salvatori G. (2014), *Europe in Transition: The Role of Social Cooperatives and Social Enterprises*, Euricse Working Papers, 69/14.

Bulsei G.L. (2008), *Welfare e politiche pubbliche. Istituzioni, servizi, comunità*, Aracne, Roma.

Bulsei G.L. (2012), *La società diffusa. Organizzazioni e politiche locali*, Carocci, Roma.

Bulsei G.L. (2013), *La costruzione partecipata delle politiche sociali a livello locale: il caso dei servizi per gli anziani*, intervento al Tavolo per la Governance e le reti per l’assistenza e la cura degli anziani fragili, Progetto “Casa Comune”, Novara (9 dicembre)

[<http://www.casacomunenovara.it/category/documenti/page/6/>].

- Bulsei G.L. (2015), *Un'altra economia è possibile? L'impresa sociale tra scenari globali e reti locali*, in Atti del Colloquio scientifico annuale sull'impresa sociale, IrisNetwork, Reggio Calabria.
- Caritas (2015), *Povert  Plurali. Rapporto 2015 sulla povert  e l'esclusione sociale*, Roma.
- Colombo S., Regalia I. (2011), *Sindacato e welfare locale. La negoziazione delle politiche sociali in Lombardia nel primo decennio degli anni Duemila*, Franco Angeli, Milano.
- De Piccoli N. (2014, a cura di), *Salute e qualit  della vita nella societ  del benessere*, Carocci, Roma.
- Euricse (2014), *La cooperazione italiana negli anni della crisi - 2° Rapporto Euricse* (a cura di C. Borzaga), Nuove Arti Grafiche, Trento.
[<http://www.euricse.eu/it/node/2470>].
- Fazzi L. (2014), *Imprenditori sociali innovatori. Casi di studio nel terzo settore*, Franco Angeli, Milano.
- Ferrera M., Maino F. (2015, a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro Einaudi, Torino.
- Ferrero I., Moroni P. (2015), *Il modello "l'officina sociale" per la riprogettazione della domiciliarit *, in Aa.Vv. (2015), pp.191-214.
- Golini A., Rosina A. (2011, a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambier  l'Italia*, il Mulino, Bologna.
- Gori C., Ghetti V., Rusmini G., Todili R. (2014), *Il welfare sociale in Italia, Realt  e prospettive*, Carocci, Roma.
- Maino F., (2013), *Il secondo welfare tra risorse scarse, nuovi protagonisti e innovazione sociale*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1.
- Maino F., (2014), *L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare*, in "Quaderni di Economia Sociale", 1.
- (2015a), *La riprogettazione dell'azione sociale nel sistema delle cure a domicilio: i casi del Canton Ticino e di Novara*, in Aa.Vv. (2015), pp. 134-166.
- Maino F., (2015b), *Secondo welfare e territorio: risorse, prestazioni, attori, reti*, in Ferrera M., Maino F. (a cura di), pp. 15-42.
- Maino F., (2015c), *Buone pratiche di progettazione partecipata: il sistema delle cure a domicilio a Novara*, in Ferrera M., Maino F. (a cura di), pp. 311-330.
- Moroni P. (2015), *I servizi a sostegno della domiciliarit  degli anziani non autosufficienti nell'esperienza novarese*, Aa.Vv. (2015), pp. 68- 94.
- Picciotti A. (2013), *L'impresa sociale per l'innovazione sociale. Un approccio di management*, Franco Angeli, Milano.
- Pugliese E. (2011), *La terza et . Anziani e societ  in Italia* il Mulino, Bologna.
- Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Trabucchi M. (2015), *I segreti di una vita sana e lunga*, il Mulino, Bologna.
- Venturi P., Zandonai F. (2014, a cura di), *L'Impresa Sociale in Italia. Identit  e sviluppo in un quadro di riforma*, Rapporto Iris Network, Trento.