



fondo
sociale europeo

Studio ERREPI Srl

Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare

All'indagine e alla stesura del Rapporto hanno partecipato:

Federico Manfredda (Studio ERREPI Srl)

Franca Maino (Università degli Studi di Milano e Laboratorio Percorsi di secondo welfare)

Elisabetta Cibinel (Laboratorio Percorsi di secondo welfare)

Giuseppe Porzio (Studio ERREPI Srl)

Novembre 2017



**REGIONE
PIEMONTE**

per una crescita intelligente,
sostenibile ed inclusiva

www.regione.piemonte.it/europa2020

INIZIATIVA CO-FINANZIATA CON FSE

Questo rapporto si colloca in attuazione della DGR del 12.12.2016 n. 8-4336 relativa all'approvazione dell'Atto di indirizzo contenente criteri e modalità per l'attuazione di un intervento a favore dell'Assistenza familiare che aveva “[...] l'obiettivo sia di proseguire nel percorso intrapreso di sostegno al consolidamento della rete di strutture pubbliche e private che operano nell'area dell'assistenza familiare, valorizzando le esperienze positive realizzate con risorse pubbliche e private, sia di adeguare il modello regionale al mutato contesto economico-sociale e normativo attraverso una sua rivisitazione e innovazione”.

Nello specifico il raggiungimento degli obiettivi riportati è avvenuto attraverso la realizzazione di un'indagine che ha approfondito le esperienze realizzate dal 2010 ad oggi da soggetti pubblici e privati nell'ambito dell'assistenza familiare. Tale indagine ha avuto luogo da luglio a novembre 2017 ed è stata effettuata da Studio Errepi Srl e dal Laboratorio Percorsi di secondo welfare. Il presente Rapporto rende conto dell'indagine e riporta le esperienze più significative individuate e gli elementi principali che hanno contraddistinto le iniziative in termini di efficacia e sostenibilità.

Si ringraziano tutte e tutti coloro che hanno collaborato – con disponibilità e professionalità – all'indagine, partecipando a interviste e focus group e fornendo prezioso materiale: Regione Piemonte, Province e Città Metropolitane, Enti locali, Centri per l'Impiego, Consorzi socio-assistenziali, soggetti del privato sociale, imprese e associazioni di rappresentanza.

Si prega di citare il Rapporto nel seguente modo:

E. Cibinel, F. Maino, F. Manfredda, G. Porzio, *Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare*, Regione Piemonte, POR Piemonte FSE 2014/2020, 2017.

Il Rapporto è scaricabile al seguente indirizzo:

<http://www.regione.piemonte.it/diritto/web/pariopportunita/assistenza-familiare>

Sommario

Introduzione.....	5
Capitolo 1. Assistenza familiare tra sfide e nuove opportunità.....	7
Introduzione	7
1.1 Assistenza familiare e lavoro di cura: di cosa parliamo?	8
1.2. Chi si prende cura? Lavoro di cura professionale e familiare	11
1.3. Lavoro di cura e diritti	12
1.4 Le nuove sfide e i cambiamenti in atto	13
1.5 Un nuovo paradigma per promuovere il rinnovamento dei modelli di intervento: il secondo welfare	16
Capitolo 2. Il contesto regionale dal 2010 ad oggi	21
Introduzione	21
2.1 Popolazione anziana e non autosufficienza in Piemonte	21
2.2 Popolazione anziana e non autosufficienza: le risposte del sistema	26
2.2.1 Continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria	27
2.2.2 Sportelli Unici Socio-Sanitari e valutazione geriatrica	28
2.3 Sportelli informativi: una presenza territoriale diffusa.....	29
2.4 La situazione di partenza: servizi e iniziative legate al POR FSE 2007-2013	30
2.5 L'indagine: finalità, obiettivi specifici e attività.....	31
2.6 L'indagine: la metodologia adottata	35
Capitolo 3. Mappatura e analisi di buone prassi: i progetti provinciali scaturiti dal Bando regionale del 2010.....	36
Introduzione	36
3.1 Considerazioni a valle del bando regionale del 2010.....	36
3.2 Il Filo d'Arianna (Biella)	37
3.3 I progetti scaturiti dal bando regionale del 2010: eredità e sfide delle iniziative provinciali	41
3.3.1 Servizio di incontro domanda-offerta promosso da ASAI.....	41
3.3.2 Incontro domanda-offerta tra famiglie e assistenti familiari - Acli Torino	44
3.3.3 Sportello ABCura promosso dalla Cooperativa Crescere insieme	48
Capitolo 4. Mappatura e analisi di buone prassi: i progetti nel resto del territorio regionale.....	50
Introduzione	50
4.1. Progetto "Veniamo a trovarvi" di CRC	50

4.2. Progetto Spazio Alpino Co.N.S.E.N.So. - Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society.....	56
4.3. Percorsi alternativi di domiciliarità presso la ASL TO2.....	60
4.4. Progetto “A Casa / Chez Soi”	63
4.5. Progetto “Casa Comune”	68
4.6. La Cura è di Casa (VCO)	74
4.7. Bando InTreCCCi di Compagnia di San Paolo	80
4.8. Progetto “Fragibilità” di Jointly	81
Capitolo 5. Nuovi interventi di policy tra innovazione e sostenibilità	85
Introduzione	85
5.1. L’eredità del bando regionale del 2010	85
5.2. Quali caratteristiche per il nuovo modello regionale?	86
5.2.1. Risorse e sostenibilità nel tempo	87
5.2.2. La persona, la famiglia, la comunità.....	87
5.2.3. Tutela e valorizzazione dell’assistente familiare.....	88
5.2.4. L’accesso ai servizi e la sfida dell’integrazione.....	89
5.2.5 Il coinvolgimento degli attori	90
5.2.6. Governance di sistema e governance di processo.....	91
5.2.7. La domiciliarità: sfida e opportunità	92
5.3. Come costruire un sistema integrato di interventi per l’assistenza familiare	93
5.3.1. Quale servizio?	93
5.3.2. Quale territorio?.....	93
5.3.3. In quale contesto?.....	94
5.3.4. Verso un nuovo modello dell’assistenza familiare a livello regionale	94
Riferimenti bibliografici	96
Appendice 1 – Distretti sanitari indicati dall’Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte.....	100
Appendice 2 – Traccia delle interviste	101
Appendice 3 – Indagine costi di attivazione e gestione dei rapporti di lavoro	104

Introduzione

L'assistenza sanitaria e socio-assistenziale delle persone non autosufficienti rappresenta una delle grandi sfide che la società italiana si trova oggi ad affrontare. In Italia oltre 2,5 milioni di anziani hanno qualche forma di limitazione funzionale (ad esempio: difficoltà di mobilità, mancanza di autonomia, problemi di comunicazione) e si trovano in una condizione di parziale o totale non autosufficienza. Per questo la questione di come il welfare state possa garantire una assistenza continuativa appropriata deve sempre più rappresentare una priorità dell'agenda di *policy*, a tutti i livelli istituzionali.

L'Italia è in profondo ritardo nel riformare il sistema di servizi pubblici rivolti alle persone non autosufficienti. Altri Paesi europei già da tempo hanno introdotto riforme importanti per affrontare il problema e garantire una risposta sostenibile per il sistema e per le famiglie. Si pensi alle riforme della LTC in Germania (nel 1995 è stata introdotta l'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza e nel 2013 e 2015 sono stati approvati nuovi provvedimenti sulle prestazioni monetarie), alla Francia dove, nel 2002, è stato introdotto il sussidio personalizzato per l'autonomia, alla Spagna che, nel 2006, ha approvato una legislazione sulla promozione dell'autonomia personale, e al Regno Unito che con il Care Act del 2014 ha previsto misure importanti in materia di LTC.

Nel nostro Paese si è assistito invece a tentativi di riforma di alcune singole componenti del sistema di LTC, in parte come conseguenza delle difficoltà emerse con la crisi finanziaria del 2008. Tagli alla spesa sociale combinati con l'emergere di nuovi rischi e bisogni sociali hanno infatti contribuito a riportare al centro del dibattito il tema dell'invecchiamento della popolazione, della non autosufficienza e del lavoro di cura ma non hanno favorito una più decisa volontà di affrontare strutturalmente le carenze del sistema e promuovere riforme di più ampia portata.

È in questo contesto che si inserisce nel 2015 l'assegnazione di una dotazione di 400 milioni di euro al Fondo nazionale per le non autosufficienze da parte del Governo – dopo che per il biennio 2011-2012 erano stati previsti tagli pesantissimi. Il Fondo costituisce la principale risorsa per gli enti locali per finanziare interventi sociali e socio-sanitari nella comunità, compresi servizi di assistenza domiciliare (SAD), assegni di cura, servizi di prossimità e teleassistenza. E sempre in questa cornice si inserisce la proposta contenuta nella Legge di Stabilità per il 2018 di istituzione di un Fondo per il sostegno ai caregiver familiari che, se approvato, dovrebbe stanziare, per il triennio 2018-2020, 20 milioni di euro all'anno.

Il sistema di cura continua quindi a reggersi in larga parte sul contributo delle famiglie degli anziani non autosufficienti, sia come assistenza diretta in termini di cure personali prestate all'anziano che come impegno finanziario per l'acquisto di beni e servizi sanitari e socio-sanitari, tra cui rivestono un peso rilevante l'assunzione di assistenti familiari e il pagamento delle rette di strutture residenziali. A ciò si aggiunge che la disponibilità di caregiver familiari non può sopperire alle carenze strutturali dei servizi formali di assistenza, sia per l'aumento previsto della popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura sia per la progressiva diminuzione del numero di assistenti familiari, connessa ai mutamenti nella struttura familiare e sociale.

Tuttavia, nonostante l'inerzia e la frammentazione che continuano a caratterizzare il sistema di welfare pubblico, esistono numerosi esempi di realtà regionali che negli ultimi anni hanno scelto di occuparsi del tema della non autosufficienza sia attraverso lo stanziamento di risorse sia attraverso la ridefinizione del quadro normativo regionale allo scopo di regolamentare il settore e al contempo riconoscere e promuovere una maggiore sinergia tra pubblico e privato.

Tra queste troviamo anche la Regione Piemonte che in diretta connessione con lo sviluppo del Patto per il sociale e la nuova Strategia sull'innovazione sociale *WeCaRe* ha commissionato la presente indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema nell'ambito dell'assistenza familiare. Lo scopo è di fornire informazioni e materiali aggiornati che contribuiscano a migliorare le azioni della Regione in materia di assistenza alle persone non autosufficienti e di lavoro di cura.

Tre sono gli obiettivi specifici della presente indagine: 1) la ricognizione e l'analisi critica di esperienze e buone prassi realizzate sul territorio piemontese a partire dal 2010, esperienze che si sono distinte per la sperimentazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare, per il coinvolgimento di attori e risorse sia pubbliche sia private e per aver dato vita a reti territoriali; 2) l'individuazione di soluzioni innovative e sostenibili nel tempo a supporto delle famiglie e delle reti locali, con particolare riferimento a quelle in situazioni emergenziali, con la finalità di ottimizzare le risorse finanziarie disponibili e con un'attenzione particolare a valorizzare esperienze in grado di favorire l'incontro tra politiche sociali, di pari opportunità e politiche attive del lavoro e della formazione professionale; 3) individuazione delle condizioni che all'interno del territorio regionale possano favorire lo sviluppo di interventi e soluzioni efficaci ed efficienti e un ripensamento dell'assistenza familiare che valorizzi la domiciliarità come modalità di intervento.

In linea con questi obiettivi, il presente Rapporto mira a fornire alla Regione, ma anche agli Enti locali, agli operatori coinvolti e ai finanziatori dei progetti, elementi utili alla ridefinizione delle loro strategie. In un Paese dove il settore dell'assistenza familiare e della LTC è scarsamente formalizzato e definito, non è solo un problema di programmazione, gestione e implementazione degli interventi. Anche lo studio e la conoscenza dell'esistente diventano prioritari, per poter poi individuare le direzioni dell'intervento pubblico e le soluzioni che favoriscano un coinvolgimento anche di attori del privato sociale e profit per creare un modello di intervento in grado di offrire soluzioni più efficaci e al contempo frutto della cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti e gli interessi in gioco. Questo Rapporto intende quindi anche colmare il gap di dati quantitativi e qualitativi sull'assistenza familiare e la LTC e metterli a disposizione di operatori, studiosi e decisori pubblici, in primo luogo della Regione. E intende favorire una riflessione profonda del settore della non autosufficienza da parte di tutti gli attori in gioco e che favorisca la presa di decisioni basate sull'evidenza dei dati.

Capitolo 1.

Assistenza familiare tra sfide e nuove opportunità

Introduzione

Da più di un decennio gli interventi e le politiche 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 ha progressivamente – seppure faticosamente – provato a colmare il divario con i principali paesi europei. In questo processo il livello regionale ha sin dagli anni Novanta giocato un ruolo strategico, oggi ancora più importante in un contesto di risorse scarse e alla luce della crisi degli ultimi dieci anni.

A partire dagli anni Duemila va registrato 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) che a livello locale. In generale si è assistito ad un ripensamento dell'insieme degli interventi rivolti alla non autosufficienza che ha riguardato quattro principali aree di intervento (cfr. Gori *et al.* 2014):

- 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 assistenziale¹;
- c) diffusione di forme di regolazione e qualificazione del mercato dell'assistenza privata di cura attraverso l'istituzione di albi professionali di assistenti familiari;
- 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 apprezzabile, non è stato in grado di modificare in modo incisivo la fisionomia complessiva dell'assistenza agli anziani e ha subito una battuta di arresto a causa della crisi economica e sociale dell'ultimo decennio, crisi che ha riaperto – in generale - il dibattito su come promuovere un modello sociale in grado di conciliare coesione sociale, crescita economica e innovazione e in particolare ha rilanciato una riflessione su come intervenire nel campo dell'assistenza familiare e del lavoro di cura.

È in questo contesto e di fronte a sfide di questa portata che hanno progressivamente assunto (e sempre più assumeranno) grande importanza esperienze e progettualità che partono dal basso, che si sviluppano nei territori grazie a nuove forme di partnership tra soggetti pubblici e non pubblici, che si impennano sull'investimento e sull'innovazione sociale per spostare il baricentro verso interventi rivolti alla promozione sociale e destinati a superare una logica

¹ 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*.

rivolta solo alla protezione sociale. Attività che hanno anche beneficiato delle risorse e dell'impegno del livello regionale, anche grazie alla Programmazione POR FSE 2014-2020, puntando a promuovere il raccordo e l'integrazione tra quei settori di *policy* cruciali per rafforzare dinamiche di coesione sociale (politiche per l'invecchiamento attivo, politiche di *long term care* e domiciliarità, politiche del lavoro e di conciliazione, politiche di innovazione e sviluppo locale).

1.1 Assistenza familiare e lavoro di cura: di cosa parliamo?

Per assistenza familiare si intende l'insieme delle prestazioni e dei servizi di cura che la famiglia assegna ad una figura esterna (l'assistente familiare appunto, più spesso chiamato/a badante), per assicurare al proprio congiunto, fragile o non autosufficiente, un aiuto concreto nello svolgimento delle attività quotidiane, un supporto mirato ai bisogni di assistenza e un sostegno "relazionale" sotto forma di compagnia e/o sorveglianza².

L'assistenza familiare consente ai figli (o a chi avrebbe la responsabilità di cura nei confronti del congiunto) di trovare un ragionevole equilibrio tra la gestione dei propri impegni lavorativi e familiari e il desiderio di prolungare la permanenza della persona anziana presso il proprio domicilio, rispondendo così all'aspettativa dell'anziano di preservare la sua autonomia, la continuità con le proprie abitudini e la vicinanza ai propri affetti. Consente anche di garantire all'anziano un aiuto qualificato e un'attenta vigilanza nell'arco della giornata e permette alla famiglia di gestire nel migliore dei modi possibili, e nei casi più gravi di non-autosufficienza, il periodo di attesa all'ingresso in una struttura sanitaria o in una Casa di riposo.

L'assistenza familiare può rivolgersi a un'ampia gamma di persone:

- l'anziano solo ancora autosufficiente;
- la coppia anziana;
- l'anziano fragile, non completamente autosufficiente;
- l'anziano malato o non-autosufficiente;
- l'anziano affetto da demenza o da patologie analoghe;
- la persona con patologie croniche o debilitanti;
- la persona disabile.

Il lavoro dell'assistente familiare può essere richiesto dalla famiglia per fronteggiare esigenze di cura diverse. Per questo può assumere forme differenti:

- per alcune ore al giorno o alla settimana;
- per un certo periodo di tempo: in questo caso si tratta di un rapporto temporaneo, attivato a supporto di una convalescenza difficile, un ricovero ospedaliero, un intervento chirurgico, un periodo di assenza dei familiari, ecc.;
- in regime di convivenza, attraverso un contratto che vede la badante vivere presso il

² Per un approfondimento generale sulle politiche di "*long term care*" si rimanda a Ranci e Pavolini (2015). Sul ruolo dell'assistente familiare nel welfare italiano si veda Merotta (2016).

domicilio della persona assistita.

Nella generalità dei casi l'assistenza familiare si svolge presso l'abitazione dell'anziano. Tuttavia sono frequenti anche situazioni in cui è richiesta al di fuori del domicilio, come quando la persona non autosufficiente è ospite in una Casa di riposo, è ricoverata in ospedale o in una residenza sanitaria, soggiorna in una località turistica o termale.

Infine, l'assistenza familiare può integrarsi con i servizi di assistenza domiciliare che la famiglia stabilisce in collaborazione con il Servizio socio-assistenziale fornito dal Comune di residenza. In questo caso gli/le assistenti domiciliari e l'assistente familiare svolgono mansioni differenti, ma condividono lo stesso progetto di cura.

Il lavoro di cura offerto dall'assistente familiare segue le indicazioni di un "piano delle attività": al fine di avviare un servizio di assistenza rispondente ai bisogni di cura e di benessere del congiunto anziano, la famiglia è chiamata a definire con l'assistente familiare questo piano, che descrive l'insieme dei compiti che dovranno essere espletati nell'arco della giornata o in un dato periodo. I principali compiti di cura che attengono all'assistente familiare possono essere raggruppati in sette principali attività, come illustrato nella tabella 1.

Il *piano delle attività* serve a definire l'organizzazione delle funzioni assistenziali, di compagnia e di sorveglianza riservate alla persona assistita. Per questa ragione è importante che il piano delle attività:

- sia redatto dalla famiglia in condivisione con l'assistente familiare e, quando possibile, anche con il proprio congiunto;
- tenga conto della personalità, degli interessi e dello stile di vita dell'anziano assistito;
- sia verificato periodicamente ed emendato per recepire eventuali suggerimenti proposti dall'assistente familiare.

Nel concordare il "piano delle attività" è importante, infine, che la famiglia precisi quali compiti di cura considera prioritari e improcrastinabili per il benessere psico-fisico del proprio congiunto, lasciando all'assistente familiare e all'assistito la necessaria autonomia nel definire gli altri aspetti della vita in comune.

Assistenza familiare e lavoro di cura "insistono" sulla figura dell'assistente familiare. Si tratta di una lavoratrice (in alcuni casi anche un lavoratore) che opera presso il domicilio della persona anziana - fragile, malata o non autosufficiente - per rivolgerle un servizio personalizzato di cura, di compagnia e di sorveglianza, così come è stato definito con la sua famiglia e, quando possibile, anche con la stessa persona assistita. L'assistente familiare quindi "entra in famiglia" per espletare quei compiti di accudimento dell'anziano che una volta erano ripartiti tra i membri della famiglia stessa e sostenuti quasi esclusivamente dalle donne (Solera 2012). I profondi cambiamenti sociali intervenuti in questi anni, con le ricadute sull'organizzazione familiare, e il progressivo allungamento della vita media, hanno sollecitato una crescente domanda di nuovi servizi a supporto del lavoro di cura e dell'invecchiamento (Esping-Andersen 2002).

Tabella 1. Funzioni e compiti di cura

Funzioni	Compiti e attività
Cura e igiene della persona	<ul style="list-style-type: none"> • gestione dell'alzata mattutina e della messa a letto serale • vestizione in base alle stagioni, alla temperatura dell'ambiente domestico, allo stato di salute dell'assistito, ecc. • lavaggio e stiratura, rammendo e riordino di biancheria e abiti
Pulizia e riordino dell'abitazione dell'assistito	<ul style="list-style-type: none"> • organizzazione e disposizione degli arredi per rendere gli spazi più accessibili e funzionali all'anziano • segnalazione ai figli di nuove precauzioni per la sicurezza domestica
Preparazione e somministrazione dei pasti	<ul style="list-style-type: none"> • tenuta della cucina, del frigorifero e della dispensa alimentare • spesa di generi alimentari, oltre alla conservazione degli scontrini • aggiornamento dei figli sul comportamento alimentare del genitore • rispetto delle abitudini alimentari della persona, degli eventuali regimi dietetici e dei tempi di somministrazione, anche in funzione dello stato di salute dell'anziano
Relazione e socialità	<p>Insieme delle attività volte a promuovere e mantenere un clima sereno capace di garantire all'anziano, in relazione al proprio stato di salute, una condizione emotiva e psicofisica ottimale. Rientrano in questo ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mantenimento delle relazioni parentali, amicali e di vicinato • movimento e passeggiata all'aria aperta • conservazione degli interessi personali • svolgimento di piccoli compiti che ne allenano l'autonomia e stimolano le capacità residue • frequentazione dei luoghi di vita e di aggregazione • vicinanza, ascolto e conforto nei momenti della malattia e della malinconia che accompagnano lo scorrere degli anni
Gestione di piccole commissioni	<p>Svolgimento di pratiche amministrative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pagamento di bollette • accompagnamento a visite mediche • acquisto di medicinali, generi alimentari o altro
Aggiornamento costante dei figli/familiari	<p>Aggiornamenti in riferimento alla partecipazione dell'anziano alle attività quotidiane fino ad eventuali comportamenti che possano far sospettare modifiche del suo stato di salute. Sono inclusi in questo compito anche i rimandi ricevuti dai servizi territoriali, dalle assistenti sociali, dal Medico di Medicina Generale (MMG) e da altre figure sanitarie (es.: l'infermiere, il fisioterapista, ecc.)</p>
Vigilanza	<p>Insieme di prestazioni rivolte a sostenere bisogni specifici di cura, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • movimento e deambulazione, anche attraverso l'impiego di ausili idonei • somministrazione di cibo nel caso in cui la persona assistita sia allettata, non-autosufficiente o malata • stimolo mirato delle capacità funzionali residue • somministrazione dei farmaci e/o controllo della loro corretta assunzione da parte della persona assistita, secondo le istruzioni fornite dal MMG, dall'infermiere e dai familiari • sorveglianza in presenza di patologie di demenza o di comportamenti aggressivi

Si colloca in questa tendenza anche la ricerca di un/una assistente familiare che sappia rispondere ai bisogni di cura del genitore che invecchia, rispettandone al contempo la personalità, le abitudini e le esigenze di benessere fisico e psicologico. Gli anziani non sono tutti uguali e per questo è molto importante che l'assistente familiare adegui le funzioni di

cura alle specificità del proprio assistito e della sua rete familiare. L'assistente familiare, affiancandosi o sostituendosi alla famiglia, mette in campo un insieme di competenze professionali che gli/le permettono di dialogare sia con la rete dei familiari sia con la persona assistita. Lo scopo è di permettere alla prima di essere:

- tranquillizzata rispetto alla relazione di aiuto quotidiano rivolta al proprio congiunto e alla qualità della vita che ne consegue;
- facilitata nella fruizione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari riservati all'anziano;
- aggiornata sull'evolversi dello stato di salute fisica e psicologica del proprio familiare;
- informata in merito alle opportunità offerte dal territorio in risposta ai diversi bisogni di assistenza.

Nell'occuparsi del benessere fisico ed emotivo dell'anziano l'assistente familiare – abbiamo detto – deve provvedere anche al suo decoro, alla tenuta dell'ambiente di vita e alla gestione delle piccole commissioni funzionali al vivere quotidiano. Intrattiene con l'anziano e i suoi familiari una relazione di ascolto e di reciproca fiducia, rispettosa dello stile di vita e delle regole osservate dallo stesso contesto di riferimento. Nell'arco della giornata l'assistente familiare opera prevalentemente da sola e in autonomia, anche se – dove previsto - deve rapportarsi con eventuali altri servizi del territorio che intervengono nel progetto di cura della persona anziana.

1.2. Chi si prende cura? Lavoro di cura professionale e familiare

A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, dei mutamenti della struttura familiare e delle conseguenze socio-economiche della crisi, il tema dei servizi di cura per gli anziani in condizioni di non autosufficienza è oggi una delle sfide più importanti a cui le società avanzate devono necessariamente trovare risposte sostenibili, mettendo al centro i soggetti fragili bisognosi di cura. La dovuta attenzione deve però essere garantita anche a chi offre il proprio lavoro nell'ambito della cura e dell'assistenza, attraverso la valorizzazione del ruolo di chi si prende cura di persone non autosufficienti professionalmente o all'interno del proprio ambito familiare.

Il lavoro di cura è definito come fornitura giornaliera di attenzione sociale, psicologica, emotiva e fisica nei confronti degli individui (Knijn e Kremer 1997). Il lavoro di cura è anzitutto necessario, in quanto è spesso (anche se non esclusivamente) rivolto ad individui che non possono soddisfare autonomamente i propri bisogni. Appare evidente come, in questo senso, il lavoro di cura non sia rilevante solo in una semplice dimensione individuale, ma rappresenti un bene sociale, che appartiene e arricchisce la società intera: la cura è una componente fondamentale del benessere di cittadini e cittadine.

Il lavoro di cura fornito all'interno dell'ambito familiare è al centro di moltissimi studi e ricerche. In esse l'attenzione è però rivolta al tema della cura dei figli, mentre raramente si concentra sulla cura delle persone anziane e/o non autosufficienti. Secondo Naldini e Saraceno (2011) sono comunque individuabili alcune caratteristiche comuni a livello europeo e nazionale: come nel caso della cura dei figli, sono le donne a farsi carico della maggior parte del lavoro di cura delle persone anziane. Non sono solo le mogli/compagne a occuparsi delle

persone anziane, ma anche le figlie e le nuore. La responsabilità di cura nei confronti di una persona anziana non riguarda infine solo chi non lavora (più): il 9% degli uomini e il 13% delle donne occupate della fascia di età 54-64 anni dichiara di prestare cura a un familiare anziano in forma continuativa.

Per quanto riguarda il lavoro di cura professionale, secondo i dati della Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione (2017), nel 2016 in Italia sono stati registrati 866.747 lavoratori/trici domestici. Questa dicitura comprende il personale domestico assunto come colf (487.272 persone) e quello assunto come assistente familiare (379.046). Secondo una stima dell'Istituto di Ricerca Sociale (IRS) sono però complessivamente 840.000 in Italia gli/le assistenti familiari; questo numero tiene conto degli/delle assistenti familiari regolari e irregolari (Laboratorio Politiche Sociali 2017). Un altro aspetto di particolare rilevanza è l'origine dei lavoratori domestici: in riferimento ai dati forniti dalla Direzione Generale dell'immigrazione, il 49,6% è di provenienza extracomunitaria; nel Nord-Ovest i lavoratori domestici stranieri superano addirittura la metà (60,2%). Secondo la stima dell'IRS, che tiene conto anche dei lavoratori irregolari, solo il 45% dei lavoratori extracomunitari è assunto con un regolare contratto e dispone del permesso di soggiorno. Il 35% non ha un contratto di lavoro ma ha regolare permesso di soggiorno, mentre il restante 20% è sprovvisto sia di contratto che di permesso di soggiorno (Laboratorio Politiche Sociali 2017). Un'ultima caratteristica di particolare rilevanza nell'ambito del lavoro domestico è infine il genere: in coerenza con quanto avviene nel lavoro di cura non retribuito, sono le donne ad essere maggiormente impiegate nel lavoro domestico e di cura professionale (82,2%).

L'assistente familiare è quindi, per lo più, una donna di origine immigrata, anche se negli ultimi tempi si osserva un maggior ricorso a donne connazionali. Si tratta in ogni caso di profili professionali molto diversi tra loro (Merotta 2016):

- per età (sia donne giovani che donne più mature);
- per formazione: alcune hanno concluso la scuola dell'obbligo, altre hanno conseguito un diploma o una laurea ed altre ancora possiedono titoli di studio in campo sanitario;
- per esperienza lavorativa: da chi ha assistito un proprio familiare a chi è in grado di seguire i casi più complessi di non autosufficienza, fino alle patologie legate alla demenza;
- per paese di provenienza: con bagagli culturali e linguistici diversi tra di loro e da quelli dell'assistito.

1.3. Lavoro di cura e diritti

Il paragrafo precedente ha illustrato alcuni dati e dinamiche tipiche del lavoro di cura professionale e non. La forte caratterizzazione di tale lavoro implica una necessaria riflessione sul tema dei diritti e della parità di opportunità.

Dal punto di vista del lavoro di cura prestato all'interno del contesto familiare, il dato più significativo è la maggior partecipazione delle donne. Il "protagonismo" delle donne nell'ambito del lavoro di cura non retribuito determina minori opportunità di partecipazione al mercato del lavoro retribuito e minori possibilità di carriera. Queste conseguenze, che pure

hanno in Italia una forte radice culturale, possono essere parzialmente contrastate con strumenti di flessibilità lavorativa e, più in generale, con lo sviluppo di strategie di conciliazione tra vita personale e lavorativa (cfr. Maino 2017a). La conciliazione è comunemente intesa come un insieme di norme e strumenti pensati per sostenere i lavoratori e le lavoratrici nelle loro responsabilità familiari (Naldini 2006; Ranci e Pavolini 2015). Nella formulazione e implementazione di politiche e strumenti di conciliazione è necessario però allontanarsi da una loro interpretazione in termini di “questione femminile” (Cibinel 2017e): stabilire a livello istituzionale e legale una tale fissità di ruoli – fissità che in Italia esiste già a livello culturale (v. ad esempio Bertolini *et al.* 2014) – pone il problema di un’effettiva possibilità, per gli uomini e per le donne, di compiere una scelta genuina in materia di conciliazione (Lewis 2006). Considerando il rapporto tra eguaglianza di genere, conciliazione e politiche per la non autosufficienza, è necessario quindi apprezzare queste ultime non solo per la loro capacità di risolvere logisticamente il problema della compatibilità tra occupazione e lavoro domestico e di cura; in un’ottica di giustizia di genere, queste politiche devono essere valutate con il metro dell’equa suddivisione di opportunità, responsabilità, lavoro retribuito e potere decisionale (Plantenga *et al.* 2009).

Per quanto riguarda il lavoro di cura professionale, i dati mostrano una fetta di mercato del lavoro fortemente segregata. Nel lavoro domestico si concentrano in particolare donne e lavoratori stranieri, gruppi maggiormente esposti al rischio di povertà ed esclusione sociale (Cibinel 2016). Il lavoro dell’assistente familiare è poi esposto a una serie di rischi professionali legati al carico fisico ed emotivo del lavoro di cura (Spanò 2006) e presenta alcune caratteristiche che lo rendono particolarmente impegnativo (Alemani *et al.* 2016): un esempio su tutti è la convivenza, che determina il nascere di forti esigenze di conciliazione negli/nelle assistenti familiari. Sono infine le condizioni di lavoro a destare preoccupazione: secondo la citata stima dell’IRS, meno della metà degli/delle assistenti familiari è assunto con regolare contratto di lavoro (cfr. anche Ambrosini 2013). La restante parte si trova quindi a prestare il proprio lavoro in un contesto domestico senza alcuna tutela infortunistica e senza nessuna garanzia di rispetto dei diritti del lavoratore e della lavoratrice (giusta retribuzione, riconoscimento della malattia, ferie e permessi).

1.4 Le nuove sfide e i cambiamenti in atto

Negli ultimi decenni, i cambiamenti demografici hanno profondamente modificato le società europee: se da un lato il tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro è cresciuto in modo significativo passando dal 59,5% del 1995 nella UE-15 all’attuale 70,2% nella UE-28, dall’altro lato i tassi di fertilità permangono al di sotto del tasso di sostituzione (1,58 nel 2015) e l’indice di dipendenza delle persone anziane (il numero di persone con più di 65 anni diviso per il numero di persone fra i 14 e i 65 anni) è destinato a crescere dall’attuale valore di 28,8 fino a oltre 50 nel 2050 (Database Eurostat).

Sebbene questi numeri indichino un miglioramento della presenza femminile nel mercato del lavoro e uno “spostamento” verso modelli familiari più flessibili, pongono altresì sfide ai *policy-maker*, specie con riferimento alla conciliazione vita-lavoro. In particolare, garantire la possibilità di avere figli senza dover rinunciare alla propria occupazione e favorendo il mantenimento di adeguati livelli di produzione e la sostenibilità dei sistemi pensionistici è di

cruciale importanza per la tenuta del sistema sociale. Accanto a questo c'è poi il tema delle tutele e dei servizi per i minori, su cui il nostro Paese si distingue per la carenza di politiche e interventi.

I welfare state europei si stanno, infatti, sempre più attrezzando per venire incontro alle esigenze di conciliazione dei propri cittadini. L'Italia, caratterizzata da un modello storicamente familista (Naldini e Saraceno 2011), ha solo recentemente cominciato a colmare il divario con gli altri grandi Paesi dell'Europa occidentale. Nel complesso, nell'ambito della conciliazione il nostro Paese sembra aver raggiunto risultati ancora modesti:

- la spesa pubblica per le famiglie è cresciuta dall'1,1% del PIL a inizio millennio fino all'attuale 1,4%, ma si mantiene sempre al di sotto della media europea (Database Istat);
- il tasso di occupazione femminile si attesta al 50,6%, anch'esso sotto la media UE; il 32% delle donne occupate lavora part-time, ma il 47% di queste non è in questa condizione per scelta (Database Ocse);
- la percentuale dei bambini al di sotto dei 3 anni che riceve assistenza in strutture pubbliche o accreditate è al di sotto della media UE, mentre è superiore alla media per i più grandi: il 91% tra i 3 ed i 6 anni (Database Eurostat);
- il divario occupazionale tra madri e donne senza figli è comparativamente contenuto, forse anche a causa del basso tasso di occupazione femminile generale. Circa il 4% dei dipendenti ha orari lavorativi "molto lunghi", secondo la definizione dell'Ocse. Dal 2000 si è assistito a lenti ma costanti miglioramenti nell'ambito della conciliazione, che però sono stati fortemente ostacolati dalla crisi;
- le donne che lasciano il lavoro con l'arrivo dei figli tendono a non rientrare nel mercato del lavoro al termine della maternità: l'Ispettorato Nazionale del Lavoro ha registrato nel 2016 oltre 35 mila dimissioni pari ad un aumento del 12% rispetto all'anno precedente (De Cesare 2017). Più di 27 mila hanno riguardato lavoratrici madri a fronte di circa 7.500 lavoratori padri. Tra le motivazioni principali di abbandono vi sono proprio le difficoltà di conciliare lavoro e cura dei figli, indicate da quasi il 40% del totale (pari a 14 mila persone), con un aumento del 44,7% in un anno. Tre sono le ragioni principali: assenza di parenti di supporto, mancato accoglimento al nido ed elevata incidenza dei costi di cura e assistenza per i neonati. Anche all'estero le lavoratrici madri lasciano il lavoro in concomitanza con la maternità, ma si tratta per lo più di uscite temporanee dal mercato del lavoro. In Italia, invece, l'uscita dal lavoro diventa in molti casi definitiva.

La forma predominante di aiuto alla famiglia è stata, fino a pochi anni fa, il supporto monetario³. Più di recente, a queste misure sono state affiancate politiche pubbliche maggiormente orientate alla conciliazione vita-lavoro e ai servizi alla persona. È il caso di

³ Tre sono state nel passato recente le misure principali introdotte a livello nazionale: i) il bonus bebè, diretto a famiglie a medio-basso reddito con un figlio a carico, pari a 1.920 € all'anno per famiglie con un reddito inferiore ai 7.000 euro, e a 960 euro per famiglie con reddito compreso tra i 7.000 e i 25.000 euro; ii) il bonus per famiglie numerose (tre o più figli), pagato dai Comuni attraverso l'INPS; iii) il bonus "mamme domani", dell'ammontare di 800 euro e richiedibile dalle donne oltre il settimo mese di gravidanza.

un sistema di voucher (del valore di 600 euro al mese) per madri lavoratrici finalizzato a pagare prestazioni di *baby-sitting* e rette di asilo nido nei sei mesi seguenti il termine del congedo di maternità obbligatorio (voucher abolito però nel marzo 2017, per effetto del DL 25/2017). In alternativa, dal 2017 è disponibile un bonus di 1.000 euro per il pagamento degli asili nido. Va poi ricordato il congedo parentale, introdotto nel 2000 e oggi esteso a 10 mesi e pagato al 30% del salario, con possibilità di arrivare a 11 mesi nel caso in cui il padre benefici di almeno 3 mesi di congedo. Inoltre per il 2018 il congedo di paternità è stato esteso a 4 giorni (nel 2012 era stato introdotto in forma sperimentale un congedo di paternità di un giorno).

Se spostiamo l'attenzione dai figli ai bisogni di cura degli anziani non autosufficienti, la situazione appare altrettanto complicata. Il Rapporto Istat 2016 richiama l'attenzione sulla simultanea presenza in Italia di una elevata quota di cittadini ultra sessantacinquenni e la sempre più bassa quota di popolazione sotto i 15 anni: insieme a Giappone e Germania, l'Italia è tra i paesi più vecchi del mondo a causa dell'invecchiamento demografico combinato con la bassa natalità (Istat 2016). La popolazione residente nel nostro Paese non solo diminuisce ma, contemporaneamente, è sempre più vecchia. Secondo le stime Istat, le persone con più di 65 anni sono attualmente 13,5 milioni, ovvero il 22,3% della popolazione totale. Quelle over 80 anni sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale e gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Un dato che discende, da un lato, dall'aumento costante dell'aspettativa di vita sia per gli uomini sia per le donne, oggi rispettivamente pari a 80,6 e 85,1 anni e, dall'altro, dal calo della natalità. La piramide della popolazione sta assumendo sempre più una forma a rombo a causa della riduzione delle nascite e della numerosità dei "*baby boomers*", che continuano a costituire la parte più consistente della popolazione (Tomatis 2017).

Negli ultimi vent'anni la popolazione italiana è quindi invecchiata molto rapidamente; l'alternanza tra crisi e fasi di ripresa ha portato ad una riduzione della ricchezza prodotta; si è registrato un consistente aumento della disoccupazione che colpisce soprattutto i giovani e le donne.

Il Piemonte – come vedremo nel capitolo 2 – vive i rischi di un territorio non solo invecchiato, ma anche soggetto a un progressivo e rapido processo di "degiornamento": i giovani sono una risorsa scarsa e il rapporto di due a uno tra anziani (over 65) e giovani (under 14) non solo è tra i più alti in Italia (e in Europa), ma mette a rischio le strutture stesse dell'organizzazione sociale. A tutto questo si aggiunge anche la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine. I due terzi dei *millennials* italiani vivono a casa con i genitori, contro il 48% della media europea. Alla base di questo fenomeno non ci sono solo fattori culturali, ma anche strutturali: l'aumento della scolarizzazione, l'allungamento dei tempi formativi, la difficoltà di ingresso nel mondo del lavoro, la condizione di precarietà, gli ostacoli a trovare un'abitazione.

L'organizzazione del ciclo di vita di persone e famiglie richiede quindi profondi ripensamenti e di conseguenza interventi che rispondano ai nuovi bisogni. L'invecchiamento demografico pone una sfida importante al servizio pubblico, nelle sue componenti sanitarie e socio-assistenziali: alla crescente domanda di cure da parte della popolazione che invecchia il sistema di welfare deve trovare soluzioni innovative per assicurare un'adeguata accessibilità ai servizi assistenziali.

1.5 Un nuovo paradigma per promuovere il rinnovamento dei modelli di intervento: il secondo welfare

Dal 2010 in avanti in Italia si è fatto strada nel dibattito pubblico un nuovo paradigma: il secondo welfare. Con tale termine si intende un insieme di programmi di protezione e investimento sociali a finanziamento prevalentemente non pubblico fornito da un'ampia gamma di attori privati, operanti prevalentemente in reti contraddistinte da un forte ancoraggio territoriale, che si affiancano ed integrano con misure e politiche pubbliche di welfare (Maino e Ferrera 2013; 2015). Si tratta quindi di azioni realizzate da attori sia profit che non profit – come aziende, assicurazioni, sindacati, associazioni datoriali, enti bilaterali, fondi integrativi, fondazioni, associazioni, enti di volontariato, mutue, enti religiosi, cooperative e imprese sociali – che a diverso titolo sono in grado di offrire un ampio ventaglio di programmi e interventi sociali per affrontare i rischi e i bisogni dei cittadini. Queste azioni non intendono sostituirsi a quelle garantite dal primo welfare, di natura pubblica e obbligatoria, sostituendo spesa pubblica con spesa privata. Al contrario, si propongono di mobilitare risorse aggiuntive attraverso azioni sussidiarie ai “tradizionali” interventi dello Stato. Tali risorse – economiche, finanziarie, organizzative e umane – permettono quindi agli attori privati operanti sui territori di affiancare gli attori pubblici nello sviluppo, nella gestione e nell'erogazione dei servizi sociali (Maino 2013; Ferrera e Maino 2014) e li trasformano da antagonisti in alleati nel processo di rinnovamento del nostro sistema di welfare.

In quest'ottica, dunque, il “vecchio” welfare non viene messo in discussione per quel che riguarda le sue funzioni di base in tema di tutela sociale, ma viene integrato dall'esterno – laddove le domande di tutela si rivelano non adeguatamente soddisfatte – grazie al contributo sempre più significativo di soggetti non pubblici. Tale contributo negli ultimi anni è andato crescendo in termini economici, finanziari ed occupazionali, e oggi incide in maniera molto rilevante, direttamente o indirettamente, sulle condizioni di vita di milioni di persone che vivono in Italia. Il contributo del secondo welfare mostra le sue potenzialità anche e soprattutto a livello locale (cfr. Maino 2015a; Maino e Ferrera, 2015; Maino e Ferrera 2017a): il cambio di prospettiva impone infatti che anche e soprattutto gli attori pubblici territoriali si attivino per modificare il proprio approccio tradizionale ai temi del welfare così da affrontare nel modo più efficace possibile i cambiamenti in atto. Si ha quindi uno spostamento verso i territori e le comunità locali del fronte degli interventi, che pure rimangono inseriti in un framework di norme e di regole nazionali⁴ e regionali che contribuiscono ad orientare e valorizzare le scelte compiute a livello locale.

Gli enti locali si trovano nella condizione ideale per assumere un ruolo centrale nella promozione di partnership pubblico-privato finalizzate allo sviluppo del secondo welfare. Gli enti locali infatti, in ragione delle loro competenze nel settore delle politiche sociali, oggi più che mai sono chiamati a cogliere una duplice sfida: giocare il ruolo di facilitatori dell'innovazione e farsi garanti dei diritti sociali, esistenti ed emergenti, forti anche del rinnovato interesse e investimento dell'EU – attraverso il Pilastro Europeo dei Diritti Sociali – su questo fronte (cfr. Maino 2017b).

⁴ Un esempio per tutti è la Legge di Stabilità per il 2016, che ha introdotto importanti novità in materia di welfare aziendale modificando il Testo Unico delle Imposte sul Reddito (TUIR) e ha previsto finanziamenti strutturali in materia di povertà dando anche il via al processo che nel 2017 - con la Legge Delega 33 - ha introdotto il Reddito di inclusione. Sul punto si rimanda anche a Maino e Ferrera (2017b).

In quest'ottica le partnership locali tra attori pubblici e privati appaiono la strada più adeguata per sostenere i tentativi di risposta alle domande non adeguatamente coperte dall'offerta standard di politiche. Tali partenariati possono essere finalizzati anche all'individuazione di nuovi modelli di regolazione e produzione di beni pubblici in grado di fronteggiare meglio i problemi legati all'implementazione delle politiche (Lodi Rizzini 2013; Maino 2015a). In una prospettiva manageriale, ad esempio, possono essere lo strumento che consente di accrescere la capacità di intervento della pubblica amministrazione tramite la costituzione di sinergie fra attori che appartengono a sfere diverse. Possono inoltre porre l'accento sulla volontà di conciliare interessi e visioni differenti per trovare soluzioni implementabili, offrendo così una migliore risposta ai bisogni. Infine, possono essere il canale per incentivare l'inclusione e la partecipazione di una pluralità di attori anche nelle fasi progettuali, in modo tale da prevenire potenziali conflitti e veti raggiungendo così il più ampio consenso possibile anche nella successiva fase di attuazione. Tali partnership beneficiano sempre più del supporto che proviene dal livello regionale, sia in termine di risorse (si pensi alla Strategia *WeCaRe* e allo stanziamento di 20 milioni di euro nel caso della Regione Piemonte, v. box 1) sia grazie alla definizione di norme e di una cornice regolativa capace di mettere in moto l'attivazione delle comunità locali e degli *stakeholder* pubblici e non pubblici.

Box 1. La strategia piemontese WeCaRe

Welfare Cantiere Regionale (WeCaRe): l'innovazione sociale in Piemonte

La Regione Piemonte ha lanciato nel maggio 2017 l'Atto di Indirizzo "WeCaRe – Welfare Cantiere Regionale. Strategia di innovazione sociale della Regione Piemonte". L'Atto di Indirizzo – nato da un tavolo inter-assessorile che ha coinvolto l'Assessorato alle Politiche sociali, della famiglia e della casa, l'Assessorato all'Istruzione e al lavoro, l'Assessorato alle Attività produttive, innovazione e ricerca e l'Assessorato alle Politiche giovanili, pari opportunità, diritti civili e immigrazione – descrive la declinazione regionale della Strategia Europa 2020 e mette a disposizione risorse tratte dalla programmazione di fondi europei (FSE e FESR).

La strategia propone di interpretare l'innovazione sociale come un insieme di misure, prodotti e servizi che permettano di rispondere in maniera più adeguata ai bisogni sociali. I soggetti istituzionali e del privato sociale che tradizionalmente si occupano di welfare sono invitati ad innovare il proprio approccio secondo questa concezione, ma il cambio di prospettiva deve coinvolgere tutti gli attori del territorio. Per questo motivo l'Atto di Indirizzo si rivolge anche alle aziende, cercando di stimolare la loro partecipazione alla costruzione del benessere sociale, economico e relazionale del territorio.

L'Atto si compone di quattro misure:

1. Sperimentazione di azioni innovative di welfare territoriale (6,4 milioni di euro): misura che prevede il coinvolgimento di soggetti pubblici, del terzo settore e del volontariato nell'elaborazione di progetti capaci di individuare necessità emergenti dal tessuto sociale e di rispondervi con modalità innovative e partecipative;
2. Progetti di innovazione sociale per il terzo settore (3,6 milioni di euro): azione che intende far emergere esperienze significative già esistenti e stimolare la sperimentazione e l'innovazione nei servizi erogati da cooperative, imprese sociali ed enti del terzo settore;

3. Rafforzamento di attività imprenditoriali che producono effetti socialmente desiderabili (5 milioni di euro): stimolo alla creazione e allo sviluppo di iniziative imprenditoriali che producono beni e servizi rispondenti ad esigenze sociali.
4. Promozione del welfare aziendale (4 milioni di euro): misura mirante favorire l'offerta di beni e servizi e la sperimentazione di modelli di organizzazione del lavoro che migliorino il benessere dei/delle dipendenti attraverso il coinvolgimento delle imprese (specialmente PMI) nella progettazione ed attivazione di interventi di welfare aziendale.

Per un approfondimento sulla Strategia WeCaRe si rimanda a Cibinel 2017a; 2017b; 2017g.

Perché i partenariati locali possano essere efficaci e produrre azioni e collaborazioni virtuose deve cambiare il quadro di riferimento: rischi e possibili soluzioni devono diventare il punto di partenza per coinvolgere soggetti non pubblici e privati in nuove sperimentazioni a livello locale. È in tal senso che la logica del risparmio economico, attraverso la mera esternalizzazione dei servizi, non può più essere quella prevalente; ad essa vanno affiancati reali tentativi di rinnovare le politiche pubbliche (Maino 2013). Due in particolare sono gli elementi cruciali per favorire l'identificazione di misure e interventi di secondo welfare attraverso tale strada: nuovi modelli di *governance* e un approccio che abbracci il paradigma dell'innovazione sociale.

Per quanto riguarda la *governance*, gli enti locali sono sempre più chiamati ad assumere un ruolo pro-attivo e di coordinamento dei diversi *stakeholder* in campo, configurando modalità innovative di rapporto fra i soggetti che a diverso titolo possono concorrere a programmare, finanziare e produrre servizi ed interventi sociali. Da alcuni anni poi è cresciuta tra gli attori la consapevolezza di quanto sia necessario – oltre che strategico – collaborare e condividere risorse. Perché questo si realizzi occorre ridisegnare i processi di *policy-making* seguendo precise direzioni: aprire alla rappresentanza degli interessi di cui sono portatori i diversi attori; superare la centralizzazione dei poteri in mano allo Stato in favore di una loro ripartizione fra diversi livelli istituzionali sulla base di competenze specifiche; sostenere una logica di rete piuttosto che una logica gerarchica; favorire processi di negoziazione e compartecipazione piuttosto che di imposizione dei regolamenti amministrativi; incentivare l'inclusione della società civile nelle fasi di programmazione e nei processi decisionali (Maino 2015a; Pasi 2016). Un esempio di questo nuovo modello di programmazione è il Patto per il Sociale del Piemonte (v. box 2).

Box 2. Il Patto per il Sociale della Regione Piemonte

Patto per il Sociale e Strategia per lo sviluppo di comunità solidali

L'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Piemonte ha inaugurato alla fine del 2014 il processo che avrebbe portato all'elaborazione del Patto per il Sociale. Questo percorso intendeva coinvolgere tutti i soggetti interessati nell'individuazione di nuovi obiettivi di politica sociale in Piemonte (Agostini 2015a; 2015b). Il percorso si è sviluppato con degli incontri territoriali e ha permesso di sviluppare un documento politico e programmatico chiamato "Patto per il Sociale".

Il Patto si concentrava su tre aspetti, percepiti come prioritari per la realizzazione di un sistema sociale più attento alle esigenze della cittadinanza (Agostini 2015c):

1. Integrazione socio-sanitaria (con un focus sulla non autosufficienza nell'area degli anziani e sulla disabilità);
2. Inclusione e contrasto delle diverse forme di povertà;
3. Sostegno alle responsabilità genitoriali e prevenzione del disagio minorile.

Il Patto, che aveva durata biennale, è stato implementato attraverso diversi strumenti: creazione di tavoli di lavoro regionali, sperimentazione di nuovi modelli di valutazione e di intervento del disagio (v. Cibinel 2017d), ecc.

Il Patto è attualmente in fase di ridiscussione e si sposterà verso una dimensione maggiormente rivolta ai bisogni e alle risorse della comunità. Nell'autunno 2017 la nuova bozza di Piano – la Strategia per lo sviluppo di comunità solidali – è stata presentata sul territorio regionale in incontri rivolti alla cittadinanza e agli *stakeholder* (Cibinel 2017c).

Sul fronte dell'innovazione sociale, invece, occorre ricordare che innovare – specialmente in un contesto di “austerità permanente” come quello attuale – è necessario ma tutt'altro che semplice, poiché richiede agli attori dinamismo, visione del futuro e capacità di fare rete. Queste qualità – decisive in un contesto di risorse limitate e bisogni crescenti – appaiono carenti tra le istituzioni del primo welfare, mentre caratterizzano molti attori che operano nell'arena del secondo welfare. Tra di essi possiamo senza dubbio individuare il vasto novero di organizzazioni che compongono il Terzo settore, ed in particolare il mondo delle fondazioni. Anche le imprese ne sono sempre più fornite nella convinzione che il loro ruolo sia oggi decisivo per la realizzazione di azioni capaci di affrontare i crescenti bisogni sociali dei territori, in particolare proprio attraverso lo sviluppo di partnership locali pubblico-private pensate in tal senso (Maino e Mallone 2016).

Perché ci si muova verso azioni di sistema con logiche diverse rispetto al passato, è anche necessario superare un approccio incentrato sulla mera erogazione dei servizi e passare ad una visione che metta al centro l'*empowerment*⁵ dei beneficiari prevedendo un processo che

⁵ Il concetto di *empowerment* è inteso come possibilità di espansione delle opzioni di azione e di scelta da parte delle persone (Sen 1985; 1999) e più specificatamente degli utenti nel caso delle politiche sociali. Secondo Sen, solo andando a modificare le *capabilities* degli individui è possibile trasformare realmente i loro percorsi di vita e conferire loro maggiori possibilità di scelta su che cosa effettivamente fare della propria vita e del proprio futuro. In questa prospettiva, rispetto ai servizi e alle prestazioni sociali, l'attenzione è puntata sempre meno sulle strutture e sempre più sugli interventi da attuarsi, in particolare sulla base di reti tra attori, istituzionali e

parta dai bisogni e dalle risorse del singolo, e che metta in campo una progettazione sempre più individualizzata, soprattutto quando i destinatari sono persone in condizioni di vulnerabilità che facilmente rischierebbero di cadere in condizioni di povertà severa e di lunga durata. È altresì importante abbandonare l'idea più classica di assistenza e protezione sociale e guardare ad interventi di promozione, per fare spazio ad un approccio che sia capacitante nei confronti dei destinatari delle prestazioni e dei servizi.

Il ricorso a strumenti di condizionalità (da intendere – ad esempio – come la disponibilità dei beneficiari a seguire percorsi di formazione, all'inserimento lavorativo e/o alla tutela dei minori) non è solo un incentivo all'attivazione, ma si ricollega anche al tema di come utilizzare al meglio le risorse (siano esse pubbliche o private) e di come rendere più efficiente il sistema⁶. La condizionalità funziona e produce effetti significativi – diventando strumento di capacitazione – solo se prevede misure e forme calibrate sulle specifiche esigenze delle persone. Deve inoltre essere “accompagnata”: i destinatari non sono lasciati a loro stessi nel comprendere gli interventi, ma al contrario le regole vengono concordate e pattuite in base a logiche flessibili, secondo cui – qualora emergano bisogni nuovi – è possibile rimettere in discussione e ricontrattare il patto di presa in carico. Misure e programmi, al fine di evitare possibili ricadute negative, devono fornire strumenti e competenze durature che insegnino all'individuo come prevenire situazioni di rischio che potrebbero condurre alla povertà e all'esclusione sociale, impiegando in modo oculato le risorse a disposizione.

Infine, il secondo welfare ha a che fare sempre più con una ulteriore dimensione. Ripensare il welfare state pubblico facendo spazio a nuovi protagonisti e nuove risorse non pubbliche e valorizzandoli rappresenta anche una via per creare occupazione e rilanciare la crescita e lo sviluppo (cfr. Maino 2013; 2015b). Sotto questo profilo la messa a punto di servizi alla persona e alle famiglie può sia rispondere ai nuovi bisogni (ad esempio quelli legati all'invecchiamento della popolazione e alle cure di lunga degenza, oppure quelli di conciliazione tra lavoro e vita personale) sia offrire opportunità di lavoro ai giovani e alle donne. Questa dimensione è stata a lungo offuscata dal fatto che in primo luogo il welfare è (stato) considerato uno strumento per rispondere ai bisogni sociali. Ci sono però Paesi che già da tempo hanno compreso che il welfare può costituire un volano per lo sviluppo e hanno investito in questa direzione (cfr. ad esempio la strategia WeCaRe, box 1).

non (cfr. Bifulco e Vitale 2003; Bifulco 2016). Il concetto di *empowerment* viene contrapposto a quello di assistenzialismo a sottolineare il fatto che il welfare e l'assistenza sociale non devono limitarsi ad assistere i soggetti in condizioni di esclusione sociale, ma devono avere come obiettivo quello di sostenerli lungo percorsi di autonomizzazione che possano modificare le condizioni in cui vivono. Su questo concetto si rimanda anche a Lodigiani e Vesan (2017).

⁶ L'introduzione di meccanismi di condizionalità è relativamente recente in interventi di welfare in Italia per cui non è ancora disponibile un'ampia letteratura al riguardo. Guardando anche al panorama europeo è possibile distinguere questi meccanismi secondo tre logiche (cfr. Leone 2016): un approccio premiale connesso al raggiungimento degli obiettivi stabiliti, una modalità sanzionatoria e punitiva in caso di mancato rispetto delle regole concordate e una terza via in cui sono previste forme di “pressione” riferite alla fruizione di specifici servizi (come mandare i figli a scuola).

Capitolo 2. Il contesto regionale dal 2010 ad oggi

Introduzione

Il Piemonte è stato particolarmente segnato dalla crisi socio-economica dell'ultimo decennio. Dal 2000 in poi la Regione ha conosciuto fasi alterne e, a distanza di 17 anni, presenta un sistema economico impoverito. Nel Nord-Ovest, più che altrove, la crisi ha fatto schizzare in alto i livelli di disoccupazione. Se nel 2006 Torino e il Piemonte erano allineati a Milano e alla Lombardia, dopo dieci anni Torino ha perso posizioni e vive la situazione più difficile con un tasso disoccupazione intorno al 12% (Database Istat). A partire dal 2016, la situazione economica di Torino e del Piemonte ha iniziato a migliorare, così come quella del Nord-Ovest. La ripresa però è lontana dall'essere robusta, non interessa tutti i settori, e permangono l'incertezza e il rischio di una inversione di tendenza.

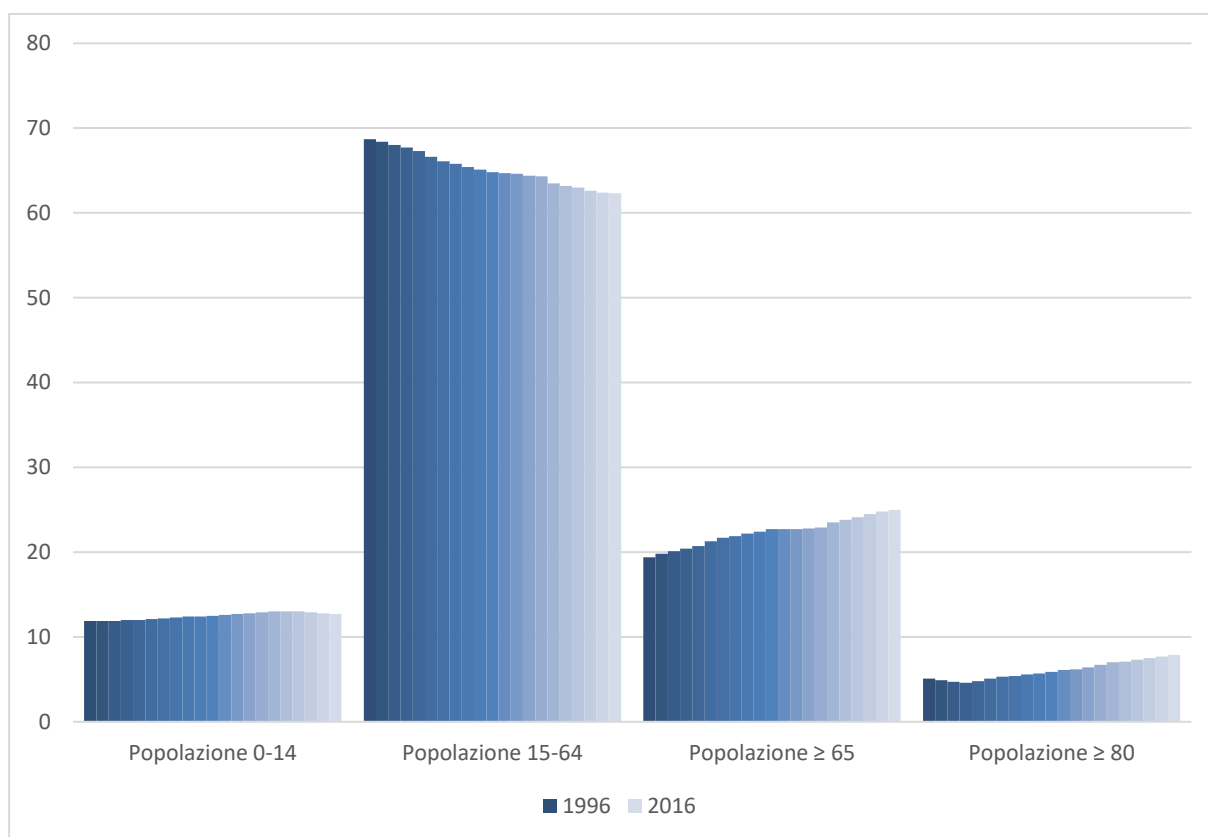
In questo panorama si inserisce il tema dell'assistenza familiare che, come evidenziato nel capitolo 1, presenta numerosi elementi di complessità ed è collegato a diversi aspetti della società contemporanea. Temi di particolare rilevanza, in questo senso, sono l'invecchiamento della popolazione e la non autosufficienza: essi determinano infatti bisogni assistenziali che stimolano la richiesta di lavoro di cura.

2.1 Popolazione anziana e non autosufficienza in Piemonte

L'invecchiamento è una condizione naturale dell'essere umano, che inizia al momento della sua nascita. Come sottolineato dalla letteratura (Torrioni 2015), l'invecchiamento della popolazione non è problematico in sé, ma produce una serie di bisogni a cui è necessario dare risposta.

La Regione Piemonte, in linea con il contesto nazionale, assiste da diversi anni alla crescita della percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, che nel 2016 è arrivata a rappresentare esattamente un quarto della popolazione residente. Un trend in crescita è riscontrabile anche nella percentuale di popolazione con più di 80 anni, ancor più interessata dalla non autosufficienza (figura 1).

Figura 1. Percentuale di popolazione per classi di età in Regione Piemonte, 1996-2016

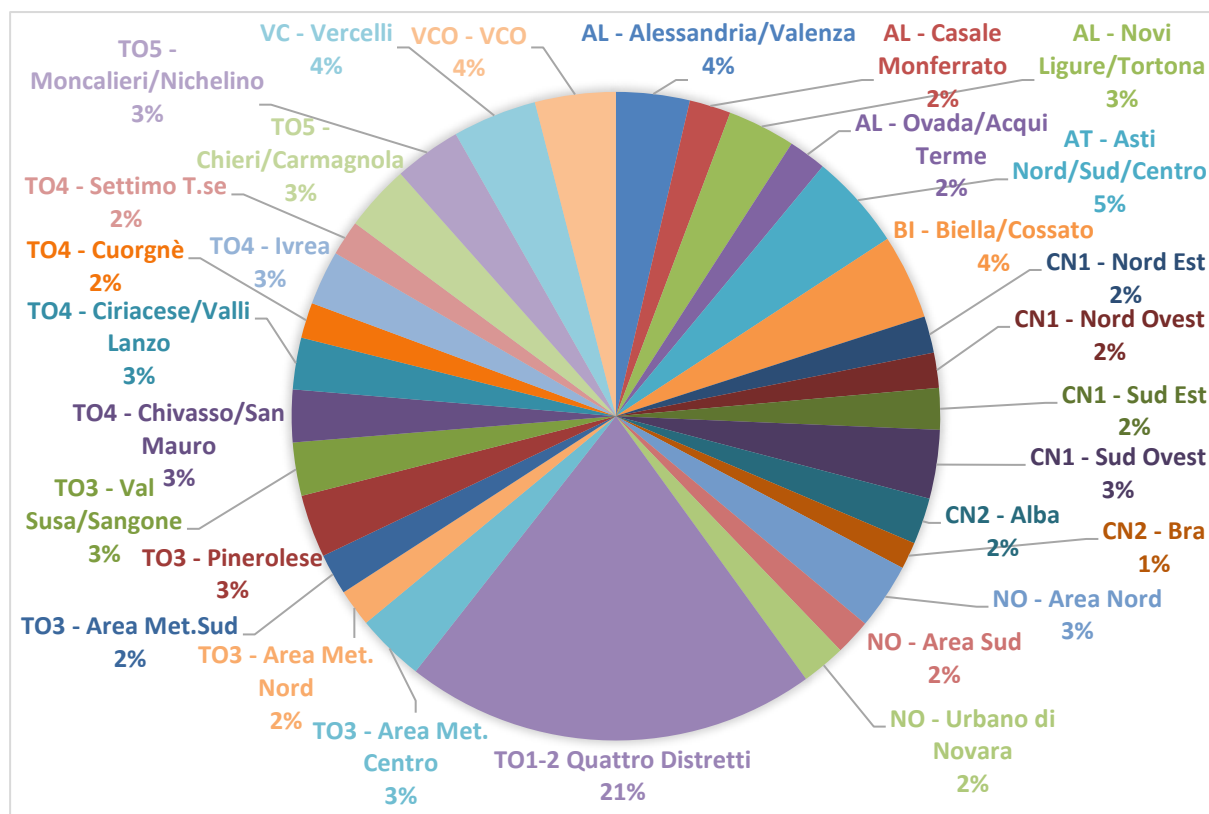


Fonte: DemOs Piemonte.

Come si può notare nella figura 2, i residenti con più di 65 anni sono distribuiti in maniera omogenea nei Distretti sanitari piemontesi⁷ (ad eccezione della Città di Torino).

⁷ Ove possibile si è fatto riferimento ai Distretti sanitari così come intesi su DemOs Piemonte, la piattaforma online dell'Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte. Questa scelta è dovuta al fatto che tali Distretti – in termini di territorio e di popolazione – presentano una forte somiglianza con i nuovi Distretti per la salute e la coesione sociale (v. appendice 1).

Figura 2. Distribuzione della popolazione ultrasessantacinquenne nei Distretti sanitari del Piemonte, 2016

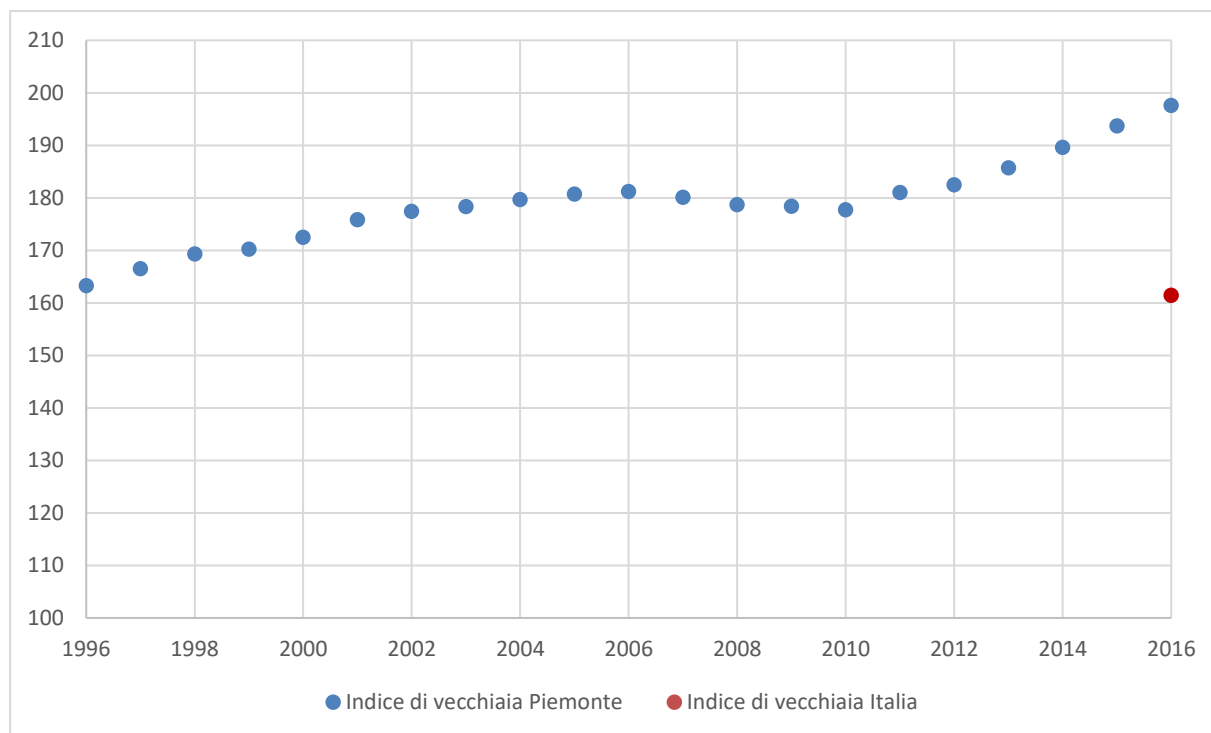


Fonte: DemOs Piemonte.

Ciò che esprime maggiormente il cambiamento nella composizione della popolazione e il suo invecchiamento non è tanto la crescita della fetta di popolazione anziana, quanto piuttosto il confronto tra l'andamento di quest'ultima rispetto alla fascia di età giovane: mentre la popolazione ultrasessantacinquenne è cresciuta negli ultimi vent'anni, la popolazione fino ai 14 anni è rimasta sostanzialmente invariata (cfr. figura 1). La relazione tra popolazione anziana e giovane può essere espressa attraverso uno dei principali indicatori nell'ambito della non autosufficienza, l'indice di vecchiaia⁸. Come mostra la figura 3, la Regione Piemonte ha registrato un significativo aumento dell'indice di vecchiaia negli ultimi vent'anni. È importante sottolineare che il Piemonte è particolarmente segnato dall'invecchiamento della popolazione: secondi i dati Istat nel 2016 l'Italia nel suo complesso ha registrato un indice di vecchiaia pari a 161.4. Questo valore, simile a quello registrato in Piemonte vent'anni fa, posiziona la Regione al quint'ultimo posto nella classifica su base regionale.

⁸ Tale indice è calcolato moltiplicando per 100 il rapporto tra popolazione con età uguale o maggiore a 65 anni e popolazione con età uguale o inferiore a 14 anni. Valori oltre al 100 si riferiscono a una popolazione in cui le persone anziane sono più numerose di quelle giovani.

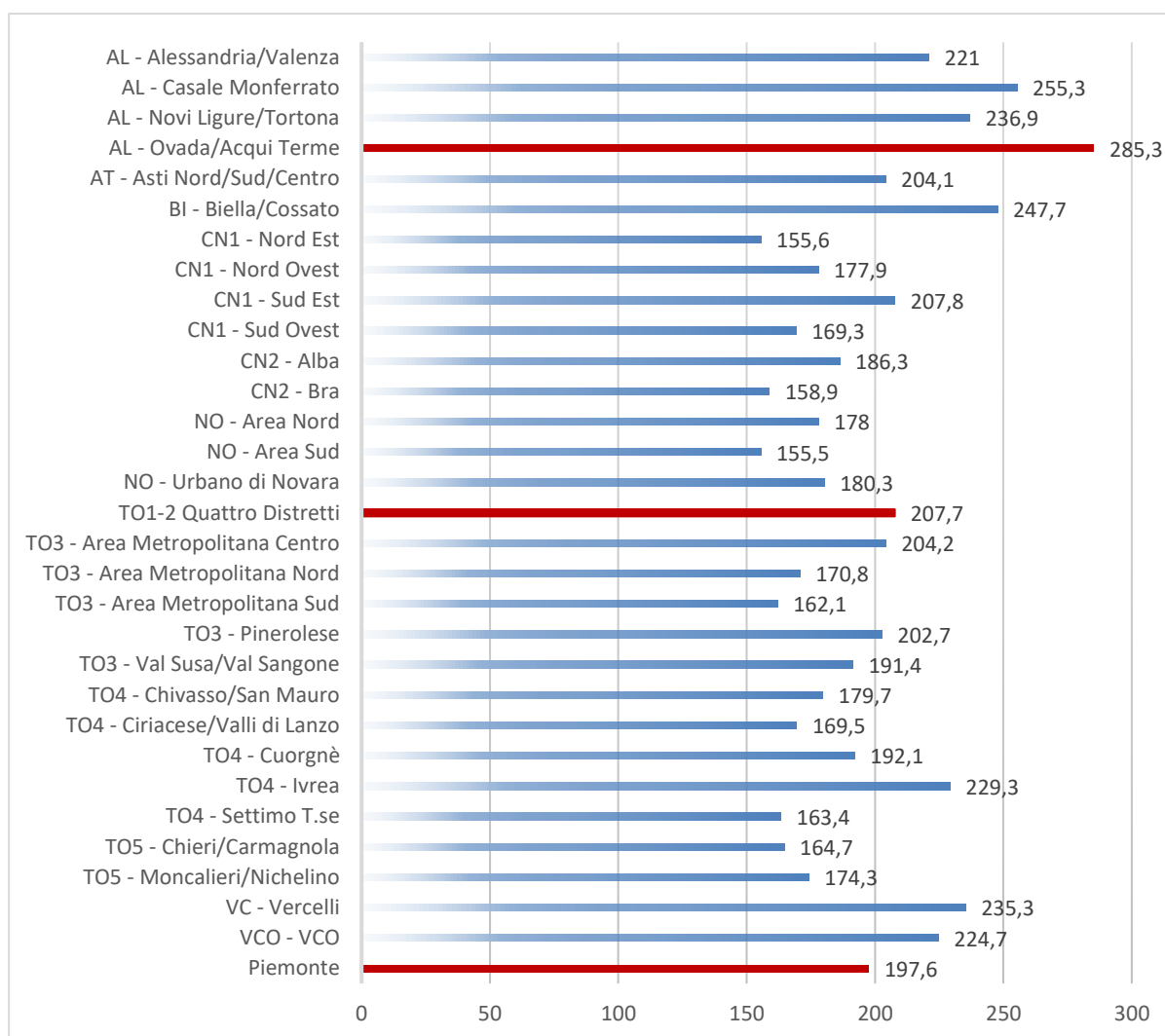
Figura 3. Indice di vecchiaia in Regione Piemonte, 1996-2016



Fonte: DemOs Piemonte.

Concentrando l'attenzione sul livello dei Distretti sanitari si registra poi una situazione fortemente differenziata, a fronte di una distribuzione sostanzialmente omogenea delle persone ultrasessantacinquenni (figura 4). Emblematico è il confronto tra i distretti della Città di Torino e il distretto di Ovada-Aqui Terme (Alessandria). Torino, pur ospitando il 21% degli anziani piemontesi, è caratterizzata da un indice di vecchiaia in linea con la media regionale; viceversa il distretto di Ovada e Aqui Terme, in cui vive il 2% delle persone ultrasessantacinquenni, è caratterizzato da un indice di vecchiaia più alto di quasi la metà della media. Queste differenze nell'indice di vecchiaia testimoniano la differenza territoriale del Piemonte ed esprimono la maggior concentrazione di popolazione anziana "sprovvista" di un ricambio generazionale.

Figura 4. Indice di vecchiaia per Distretto sanitario in Piemonte, 2016

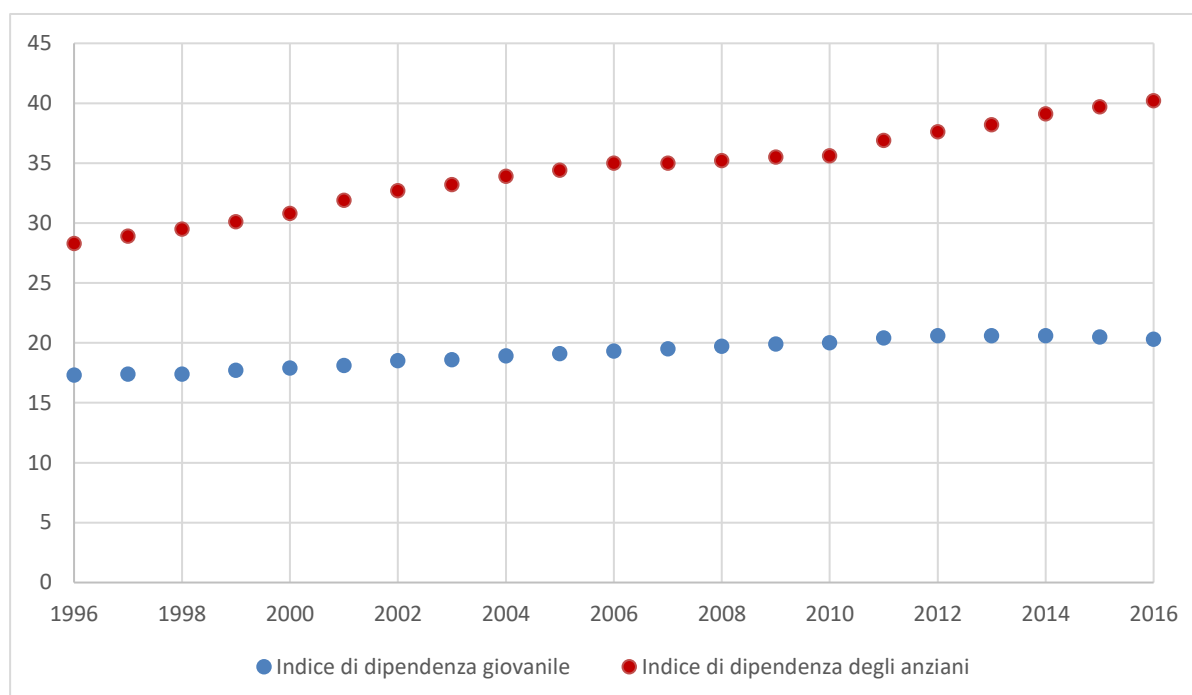


Fonte: DemOs Piemonte.

L'altro indicatore demografico utile ad esprimere la non autosufficienza e il bisogno di cura è l'indice di dipendenza. Tale indice può essere calcolato complessivamente o, separatamente, come indice relativo agli anziani e ai giovani; esprime il rapporto tra la popolazione considerata inattiva (oltre i 65 e prima dei 14 anni) e la popolazione considerata attiva (tra i 15 e i 64 anni), che dovrebbe provvedere al sostentamento delle altre due fasce di popolazione⁹. Come si nota nella figura 1, la popolazione attiva ha conosciuto una diminuzione costante dal 1996 ad oggi, a differenza degli altri gruppi di popolazione. Questo trend ha determinato una crescita dell'indice di dipendenza, in particolare di quello relativo agli anziani. La figura 5 mostra la variazione degli indici di dipendenza giovanile e degli anziani.

⁹ L'indice di dipendenza degli anziani è calcolato moltiplicando per 100 il rapporto tra la popolazione con età uguale o maggiore a 65 anni e la popolazione con età compresa tra i 15 e i 64 anni. La stessa formula è utilizzata per calcolare l'indice di dipendenza giovanile, in cui ovviamente al numeratore è inserita la popolazione con età uguale o minore a 14 anni.

Figura 5. Indice di dipendenza giovanile e degli anziani, 1996-2016



Fonte: DemOs Piemonte.

2.2 Popolazione anziana e non autosufficienza: le risposte del sistema

Sul fronte della risposta al bisogno assistenziale, l'ultimo rapporto del Network Non Autosufficienza fornisce un quadro dettagliato sulla base di dati Istat e del Ministero della Salute. Secondo il rapporto (Network Non Autosufficienza 2017), il Piemonte è caratterizzato da un modello di assistenza residenziale in cui l'assistenza è appunto maggiormente orientata verso servizi residenziali a scapito di quelli domiciliari (ADI e SAD)¹⁰. In particolare, il 2,6% delle persone con più di 65 anni ha usufruito nel 2013 in Piemonte dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); anche l'intensità dell'ADI, pari a 13 ore per utente, posiziona il Piemonte al di sotto della media nazionale (17 ore). Lo 0,8% della popolazione regionale ha invece usufruito del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); rispetto all'ultima rilevazione, risalente al 2007, il Piemonte ha registrato un lieve calo della copertura a fronte di un aumento della spesa per utente (1.146 €, + 29% rispetto al 2007). La dotazione di posti letto per anziani (autosufficienti e non) in presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari nel 2014 era pari al 4,1% della popolazione ultrasessantacinquenne (poco più di 44.000 posti letto). Secondo dati forniti dalla Regione Piemonte, nel 2014 15.716 di questi posti letto erano occupati da ospiti ricoverati in regime di convenzione con le ASL (e quindi con una copertura di almeno il 50% della retta)¹¹.

¹⁰ Per la stesura del paragrafo si è fatto riferimento ai dati più aggiornati, risalenti al 2013 e 2014, contenuti in Barbabella *et al.* (2017).

¹¹ La retta di queste strutture è considerata per metà sanitaria (e quindi versata dalla Regione) e per metà socio-assistenziale. Quest'ultima parte è versata direttamente dalla persona; qualora però la persona non sia in grado di pagare la sua parte di retta, essa è coperta parzialmente o totalmente dal Comune di residenza (previa verifica della situazione economica).

Un ultimo cenno va fatto alle strutture di cure primarie, chiamate in Piemonte CAVS (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria). Queste strutture ospitano a titolo gratuito persone che, al momento della dimissione dall'ospedale, sarebbero inserite in *“contesti socio-familiari fragili o inadeguati, che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie (...) compatibili con il rientro a domicilio”* (Pesaresi 2017, 108). La permanenza in queste strutture, che ha una durata massima di 60 giorni, ha anche lo scopo di permettere alle famiglie di organizzare il rientro a domicilio della persona non più autosufficiente e di attivare le procedure burocratiche necessarie a richiedere le varie prestazioni a cui la persona non autosufficiente può accedere (invalidità civile, valutazione geriatrica). In Regione Piemonte, secondo l'ultimo rapporto del Network Non Autosufficienza, sono previsti 1.293 posti letto di cure intermedie (0,29 ogni 1.000 abitanti).

Venendo al lavoro di cura (si veda il paragrafo 1.2), a livello regionale, nel 2010¹² sono state 73.411 le persone coinvolte in percorsi di assunzione con qualifica di Collaboratori domestici e assimilati-Addetti all'assistenza personale a domicilio (Agenzia Piemonte Lavoro e Osservatorio Regionale sul Mercato del Lavoro 2010). A livello regionale, nel 2010, apparivano confermate e accentuate le dinamiche occupazionali presenti a livello nazionale: il 77,9% delle persone interessate dall'attivazione di questi rapporti di lavoro era di nazionalità straniera, il 91% era di genere femminile.

2.2.1 Continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria

La Regione Piemonte ha attivato nel corso degli anni diverse iniziative per favorire la continuità assistenziale delle persone anziane e/o non autosufficienti. Il riferimento più importante è alla DGR 72 del 20 dicembre 2004, che ha fornito uno stimolo importante per uniformare le modalità operative di gestione di pazienti ultrasessantacinquenni non autosufficienti aventi esigenze di continuità assistenziale. La DGR ha promosso la nascita di collaborazioni, sotto forma di protocolli d'intesa, tra ospedali e centrali operative attivate dai Distretti sanitari sui territori. Tali collaborazioni favorivano l'attivazione precoce di servizi e prestazioni che potevano confluire in percorsi di tipo residenziale o domiciliare.

Un'ulteriore evoluzione del sistema di continuità delle cure si è registrata con la DGR 27 del 28 marzo 2012. La Delibera ha stabilito la creazione di due organi, il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) e il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC). Questi due soggetti dialogano tra loro per garantire la continuità delle cure al momento della dimissione. Operativamente il NOCC è attivato su segnalazione dei medici ospedalieri: qualora prevedano la necessità di attivare un percorso post-acuzie o comunque di dimissioni protette, essi segnalano la situazione al NOCC specificando le esigenze del paziente (di tipo riabilitativo, sociale o assistenziale). Il NOCC – composto da infermieri, assistenti sociali e talvolta medici fisiatri – prende in carico la situazione e svolge degli approfondimenti. Qualora i professionisti coinvolti in queste valutazioni confermino la necessità di attivare un percorso di continuità assistenziale, il NOCC segnala all'NDCC competente la persona perché possano essere attivati dei percorsi di accompagnamento alla dimissione. L'NDCC può quindi realizzare percorsi domiciliari, residenziali o di cure primarie (i cd. posti letto CAVS, v. par. precedente). L'attuale scarsità di risorse, unita all'approccio che caratterizza la gestione della non autosufficienza in

¹² Ultimo dato disponibile.

Piemonte, determina l'attivazione di pochissimi percorsi domiciliari. È importante sottolineare che l'accesso ai posti letto CAVS garantisce alle famiglie un periodo di tempo (30-60 giorni) per organizzare il rientro della persona non autosufficiente a domicilio. La disponibilità di posti letto non sopperisce però alla mancanza – o alla presenza sporadica – di servizi informativi che supportano le famiglie nell'organizzazione del rientro a domicilio, nella costruzione di un piano di attività legato alla cura e all'assistenza della persona, nel reperimento dell'assistente familiare.

2.2.2 Sportelli Unici Socio-Sanitari e valutazione geriatrica¹³

Le ASL e i Comuni hanno lavorato nel corso degli anni per favorire l'integrazione socio-sanitaria nei loro territori. Tale sforzo si è concretizzato principalmente nell'istituzione di servizi rivolti ad alcuni gruppi di utenti (per esempio gli utenti anziani e/o non autosufficienti). Il più importante di questi servizi è lo Sportello/Punto/Centro Unico Socio-Sanitario, che rappresenta una porta d'accesso unica a tutti i servizi che implicano la collaborazione tra sociale e sanitario.

Lo Sportello collabora con l'ospedale nel rientro a domicilio della persona non autosufficiente. Si rivolge però anche alle persone non autosufficienti non ricoverate (e che magari non devono la loro autosufficienza a un trauma con conseguente ricovero ospedaliero). In entrambi i casi è comunque la persona o, più probabilmente, la sua famiglia a recarsi allo Sportello per richiedere un accompagnamento. Tale accompagnamento è costruito sulle esigenze della persona a seguito di una valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG). Al momento della richiesta la persona viene inserita in un percorso di valutazione che porterà alla permanenza a domicilio oppure all'inserimento in struttura; questi due percorsi sono rigidamente separati. La scelta tra domiciliarità e residenzialità avviene sulla base della preferenza espressa dalla persona, dell'analisi del fascicolo curato dal MMG che la persona allega alla domanda di valutazione, di una prima valutazione socio-familiare effettuata dagli operatori sociali dello sportello.

Il percorso valutativo inizia con l'istruttoria sanitaria e sociale. L'istruttoria sanitaria è realizzata dal personale medico-infermieristico dell'UVG, mentre quella sociale è effettuata dal Comune competente e si compone di una valutazione della condizione sociale e della condizione economica. Le due istruttorie convergono nell'UVG, un'unità valutativa multidimensionale e multiprofessionale. L'UVG fa quindi un lavoro di ricomposizione delle istruttorie e attribuisce un livello di intensità assistenziale (espresso in un punteggio numerico) ed eventualmente un carattere di urgenza (cd. codice rosso). L'attribuzione dell'urgenza avviene secondo criteri prestabiliti (cfr. DGR 14/2013) che di norma sono legati a singoli elementi contenuti nelle istruttorie; tuttavia l'UVG può decidere – motivando – di attribuire l'urgenza anche sulla base della valutazione che realizza e tenendo conto di elementi emersi nelle istruttorie ma non codificabili nelle scale valutative utilizzate. Per la residenzialità al livello di intensità corrisponde il riconoscimento di un emolumento corrispondente alla tariffa del tipo di struttura selezionata (in base ai livelli di assistenza che offre); non ci sono ulteriori valutazioni sul progetto individuale, né flessibilità nell'uso delle risorse.

¹³ Per la stesura di alcuni aspetti del presente paragrafo si è fatto riferimento a Rei e Motta (2011).

Per la domiciliarità al livello di intensità corrisponde il riconoscimento di un massimale di spesa. Il massimale rappresenta la base su cui gli operatori che hanno realizzato le istruttorie costruiscono, insieme alla persona e alla famiglia, un PAI (Progetto di Aiuto Individuale). Esso comprende diverse prestazioni che, insieme, non possono superare il massimale di spesa (e raramente lo raggiungono). Il massimale è ritenuto al 50% spesa sanitaria e al 50% spesa sociale; rispetto a quest'ultima è stabilita la compartecipazione della persona in base alla valutazione della situazione economica (reddituale e patrimoniale) e può arrivare fino alla copertura totale (da parte della persona o da parte del Comune). Gli interventi che possono essere inseriti nel PAI sono:

1. Assegno di cura: un assegno bancario intestato alla persona, che gestisce da sola o col supporto della famiglia l'assunzione del/dei professionisti da coinvolgere nel PAI (principalmente assistenti familiari e OSS);
2. Buono servizio (voucher): una lettera dell'ente al fornitore scelto dalla persona (una cooperativa o agenzia interinale iscritta all'albo unico dei fornitori di ASL e Comune).

In alcuni territori, come nel Comune di Torino, una terza tipologia di prestazione può essere inserita nel PAI: le cure familiari. Questa prestazione è costituita da un contributo economico riconosciuto al familiare che assiste direttamente la persona non autosufficiente, anche per compensare impossibilità o la difficoltà ad avere un'attività lavorativa retribuita.

Alcuni Sportelli hanno saputo sviluppare una particolare attenzione al tema della non autosufficienza e dell'assistenza familiare: in alcuni Sportelli, per esempio, sono disponibili elenchi di persone che si sono rese disponibili a lavorare come assistenti familiari. Altri territori si sono invece concentrati sulla continuità assistenziale, garantendo l'attivazione dell'UVG quando la persona è ancora ricoverata. È necessario sottolineare che anche in questi casi ci deve comunque essere una richiesta di valutazione presentata allo Sportello (la valutazione non può essere attivata dall'ospedale). Inoltre, nonostante le istruttorie avvengano prima delle dimissioni, il responso dell'UVG arriva comunque diverse settimane dopo. Questa collaborazione tra territorio e ospedale contribuisce ad accorciare i tempi di attesa, ma purtroppo non riesce a fornire un aiuto tempestivo alle famiglie che si trovano così a dover gestire il rientro a domicilio di un congiunto non più autosufficiente.

2.3 Sportelli informativi: una presenza territoriale diffusa

I temi della non autosufficienza, dell'invecchiamento e dell'assistenza familiare non sono affrontati unicamente dai servizi sanitari indicati nel paragrafo precedente. Gli enti locali e le ASL hanno infatti attivati numerosi servizi territoriali che sono presenti in tutta la Regione. Questi servizi, spesso implementati nella forma di sportelli informativi, si rivolgono a utenze specifiche tutte collegate in qualche modo ai temi trattati. Si tratta – come brevemente illustrato di seguito – dei Servizi InformAnziani, degli Sportelli badante e dei Servizi InformaStranieri.

Servizio InformAnziani / Spazio Anziani

Sportello informativo dell'ente locale che si rivolge alla popolazione ultrasessantacinquenne. Questo servizio svolge diverse funzioni sui diversi territori in cui è attivato: promuove e sostiene progettualità a favore degli anziani proposte dai servizi sociali territoriali, supporta l'area anziani di questi ultimi nella predisposizione dei progetti individuali e nella realizzazione di interventi e iniziative di sensibilizzazione. Collabora con le ASL nella predisposizione di progetti specifici e di attività di integrazione e programmazione inter-istituzionali nell'ambito degli interventi per la non autosufficienza. Gestisce servizi di emergenza rivolti agli anziani (sempre presenti o attivati periodicamente, ad esempio durante il periodo estivo). Offre consulenza e assistenza rispetto ad alcuni servizi attivati localmente (solo da alcuni Comuni) come la consegna del pasto a domicilio e il supporto economico alla domiciliarità. In alcuni territori gestisce infine l'accreditamento dei fornitori dei servizi domiciliari e dei Presidi per Anziani e la relativa rendicontazione.

Sportello badante/non autosufficienza

Alcuni territori hanno attivato questo sportello specifico che, in sostituzione o in affiancamento allo servizio informativo per gli anziani, offre consulenza rispetto al tema della non autosufficienza e dell'assistenza familiare. Alcuni Comuni hanno allestito presso questo servizio anche piccole banche dati di assistenti familiari.

Servizio InformaStranieri

Sportello informativo che, similmente al Servizio informativo per gli anziani, si rivolge alla popolazione di cittadinanza o origine straniera. Presso questi sportelli gli utenti possono trovare informazioni rispetto ai propri diritti e alle opportunità a cui hanno accesso. In alcuni Comuni questi servizi sono orientati anche al supporto nella ricerca del lavoro e collaborano con i servizi sociali territoriali e/o con il locale Centro per l'Impiego (CPI).

2.4 La situazione di partenza: servizi e iniziative legate al POR FSE 2007-2013

Da più di un decennio gli interventi e le politiche per la non autosufficienza sono al centro del dibattito sul rinnovamento dei sistemi di welfare. Come sottolineato nel capitolo 1, in questo processo il livello regionale ha sin dagli anni Novanta giocato un ruolo strategico. Si inserisce proprio in questo contesto il bando pubblicato nel 2010 dalla Regione Piemonte "per la realizzazione di servizi integrati nell'area dell'assistenza familiare mediante reti territoriali". Il bando aveva lo scopo di stimolare una prima serie di interventi innovativi di welfare mix ed era finanziato con risorse provenienti dal Programma Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo 2007-2013 (POR FSE 2007-2013). L'iniziativa si rivolgeva a diversi soggetti locali: Province (in particolare attraverso i Centri per l'impiego), enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (in particolare attraverso i servizi sociali territoriali), soggetti privati (soggetti accreditati per i servizi al lavoro) e attori del privato sociale. Il bando stimolava le Province a proporre progettualità che rispondessero ad alcune indicazioni (Torrioni 2015):

- sviluppare e rafforzare la *governance* dell'area dell'assistenza familiare al fine di (ri)dare dignità al lavoro di cura e accompagnare le persone e le famiglie in condizioni di fragilità;
- migliorare e potenziare il sistema di offerta di lavoro di cura presente sul territorio;
- favorire l'emersione del lavoro irregolare;
- promuovere percorsi di qualificazione professionale per gli/le assistenti familiari e per gli operatori e le operatrici dei servizi dedicati.

Il bando conteneva anche alcune indicazioni rispetto al percorso che le progettualità avrebbero dovuto predisporre per sostenere percorsi virtuosi di incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura. Dopo una prima fase di accoglienza, informazione e analisi del bisogno doveva avere luogo la presa in carico vera e propria dei beneficiari (assistenti familiari e famiglie). Seguiva poi il momento centrale, in cui doveva essere svolta l'attività di incrocio tra domanda e offerta di lavoro; questa fase doveva concludersi con l'inserimento lavorativo della persona selezionata. Anche dopo l'attivazione del rapporto di lavoro il servizio doveva poi rimanere un punto di riferimento per l'assistente familiare e per la famiglia. A questa *"gamma diversificata di servizi specialistici integrati, personalizzati e finalizzati all'attivazione del rapporto di lavoro"* (ivi, p. 51), si aggiungevano ulteriori risorse tratte dal Fondo Politiche Migratorie 2010. Queste risorse potevano essere impiegate per finanziare attività di (ri)qualificazione rivolte ad assistenti familiari e incentivi alle famiglie per la regolarizzazione dei rapporti di lavoro.

Il bando ha generato otto progettualità: Sportello assistenti familiari in Provincia di Vercelli; Alessandria in rete per l'assistenza familiare; Reti di cura in Provincia di Novara; R.O.S.A. in Provincia di Cuneo; Assistente familiare in rete in Provincia di Asti; AfriTo e AfriPro in Provincia di Torino; C.u.r.a. in Provincia di Verbano-Cusio-Ossola. Questi servizi sono nati all'interno dei Centri per l'impiego delle province piemontesi e hanno visto la collaborazione di numerosi attori pubblici e privati (per un approfondimento si veda il par. 3.2). La Provincia di Biella, pur non avendo partecipato al bando, ha realizzato alcune delle attività finanziabili con le risorse del Fondo Politiche Migratorie.

2.5 L'indagine: finalità, obiettivi specifici e attività

L'indagine alla base del presente Rapporto si proponeva di individuare e analizzare esperienze e buone prassi realizzate nell'ambito dell'assistenza familiare sul territorio piemontese a partire dal 2010. Sulla base di questa analisi si proponeva di individuare soluzioni innovative e sostenibili nel tempo e di indicare alcune direttrici per lo sviluppo di interventi e soluzioni efficaci ed efficienti a livello regionale.

Sulla base degli elementi di contesto (v. parr. 2.1-2.2) e dei riferimenti teorici individuati (v. cap. 1), l'indagine si proponeva di approfondire anche alcuni temi specifici:

- formazione professionale, valorizzazione professionale e sociale delle/gli assistenti familiari;
- miglioramento delle condizioni lavorative nell'ambito dell'assistenza familiare ed emersione del lavoro irregolare;

- conciliazione vita-lavoro e semplificazione del percorso di accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza (con particolare attenzione all'utilizzo di sistemi informativi integrati tra loro e alla continuità assistenziale attivata al momento della dimissione ospedaliera);
- valorizzazione del ruolo del/la familiare caregiver: forme di sostegno economico e supporto nella gestione (anche emotiva) della relazione di cura;
- supporto alla domiciliarità (in particolare con prestazioni specialistiche a domicilio e attraverso esperienze di welfare comunitario).

L'indagine ha quindi previsto lo svolgimento di sei attività che hanno avuto luogo nel periodo compreso tra luglio e novembre 2017.

Attività 1 – Analisi del contesto dal 2010 ad oggi

L'analisi di contesto si è concentrata sulla descrizione della situazione regionale con riferimento ai principali indicatori socio-economici e demografici, oltre che di cura, che contribuiscono a qualificare il complesso fenomeno dell'assistenza alle persone anziane. Sono stati presi in considerazione alcuni indicatori coerenti con gli obiettivi specifici proposti (popolazione anziana, indice di vecchiaia e dipendenza, dinamiche occupazionali di settore). Sono anche stati rilevati dati sull'offerta di servizi per gli anziani non autosufficienti (posti in RSA e servizi domiciliari). L'analisi si è basata su banche dati e fonti secondarie riferite al contesto nazionale, regionale e distrettuale (ove possibile). Le principali fonti utilizzate sono state le seguenti: PiSta – Piemonte Statistica, Banca Dati Demografico-Evolutiva; DemOs Piemonte, Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte; IRES, Piemonte Economico Sociale; Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro; Osservatorio sull'Immigrazione in Piemonte; Istat; Agenzia Piemonte Lavoro; Rapporti annuali "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", a cura di NNA (Network Non Autosufficienza). L'analisi del contesto ha tenuto conto anche delle esperienze realizzate attraverso il precedente bando regionale del 2010.

Attività 2 - Analisi di esperienze e iniziative del territorio: una mappatura

La seconda attività è stata dedicata alla mappatura del patrimonio di esperienze e iniziative riguardanti l'assistenza familiare che si sono sviluppate dal 2010 sul territorio regionale. L'attenzione si è focalizzata sulle iniziative promosse dalla Regione stessa, da amministrazioni provinciali e locali e su progettualità che hanno visto il coinvolgimento di una pluralità di attori (anche privati) e si sono distinte per un forte radicamento territoriale¹⁴. La mappatura, oltre a

¹⁴ Nell'indagine sono stati coinvolti i seguenti soggetti (che hanno fornito dati e materiali e in molti casi hanno risposto alle interviste in profondità previste dalla ricerca): Regione Piemonte; Agenzia Piemonte Lavoro; CPI Vercelli; CPI Asti; Consorzio dei servizi sociali del Verbanò; Consorzio IRIS Biella; Consorzio Cissabo; Consorzio Monviso Solidale; Comune di Novara, Comune di Torino; Comune di Alessandria; Comune di Asti; Comune di Cuneo; ASL Novara (Servizio Spazio Anziani); ASL Torino (Struttura Complessa Cure Domiciliari e Disabilità); ASL Torino 3 e AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (Servizio Sociale Ospedaliero) Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo; Compagnia di San Paolo; Fondazione Cariplo; Labins – Laboratorio d'Innovazione Sociale; Kairos Mestieri

censire le attività realizzate, ha permesso di individuare punti di forza e criticità del sistema regionale di assistenza alle persone anziane. Sono state incluse nella mappatura anche iniziative rivolte principalmente al sostegno della domiciliarità (v. attività 5). La rilevazione è partita da un primo studio delle attività avviate a partire dal bando regionale del 2010: l'analisi degli otto progetti realizzati e dei partenariati che li sostenevano ha permesso di individuare attori locali significativi da coinvolgere nell'indagine. La ricerca è poi proseguita con l'approfondimento di numerosi servizi e progetti realizzati localmente e sostenuti da enti locali (anche sulla base di finanziamenti regionali, nazionali o europei), CAF-Patronati, associazioni e realtà del Terzo Settore e Fondazioni di origine bancaria (FOB). Il lavoro di ricerca, in questa attività, non si è limitato alla mappatura generale: sono stati realizzati alcuni approfondimenti qualitativi su iniziative particolarmente significative per la loro efficacia, durata, sostenibilità, innovatività e capacità di coinvolgimenti di soggetti.

Attività 3 - Mappatura di iniziative pubbliche e private attive sul territorio e loro modalità operative

La terza attività, realizzata contemporaneamente alla seconda, ha permesso di approfondire le iniziative individuate e ancora attive. Tali progettualità sono state approfondite nel dettaglio delle modalità operative (destinatari, criteri di accesso, servizi attivati, modalità di erogazione del servizio, partnership, finanziamento). Questo approfondimento, in continuità rispetto alla seconda azione, intendeva rispondere ad alcuni interrogativi: perché in alcuni territori si sono attivate reti con un respiro e una continuità? Quali sono le condizioni perché questo si realizzi? Perché in altri territori, dopo le sperimentazioni, le progettualità si sono affievolite e non sono state riproposte? Nel corso di questa attività è stato realizzato anche un focus group che ha coinvolto i principali *stakeholder* e li ha invitati a riflettere sulle domande proposte, sui punti di forza e criticità del sistema piemontese e su come favorire una *governance* più efficace¹⁵.

Attività 4 – Trasposizione delle prassi più innovative nel mutato contesto economico-sociale e normativo

La quarta attività si è focalizzata sostanzialmente sullo studio di quanto emerso dall'analisi del contesto, dalla mappatura delle iniziative e dal confronto con gli *stakeholder*. Tale studio ha portato all'individuazione, a partire dal materiale empirico, di elementi che favoriscono soluzioni e interventi innovativi e nuove partnership multi-attore in grado di innestarsi sulle esperienze presenti sul territorio (individuate nell'attività 3). Anche la quarta attività è stata implementata alla luce della cornice interpretativa individuata all'inizio dell'indagine: centralità è stata quindi garantita alla formazione e qualificazione professionale, al tema delle pari opportunità, all'integrazione con altri servizi e progetti e alla facilitazione dell'accesso ai servizi. Il lavoro di ricerca si è quindi concentrato sulla valorizzazione di competenze e

(con cooperativa Crescere Insieme); Cooperativa ANTEO; Associazione ASAI; Gruppo Volontariato S. Giuseppe Biella; Bottega del possibile; Associazione Acli Colf; Associazione Acli; Jointly Srl.

¹⁵ Hanno partecipato al focus group rappresentanti delle seguenti organizzazioni: Agenzia Piemonte Lavoro; Consorzio Monviso Solidale; Consorzio dei servizi sociali del Verbanò; Direzione politiche sociali, Area servizi socio-sanitari e Area servizi per gli anziani – Comune di Torino; Labins – Laboratorio di Innovazione Sociale; Spazio Anziani e progetto "Casa Comune" – Asl di Novara; Acli Colf; Kairos Mestieri; CPI di Asti; Bottega del possibile.

specificità capaci di sostenere i territori nella costruzione di partnership pubblico-privato che reggano alla prova del tempo e siano in grado di progettare e attuare soluzioni sostenibili. In un contesto di risorse scarse appare infatti essenziale individuare e condividere risorse pubbliche e non pubbliche, progettare insieme, avviarsi verso una produzione di servizi condivisa e incentrata sull'*empowerment* dei beneficiari.

Attività 5 – Individuazione di prassi riproducibili nell'ambito dei servizi legati alla domiciliarità

Parallelamente alla quarta attività, la quinta ha riguardato i servizi legati alla domiciliarità. Anche questa attività ha preso spunto da quanto emerso dalla seconda e terza attività per individuare elementi di sviluppo di un sistema a sostegno della domiciliarità. Lo studio delle iniziative e delle caratteristiche si è basato sul concetto di domiciliarità come strumento per favorire una maggior tutela dei diritti della persona anziana o con disabilità e, allo stesso tempo, come occasione di risparmio per il sistema dei servizi pubblici. Quest'ultimo rischia infatti di andare in sovraccarico nei prossimi anni in assenza di alternative credibili rispetto agli attuali modelli di cura e tutela. La mappatura dei servizi si è quindi concentrata sulle esperienze realizzate per favorire la permanenza al domicilio anche attraverso la garanzia di prestazioni medico-infermieristiche e assistenziali funzionali al benessere della persona (in una logica di integrazione tra servizi e prestazioni). L'attività cinque, come sottolineato, si è svolta parallelamente alle altre attività con il preciso scopo di avviare in futuro progettualità rivolte a soggetti in condizione di non autosufficienza sempre più legate all'imprescindibile apporto fornito da politiche a sostegno della domiciliarità.

Attività 6 – Supporto alla progettazione di iniziative (anche sperimentali) con particolare attenzione ai bisogni delle famiglie che si trovano in situazioni emergenziali

Alla luce di quanto emerso dalla raccolta dati e dall'analisi condotta con le precedenti attività, la sesta si è concentrata sull'individuazione di alcune linee di sviluppo per un nuovo modello piemontese di promozione dell'assistenza familiare. Sono stati individuati progetti e/o singole caratteristiche di progetti che hanno mostrato meccanismi di funzionamento più efficienti ed efficaci e che sono riuscite ad incidere nelle aree individuate con obiettivi specifici (formazione/riconoscimento degli assistenti familiari, miglioramento delle condizioni lavorative ed emersione del lavoro irregolare, conciliazione vita-lavoro e semplificazione dell'accesso ai servizi, valorizzazione e sostegno familiare-caregiver, servizi di supporto alla domiciliarità). Particolare attenzione è stata rivolta inoltre a situazioni emergenziali, attraverso lo studio di esperienze rivolte all'improvviso sopraggiungere della non autosufficienza e alla gestione della conseguente imprevedibile domanda di lavoro di cura. In questo senso l'attenzione si è concentrata in particolare su iniziative che, mettendo in collegamento il mondo sanitario con quello sociale e con il territorio, riescono a sostenere persone e famiglie in un delicato momento di transizione.

Questa attività, in cui rientra anche la stesura del presente Rapporto, ha lo scopo di supportare concretamente la Regione nella definizione dei tratti distintivi e delle modalità operative di un nuovo modello di intervento nel campo delle politiche di assistenza familiare in un'ottica di

ottimizzazione delle risorse disponibili, di integrazione degli interventi di *policy* e di *empowerment* dei beneficiari.

Attività 7 - Servizio aggiuntivo¹⁶

Al fine di contribuire al miglioramento complessivo del sistema sono previsti tre incontri di presentazione e disseminazione dei risultati del presente Rapporto (rivolti a Torino e Città Metropolitana, al Quadrante Nord-Est e al Quadrante Sud). Tali incontri, da realizzarsi successivamente alla consegna del Rapporto, saranno organizzati dalla Regione e gestiti con l'intervento dei membri del gruppo di lavoro. Coinvolgeranno enti locali, enti gestori e organizzazioni del privato sociale che hanno partecipato all'indagine, e saranno aperti alla cittadinanza. Potranno costituire una preziosa occasione di condivisione dei risultati alla luce della predisposizione di una nuova strategia di azione da realizzarsi dal 2018 in avanti.

2.6 L'indagine: la metodologia adottata

L'indagine è stata realizzata attraverso il ricorso a metodi qualitativi, in particolare attraverso l'analisi di documentazione, venti interviste in profondità a testimoni privilegiati e ad attori chiave (v. nota 14) e un focus group (v. nota 15).

Per quanto riguarda l'analisi *desk*, si è fatto ricorso a documenti progettuali, di monitoraggio e di valutazione delle iniziative approfondite. Nelle interviste sono invece stati coinvolti testimoni privilegiati (ad es. referenti di progetti, soggetti pubblici con una "visione di insieme" a livello territoriale). Le interviste avevano lo scopo di ricostruire l'output, il processo e – ove possibile – anche i risultati conseguiti dalle esperienze analizzate.

Nel corso della terza attività, all'inizio del mese di ottobre 2017, è stato realizzato un focus group che ha coinvolto una pluralità di soggetti appartenenti ad ambiti e territori differenti. Il focus group aveva l'obiettivo di comprendere più a fondo le modalità operative dei progetti e di avviare un confronto sulle condizioni di trasposizione delle prassi più innovative al mutato contesto economico-sociale e normativo. Per rispondere a questo obiettivo i partecipanti sono stati chiamati a confrontarsi sui risultati empirici delle principali esperienze ancora attive per mettere a fuoco le dinamiche sottostanti e sviluppare una "riflessione di sistema" sulle soluzioni organizzative e sulle modalità con cui il welfare locale affronta il tema dell'assistenza familiare. Il focus group ha fatto ricorso allo strumento dell'analisi SWOT, che ha una forte valenza strategica e di progettazione. Ha permesso quindi di individuare criticità, opportunità, aspetti di forza e di debolezza delle iniziative realizzate e, più in generale, del sistema piemontese a sostegno dell'assistenza familiare.

¹⁶ Data la natura di questa attività, ovviamente essa non ha ancora avuto luogo e si svolgerà nei primi mesi del 2018.

Capitolo 3.

Mappatura e analisi di buone prassi: i progetti provinciali scaturiti dal Bando regionale del 2010

Introduzione

Come detto (v. par. 2.4), nel 2010 la Regione ha pubblicato un bando “per la realizzazione di servizi integrati nell’area dell’assistenza familiare mediante reti territoriali”. Il bando, che aveva lo scopo di stimolare una prima serie di interventi innovativi di welfare mix, si rivolgeva a diversi soggetti locali: Province (in particolare attraverso i Centri per l’Impiego, CPI), enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (in particolare attraverso i servizi sociali territoriali), soggetti privati (soggetti accreditati per i servizi al lavoro) e attori del privato sociale.

Il bando ha generato otto progettualità: Sportello assistenti familiari in Provincia di Vercelli; Alessandria in rete per l’assistenza familiare; Reti di cura in Provincia di Novara; R.O.S.A. in Provincia di Cuneo; Assistente familiare in rete in Provincia di Asti; AfriTo e AfriPro in Provincia di Torino; C.u.r.a. nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola. Questi servizi sono nati all’interno dei CPI delle province piemontesi e hanno visto la collaborazione di numerosi attori pubblici e privati.

Molte delle progettualità attivate hanno continuato ad operare anche a conclusione del progetto. Nelle realtà in cui lo sportello dedicato non è più attivo, a seguito dell’esaurimento delle risorse erogate con il bando regionale, si offre comunque una prima consulenza normativa chiarendo i fondamenti dei rapporti di lavoro domestico e distribuendo copia dei CCNL di riferimento.

3.1 Considerazioni a valle del bando regionale del 2010

A seguito delle ricostruzioni e delle interviste effettuate nelle diverse realtà provinciali, si può evidenziare in primo luogo la continuità avvenuta attraverso i Centri per l’Impiego (CPI) del servizio “sportello” anche dopo la conclusione dei progetti attivati a partire dal bando. Questo a riprova del fatto che esiste tra i responsabili e gli operatori una convincente consapevolezza riguardo al fatto che i progetti hanno funzionato nei territori (anche a fronte di difficoltà iniziali nel trovare un equilibrio tra pubblico e privato nelle reti locali). I protagonisti dei progetti precedenti concordano infatti sulla necessità di sviluppare relazioni a valore aggiunto negli interventi su un terreno critico come quello rappresentato da soggetti in condizione di fragilità e emarginazione.

In ogni caso, se pure a geometria variabile, sono proseguite quindi le esperienze maturate nei diversi territori con la gestione di due servizi dedicati. Si riporta di seguito una sintesi di tali due servizi.

Lo Sportello assistenti familiari per i disoccupati

All’atto dell’inserimento nelle liste dei disoccupati vengono esplorati i precedenti lavorativi e le aspirazioni individuali; qualora si rilevi esperienza (anche non formale) e/o disponibilità al

lavoro di cura e assistenza familiare la persona viene indirizzata allo Sportello Assistenti familiari. Qui viene svolto un colloquio specialistico, a cui segue la stipula di un apposito “Patto di servizio”. La scheda individuale evidenzia le competenze acquisite dal lavoratore, le sue disponibilità (in particolare alla convivenza in famiglia) e i vincoli oggettivi e soggettivi presenti (es. mancanza di patente automobilistica). Vengono illustrate anche le opportunità formative presenti sul territorio. Le attività nei confronti dell’utente disoccupato sono in sintesi:

- colloquio specialistico e stipula del “Patto di servizio”;
- consulenza individuale;
- offerta formativa;
- certificazione delle competenze non formali;
- proposta di inserimento lavorativo.

Lo Sportello assistenti familiari per i datori di lavoro domestico

Lo sportello accoglie le famiglie ponendo particolare cura a fornire prime informazioni di base su tutti gli argomenti afferenti al lavoro domestico: modalità di assunzione, contribuzione, norme contrattuali. In particolare questo sportello si occupa dell’incontro domanda-offerta: le famiglie che necessitano di un aiuto per sé o per parenti possono rivolgersi al CPI per trovare l’assistente familiare. Il servizio è pubblico e gratuito. Gli operatori individuano con la famiglia il tipo di professionalità e disponibilità richieste all’assistente familiare così da poterle incrociare con le candidature dei lavoratori intervistati. Sintetizzando, l’attività nei confronti delle famiglie si sviluppa nelle seguenti modalità:

- consulenza;
- richiesta di personale;
- incontro famiglia-badante.

Gli operatori dello sportello non solo presentano alle famiglie i profili professionali dei candidati, ma in genere organizzano incontri fra datori di lavoro e lavoratori presso i locali del CPI in modo da assicurare trasparenza ed efficienza nel servizio di incontro domanda-offerta. Per venire inoltre incontro ai bisogni differenziati di assistenti familiari e famiglie è stato attivato spesso un lavoro di rete con rimando ad altri sportelli di servizio: organizzazioni di volontariato, servizi sociali e sanitari, patronati dei territori di riferimento. Questi soggetti offrono anche consulenza rispetto all’attivazione e alla gestione del rapporto di lavoro.

3.2 Il Filo d’Arianna (Biella)

Nel quadro della ricostruzione di quanto avvenuto a valle delle attività del bando regionale 2010 si dà a questo punto opportuna visibilità all’esperienza che, nel contesto biellese, si è caratterizzata come “esterna” alla sperimentazione delle reti, per scelte maturate nel contesto locale all’epoca dello stesso bando regionale. Tale iniziativa è intervenuta nel territorio su ambiti analoghi a quelli indicati dalla Regione, ma “personalizzati” nel rispetto del contesto locale.

Genesi, obiettivi e caratteristiche generali del progetto

Il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali IRIS (Insieme Ripensando i Servizi) è un Ente strumentale dei Comuni, costituitosi nel gennaio del 1996. Per i Comuni dell'area di competenza, il Consorzio IRIS ha compiti di programmazione, coordinamento e gestione di servizi articolati su un'area sovracomunale e di materie a rilievo sanitario, mentre gli interventi socio-assistenziali previsti dalla L.R. 1/2004 sono gestiti dai Comuni attraverso varie forme (direttamente, tramite Unioni Montane o Convenzioni di Comuni o tramite il Consorzio).

Il Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali (CISSABO) è un ente strumentale degli Enti Locali che nasce nel 1994 dalla delega, da parte degli Enti Locali interessati, delle proprie funzioni socio-assistenziali. Opera nell'area orientale della Provincia di Biella.

Gestito dal Gruppo di Volontariato Vincenziano "San Giuseppe" Onlus di Biella, lo Sportello è un servizio del Consorzio IRIS, fornito in collaborazione con ASL BI, Cooperativa Il Cammino e il Centro Servizi Volontariato. Dal 2000 il "Filo d'Arianna" si pone come punto di raccolta delle richieste delle persone anziane per l'attivazione di interventi di volontariato a sostegno della domiciliarità, fornendo informazioni sulle associazioni di volontariato e contattando singoli cittadini disponibili a offrire il proprio aiuto (i "buoni vicini"). Presso lo Sportello operano una quindicina di volontari, preparati con un corso apposito. L'età media dei volontari è 67 anni. Lo Sportello può contare inoltre su 3 operatori qualificati part-time, che garantiscono l'omogeneità del servizio e coadiuvano l'opera dei volontari grazie alle loro competenze professionali.

Un servizio analogo, ma con modalità operative parzialmente diverse, è presente nel territorio del biellese orientale e viene effettuato tramite lo Sportello Unico Socio-Sanitario. Lo sportello è gestito dal CISSABO in collaborazione con la Cooperativa sociale "Il Filo da Tessere".

I servizi erogati

Gli sportelli si connotano come struttura di riferimento per famiglie che necessitano di assistenti familiari qualificati/e e assistenti familiari che necessitano di lavoro e sono alla ricerca di una collocazione e/o di un miglioramento professionale.

Il Filo d'Arianna è in primis uno Sportello Informativo per gli anziani, ma svolge anche altri due importanti compiti: quello di attivare, a favore degli anziani che lo richiedono, il volontariato domiciliare (trasporti, compagnia anche telefonica, commissioni) e quello di gestire l'Albo degli assistenti familiari a favore dei cittadini che necessitano di assistenza privata a domicilio.

L'attività dell'Albo degli assistenti familiari favorisce l'incontro domanda-offerta di lavoro, attività di competenza del Centro per l'Impiego che, per il territorio del Consorzio IRIS, viene facilitata dallo Sportello, grazie ad un accordo che Il Consorzio stesso, unitamente al CISSABO, ha sottoscritto con la Provincia. Questo Servizio fornisce annualmente risposta a circa 100 famiglie (tale è il numero di rapporti di lavoro regolari per assistenti familiari attivati all'anno grazie all'intervento de Il Filo d'Arianna).

Per poter assolvere al meglio il proprio ruolo i Consorzi socio-assistenziali sono a tal fine in rete con il Centro per l'Impiego (esiste un protocollo in merito) e conseguentemente hanno

individuato quali nodi effettivi e operativi di rete gli Sportelli (anche in merito esiste un protocollo relativo ai Consorzi-Sportelli). In tale logica l'Albo, servizio gratuito per le famiglie, assolve diversi compiti particolarmente significativi e qualificanti:

- raccogliere e selezionare le offerte di lavoro secondo regole operative precise;
- ascoltare e informare la famiglia su tutti gli aspetti del rapporto di lavoro relativi all'assistenza familiare e sulle risorse del territorio;
- svolgere un ruolo "educativo", di promozione e indirizzo del lavoro regolare;
- proporre alla famiglia l'assistente familiare più adeguato/a o l'organizzazione più adeguata che possano fornire gli/le assistenti familiari;
- facilitare l'incontro e la conoscenza tra assistente familiare e famiglia;
- orientare la famiglia nelle pratiche burocratiche attraverso il raccordo con i soggetti già preposti (Patronati);
- monitorare l'andamento dell'abbinamento tra assistente familiare e famiglia;
- mantenere stretti raccordi con la rete dei Servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari, per accogliere e seguire meglio l'utente;
- mantenere rapporti con i Servizi di formazione dei Consorzi per poter contare su assistenti familiari qualificati/e.

Ai fini della gestione dell'Albo degli assistenti familiari viene utilizzato il sistema informatico "Biella Lavoro" (sistema in uso dal Centro per l'Impiego), frutto di una sperimentazione sostenuta dall'Unione industriale biellese. Il principale vantaggio di tale scelta risiede nella possibilità di *matching*.

Sostenibilità e criticità

Mancanza di un solido sistema di formazione pratica (corsi base, aggiornamenti, addestramenti, affiancamenti, riconoscimento delle competenze) per le figure di assistenti familiari. Sono state realizzate alcune esperienze in questo ambito, ma hanno ricevuto finanziamenti sporadici e non sono state continuative. La valutazione delle competenze delle assistenti familiari non può continuare ad essere una competenza degli operatori degli Sportelli dei Consorzi. Occorre pensare tale funzione più in capo ai Servizi al Lavoro e alle Agenzie Formative. E occorre anche interrogarsi su quali raccordi siano possibili.

Dalle interviste sono emersi diversi elementi che indicano lo stato dell'arte e la situazione presente e che forniscono al contempo indicazioni per il futuro. Li riportiamo di seguito per esteso: "Biella Lavoro" non verrà probabilmente più mantenuto (si tratta infatti di un sistema avviato localmente per cui mancano le risorse). Quale potrà dunque essere il sistema alternativo? "In SILP [il Sistema Informativo Lavoro Piemonte, che collega i CPI piemontesi n.d.r.] è/era prevista una scheda interessante (nell'ambito del progetto P.A.R.I.) per rilevare le competenze dichiarate dal lavoratore ma SILP va probabilmente adeguato sulla base delle caratteristiche di questa tipologia di lavoratore/trice". La fruizione dell'Albo deve rimanere in

capo agli Sportelli specificati o estesa ad altri soggetti pubblici e privati del territorio? Se va estesa, la gestione dell'Albo (inserimenti, cancellazioni, rettifiche) a chi va posta in capo? Sapendo che essa non potrà essere estesa eccessivamente e che occorre salvaguardare il ruolo e l'esperienza raggiunte e ormai consolidate.

Con tali prospettive è necessario pertanto aprire la rete ad altri soggetti. Ma questo solleva una serie di interrogativi e questioni che ad oggi non hanno ancora trovato una risposta. Con quali compiti e in capo a chi la rete può essere consolidata? La regolarizzazione del rapporto di lavoro continua ad essere evidenziata come problematica: occorre riflettere su quali incentivi prevedere per le famiglie (a questo proposito viene evidenziato che con P.A.R.I. e con il Fondo Politiche Migratorie le micro sperimentazioni si sono rivelate poco efficaci). Un'ulteriore area di problematicità è costituita da come affrontare l'emergenza (con intensità massima nelle prime fasi in cui l'esigenza di assistenza si palesa e "scoppia"). Si può pensare a creare dei Servizi ad hoc (per esempio forniti attraverso delle cooperative) per intervenire nei primi momenti affinché la famiglia possa poi organizzarsi? Come procedere con chi non ha risorse e quindi possibilità economiche per farsi carico dei costi?

Risultati ottenuti

La ricostruzione dei dati dello Sportello Il Filo d'Arianna e dello Sportello ACLI (i dati non sono disponibili per lo SPUN del CISSABO perché attivo solo da pochi mesi) sono stati per il 2016 i seguenti.

Filo d'Arianna:

- n. offerte di assistenti familiari: 251 (di cui 155 nuove iscrizioni all'Albo di persone con i requisiti previsti e presentatesi al colloquio fissato);
- n. domande di abbinamento da parte di famiglie: 317;
- n. abbinamenti effettuati/facilitati: 104.

Assistenti familiari avviati/e al lavoro:

- età media: 46 anni;
- n. italiani: 24; n. stranieri comunitari: 16; n. stranieri extracomunitari: 44 (104 assunzioni ma a favore di 84 assistenti familiari);
- percentuale di impegno lavorativo in regime di convivenza sul totale: 50%.

ACLI:

- n. offerte di assistenti familiari: 191 (di cui 67 senza requisiti per l'iscrizione all'albo);
- n. domande di famiglie: 89;
- n. abbinamenti effettuati/facilitati: 51.

Assistenti familiari avviati/e al lavoro:

- età media: 48 anni;
- n. italiane, n. straniere comunitarie, n. straniere extracomunitarie in ordine: Romania

seguita da Italia e Marocco (seguono poi Ucraina, Moldavia, Polonia, Ghana, ecc.);

- percentuale di impegno lavorativo sul totale in regime di convivenza: 75/80% conviventi.

3.3 I progetti scaturiti dal bando regionale del 2010: eredità e sfide delle iniziative provinciali

Come sottolineato all'inizio del presente capitolo, numerose esperienze attivate con il bando sono proseguite in forma più o meno simile e anche coinvolgendo attori diversi. Nella realtà di Asti, per esempio, la collaborazione si è allargata all'ASL. Quest'ultima rimanda allo sportello assistenti familiari del CPI in caso di richiesta di assistenza a domicilio delle famiglie di ricoverati prossimi alle dimissioni dal presidio ospedaliero. In specifico, nel 2017 è stato stipulato un Protocollo d'Intesa APL-ASL-Provincia di Asti per facilitare l'incontro domanda-offerta delle persone che si offrono per assistenza non sanitaria di tipo familiare all'interno dei Presidi Ospedalieri di Asti e Nizza Monferrato.

La continuità ha permesso, nei diversi contesti provinciali ove si era sperimentato il Progetto Reti, di fotografare con lucidità, consapevolezza e visione i problemi aperti, emersi anche nel corso della sperimentazione e confermati nei periodi successivi alla stessa. Tali criticità hanno fornito degli spunti fondamentali per l'individuazione delle direttrici di sviluppo di un nuovo modello regionale di promozione dell'assistenza familiare (v. par. 5.1).

In alcuni territori i progetti provinciali hanno infine favorito la nascita di nuove iniziative ad essi in qualche modo collegate. Di seguito si analizzano nel dettaglio tre progetti scaturiti in Provincia di Torino dall'esperienza di AfriTo che si pongono in continuità con il modello di intervento attivato e sperimentato attraverso il progetto stesso.

3.3.1 Servizio di incontro domanda-offerta promosso da ASAI

Il servizio di incontro domanda-offerta tra famiglie bisognose di assistenza domiciliare per una persona anziana e assistenti familiari alla ricerca di un lavoro attivato da ASAI (Associazione di animazione interculturale) si pone in continuità con il modello di intervento attivato e sperimentato attraverso il progetto AfriTo, promosso dalla Regione Piemonte e gestito dalla Provincia di Torino attraverso una ATS di cui facevano parte il Centro per l'Impiego di Torino, i Servizi Socio-Assistenziali del Comune di Torino, alcune Agenzie per il lavoro e diverse Associazioni che già operavano sulle problematiche dell'assistenza familiare (per approfondimenti v. Andreatza e Riso 2017).

ASAI aveva partecipato al progetto dando continuità alle attività avviate nel 2002 con un set di interventi diversificati e riconducibili allo Sportello lavoro con riferimento a: accoglienza giovani; orientamento e accompagnamento alla formazione; orientamento al lavoro; accompagnamento, accoglienza e attività dedicate a coloro che operano nel campo della cura alla persona. In specifico si realizzava un lavoro di presa in carico e orientamento degli/delle assistenti familiari verso la formazione (per completare il loro bagaglio di competenze professionali) o verso il servizio di incontro domanda-offerta reso possibile dallo sportello AfriTo.

Con la conclusione del progetto (2014) e il conseguente venir meno delle risorse necessarie a tenere attiva la rete integrata di partnership e di servizi costruita sul territorio, ASAI ha scelto di dare continuità all'esperienza proseguendo il servizio di presa incarico degli/delle assistenti familiari con lo Sportello Lavoro e mantenendo una rete di forte collaborazione con alcune delle organizzazioni partner di AfriTo con le quali si sono realizzate iniziative integrate (in particolare con ACLI Colf, l'Ufficio per la Pastorale migranti e l'Associazione Almaterra).

Parallelamente all'attività di incrocio domanda-offerta si intende favorire un miglioramento nelle modalità di incontro e di convivenza tra famiglia e assistente familiare, fondamentale sia per la qualità dell'assistenza erogata che per quella della vita di lavoro dell'assistente familiare. In questa prospettiva lo sforzo è quello di accompagnare le persone nella fase successiva all'inserimento, offrendo punti di riferimento agli/alle assistenti familiari nei quali poter dialogare sul proprio lavoro e acquisire rinforzi di motivazione e di competenze mirate (attraverso ad esempio il Gruppo Assistenti Familiari Torino, Graft).

Il servizio di ASAI collabora strettamente con il Comune di Torino. In particolare si è evidenziato il ruolo svolto da Sfep sulla formazione e l'attivazione della cabina di regia in materia. La formazione di Sfep è stata impostata didatticamente con la revisione e rivalutazione delle esperienze concrete possedute dai/dalle partecipanti.

I servizi erogati

ASAI è accreditato in materia di orientamento e accompagnamento al lavoro e gli operatori dello Sportello accolgono nelle due mezze giornate di apertura settimanale gli/le assistenti familiari. L'Associazione sviluppa un approccio che accompagna le persone nei loro percorsi anche con iniziative che declinano la possibilità di frequentare "reti calde" in termini di occasioni di incontro, socializzazione, studio, approfondimento e ancoraggio a gruppi di riferimento significativi.

Dal 2005 lo Sportello Lavoro organizza brevi corsi di orientamento di 25-40 ore per chi si dedica al lavoro di cura; negli ultimi anni è sorta l'esigenza di approfondire alcuni temi specialistici: assistenza a persone con disabilità fisica, ai malati con problemi cognitivi e a quelli in fase terminale. In questi ambiti gli/le assistenti familiari devono garantire un valido supporto e, per la gravità delle patologie, sono maggiormente esposte al rischio di *burn-out*. I corsi hanno lo scopo di aiutare ad approfondire i principali problemi che si incontrano sul piano pratico e psicologico nel rapporto con gli assistiti problematici¹⁷.

Le attività svolte dagli operatori dello Sportello Lavoro durante le aperture settimanali sono diverse, a partire dalla prima accoglienza, con il primo colloquio conoscitivo per valutare le esperienze pregresse, le competenze professionali e i bisogni della persona accolta; se sono presenti problemi di lingua italiana la persona viene indirizzata a un corso di alfabetizzazione o rinforzo. Il successivo appuntamento è finalizzato alla redazione del *curriculum vitae* della persona e inizia così il percorso personale di ricerca lavoro.

¹⁷ Gli incontri si sono concentrati sui seguenti temi: pillole di informatica per la ricerca lavoro; pillole di orientamento sul territorio cittadino con relative uscite; uno spazio di condivisione con due counselor detto "Parliamone" su temi di interesse; uno spazio autogestito "Oggi tocca a noi"; momenti conviviali e aggregativi; simulazioni di colloquio di lavoro individuale e di gruppo; giochi di parola per potenziare la lingua italiana.

Le attività di promozione

Il percorso svolto ha compreso, dall'aprile 2009, momenti di aggiornamento professionale attraverso il Gruppo Assistenti Familiari Torino (Graft) che si è incontrato mensilmente presso ASAI o Almaterra nella mattinata del sabato con l'obiettivo di approfondire i problemi del lavoro di cura, migliorare la professionalità con un confronto e aggiornamento continuo e concorrere a fare uscire dall'anonimato e dall'invisibilità il lavoro di cura domiciliare mediante l'aggregazione e la partecipazione delle donne che ne sono protagoniste.

All'interno del Graft si sono evidenziate le seguenti costanti:

- necessità di riconoscimento a livello istituzionale della professione di assistente familiare sottovalutata socialmente, economicamente e contrattualmente a fronte del ruolo di nodo fondamentale nella rete dei servizi di assistenza a domicilio svolto concretamente;
- apprezzamento e consapevolezza della complessità del lavoro di cura (capacità di stare in relazione con la persona da assistere e con la sua famiglia, condividendone, con una presenza continuativa, difficoltà ed emozioni nella vita quotidiana);
- possibilità di valorizzare le competenze specifiche sviluppate nell'assistenza verso un contratto di lavoro flessibile ma equo per tutte le parti (persona, famiglia e assistente familiare);
- necessità di intervenire per sostenere la professione di assistente familiare non solo nella formazione, ma anche nel campo dei diritti del lavoro e della conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro, per superare le attuali modalità di lavoro full time (24 ore di presenza) che limitano le esigenze personali degli/delle assistenti familiari.

I partecipanti nel 2015-2016 sono stati 320 con una frequenza media di 6 volte per anno; i partecipanti agli incontri Graft nel corso del 2016 hanno fatto registrare 422 presenze.

La rete di attori e la struttura di governance

Nel 2017, in una fase in cui si è registrato il blocco dei corsi a finanziamento regionale, ASAI, ACLI Colf, UPM e Almaterra hanno rafforzato la loro collaborazione nel settore decidendo di unirsi in un lavoro di "rete della cura" definito ASSO 4. Il tavolo si è concentrato sull'organizzazione di un corso organico di 200 ore per l'aggiornamento e la formazione permanente delle/degli assistenti familiari, da gennaio a settembre, e articolato in sette sezioni; c'era la possibilità di iscriversi a tutto il corso o solo alle sezioni che interessavano o si ritenevano necessarie per il completamento della formazione di ogni assistente familiare.

Il corso era gratuito e prevedeva la distribuzione di materiale didattico e sezioni tematiche¹⁸ svolte presso le diverse associazioni, con la possibilità al termine di associare le ore effettuate

¹⁸ Titoli delle sezioni: Professione assistente familiare; Problemi psicologici e la relazione nel lavoro di cura; I diritti e i doveri dell'assistente familiare; Buone pratiche assistenziali nel lavoro di cura alla persona; Assistere un disabile; Le malattie degenerative cerebrali; Assistere una persona nella fase terminale della vita. Le ultime tre sezioni hanno registrato rispettivamente la collaborazione del Progetto Prisma e del Servizio Passepartout, dell'Associazione Alzheimer Piemonte e della Fondazione FARO.

e ottenere un unico attestato di frequenza e valutazione. Al momento dell'inizio del corso era prevista una valutazione delle conoscenze formali e informali acquisite in precedenza e la conseguente proposta di piano individuale di completamento della preparazione professionale.

Risultati ottenuti

Durante il 2016 sono state 123 le famiglie che si sono rivolte allo Sportello per richiedere di essere messe in contatto con una o un assistente familiare, manifestando differenti esigenze:

59% per servizio di assistenza residenziale fissa o di convivenza;

20% per orario diurno;

8% per part-time;

6% per sostituzione residenziale;

4% per servizi nei giorni festivi;

2% per assistenza notturna;

1% per servizio in struttura.

3.3.2 Incontro domanda-offerta tra famiglie e assistenti familiari - Acli Torino

Anche il servizio di incontro domanda-offerta tra famiglie bisognose di assistenza domiciliare per una persona anziana e assistenti familiari alla ricerca di un lavoro attivato dalle ACLI si pone in continuità con il modello di intervento attivato e sperimentato attraverso il progetto AfriTo.

Le ACLI avevano partecipato al progetto con la propria Associazione ACLI Colf, che svolgeva un lavoro di presa in carico e orientamento degli/delle assistenti familiari simile a quello di ASAI. Con la conclusione del progetto (nel 2014) e il conseguente venir meno delle risorse necessarie a tenere attiva la rete integrata di partnership e di servizi costruita sul territorio, le ACLI hanno deciso di dare continuità all'esperienza proseguendo il servizio di presa in carico degli/delle assistenti familiari con ACLI Colf e utilizzando il proprio Patronato (in quanto soggetto autorizzato dalla normativa e debitamente accreditato) per offrire anche il servizio di incontro tra domanda e offerta. In questo modo, pur se a fatica, si è cercato dare comunque continuità ad un modello di intervento riconosciuto come particolarmente efficace e importante occasione di scambio e crescita reciproca dei diversi attori interessati a promuovere la qualità del lavoro di cura e assistenza e il livello dei servizi domiciliari offerti agli anziani e alle loro famiglie.

Il servizio si articola lungo una duplice direttrice. L'Associazione ACLI Colf, coerentemente con il suo mandato, si propone come punto di ascolto e di riferimento per gli/le assistenti familiari, sia al momento della ricerca di un inserimento lavorativo sia come supporto nella gestione di problematiche relative alla gestione della loro esperienza professionale. Il "Servizio incontra lavoro" del Patronato, in collaborazione con il "Servizio Soluzioni Famiglie" delle Acli,

promuove e cura il servizio di incontro tra domanda e offerta finalizzato alla stipula di un rapporto contrattuale tra la famiglia e l'assistente familiare.

Il servizio non si limita a fornire un'intermediazione tra domanda e offerta di lavoro: l'obiettivo è piuttosto quello di favorire un miglioramento nelle modalità di incontro e di convivenza tra famiglia e assistente familiare. In questa prospettiva lo sforzo è anche quello di seguire e monitorare la fase successiva all'inserimento, cercando di fornire un supporto ad entrambi gli attori per superare eventuali difficoltà e consolidare una relazione in grado di qualificare complessivamente il servizio offerto e innalzare il grado di soddisfazione di tutti gli attori coinvolti.

I servizi erogati

L'Associazione ACLI Colf prende in carico gli/le assistenti familiari a partire dalla fase relativa all'accoglienza e informazione destinata a coloro che si rivolgono allo sportello alla ricerca di un lavoro di cura e assistenza. Le persone vengono orientate attraverso un colloquio che le aiuta a verificare le caratteristiche del lavoro che cercano e la presenza dei requisiti (motivazionali e professionali) necessari a svolgere questo tipo di lavoro. Questa prima consulenza consente alla persona anche di costruire e/o affinare il proprio *curriculum* in funzione della ricerca di un inserimento in quest'area professionale.

All'attività di orientamento si affianca spesso l'indicazione di rafforzare le proprie competenze attraverso la partecipazione ad un'attività di formazione mirata a consolidare il bagaglio professionale necessario a svolgere adeguatamente il lavoro di assistenza familiare. Nonostante il forte investimento sulla formazione degli/delle assistenti familiari effettuato nel territorio di Torino ormai da parecchi anni, il numero di persone che cerca di inserirsi in questo settore senza avere tutti i requisiti necessari continua a rimanere elevato. La formazione, sia tecnica che relazionale, rimane una leva importante per qualificare il servizio erogato da queste persone e tutelare la qualità del loro lavoro sia dal punto di vista personale che contrattuale.

La fase di presa in carico termina con la compilazione di una scheda contenente le informazioni necessarie affinché il Patronato possa inserire la persona nel database del servizio di incontro domanda-offerta. Oltre a questo servizio ACLI Colf continua a svolgere la sua missione storica di punto di riferimento per gli/le assistenti familiari, fornendo informazioni utili alla tutela contrattuale e promuovendo attività di ascolto e accompagnamento, oltre che di scambio di esperienze reciproche tra le persone.

Il Patronato e il "Servizio alle famiglie" promuovono l'incontro tra domanda e offerta del lavoro di cura. Da una parte accolgono le richieste delle famiglie e le aiutano a decodificare il proprio bisogno e a definire la soluzione che esse ritengono più appropriate per affrontarlo. Dall'altra realizzano dei colloqui con gli/le assistenti familiari per verificare se possiedono i requisiti per rispondere alle esigenze manifestate dalle famiglie. Infine favoriscono un contatto tra le parti ai fini di verificare le condizioni per una possibile contrattualizzazione del rapporto di lavoro.

Il servizio, proprio perché sviluppato in una logica no profit che non intende limitarsi ad una attività di intermediazione, presenta significativi elementi di delicatezza e complessità. Le

famiglie tendono a rivolgersi al servizio quando si trovano in una situazione di emergenza in cui spesso non hanno ben chiara la strategia da adottare (ad esempio se richiedere un ricovero in struttura o ricorrere all'assistenza domiciliare) e il tipo di servizio di cui hanno bisogno. Gli/le assistenti familiari sono invece spesso guidati/e da un bisogno di lavorare che impedisce loro di valutare adeguatamente i termini e le condizioni delle prestazioni che vengono loro richieste. Su entrambi i fronti è quindi necessario un delicato lavoro di ascolto e di orientamento, utile a prevenire successive difficoltà al momento dell'inserimento e a favorire il più possibile la definizione di condizioni favorevoli ad una positiva qualità della relazione destinata a caratterizzare il successivo rapporto di lavoro. In questa logica è parte integrante del servizio anche un'attività di accompagnamento e monitoraggio della relazione che si instaura tra la famiglia e l'assistente familiare. Ad esempio le famiglie, che sono datori di lavoro molto particolari, si rivolgono successivamente al servizio perché non sanno come gestire al meglio certe situazioni con gli/le assistenti familiari e hanno bisogno di consigli e/o rassicurazioni. La "fidelizzazione" e la continuità del rapporto con la famiglia diventa un indicatore di qualità del tipo di servizio che si riesce ad offrire a supporto della promozione di un adeguato lavoro di cura e assistenza. Rientrano in quest'ambito anche i servizi di "sostituzione" che le famiglie richiedono quando la loro assistente familiare si assenta per le ferie.

Le attività di promozione

Le risorse a disposizione rendono problematico un investimento specifico sulla promozione del servizio. Esso viene pubblicizzato all'interno dei canali e dell'offerta complessiva di servizi che caratterizzano il mondo delle ACLI. D'altra parte proprio la pluralità dei servizi offerti costituisce un elemento importante di sinergia che permette di intercettare la domanda di soggetti abituati a rivolgersi al mondo ACLI per altre esigenze, favorendo indirettamente la conoscenza del servizio e la possibilità di accedervi. Inoltre ACLI Colf è un'associazione che si occupa storicamente delle problematiche del lavoro di cura e assistenza, costituendo un noto punto di riferimento sia per le famiglie che per gli/le assistenti familiari.

La rete di attori e la struttura di governance

A partire dal 2015, con il venir meno delle condizioni per mantenere attivo il modello di rete nato con AfriTo, ACLI ha cercato di capitalizzare i risultati di quella esperienza e dare continuità a quel modello di intervento all'interno della propria rete associativa.

In questa logica la *governance* del servizio è assicurata dalla sinergia tra diverse realtà che fanno riferimento al mondo ACLI. ACLI Colf, che aveva partecipato attivamente al progetto AfriTo, è l'associazione delle ACLI storicamente impegnata a costruire luoghi di partecipazione per le lavoratrici e a fornire informazioni relative alla normativa che regola il lavoro domestico al fine di promuovere coscienza dei propri diritti e doveri. Da questo punto di vista essa rappresenta quindi un canale naturale di incontro e di contatto con i lavoratori e le lavoratrici del settore. Il Servizio Soluzioni Famiglie offre un insieme diversificato di azioni di supporto per sostenere i nuclei familiari con problemi di non autosufficienza, con un forte orientamento allo sviluppo di comunità e al consolidamento del legame sociale. All'interno di questa *mission*

trova una sua collocazione naturale la capacità di intercettare i bisogni delle famiglie rispetto al lavoro di cura e la specifica domanda di figure di assistenti familiari.

Il proseguimento del servizio ha inoltre permesso di mantenere alcune occasioni di scambio sia tra le associazioni che avevano partecipato al progetto AfriTo sia con le istituzioni (CPI e Servizi socio-assistenziali comunali). L'attuale situazione non consente adeguati investimenti che sarebbero richiesti sia in rapporto all'aumento potenziale della quantità di domanda che della qualità dei bisogni che essa esprime.

Risultati ottenuti

Il servizio consente di dare risposte ad un'esigenza che continua ad essere presente nel territorio, sia sul versante della domanda di servizi di cura e assistenza da parte delle famiglie sia da parte di persone che si offrono sul mercato del lavoro di cura. La possibilità di continuare a fornire un punto di incontro qualificato tra queste due esigenze viene ritenuta una scelta strategica rilevante. Da una parte si tratta di evitare che questa doppia istanza si traduca in un lavoro non regolamentato e di bassa qualità. Dall'altra di non ridurlo ad un semplice lavoro di intermediazione di manodopera che di per sé non garantisce un adeguato livello di relazione tra famiglia e lavoratore, necessario a produrre un servizio di qualità in grado di favorire il maggior benessere possibile all'assistito e a tutti coloro che lo circondano (compreso/a l'assistente familiare).

La stabilità dei rapporti di lavoro che si sono creati a seguito del servizio, senza la continua sostituzione di assistenti familiari che spesso caratterizza questi rapporti, sembrano indicare una buona riuscita delle attività di *matching* che sono state realizzate, garantite del resto anche dal ruolo di successivo riferimento che spesso il servizio ha continuato a svolgere. Un altro indicatore positivo è rappresentato dalla "fidelizzazione" di un certo numero di famiglie, che si rivolge ad esempio al servizio anche quando serve altro personale per la sostituzione temporanea dell'assistente familiare assunto/a.

La parte di domanda che si riesce ad intercettare appare ancora estremamente contenuta rispetto alle esigenze e alle dimensioni complessive del fenomeno, così come sono ancora troppo pochi i contratti che vengono effettivamente formalizzati. Su questi risultati incidono significativamente le risorse che si è in grado di mettere disposizione, che rendono problematico sia intercettare un volume di domanda più elevata sia una ancora più attenta azione di costruzione e accompagnamento del rapporto tra famiglia e assistente familiare.

Emerge in ogni caso una forte caratterizzazione del lavoro di cura. Le famiglie continuano a rivolgersi al servizio quando si trovano di fronte a situazioni di grave emergenza e richiedono una disponibilità delle persone a farsi carico completamente del familiare. Tra i lavoratori che si offrono appaiono sempre meno numerosi coloro che si dicono disponibili ad offrire una prestazione caratterizzata da un servizio a tempo pieno con carichi orari molto elevati. In molti casi, a fronte di un modello di domanda molto rigido da parte delle famiglie tra i lavoratori prevale comunque un'accettazione dettata dal bisogno immediato di reddito, che però poi fatica a tradursi in un reale rapporto continuativo e caratterizzato da una adeguata qualità della relazione che si viene a creare. L'offerta tende così ad essere disponibile ad un coinvolgimento meno intenso, ragionando in una logica di "ottimizzazione" delle proprie ore

di servizio che porta gli/le assistenti familiari a cambiare più frequentemente gli anziani assistiti. I rapporti tra famiglia e lavoratore sono soggetti a maggiore “volatilità”. Il lavoro di intermediazione, oltre a confermare la sua importanza, diventa sempre più difficile e mostra i suoi limiti. Le famiglie dovrebbero essere aiutate ad entrare in una logica diversa, che possa più naturalmente prevedere una rotazione di assistenti familiari.

Nello stesso tempo, nelle situazioni concrete, in molti casi si finisce per delegare all’assistente familiare anche funzioni che non sono coerenti con il ruolo che dovrebbe ricoprire, trattandosi spesso di esigenze che rimandano ad un’assistenza di tipo sanitario. Tale problema è amplificato dai livelli di competenza insufficiente degli/delle assistenti familiari, che richiederebbe un investimento in formazione più elevato e diffuso ma compatibile con il lavoro di cura.

Sostenibilità

Il progetto riesce a tenere aperto un importante servizio di intermediazione ma fatica a trovare le risorse per un ulteriore sviluppo quantitativo e per affrontare adeguatamente la ridefinizione qualitativa delle problematiche che caratterizzano l’incontro tra famiglie e assistenti familiari. La stessa sostenibilità e produttività di un servizio di intermediazione come questo è legata, soprattutto in prospettiva, al suo inserimento all’interno di una strategia territoriale più allargata, che rilanci e rafforzi reti di collaborazione come quelle già sperimentate all’interno di AfriTo, che costituiscono anche importanti luoghi di elaborazione collettiva per affrontare i problemi nella loro organicità e complessità.

3.3.3 Sportello ABCura promosso dalla Cooperativa Crescere insieme

Lo Sportello ABCura, agenzia per le cure familiari, è organizzato dalla cooperativa sociale Crescere insieme per raccogliere le candidature di chi intende lavorare nel settore della cura familiare o domestica. Opera a Torino e nella prima cintura. In ABCura sono svolte attività di orientamento dei fabbisogni di cure domiciliari (realizzate da Crescere insieme in quanto accreditata ai servizi socio-assistenziali) e attività di selezione in base alle richieste delle famiglie per i servizi di cura professionali. ABCura è operativo anche come semplice sportello informativo rispetto alle opportunità del lavoro di cura offerto presso il domicilio. ABCura mette in collegamento gli/le assistenti familiari anche con la cooperativa Crescere insieme, che seleziona tramite lo sportello del personale da coinvolgere nei propri interventi.

I servizi erogati

I servizi alla famiglia sono gratuiti, come il percorso per gli/le assistenti familiari. Le famiglie pagano una quota del salario variabile se c’è sbocco occupazionale tramite le seguenti modalità: 1) assunzione diretta da parte della famiglia che agisce come datore di lavoro; 2) somministrazione con rapporto diretto di lavoro inserito nei servizi domiciliari gestiti.

Attualmente lo sportello è aperto una mattina alla settimana con operatore presente; altrimenti su appuntamento telefonico con la famiglia. Lo sportello si avvale di una dotazione di strumenti informatici per disporre di un database da cui estrapolare, sulla base dei dati

anagrafici, le competenze e le disponibilità delle assistenti familiari. Con i candidati vengono fatti colloqui individuali su capacità tecniche possedute e/o colloqui di gruppo (10/12 unità) per verificare le competenze relazionali.

Quello che emerge è un settore molto “mobile”, con picchi nel periodo estivo e necessità di favorire, attraverso contatti, una corrispondenza tra singola situazione, famiglia, fabbisogni, e caratteristiche dell’assistente familiare. Si riconosce anche l’importanza di un approccio che responsabilizzi e che favorisca l’incrocio tra una approfondita analisi del fabbisogno assistenziale e l’individuazione di un CV in linea con le esigenze e le caratteristiche della persona da assistere.

Spesso il/la lavoratore/trice propone “con leggerezza” la candidatura, magari per periodi brevi, come d’estate. Nei percorsi individuali ci si trova di fronte a scelte graduali che pagano a medio termine: si entra nel circuito magari con poche ore alla settimana e si arriva alle 35 ore settimanali. Il tempo richiesto è spesso variabile, con picchi e periodi diversi. L’obiettivo dello sportello è invece quello di coinvolgere le assistenti familiari nella cura del proprio profilo di occupabilità/disponibilità con metodologia e sfruttando canali e strumenti più adatti ad intercettare la domanda.

Nei colloqui agli sportelli emerge l’esigenza di essere in grado di valutare, da parte degli operatori, le competenze tecniche delle persone incontrate; spesso ci si rende conto di non possedere gli strumenti adeguati per valutare le competenze relazionali e la tenuta allo stress. Per questo si è provveduto a investire autonomamente come ABCura predisponendo, con il supporto di uno psicologo, strumenti per rilevare attraverso figure di osservatori le competenze relazionali e l’attitudine allo stress.

Risultati ottenuti

Dopo AfriTo e AfriPro si sono continuate in autonomia le attività. Nel 2016 sono state interessate dal servizio 338 posizioni di assistenti familiari. Di queste, a seguito dei servizi offerti, 112 sono state coinvolte e contattate per inserimenti lavorativi (anche part-time) e molte sono state coinvolte in progetti di domiciliarità con Comune e ASL, anche con la previsione di seguire più famiglie con spezzoni di impegno part-time.

Tra il 2016 e il 2017 è stata favorita l’attivazione di 63 contratti a tempo determinato tra famiglie e assistenti familiari. Si è operato anche con AfriPro in rapporto ai CPI di Ivrea e Venaria che ora stanno continuando con le attività di sportello. In AfriTo e AfriPro si sono imparate dai CPI metodiche e strumenti: acquisire il CV, lavorarlo, processarlo, inserire la persona nei lavori di gruppo fino al colloquio individuale e all’incontro con famiglia.

L’attività domiciliare di Crescere insieme conta 110 progetti attivi in cui le persone sono state inserite con rapporti da 4 a 20 ore settimanali. Questi interventi prevedono per le famiglie una tariffa di € 250 (iva inclusa) per i servizi di ricerca e di selezione, non per quelli di informazione (che sono gratuiti). Si sono raggruppate 30 lavoratrici che avevano evidenti esigenze di percorsi di formazione a cui si è dato risposta in collaborazione con Assindatcolf (Associazione Nazionale dei datori di lavoro domestici) che con contributi privati ha avviato con Engim un corso base di 50-60 ore.

Capitolo 4.

Mappatura e analisi di buone prassi: i progetti nel resto del territorio regionale

Introduzione

La Regione Piemonte ha assistito dal 2010 ad oggi ad un fermento significativo nell'ambito dell'assistenza familiare e della non autosufficienza. Numerosi soggetti (enti pubblici, Fondazioni di origine bancaria, soggetti privati) si sono attivati per rispondere a bisogni sociali che non venivano pienamente soddisfatti dal territorio. Negli ultimi anni sono quindi sorte diverse iniziative che, parallelamente agli sportelli nati col bando regionale del 2010, hanno sostenuto persone e famiglie nella gestione della non autosufficienza, hanno promosso l'assistenza familiare e hanno sostenuto iniziative legate alla domiciliarità. Presentiamo di seguito le iniziative più significative dal punto di vista degli obiettivi prefissati, dei soggetti raggiunti, dell'efficacia, della sostenibilità.

4.1. Progetto “Veniamo a trovarvi” di CRC¹⁹

Il progetto *Veniamo a trovarvi* della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo (CRC) mira a sostenere la permanenza delle persone anziane presso il proprio domicilio facendo leva sul ruolo che, a questo scopo, può essere svolto da una struttura residenziale presente sul territorio. Essa infatti, dotata di infrastrutture e personale specializzato, può divenire un riferimento per l'intera comunità locale e fornire molti dei servizi di assistenza necessari alle persone anziane in difficoltà, sia mettendo a disposizione i propri servizi interni a persone domiciliate a casa, sia supportando le stesse con interventi portati a domicilio dalla struttura stessa.

Il progetto sviluppa due linee di intervento. La prima è finalizzata alla mappatura e all'emersione dei bisogni assistenziali del territorio locale, ed è incentrata sulla figura del *visitatore itinerante domiciliare*, che ha il compito di visitare regolarmente le persone anziane, sole o in coppia, per attivare un “ascolto itinerante” di accoglienza, di sostegno e di monitoraggio dei problemi e delle esigenze. La seconda linea consiste nell'attivazione ed erogazione, una volta individuato il bisogno dell'anziano, di specifici servizi di assistenza che permettano alla persona di rimanere a casa propria il più a lungo possibile. Ciò avviene componendo un'offerta personalizzata che può fare riferimento sia all'utilizzo di servizi disponibili presso la struttura residenziale locale sia a interventi personalizzati a domicilio, individuati e mixati secondo le necessità della singola persona.

Non si tratta di sostituire i compiti tradizionalmente svolti sul territorio dai servizi istituzionali, ma di sviluppare una più articolata capacità di cogliere bisogni non ancora conclamati ma esistenti, ai fini di sviluppare una tempestiva attività di prevenzione in grado di migliorare la qualità della vita degli anziani e favorire il permanere presso la propria abitazione.

¹⁹ Per la stesura del presente paragrafo si è fatto riferimento alla pubblicazione curata dal Centro Studi della Fondazione CRC (2012), a cui si rimanda per approfondimenti.

Il progetto, di durata triennale, è stato avviato nel 2009 con il sostegno della Fondazione CRC nel territorio del Comune di Bernezzo (3.500 abitanti, in Provincia di Cuneo). Nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2009 e il 30 giugno 2010 (periodo oggetto di valutazione del progetto), una *visitatrice itinerante* ha visitato tutti gli ultra settantenni residenti nel Comune di Bernezzo (che al 31/12/2009 risultavano 404) per un totale di oltre 1.600 incontri (in alcuni casi è stata fatta più di una visita per soggetto). In seguito alle valutazioni emerse nel corso di tali incontri e sulla base della maggiore o minore gravità delle condizioni socio-sanitarie dei visitati, sono state prese in carico dal progetto, in momenti diversi, 44 persone identificate come particolarmente bisognose di assistenza.

I servizi erogati

La struttura residenziale locale ha individuato una *Operatrice Socio Sanitaria itinerante* per portare avanti un programma di visite di ascolto e attenzione, andando a trovare tutti gli anziani presenti nel territorio e diventando ben presto un punto di riferimento per loro e le famiglie in caso di bisogno. Questa attività risponde in modo diffuso a un importante bisogno di attenzione e inclusione in una rete di socialità di queste persone; inoltre, raggiungendo anche le case più isolate, ha consentito di far emergere una serie di specifici bisogni di assistenza a cui si è cercato di far fronte sia mettendo a disposizione la possibilità di utilizzare di giorno i servizi “dentro” la struttura residenziale (mensa, attività di animazione, bagno protetto, ecc.) sia fornendo specifiche attività a domicilio.

E’ stata messa a disposizione un’ampia gamma di servizi articolati tra loro di volta in volta per rispondere ai bisogni specifici dei singoli casi e fronteggiare le situazioni via via emergenti:

- attività di segretariato sociale;
- consegna dei pasti a domicilio o accoglienza presso la mensa della casa di riposo;
- consegna dei farmaci e della spesa a domicilio;
- alzata del mattino e igiene, messa a letto, bagno assistito a domicilio, servizio di manicure e pedicure, cura e igiene dell’abitazione;
- accompagnamento alle visite mediche, trasporto a giornate di sollievo in struttura, bagno assistito presso la struttura residenziale;
- attività di relazione, socializzazione e animazione, partecipazione ad uscite sul territorio;
- servizio di lavanderia e cucito.

La tipologia degli interventi, a seconda delle singole situazioni, è stata sempre concertata tra gli operatori della struttura residenziale e l’assistente sociale del Consorzio per i servizi socio-assistenziali, con cui si sono svolti incontri sistematici e programmati. L’intesa è stata estremamente positiva e ha realizzato di fatto un’integrazione caratterizzata da una sussidiarietà “virtuosa”, non frammentata e non sostitutiva delle funzioni pubbliche.

I responsabili della struttura residenziale hanno posto molta attenzione sia nell’individuare gli operatori da “far uscire” (in particolare l’*operatrice socio sanitaria itinerante*), sia nel

sensibilizzare quelli che, restando “dentro”, avrebbero dovuto accogliere le persone anziane destinate ad usufruire dei servizi diurni erogati all’interno.

La definizione di un insieme molto articolato di servizi ha inoltre permesso di differenziarli coerentemente con la natura delle professionalità richieste (e dei relativi costi) che essi comportano. Alcuni di questi servizi richiedono infatti competenze professionali specifiche di tipo sanitario (la messa a letto, l’alzata del mattino e l’igiene, il bagno assistito, ecc.). Un secondo gruppo (la socializzazione e animazione, le uscite sul territorio, la cura e l’igiene dell’ambiente) presuppone invece una particolare sensibilità alla relazione umana e l’instaurarsi di un rapporto empatico e fiduciario con l’utente. Altre attività infine sono meno specifiche sotto il profilo delle competenze di cura e di relazione, ma per essere implementate al meglio richiedono risorse di tipo tecnico-logistico o strutturale (accoglienza presso una mensa caratterizzata da una determinata capienza di posti, sistema di trasporti necessario per consegnare pasti e farmaci o per organizzare gli accompagnamenti alle visite mediche). La differenziazione dei servizi sulla base del tipo di risorse professionali e organizzative che presuppongono e la loro integrazione sono emerse come importante elemento di riflessione nella prospettiva della sostenibilità del modello di assistenza sperimentato.

Le attività di promozione

Il progetto ha prestato fin dall’inizio una grande attenzione al coinvolgimento delle istituzioni e della comunità locale. Il Comune ha sostenuto l’avvio dell’iniziativa attraverso l’invio di una lettera a firma del Sindaco, che annunciava ai cittadini l’attivazione della sperimentazione e la patrocinava chiedendo fiducia e collaborazione, favorendo in questo modo una buona accoglienza del progetto da parte non solo della popolazione interessata, ma anche della comunità locale (negozianti, farmacia, parroci, MMG, volontariato e associazionismo). La comunicazione e la collaborazione con la comunità locale, sviluppata soprattutto attraverso la rete informale di contatti e relazioni, è stata presente e positiva per tutto lo sviluppo del progetto. Essa ha in particolare facilitato l’instaurarsi del contatto iniziale tra l’*Operatrice Socio-sanitaria itinerante*, gli anziani e le loro famiglie: non si è verificato nessun caso di rifiuto alla sua visita presso il proprio domicilio da parte delle persone interessate dall’iniziativa.

La rete di attori e la struttura di governance

Il progetto nasce all’interno dei progetti di innovazione sociale promossi dalla Fondazione CRC a partire da un’idea dell’Associazione La Bottega del Possibile sulle strategie per il sostegno alla permanenza domiciliare della popolazione anziana. La proposta progettuale ha trovato una sua concretizzazione nella disponibilità e nell’interesse di una struttura residenziale particolarmente motivata all’iniziativa quale la Casa Don Dalmasso di Bernezzo. Il progetto è stato accolto con interesse dai diversi attori istituzionali e sociali presenti nel contesto locale, che a diverso titolo hanno collaborato alla sua realizzazione: Comune, Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira, MMG e diverse espressioni del volontariato e dell’associazionismo.

L’Associazione La Bottega del Possibile ha svolto le funzioni di coordinamento operativo, monitoraggio, verifica e valutazione del progetto, supportando la struttura residenziale nel

raccordo con il Consorzio per i servizi socio-assistenziali e per potenziare sul territorio le relazioni di solidarietà e partecipazione finalizzate a un cammino comune rispetto alle persone più fragili. Inoltre ha realizzato un'attività di formazione iniziale per gli operatori e i volontari coinvolti, ai fini di condividere un approccio comune per la lettura dei bisogni presenti sul territorio e l'attivazione di nuove e adeguate metodologie di intervento.

Genesi del progetto

L'idea di servizi che caratterizza il progetto prende le mosse da un'esperienza realizzata dal Servizio Sociale della Comunità Montana Val Pellice che, a partire da un'iniziativa attivata da La Bottega del Possibile, aveva già da oltre vent'anni creato la figura del "visitatore domiciliare itinerante". L'ipotesi progettuale, affinata a partire dagli stimoli e dall'opportunità offerta da Fondazione CRC con la promozione di azioni di innovazione sociale a sostegno della domiciliarità, ha trovato un fertile terreno di sperimentazione in un contesto caratterizzato da una struttura residenziale interessata ad "aprirsi al territorio" e situata in una comunità locale caratterizzata da un tessuto sociale e istituzionale particolarmente sensibile a queste problematiche.

Risorse Finanziarie

Il progetto è stato avviato nel 2009, grazie alla completa copertura dei costi da parte della Fondazione CRC (116.260 euro per la prima annualità). La sua prosecuzione nella seconda annualità si è avvalsa di un contributo di 50.000 euro, per poi arrivare nella terza annualità ad una copertura dei costi da parte delle famiglie che hanno usufruito dei servizi.

Risultati ottenuti

Il progetto *Veniamo a trovarvi* ha portato ad un incremento di benessere sia per gli anziani direttamente coinvolti sia per i loro familiari, spesso lontani ma rassicurati da una rete di presidio presente in modo capillare e continuo all'interno del territorio. Esso ha assunto un significato profondo di promozione di salute e di serenità per l'intera comunità territoriale.

Con l'offerta di servizi a domicilio e diurni da parte della struttura residenziale si è garantito in molte situazioni il mantenimento della domiciliarità anche a persone e famiglie che inizialmente avevano richiesto il ricovero permanente nella struttura. Scelta a cui hanno rinunciato volentieri a fronte di una "offerta alternativa" di servizi che ha consentito di rispettare la volontà delle persone anziane interessate a rimanere presso la propria abitazione.

In termini generali il Progetto ha determinato un forte ampliamento della platea dei soggetti assistiti e la possibilità per un buon numero di essi di rimanere a casa propria, con tutte le conseguenti ripercussioni positive che questa condizione comporta per il soggetto. Di fatto si è resa possibile un'elevata flessibilità di soluzioni assistenziali, offrendo ad anziani e famiglie un ampio spettro di soluzioni intermedie tra "tutto-domicilio" e "tutto-casa di riposo" e delineando un sistema di welfare locale profondamente diverso dalla situazione precedente al progetto.

Un'attenta valutazione operata dalla stessa Fondazione CRC in una prospettiva di eventuale diffusione del modello sperimentato ha evidenziato diverse funzioni assolve dal progetto:

- sostituzione rispetto al Consorzio socio-assistenziale, con la presa in carico di anziani precedentemente assistiti a domicilio dal Consorzio per i servizi socio assistenziali;
- alternativa alla Casa di Riposo per un numero piccolo ma significativo di anziani, in linea con l'obiettivo strategico della Fondazione CRC di sostenere la domiciliarità per gli anziani, da cui peraltro derivano anche significativi risparmi netti sul piano della spesa di ASL e Consorzio;
- erogazione di servizi ad una platea di anziani autosufficienti ma con diverse gradazioni di fragilità – intendendo per fragilità la condizione di rischio di passaggio alla non-autosufficienza – che diversamente non avrebbero goduto di alcuna forma di assistenza;
- supplenza rispetto a servizi di competenza di altre articolazioni del sistema sanitario ed assistenziale e rivolti ad altre tipologie di utenti (ad esempio soggetti con problemi di natura psichiatrica), assistiti dal Progetto pur non presentando sempre le caratteristiche di età del target dei beneficiari individuato originariamente.

La maggior flessibilità dei servizi offerti, la possibilità di raggiungere persone che nella situazione precedente rimanevano totalmente escluse da ogni prestazione e la messa a disposizione di una possibilità di scelta tra il rimanere a domicilio o entrare in una struttura residenziale appaiono i risultati complessivamente più significativi del progetto.

Sostenibilità

La sperimentazione ha consentito di evidenziare alcuni elementi caratteristici ritenuti particolarmente rilevanti ai fini della qualificazione dei servizi offerti e della sostenibilità nel tempo di questo modello di supporto alla domiciliarità:

- la presenza della figura della *operatrice socio-sanitaria itinerante* che, pur frequentando le persone con periodicità diversa a seconda degli specifici bisogni, garantisce la "copertura" di tutta la popolazione anziana e costituisce un punto di riferimento per tutta la comunità rispetto a queste problematiche;
- la centralità di una struttura residenziale "attiva" presente nel territorio, dotata di spazi e strutture (centro diurno, bagno assistito, cucina con potenziale per incrementare i pasti serviti, ecc.), disponibile ad aprirsi al territorio per fornire alcuni servizi che rendono possibile la permanenza degli anziani presso il proprio domicilio;
- una buona integrazione di questi servizi con quelli già esistenti sul territorio, resa possibile da un raccordo sistematico con il Consorzio socio-assistenziale di riferimento per una valutazione congiunta dei diversi casi e per le relative scelte sulle modalità assistenziali più opportune da adottare;
- una adeguata sensibilizzazione delle istituzioni e della rete di associazionismo e di volontariato locali;
- la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi stessi, attuata in modo graduale

a partire dalla seconda annualità dei servizi e contestualmente alla possibilità di anziani e famiglie di apprezzare i servizi di cui beneficiano e valutare i loro costi in rapporto a soluzioni più onerose quali l'inserimento in una struttura residenziale.

Verso il termine del primo biennio di sperimentazione la Fondazione CRC ha avviato un'attenta valutazione del progetto tesa a individuare i benefici complessivi per la popolazione anziana fruitrice a diversi livelli dei servizi offerti e i risparmi che il progetto potrebbe aver determinato sul complesso della spesa sanitaria e sociale ricadente sul Comune di Bernezzo. Dall'analisi sono emerse alcuni elementi:

- aumento di costi legati all'erogazione di servizi funzionali alla domiciliarità – incluse le spese farmaceutiche, le prestazioni sanitarie specialistiche e l'attività della visitatrice itinerante – sostenuti il primo anno interamente dalla Fondazione CRC, il secondo anno suddivise tra Fondazione e famiglie e dal terzo anno interamente a carico di queste ultime;
- assenza di una relazione tra aumento dei servizi di domiciliarità e riduzione della spesa sanitaria;
- presenza di un risparmio netto complessivo nella spesa assistenziale e sanitaria (soprattutto della parte in carico all'ASL) dovuta all'alternativa al ricovero nella struttura residenziale, che comporta un risparmio significativo anche per un numero non elevato di anziani.

Le problematiche legate alla diffusione del modello di intervento sono da ascrivere alla presenza di costi "visibili" – in quanto aggiuntivi rispetto alla situazione precedente – a fronte di risparmi "invisibili" anche se molto verosimili e concretamente analizzati. Essi infatti si configurano come mancati costi potenziali (mancati ricoveri in casa di riposo, mancati ricoveri in ospedale) e risultati di un'azione sostanzialmente preventiva (prevenzione dell'ingravescenza delle patologie), misurabili in un arco di tempo più lungo rispetto alla sperimentazione realizzata.

L'esperienza della sperimentazione ha dimostrato che i costi dei servizi erogati possono essere addebitati alle persone e alle famiglie beneficiarie degli stessi, come realizzato nel progetto *Veniamo a Trovarvi* in modo graduale tra il primo ed il terzo anno, senza osservare una riduzione nel numero degli anziani aderenti al servizio. Le famiglie coinvolte si trovano a sostenere spese di gran lunga inferiori alle rette medie di una casa di riposo, con il proprio congiunto anziano sostenuto da servizi che gli consentono di vivere con dignità e benessere nel proprio ambiente domestico.

Diversa è la copertura dei costi legati all'attività del *visitatore itinerante*: essendo un'attività preventiva (oltre che di animazione sociale), è difficile da addebitare alle famiglie senza l'erogazione di servizi concreti. Senza contare che si rischierebbe di escludere proprio le persone in situazione di maggior disagio, che costituiscono il principale target dell'attività preventiva. In questo caso si tratta di contenerne l'impatto sia attraverso economie di scala che estendano il servizio a un territorio più ampio allargandolo ad aree limitrofe sia coinvolgendo personale volontario debitamente formato e coordinato da un operatore professionista (OSS o assistente sociale).

La bontà dei risultati ottenuti e la verifica della sostenibilità complessiva dell’iniziativa sperimentata ha convinto la Fondazione CRC a sostenere a partire dal 2012 lo start up di analoghe iniziative in altri contesti della provincia (alla fine del 2014 erano state coinvolte altre 16 strutture). I positivi risultati riscontrati hanno rafforzato ulteriormente questa linea di intervento. Nel *Bando Cantiere Nuovo Welfare 2016*, promosso dalla Fondazione CRC con l’obiettivo di “stimolare la nascita di esperienze concrete di welfare comunitario, efficaci e sostenibili nel tempo, attraverso un forte coinvolgimento di diversi soggetti, pubblici, del privato sociale, del privato for profit, dell’associazionismo, nella co-progettazione ed erogazione dei servizi di welfare”, una delle tre misure di riferimento per la presentazione di progetti era dedicata a favorire l’avvio e l’implementazione di servizi a sostegno della domiciliarità per le persone anziane, attraverso “l’apertura” al territorio delle esistenti strutture per anziani, secondo il modello sperimentato con successo e valutato negli effetti e nei costi/benefici del progetto “Veniamo a trovarvi”.

La misura finanzia progettualità che coinvolgono almeno una struttura che negli anni scorsi ha già avviato il modello “Veniamo a trovarvi” e una struttura, geograficamente limitrofa, che non lo abbia ancora sperimentato ma che dichiara l’interesse/volontà di aprirsi al territorio, anche grazie alle attività formative messe a disposizione dalla Fondazione e all’affiancamento/tutorship della struttura residenziale che già ha seguito il percorso. Per le nuove realtà l’obiettivo è quello di raggiungere l’auto-sostenibilità economica dei servizi erogati a partire dal secondo anno di attività. In questo modo si intende perseguire un disegno strategico che intende diffondere e consolidare un sistema territoriale intenzionato ad investire sul modello originariamente attivato attraverso il progetto *Veniamo a trovarvi*.

Elementi imprescindibili per il finanziamento dei progetti risultano essere:

- una stretta collaborazione con le strutture sociali e sanitarie del territorio di riferimento, con le quali condividere le informazioni sulle esigenze rilevate da parte degli anziani soli e l’eventuale attivazione di servizi, al fine di evitare sovrapposizioni ed inefficienze;
- la presenza della figura di uno o più “visitatori itineranti”, opportunamente formati attraverso un percorso erogato da La Bottega del Possibile e finanziato a parte da Fondazione CRC, con il compito di entrare in contatto e visitare periodicamente gli anziani soli, offrendo un contatto sociale e riuscendo ad individuare tempestivamente le esigenze di intervento.

4.2. Progetto Spazio Alpino Co.N.S.E.N.So. - Community Nurse Supporting Elderly iN a changing Society²⁰

Co.N.S.E.N.So è un progetto che propone un infermiere di famiglia e comunità a supporto della popolazione anziana in una società in trasformazione. È stato avviato nel 2016 (il termine è previsto per la fine del 2018) e vede capofila la Regione Piemonte (Direzione sanità) e il

²⁰ Per la stesura del presente paragrafo si è fatto riferimento al sito della Regione Piemonte dedicato all’iniziativa: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/ehi-piemonte/progetti-finanziati/3980-co-n-s-e-n-so> (ultima consultazione: novembre 2017).

coinvolgimento di un ampio partenariato²¹. Il budget complessivo di Co.N.S.E.N.So. ammonta a 2.052.400 euro (co-finanziato all'85% dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale-FESR).

Più nello specifico il progetto Co.N.S.E.N.So. intende sviluppare, formare e sperimentare un modello incentrato sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) che consenta agli anziani – residenti in aree isolate rurali e montane – di vivere nella propria casa il più a lungo possibile. L'obiettivo finale è rendere l'esperienza e il modello maturati all'interno di Co.N.S.E.N.So sostenibili ed implementabili al di là dei confini - temporali e territoriali - del progetto stesso.

Gli IFeC operano sui territori prescelti (per il Piemonte la sede di sperimentazione è stabilita nelle Valli Maira e Grana, di competenza dell'ASL CN1) e – a seguito di una fase valutativa iniziale – offrono agli anziani loro affidati:

- supporto nelle comuni attività di vita quotidiana;
- promozione dell'inclusione sociale;
- prevenzione degli incidenti domestici;
- assistenza in eventuali terapie e monitoraggio degli indicatori di salute;
- prevenzione di cronicizzazione, complicanze e ricadute di patologie pregresse con conseguente possibilità di riduzione dei ricoveri evitabili, nonché dei trasferimenti in RSA o Case di riposo.

Gli IFeC acquisiscono così una visione complessiva dei soggetti loro affidati operando in accordo e a sostegno delle diverse figure che a vario titolo interagiscono con gli anziani (MMG, servizi specialistici, familiari, assistenti familiari, servizi socio-assistenziali, ...) valutando e monitorando i fattori di fragilità, riducendo il rischio di isolamento, promuovendo l'accesso a tutte le opportunità di relazione e di arricchimento che il territorio mette a disposizione.

A questo scopo si è realizzata una fase di formazione delle figure professionali individuate (che in genere avevano in precedenza già frequentato un corso di specializzazione infermieristica).

Il progetto sta declinandosi in coerenza con l'ipotesi progettuale originaria. Secondo il "Report dell'attività delle infermiere di famiglia e di comunità nelle Valli Maira e Grana" (aggiornato al 30 settembre 2017 e presentato ai Sindaci dei territori coinvolti il 10 ottobre 2017) l'attività sul campo ha avuto inizio il 13 novembre 2016 con la presentazione del progetto agli utenti dei comuni di Canosio e Marmora. In concomitanza si è intrapresa l'attività nel comune di

²¹ La partnership di progetto è composta da 10 soggetti: per l'Italia la Regione Piemonte – Direzione Sanità (ente capofila), l'Azienda Sanitaria Locale Torino 1, la Regione Liguria, l'ACCMED - Accademia Nazionale di Medicina; per la Francia il Var Departmental Council e l'ADEC - Association for the Development of Enterprises and Competencies; per la Slovenia l'Università di Primorska e l'IRSSV - Social Protection Institute of the Republic of Slovenia; per l'Austria l'Office of the Carinthian Government e l'ECECE - European Center of Entrepreneurship Competence & Excellence. Il progetto coinvolge inoltre i seguenti Osservatori: Ministry of Labour and Social Affairs, Families, Women and Senior Citizens del Baden-Württemberg; Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities della Slovenia; Nurses and Midwives Association of Slovenia e Professional group of community nurses della Slovenia; le Regional Health Agencies della Francia; il Comitato Tecnico Aree Interne presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche di Coesione; il Nucleo di valutazione e analisi per la programmazione dell'Italia; Villach Regional Hospital e Klagenfurt Regional Hospital, entrambi austriaci.

Acceglio. Attualmente 4 IFeC sono attive in 10 Comuni della Valle Maira (e la loro attività si estenderà ad altri tre a breve) e in tre Comuni della Valle Grana (da estendersi ad altri due)²².

L'IFeC del progetto Co.N.S.E.N.So. può essere descritto come la figura professionale che:

- prende in carico l'anziano sano o malato e la sua famiglia, seguendolo nel tempo tramite visite domiciliari e/o *follow-up* telefonici. (operatore di medicina pro-attiva);
- controlla periodicamente determinati parametri e monitora lo stato di salute globale (promotore di salute);
- effettua prestazioni infermieristiche ove necessario (infermiere nell'accezione classica);
- agisce in un'ottica educativa e preventiva al fine di portare il singolo e la comunità ad adottare corretti stili di vita (promotore di salute);
- attiva i servizi socio-sanitari già esistenti sul territorio connotandosi come attivatore di servizi;
- connette la persona alla comunità e ai servizi che essa offre, con lo scopo di trovare risposta ai bisogni personali (es. MMG, vicinato, amministrazione locale, associazioni di volontariato, ...) e si colloca come connettore di rete sociale.

L'obiettivo principale di questo progetto è far sì che gli anziani siano in condizione di restare a casa il più a lungo possibile valutando una serie di fattori favorevoli e/o ostacolanti. Il progetto però si pone anche l'obiettivo di intercettare le fragilità e pre-fragilità (ruolo principale dell'infermiere nella medicina pro-attiva) e di far emergere gli elementi di fragilità non solo sanitari, ma anche sociali ed ambientali. Infine si intende valutare la sostenibilità del rapporto 1:500 (1 infermiere per 500 utenti), che non appare realistico relativamente al periodo sperimentale in corso.

Dall'inizio del progetto a fine settembre 2017 sono state realizzate le seguenti attività e raggiunti i risultati riportati di seguito:

1) con riferimento alla sperimentazione della figura dell'infermiere di famiglia come attivatore di servizi in un'ottica pro-attiva sono state effettuate 378 prime visite seguite da 812 visite successive per 1.190 visite domiciliari totali; 568 *follow-up* telefonici e 217 rifiuti ricevuti. In seguito si sono registrate 57 attivazioni di servizi a seguito delle visite in termini di: contatti con MMG, cure domiciliari, servizi sociali, centro salute mentale;

2) con riferimento all'attivazione delle risorse della comunità sono stati avviati rapporti con due realtà. L'interazione con il Pensionato Vittoria di Monterosso Grana è avvenuta nell'ambito del progetto "Veniamo a trovarvi" (v. par. 4.1): sono stati scambiati gli elenchi degli utenti presi in carico e i reciproci strumenti per l'accertamento assistenziale, i reciproci *dépliant* informativi per la popolazione. Si è innescata inoltre una collaborazione attraverso la segnalazione dei casi da parte del progetto "Veniamo a trovarvi" e l'aggiornamento sulla situazione sanitaria da parte delle infermiere di famiglia. Con l'Associazione Caffè Alzheimer Dronero è invece in corso una riflessione intorno all'opportunità di collaborare sugli utenti già

²² Alcune fasi progettuali sono state sperimentate anche nel VCO e in provincia di Asti, con il coinvolgimento di infermieri di tali territori.

in carico al progetto Co.N.S.E.N.So. Si è anche proceduto a implementare nuove iniziative per la comunità con lo scopo di promuovere stili di vita sani con “Ginnastica dolce” a Canosio e “Gruppo di cammino” a Villar San Costanzo con il coinvolgimento di gruppi di anziani.

I problemi emersi nel corso del progetto e fino alla fine di ottobre 2017 riguardano:

- trasporti: le persone isolate e senza una rete familiare, residenti nei comuni dell’alta Valle Maira e nelle borgate isolate, riferiscono come problema principale l’impossibilità di recarsi dal MMG e in farmacia per l’approvvigionamento farmaci, di muoversi al fine di acquistare beni di prima necessità;
- socializzazione: gli anziani delle due valli, vivendo in contesti isolati, sono più a rischio di sviluppare stati depressivi. All’interno di questo ambito è possibile far rientrare anche il sopracitato trasporto in quanto la difficoltà di spostarsi implica l’impossibilità a relazionarsi con altre persone;
- gestione dell’ambito sociale: dall’avvio del progetto ad oggi si è rilevato il problema della scarsa disponibilità di risorse, soprattutto di personale, nella presa in carico delle necessità in ambito sociale (elemento che in alcuni casi contribuisce a far perdere credibilità e fiducia da parte delle persone);
- cure domiciliari: partecipazione alla riunione settimanale con i colleghi delle cure domiciliari per condividere i casi in comune. Disponibilità a favorire l’adesione al progetto per utenti in carico al distretto e ad eseguire accessi congiunti se necessario. Per gli utenti seguiti da entrambi in molteplici occasioni si è creata una collaborazione per dividere gli accessi in modo da garantire una continuità di assistenza con l’IFeC ed alleggerire il carico di lavoro ai colleghi;
- MMG: si contattano in caso di necessità o per collaborare nella presa in carico degli utenti. La collaborazione si è creata in divenire ed è favorita se ci sono più occasioni di contatto, perciò è fondamentale trovare un canale per mantenersi reciprocamente aggiornati.

Per i prossimi mesi il programma prevede l’avvio di due nuove iniziative:

- *Chronic Disease Self Management Program*, un programma per l’autogestione della patologia cronica, acquistato dall’ASLCN1 con licenza per 3 anni. Le IFeC hanno seguito un corso di 4 giornate per diventare conduttrici dei gruppi di persone affette da una o più patologie croniche e sono tenute a condurre almeno 1 seminario all’anno. Ogni seminario è strutturato in 6 giornate della durata di 2 ore e mezza l’una, per un gruppo di 15-20 partecipanti;
- Ambulatori della salute: modello organizzativo a supporto dell’attività del MMG per la gestione della persona affetta da patologia cronica, tramite l’applicazione di percorsi condivisi. Il modello organizzativo è quello del Case Management Infermieristico: infermiere referente del caso, definizione e condivisione di un piano assistenziale personalizzato, monitoraggio, educazione terapeutica e promozione di stili di vita.

Il progetto è dotato di un apparato metodologico per la valutazione qualitativa e quantitativa delle attività. È stata prevista e si è registrata una significativa attenzione alla dimensione

valutativa, anche in termini di *budget impact analysis* ai fini di una futura sostenibilità del progetto.

4.3. Percorsi alternativi di domiciliarità presso la ASL TO2

Progettualità nata nel 2016 e tuttora in fase di sperimentazione, consiste nel proporre percorsi alternativi di domiciliarità a persone riconosciute dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) come non autosufficienti di alta intensità e quindi titolari di un diritto ad accedere subito e in convenzione ad una struttura residenziale. La sperimentazione è promossa dall'ex ASL TO2 (zona Nord di Torino), da dicembre 2016 confluita nell'ASL unica di Torino.

L'iniziativa è nata per rispondere a due esigenze:

1. sostenere la legittimità degli interventi a sostegno della domiciliarità nell'ambito della sanità: l'iniziativa intende documentare l'utilità di strumenti e progetti di domiciliarità, che attualmente sono extra-LEA e che quindi – teoricamente – non possono essere finanziati da risorse della sanità. Attraverso il progetto si intende mostrare l'effettivo risparmio che deriva dall'investire le risorse destinate alla residenzialità (LEA, quindi legittimamente erogate dalla sanità) in progetti in ambito domiciliare.
2. trovare un modo per riconvertire effettivamente la spesa residenziale in contesto domiciliare non ricadendo in affermazioni generiche e ideologiche ("l'anziano sta meglio a casa e in più si risparmia..."), ma proponendo delle basi solide e specifiche per sostenere la domiciliarità a scapito della residenzialità (anche per ragioni economiche).

I servizi erogati

Il progetto si inserisce nel percorso descritto al paragrafo 2.2.2: la persona anziana non autosufficiente accede allo Sportello Unico Socio-Sanitario per richiedere degli interventi di sostegno alla sua condizione. Lo Sportello accoglie la richiesta di UVG orientata alla residenzialità o alla domiciliarità; è importante sottolineare che in Piemonte questi due percorsi sono separati e la scelta per uno o per l'altro avviene al momento della richiesta di UVG. Il progetto sperimentale tenta di superare proprio questa criticità proponendo un'alternativa domiciliare alla residenzialità a valutazione avvenuta.

La persona non autosufficiente a cui è riconosciuto un livello alto o medio-alto di intensità assistenziale nell'ambito residenziale deve recarsi (eventualmente con la famiglia) a scegliere la struttura presso cui essere inserita. Al momento della scelta la Segreteria UVG propone ad alcune persone e famiglie la possibilità di "passare" al percorso domiciliare. La proposta viene fatta a chi ha un punteggio maggiore o uguale a 24 (con carattere di urgenza) o tra 21 e 24 (che non ha il riconoscimento del carattere di urgenza secondo DGR 14/2013 ma che ha diritto all'inserimento in struttura in convenzione entro un anno) a condizione che ci sia un minimo di rete familiare o sociale coinvolta nel progetto di assistenza, anche se non convivente. Alle persone/famiglie che scelgono di passare al percorso domiciliare è garantita l'attivazione dell'assistenza indipendentemente dal livello di intensità ed è quindi riconosciuta loro una sorta di priorità: paradossalmente infatti, a causa della separazione dei punteggi e dei percorsi valutativi per domiciliarità e residenzialità, molto spesso chi ha un punteggio alto e il

riconoscimento dell'urgenza per la residenzialità non ha lo stesso punteggio o non ottiene il codice rosso per la domiciliarità. Come già visto (v. par. 2.2.2), i criteri per il codice rosso sono indicati in delibera ma l'UVG può attribuire l'urgenza anche adducendo altre motivazioni (*escamotage* che viene utilizzato per rendere possibile il passaggio da residenziale a domiciliare in questo progetto). I servizi e le prestazioni concretamente proposte sono quelle normalmente presenti all'interno del percorso domiciliare: cure domiciliari, assegno di cura o buono servizio con prestazioni infermieristiche, di OSS o di assistenza familiare.

Il progetto domiciliare inizia e prosegue sotto lo stretto monitoraggio dei servizi sociali e la sostenibilità della permanenza al domicilio è verificata periodicamente. Molto spesso la permanenza a domicilio è comunque temporanea perché le persone che accedono al progetto hanno elevati livelli di intensità assistenziale.

L'iniziativa è un progetto sperimentale che si rivolge a un numero limitato di casi selezionati, pertanto non è stato attivato un canale di promozione. È il personale amministrativo della Segreteria UVG che si occupa di proporre l'iniziativa alle persone/famiglie selezionate.

La rete di attori e la struttura di governance

Il soggetto principale è la Segreteria UVG – volto pubblico dell'UVG – che opera in stretta collaborazione con la Commissione valutativa. È il personale amministrativo della Segreteria a proporre alla persona/famiglia il passaggio dal percorso residenziale a quello domiciliare, ma è la Commissione a selezionare le persone a cui proporre l'alternativa (in base ai criteri indicati sopra). La Segreteria UVG coincide con lo Sportello Unico Socio-Sanitario: il personale amministrativo che ci lavora, pur non avendo una formazione specifica, ha esperienza e competenze di comunicazione e mediazione nell'incontro con le persone e le famiglie. Gli altri attori della rete sono rappresentati dai soggetti iscritti all'albo fornitori dell'ASL e del Comune: sono loro ad offrire concretamente le prestazioni incluse nel PAI (nella maggior parte dei casi l'assistente familiare) nel caso in cui alla persona venga riconosciuto l'assegno di cura (v. par. 2.2.2). Il ricorso ai fornitori è per la famiglia e per l'ASL una garanzia di qualità: i fornitori mettono a disposizione solo assistenti familiari con esperienza pregressa e con un percorso formativo (offerto e certificato dai fornitori stessi). Allo stesso tempo i fornitori sembrano tuttavia coinvolti solo in qualità di produttori di servizi e prestazioni.

Genesi e sviluppi futuri del progetto

L'iniziativa è nata in forma sperimentale nel 2016 e si è basata su un'analisi dei dati relativi all'operato dell'UVG nel 2015. Tale analisi ha mostrato come vi fossero diverse persone che, pur essendo inserite nel percorso domiciliare, avrebbero potuto optare per la permanenza a domicilio con il giusto supporto. I promotori dell'iniziativa si ponevano l'obiettivo di promuovere così la diffusione di un approccio che è tendenzialmente più gradito ai beneficiari e alle loro famiglie ed è meno oneroso per la sanità (due progetti domiciliari costano più o meno quanto un progetto residenziale). I risultati sperati erano quindi una maggior soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie, un risparmio significativo per la sanità, la possibilità di rispondere alle esigenze di più persone.

Nel 2016 il progetto è stato proposto a circa 40/45 persone, di cui la metà ha accettato di passare al percorso domiciliare. Il progetto prosegue nel 2017. Lo scopo dei promotori del progetto è di portare in Regione proposte concrete che vadano nella direzione del sostegno alla domiciliarità e del risparmio (obiettivo condiviso dalla direzione dell'ASL).

Nel frattempo si sono registrate diverse novità a livello nazionale e regionale. Innanzitutto in Regione è stato istituito un gruppo di lavoro per discutere del riordino del tema domiciliarità, che però non ha ancora iniziato la sua attività. L'altra innovazione è quella introdotta dall'approvazione dei nuovi LEA (avvenuta a inizio 2017): molti dei problemi di incompatibilità tra spesa sanitaria e cure domiciliari evidenziati sono legati a un'interpretazione dei LEA del 2001. Nonostante i nuovi LEA pubblicati non sembrano apportare significativi miglioramenti dal punto di vista della domiciliarità, ci si auspica che il momento del recepimento a livello regionale potrà rappresentare l'occasione per un riordino dell'ambito.

Risorse Finanziarie

I canali di finanziamento regionali sono separati tra residenziale e domiciliare. Rispetto al domiciliare negli anni passati ci sono stati due finanziamenti specifici sul sostegno alla domiciliarità (DGR 39 e 56). Nel 2011 la Regione è entrata in piano di rientro e non ha più potuto elargire questi finanziamenti. Tuttavia, per dare continuità agli interventi realizzati, ha continuato a prorogare l'autorizzazione alle ASL che avevano realizzato questi interventi (siamo ormai alla quindicesima proroga). Attualmente le risorse economiche della sanità finanziano quindi prestazioni che da un punto di vista giuridico sono state definite come sociali (anche da sentenze del Consiglio di Stato). La soluzione ottimale sarebbe invece trarre il finanziamento da un fondo regionale per la non autosufficienza costruito sulla base di quello nazionale ma alimentato anche con risorse ulteriori di provenienza regionale.

Risultati ottenuti e sostenibilità

Come detto, nel 2016 il progetto è stato proposto a 40/45 persone tutte con un livello alto di intensità assistenziale. Circa la metà ha accettato; il risultato non è numericamente elevato ma è comunque significativo: bisogna infatti ricordare che le persone selezionate avrebbero diritto immediatamente ad un posto in struttura in convenzione.

Il progetto non ha prodotto un vero e proprio risparmio, piuttosto un miglior impiego delle risorse a disposizione: il minor costo dei progetti domiciliari rispetto a quelli residenziali (rapporto 2 a 1) ha permesso di rispondere a un maggior numero di richieste.

L'iniziativa è sperimentale e, come sottolineato, il contesto normativo e quello istituzionale appaiono in questo momento ambigui e mutevoli. È difficile valutare la sostenibilità dell'iniziativa, anche alla luce di possibili e prossime innovazioni legislative. L'importanza del progetto risiede nel suo carattere "laboratoriale", che vuole portare dati e riscontri concreti per sostenere a livello operativo e politico una discussione che porti a un riordino del sistema della domiciliarità.

4.4. Progetto “A Casa / Chez Soi”²³

Il progetto *A Casa / Chez Soi* si proponeva di favorire il mantenimento a domicilio delle persone anziane (ma anche di nuclei familiari in difficoltà o persone con lievi disabilità), in particolare in aree montane e periferiche, arricchendo l’offerta dei servizi socio-sanitari sul territorio attraverso la figura del *Collaboratore domiciliare non professionalizzato*.

Per molti anziani o persone caratterizzate da fragilità, soprattutto in aree montane e periferiche, il mantenimento di autonomia e la possibilità di rimanere presso il proprio domicilio richiede un supporto per attività volte alla gestione della quotidianità quali la cura della casa, l’accompagnamento a visite, la consegna di pasti ed altri beni di prima necessità. Si tratta di prestazioni che non richiedono la presenza di operatori specializzati ma che, se non sono presenti, rischiano di compromettere seriamente la possibilità di rimanere in autonomia presso il proprio domicilio.

Il progetto, partendo da una rilettura complessiva dei tipi di bisogni a cui occorre rispondere per assicurare l’autonomia e la permanenza domiciliare delle persone fragili, ha inteso evidenziare una più attenta e articolata differenziazione delle prestazioni necessarie, ai fini di proporre e sperimentare soluzioni innovative in grado al tempo stesso di ampliare il *range* di servizi offerti e di aumentare il loro livello di efficienza complessiva.

L’inserimento all’interno del servizio di assistenza domiciliare territoriale della figura di un *Collaboratore domiciliare non professionalizzato* che assicura le prestazioni richiamate in precedenza migliora il servizio complessivamente offerto alle persone e alla comunità senza un sensibile aggravio di costi, mobilitando al tempo stesso energie e risorse comunque presenti all’interno del territorio.

Il progetto è stato realizzato nel biennio 2011-2013 all’interno del Programma Transfrontaliero Alcotra, attraverso un confronto tra i servizi e le pratiche di assistenza domiciliare all’interno del territorio di Fossano, Saluzzo e Savigliano (in particolare le Comunità Montane Valle Varaita e Valle Po Bronda e Infernotto) in Italia e il territorio francese delle Hautes-Alpes in Francia.

A partire da un confronto con il modello francese di gestione dei servizi domiciliari si è proceduto ad una sensibilizzazione e animazione territoriale finalizzata al reperimento di persone che operano nell’ambito rurale disponibili a fornire prestazioni assistenziali a persone anziane collocate in contesti montani e isolati. Dopo un’attività di selezione e una fase di formazione delle persone interessate è stata avviata una sperimentazione della presenza del *Collaboratore Domiciliare non professionalizzato* sul territorio, che è partita dalle Valli Varaita e Po, Bronda e Infernotto per poi estendersi nella parte finale del progetto anche al resto del territorio in cui opera il Consorzio Monviso Solidale (in particolare alle zone rurali di Fossano e Savigliano).

²³ Per la stesura del presente paragrafo si è fatto riferimento al Rapporto finale del progetto curato dal Consorzio Monviso Solidale (2014).

I servizi erogati

Il *Collaboratore domiciliare non professionalizzato* è una figura reperita tra persone già presenti all'interno del territorio di riferimento che, pur non essendo in possesso di specializzazioni tipiche delle figure che operano nell'ambito dell'assistenza, sono motivate a svolgere un lavoro di questo tipo dimostrando spirito di collaborazione, buone capacità relazionali e operatività nella quotidianità domestica.

Il punto di partenza fondamentale è costituito dalla loro disponibilità a collaborare con gli altri operatori del Servizio di assistenza territoriale per sostenere la permanenza a domicilio di persone ancora autonome ma sole, isolate e residenti in contesti montani e rurali a minore densità abitativa. A partire da questo nucleo di attitudini vengono poi sviluppate le conoscenze e le capacità di base per lo svolgimento del ruolo attraverso un breve corso di formazione mirato. Il *Collaboratore domiciliare non professionalizzato* interviene su richiesta dell'assistente sociale di riferimento per il Comune di residenza al fine di promuovere la sicurezza e il mantenimento a domicilio delle persone fragili. L'operatore più idoneo è individuato valutando le esigenze e i servizi richiesti e attivabili, considerando anche la vicinanza al domicilio del richiedente.

Il rapporto di assistenza svolto dal *Collaboratore domiciliare* si struttura attraverso la definizione di un progetto individualizzato che definisce i servizi richiesti e la loro calendarizzazione e viene formalizzato con la sottoscrizione di un Contratto di collaborazione da parte di tutte le parti coinvolte dal progetto. Le attività svolte possono essere:

- sostegno alla gestione della vita quotidiana;
- supporto alla cura dell'abitazione;
- accompagnamento a visite medico ospedaliere e altri uffici pubblici e privati;
- consegna pasti, farmaci e beni di prima necessità.

Si tratta quindi di una figura che si inserisce a tutti gli effetti nella rete di prestazioni offerte dal Servizio di Assistenza Domiciliare territoriale per sostenere l'autonomia delle persone fragili, garantendo una presenza continua e costituendo una figura di riferimento e di fiducia per la persona che beneficia del servizio. In questa veste possono svolgere anche un'importante funzione di anello di congiunzione con altre figure specialistiche chiamate più o meno occasionalmente ad intervenire presso l'utente. Infine, oltre a fornire di prestazioni operative relativamente semplici ma spesso di difficile gestione per gli utenti coinvolti, questa figura risponde ad un bisogno di relazione e socialità che è molto presente nella vita quotidiana delle persone fragili.

Le attività di promozione

Il progetto è stato accompagnato da una sistematica attività di promozione e comunicazione sui due territori transfrontalieri. I Comuni dei territori interessati sono stati coinvolti attraverso una serie di inviti alle manifestazioni e agli incontri programmati, in genere con una buona partecipazione, anche negli scambi transfrontalieri. Nei rispettivi territori si sono realizzate iniziative e manifestazioni specifiche, sia a livello tecnico-professionale che di più ampio coinvolgimento della popolazione (come momenti di incontro, serate informative,

ecc.), che hanno punteggiato tutto il periodo di realizzazione del progetto permettendogli di acquisire visibilità e favorendo un'ampia diffusione dei risultati. Rientrano in questa strategia anche i convegni di apertura e chiusura dell'iniziativa e l'incarico a televisioni locali (sia in Italia che in Francia) per la realizzazione di una serie di servizi giornalistici sullo sviluppo del progetto.

Si è proceduto alla predisposizione di specifici dossier per l'illustrazione dei diversi risultati del progetto, producendo una documentazione sufficientemente diffusa e precisamente orientata agli operatori professionali, alle cooperative sociali, alle associazioni di promozione sociale, alle associazioni familiari e alle famiglie aderenti oltre che ai Comuni, agli amministratori pubblici e ai servizi regionali, provinciali e territoriali di altri Consorzi.

Al termine del progetto è stata prodotta una Guida dei Servizi che riporta, per i rispettivi versanti transfrontalieri, gli elementi essenziali delle diverse prestazioni disponibili (informazioni rese così accessibili e comprensibili a tutta la popolazione). Particolarmente interessanti si sono rivelate le esperienze di animazione territoriale propedeutiche alla identificazione e selezione dei candidati interessati a svolgere il ruolo di *Collaboratore domiciliare non professionalizzato*.

Nel corso della prima annualità del progetto si sono stati organizzati 7 incontri territoriali in Comuni-chiave del territorio di riferimento del progetto, che hanno visto il positivo supporto di associazioni locali del terzo settore, di organismi professionali e sindacali, dei servizi sociali e delle istituzioni locali. Tale partecipazione ha permesso di raggiungere l'obiettivo di raccogliere un significativo numero di persone interessate ad essere coinvolte nell'attività formativa per operatori non specializzati (70). Esperienza che è stata riproposta anche nella seconda annualità, in cui due cicli di riunioni territoriali hanno raccolto l'interesse di circa 110 persone.

La rete di attori e la struttura di governance

Il progetto ha avuto come capofila il Consorzio Monviso Solidale e come partner EPACA sul versante italiano e Vivre et Vieillir Chez Soi su quello francese. Il Consorzio Monviso Solidale è un ente autonomo con personalità giuridica e natura pubblica costituito nel 1997 dai 52 comuni delle aree territoriali di Fossano, Saluzzo e Savigliano per la gestione dei servizi socio-assistenziali. Attualmente i comuni aderenti sono 58, corrispondenti al territorio dell'ASL n. 17. Epaca (Ente di Patrocinio e Assistenza per i Cittadini e l'Agricoltura) è il Patronato costituito dalla Confederazione Nazionale Coldiretti, particolarmente interessato alla valorizzazione delle aree rurali e montane e al contrasto del loro spopolamento, che passa anche per la qualità dei servizi offerti ai cittadini che abitano quei territori. Vivre et Vieillir Chez Soi è un'Associazione che cura servizi di assistenza socio sanitaria nel territorio francese delle Hautes-Alpes in Francia, in un territorio con problematiche molto simili a quelle presenti nello specifico contesto italiano.

Il confronto sui modelli e sulle pratiche di assistenza domiciliare presenti nei due territori è stato visto come risorsa di reciproco apprendimento per innovare l'offerta presente su ciascun territorio ai fini di renderla più aderente alle specifiche esigenze che caratterizzano aree come quelle montane e rurali.

Per la gestione del progetto è stata costituita una “cabina di regia transfrontaliera” composta da un rappresentante dell’Ente capofila del progetto e da un referente per ogni partner, coordinato e supportato da una figura professionale messa a disposizione dal capofila. Ciò ha consentito di monitorare e orientare sistematicamente le attività del progetto e di valorizzarne i risultati su entrambi i versanti della frontiera. Inoltre ha reso più semplice ed efficace l’intensa attività di scambio di esperienze tra gli operatori dei servizi di due paesi (seminari di approfondimento e *stage* presso i servizi del paese confinante).

Sul versante italiano la gestione operativa del progetto è stata affidata ad operatori appartenenti all’Area Progetti e Qualità di Monviso solidale e di EPACA. Nel corso dell’attività di sensibilizzazione e coinvolgimento delle realtà territoriali è emersa la disponibilità a collaborare alla realizzazione delle attività progettuali della Cooperativa Sociale LINFA SOLIDALE, come espressione della valenza sociale dell’organizzazione dei Coltivatori Diretti della Provincia di Cuneo. La Cooperativa ha fornito il supporto organizzativo alla sperimentazione dei nuovi servizi a sostegno dell’assistenza domiciliare attivati attraverso la figura del *Collaboratore domiciliare non professionalizzato*.

Complessivamente all’interno del progetto sono stati coinvolti in attività formative propedeutiche all’assunzione del ruolo di *Collaboratore domiciliare non professionalizzato* 61 persone. Altri operatori dei servizi territoriali hanno partecipato a momenti di aggiornamento attraverso seminari e visite di studio organizzate insieme ai colleghi francesi.

Genesi del progetto

Il progetto è fortemente radicato nella storia di Monviso Solidale, da sempre impegnato a cercare continue strategie di miglioramento della propria offerta di servizi sul territorio. Il Consorzio già all’interno di precedenti progetti Alcotra aveva avuto modo di riflettere e affinare il proprio modello di gestione dei servizi, che riunisce in un unico organismo le fasi di valutazione, predisposizione del progetto di intervento e la sua realizzazione attraverso la competenza degli assistenti sociali e degli operatori socio-sanitari (OSS). In questa prospettiva esisteva un notevole interesse a confrontarsi con il modello francese, che prevedeva una varietà di operatori più ampia di quella presente al momento in Italia per rispondere in modo più coerente alla varietà di condizioni e necessità delle persone che ne richiedono l’intervento.

Risorse Finanziarie

Il progetto *A Casa / Chez Soi* è stato realizzato nell’ambito del Programma Transfrontaliero Alcotra, usufruendo di un finanziamento di circa 325.000 euro.

Risultati ottenuti

Il progetto ha permesso di strutturare una rete consolidata di disponibilità di collaboratori domiciliari collegati con i servizi sociali e sanitari del territorio. Inoltre ha favorito il consolidamento di nuovi rapporti con associazioni e gruppi di persone che sono ora individuati come partner possibili dai Comuni e dal Consorzio Monviso Solidale: l’articolazione del progetto ha permesso di chiarire ad ognuno limiti e possibilità di intervento sviluppando azioni

complementari e sinergiche che oggi rimangono a disposizione del territorio come risorsa di rete.

Il confronto con l'esperienza francese ha favorito lo sviluppo anche in Italia di una modalità di intervento sostenibile secondo i criteri di prossimità e "non specializzazione", rivolta a situazioni in cui condizioni di autosufficienza personale coesistono con problemi di isolamento e solitudine sociale. Elemento di particolare rilevanza in una collettività che presenta problematiche di continuità di presenza nel territorio (soprattutto da parte della popolazione anziana che è rimasta a presidiare il proprio territorio di origine).

L'istituzione del *Collaboratore domiciliare* ha svolto anche un ruolo di attivatore di risorse già presenti nel territorio, favorendo l'impiego di personale non specializzato e di volontari, in gran parte donne e giovani, comunque in grado di assicurare un'importante risposta ai bisogni quotidiani di persone fragili presso il loro domicilio. L'ampio numero di persone coinvolte e successivamente formate ha poi permesso di avviare una quarantina di collaborazioni sul territorio, che attualmente si stanno ulteriormente ampliando.

È interessante sottolineare come l'attivazione delle 40 attività di sostegno al mantenimento della persona presso il proprio domicilio riguardi per il 90% nuove situazioni prese in carico dal servizio di assistenza domiciliare, che grazie a questa nuova modalità hanno trovato una risposta coerente ed adeguata alle loro necessità. Infine è interessante notare come l'attivazione di questa nuova figura abbia avuto un effetto indiretto di integrazione e qualificazione dell'insieme dei servizi di assistenza domiciliare erogati sul territorio. Da una parte il progetto ha reso necessaria una ricognizione dei bisogni sul territorio e una concertazione con gli operatori (assistenti sociali) che operano nei contesti montani e rurali. Dall'altra si è favorita una consuetudine di stretta collaborazione tra i servizi socio-sanitari e la rete degli attori sociali del territorio, che ha permesso tra l'altro di razionalizzare le spese di formazione e di monitoraggio della sperimentazione e di allargare l'azione progettuale anche al Distretto sanitario di Fossano e Savigliano.

Sostenibilità

In Italia gli esiti del progetto hanno permesso, come già indicato, il mantenimento del rapporto di collaborazione e il proseguimento della sperimentazione non soltanto nei territori iniziali ma anche nel distretto sanitario di pianura. Per parte italiana è in atto una riflessione sul ruolo degli operatori sociali, anche alla luce delle risultanze del progetto realizzato: tale modalità, che fa riferimento ad un ruolo meno tecnico-professionale e più politico-sociale, richiede agli operatori di territorio di valorizzare al massimo la loro competenza e la conoscenza del contesto sociale in cui operano e di sviluppare le relazioni con i diversi attori di tale contesto per iniziative e interventi che li coinvolgano.

L'ipotesi di lavoro che si intende attuare in futuro, in stretto legame tra il territorio italiano e francese, è quella di mantenere iniziative congiunte nell'ambito dell'animazione del territorio proseguendo con modalità che coinvolgano gli operatori e i beneficiari dei servizi, poiché si è appurato che solo attraverso questa modalità è possibile considerare l'appropriatezza delle prestazioni e il coinvolgimento della comunità locale. Continuare a farlo sui due versanti transfrontalieri è stimolo continuo al confronto e alla reciproca emulazione.

4.5. Progetto “Casa Comune”

Il progetto *Casa Comune* si proponeva la creazione delle condizioni per mantenere il più possibile l’anziano presso il proprio domicilio o comunque all’interno della propria famiglia²⁴, anche in presenza di alcuni deficit delle funzioni essenziali della vita quotidiana. In particolare, di fronte ai limiti dei tradizionali interventi di assistenza, il progetto ha cercato di elaborare un nuovo modello di intervento territoriale:

- centrato su una *governance* aperta al contributo di diversi *stakeholder* pubblici e privati, 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 consolidare nel medio-lungo periodo).

Il progetto si è sviluppato nel biennio 2013-2015 all’interno del Programma Operativo di Cooperazione Transfrontaliera Italia-Svizzera 2007-2013, assumendo come riferimento il confronto sulle problematiche dell’assistenza domiciliare agli anziani nel Comune di Novara e nel Canton Ticino.

Ad una prima fase di analisi comparata dei bisogni e dei sistemi di assistenza presenti nei due territori ha fatto seguito un’attività di progettazione e sperimentazione sui due lati della frontiera per la definizione di modelli di intervento caratterizzati da una *governance* multi-attore e multilivello dei sistemi territoriali di cura e assistenza agli anziani e da una progettazione partecipata degli interventi da attivare.

Le attività del progetto hanno coinvolto una ricca pluralità di attori: gli anziani e le loro famiglie, le istituzioni che erogano i servizi di cura e assistenza ed i relativi operatori, il privato sociale, le associazioni e il mondo del volontariato. Complessivamente sono state effettuate 206 interviste ad anziani ultrasettantenni residenti a Novara, si sono registrati 99 partecipanti a seminari di attività formativa e sono stati coinvolti 590 soggetti in attività di co-progettazione e disseminazione dei risultati.

I servizi erogati

Durante la prima annualità nei due territori è stata realizzata un’articolata attività di ricerca per raccogliere e mettere in comune il patrimonio di conoscenze sui bisogni emergenti presso la popolazione anziana, sui servizi pubblici e privati di sostegno alla domiciliarità presenti sul territorio e sui modelli di *governance* con cui queste problematiche venivano affrontate nel territorio.

L’attività di ricerca è stata realizzata con modalità fortemente partecipative, che oltre a raccogliere informazioni miravano a coinvolgere tutti i soggetti che a diverso titolo concorrono a fornire risposte ai bisogni della popolazione anziana presente nel territorio, in una logica di sensibilizzazione e richiesta di partecipazione ad un percorso di ripensamento e qualificazione delle modalità di intervento su queste problematiche. Prospettiva che è stata rafforzata da un

²⁴ Per approfondire questo caso si rimanda a Catania (2015) e Maino (2015b).

ampio coinvolgimento di questi stessi soggetti in una serie di workshop transfrontalieri in cui si sono scambiate buone pratiche e si sono messe a fuoco criticità comuni da affrontare nelle due aree coinvolte dal progetto.

La seconda fase del progetto ha avviato un percorso di progettazione e sperimentazione per costruire, in modo partecipato:

- un nuovo modello di *governance* e di gestione dell'assistenza domiciliare sul territorio;
- 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, *caregiver* e *care-manager* familiari, associazioni del volontariato e la comunità nel suo complesso.

Il percorso ha visto una partecipazione molto ricca e diversificata di attori pubblici e privati, oltre che del mondo del volontariato, e si è articolato in una pluralità di attività che sono andate oltre gli obiettivi previsti inizialmente, dando origine a:

- un tavolo per la definizione di un *Protocollo d'intesa* su funzioni, ruoli, modalità operative e organizzative di un «Punto unico informativo e di orientamento per anziani non autosufficienti», che si è scelto poi di chiamare *Spazio Anziani*;
- un gruppo di lavoro per la costruzione di un «portale web» per il reperimento rapido ed efficace delle informazioni relative ai soggetti che erogano servizi di cura e assistenza a domicilio agli anziani sul territorio;
- due percorsi di formazione rivolti ad operatori professionali (Comune di Novara, Asl, Azienda Ospedaliera) e del volontariato, che hanno sviluppato la proposta di dare vita ad un *Tavolo Anziani* come spazio permanente di confronto ed elaborazione comune sui bisogni da affrontare e le linee di azione da sviluppare;
- un gruppo di progettazione sulla figura dell'OSS in rapporto allo sviluppo di un modello integrato di assistenza domiciliare nel territorio e delle relative opportunità di crescita professionale e sviluppo di nuove competenze che esso rappresenta;
- un gruppo di progettazione sulla figura dell'assistente familiare, che oltre ad evidenziare un *framework* di "competenze agite" da queste persone nell'esercizio del loro ruolo ha anche proposto un modello di crescita professionale centrato sul *workplace learning*.

Le attività di promozione

Le attività di promozione e disseminazione dei risultati hanno costituito un asse portante ed uno degli elementi di maggior successo del progetto. Tutte le attività di promozione e comunicazione sono state realizzate a partire da una strategia finalizzata alla creazione di una "Cultura della domiciliarità" in grado di stimolare un duplice mutamento:

- nel contesto sociale territoriale, rispetto ai problemi legati all'invecchiamento della popolazione;
- nel contesto istituzionale, rispetto alla tipologia di risposte che il sistema è in grado di

dare a questi stessi problemi.

La promozione di uno sviluppo in senso culturale (definire e promuovere la “cultura della domiciliarità” e la “cura della diversità”) e istituzionale (far cooperare soggetti che abitualmente, pur occupandosi dei medesimi utenti, lo fanno in maniera isolata) è stata alimentata, contestualmente alla realizzazione delle attività previste dal progetto, da un articolato e strutturato piano di comunicazione che si è avvalso di una pluralità di eventi e strumenti:

- definizione di un’immagine del progetto (logo, slogan, linea redazionale);
- creazione di un sito web, uno spazio pubblico per la circolazione delle informazioni e dei risultati, all’interno del quale è stata prevista un’area riservata per lo scambio di comunicazioni e materiali tra i partner del progetto;
- pubblicazione di materiale promozionale (*dépliant*, brochure);
- pubblicazione regolare di una newsletter informativa;
- rapporti sistematici e regolari con i media (presentazione dell’iniziativa, progressiva illustrazione dei risultati più significativi, diffusione e valorizzazione finale dei risultati, ecc.);
- programma di eventi comprendenti, sia a Novara che nel Canton Ticino, una serie di seminari intermedi e convegni conclusivi che hanno visto il coinvolgimento di esperti, operatori e *stakeholder* istituzionali;
- pubblicazione di un E-book con la presentazione e una riflessione critica sui risultati e le acquisizioni teorico-metodologiche prodotte dal progetto (cfr. Catania 2015);
- una chiavetta USB comprendente tutti i materiali prodotti.

Ai fini di una più efficace disseminazione dei risultati nel corso del progetto si è costituito un tavolo di coordinamento attivato dal Comune di Novara che, a partire dalla partnership originaria del progetto, ha progressivamente aggregato altri attori significativi presenti sul territorio (istituzioni, privato sociale, associazioni del volontariato). Il tavolo si poneva gli obiettivi di favorire una più capillare diffusione di quanto veniva realizzato all’interno del progetto e di creare le condizioni per un futuro sviluppo del nuovo modello di *governance* e gestione dell’assistenza domiciliare agli anziani che si era cominciato a delineare all’interno di *Casa Comune*.

La rete di attori e la struttura di governance

La partnership del progetto, sul versante italiano, ha visto come capofila il Comune di Novara e come partecipanti la Cooperativa Nuova Assistenza, FILOS Formazione e il Centro servizi per il Volontariato della Provincia di Novara (CSV). Sul versante svizzero il capofila è stato l’Associazione Opera Prima, che rappresenta una buona pratica nel campo dei servizi di cura a domicilio: da un lato ha assunto nel tempo un ruolo centrale nel contesto del partenariato pubblico-privato su cui si fonda la rete di cura sul territorio, dall’altro rappresenta un esempio positivo di come si possano coniugare efficacemente bisogno di assistenti familiari e percorsi di integrazione delle donne di origine straniera.

Sul fronte italiano la partnership ha visto quindi coinvolti l'istituzione territoriale che ha la responsabilità di gestione dei servizi socio-assistenziali, una cooperativa che eroga servizi di assistenza domiciliari in molti territori (tra cui quello novarese), un Ente di formazione che da anni opera nell'ambito della formazione iniziale e continua per il settore (con una forte attenzione anche alle problematiche di inclusione delle donne straniere) e un Ente a cui fanno riferimento 168 associazioni di volontariato operanti sul territorio provinciale. Questa costruzione appariva coerente con l'obiettivo del progetto di proporre la sperimentazione di un modello di *governance* orientato a una partecipazione più aperta ed inclusiva, oltre che basato su un maggior coordinamento e integrazione tra le diverse tipologie di attori presenti sul territorio. D'altra parte le stesse modalità di *governance* del progetto intendevano costituire un piccolo laboratorio entro cui avviare e sperimentare una logica di *governance* multi-attore da capitalizzare nella futura gestione delle politiche e dei servizi di assistenza domiciliare agli anziani nel territorio.

La realizzazione del progetto, pur rimanendo responsabilità dei partner originari, si è progressivamente aperta al coinvolgimento di altri attori significativi presenti nel territorio, portatori di istanze, punti di vista e competenze specifiche in grado di arricchire la qualità degli interventi progettati e sperimentati.

Per la gestione del progetto è stato istituito un *Tavolo della Governance*, presidiato dal Comune di Novara (Servizi Sociali) con gli altri partner del progetto; nel corso dell'implementazione dell'iniziativa si sono aggiunti al Tavolo altri soggetti intercettati attraverso le attività iniziali di *Casa Comune* (assistenti sociali del SAD, rappresentanti dell'Asl di Novara, Centro di ascolto Caritas, Cooperativa Vedogiovane, Comunità di Sant'Egidio, CISL Novara). Il Tavolo ha partecipato alla definizione e progettazione delle attività richiamate in precedenza e alla validazione condivisa dei risultati prodotti, favorendo lo sviluppo di un nuovo approccio alle problematiche della domiciliarità e costituendo un importante punto di partenza per avviare un suo consolidamento all'interno del territorio di riferimento.

Genesi del progetto

L'idea che ha dato origine al progetto *Casa Comune* nasce dal confronto tra i partner italiani a seguito di precedenti collaborazioni (formazione agli/le assistenti familiari, erogazione di servizi domiciliari nell'ambito del SAD) e in occasione della partecipazione a tavoli tematici per la definizione di precedenti Piani di Zona per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio.

I risultati prodotti da quelle esperienze, sia in termini di punti di forza che di aree di criticità emerse, e il mutamento del contesto socio-economico entro cui si collocano i servizi per gli anziani hanno fatto nascere l'esigenza di ripensare criticamente ai modelli di intervento presenti sul territorio a partire da una rilettura partecipata dei bisogni e delle risorse disponibili nel territorio/comunità. Gli aspetti di interculturalità (sempre più rilevanti nel sistema di assistenza e cura a domicilio) e il contesto di partenariato pubblico-privato su cui si fonda la rete di cura sul territorio elvetico (SACD) sono stati riconosciuti come forti elementi di interesse di un progetto transfrontaliero che ha visto Opera Prima come interlocutore naturale per il ruolo svolto su queste tematiche nel Canton Ticino.

Risorse Finanziarie

Il progetto *Casa Comune* è stato realizzato nell'ambito del *Programma di Cooperazione Transfrontaliera Italia – Svizzera 2007/2013*, usufruendo di un finanziamento di 237.000 euro (di cui 149.100 di contributo FESR) più 112.000 CHF.

Risultati ottenuti

Il progetto Casa Comune ha prodotto alcuni importanti risultati operativi, a cominciare dall'apertura – a seguito di un "Protocollo di intesa" sottoscritto da Comune di Novara, ASL Novara e un gruppo di Associazioni di volontariato – di un punto informativo e orientativo sulla domiciliarità che colmasse il vuoto rappresentato dall'assenza di uno sportello sociale unico (Maino 2015a). Esso, denominato Spazio Anziani, intende rispondere a tre ordini di finalità:

- 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.

Gli anziani fragili e non autosufficienti trovano un punto di ascolto dei loro bisogni, l'erogazione di informazioni orientative specifiche e, nel caso fosse necessario, un primo sostegno alla costruzione di possibili linee di intervento.

La sua gestione è assicurata da due figure professionali con competenze in ambito assistenziale e socio-sanitario; esse sono state incaricate del servizio rispettivamente dal Comune di Novara e dall'Asl e sono affiancate da un volontario appartenente a una delle organizzazioni firmatarie del Protocollo d'intesa. Altri risultati operativi riguardano:

- la costruzione di un portale web dei soggetti che erogano interventi di cura e assistenza agli anziani, inizialmente a disposizione degli operatori per essere in prospettiva esteso alla consultazione anche da parte dell'utenza potenzialmente interessata;
- l'istituzione di un *Tavolo Anziani*, destinato a favorire la collaborazione continuativa tra gli operatori volontari e le figure professionali che si occupano di anziani, con l'obiettivo di immaginare e costruire progetti innovativi che vedano al centro dell'azione sociale gli anziani e i loro nuovi bisogni²⁵;
- un modello di accompagnamento ai processi di inserimento lavorativo e sviluppo

²⁵ Il Tavolo anziani è stato riconfermato il 29 novembre 2017 con la firma di un Protocollo presso il Comune di Novara. Il Tavolo vede la riconferma dei soggetti che avevano partecipato al progetto *Casa comune* e alle iniziative scaturite al suo interno. Lo scopo è proseguire con un'azione coordinata e plurale per fronteggiare la sfida dell'invecchiamento e dell'assistenza familiare.

professionale degli/le assistenti familiari, centrato sul *workplace learning* e su un ruolo di supporto attivo delle OSS.

Il risultato di maggior rilevanza appare però essere la definizione e una prima pratica attivazione di un modello di *governance* innovativo e più funzionale, capace di alimentare processi di 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 alle prese con la crisi delle risorse pubbliche.

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.

Sostenibilità

Il processo di cambiamento innescato con l'esperienza di *Casa Comune* attualmente trova una sua continuità nel funzionamento dello *Spazio Anziani* e nello sviluppo di sinergie e integrazioni tra i soggetti che ruotano intorno al suo funzionamento.

In specifico dal settembre 2015 si è registrato il coinvolgimento di 180 persone che hanno avuto accesso al servizio di orientamento collocato in una delle palazzine del complesso restaurato di Viale Roma. Nei primi dieci mesi del 2017 sono state 110 (di cui il 60% figli di anziani) le persone che si sono rivolte allo sportello.

Fin dal 2015 il Comune, l'ASL e il CSV hanno continuato a sostenere il gruppo attraverso un accompagnamento specifico che ha visto l'impegno di 28 volontari di 13 associazioni diverse. Ad esempio sono in corso una serie di interventi presso i MMG, che spesso si trovano a gestire pazienti che presentano bisogni più o meno marcati di supporto alla loro autonomia, per far conoscere *Spazio Anziani* e i servizi che possono essere attivati attraverso di esso. In particolare si stanno sviluppando incontri con le 7 équipe di distretto con la partecipazione a rotazione agli incontri mensili previsti istituzionalmente.

Si registra maggiore sensibilità da parte dei medici impegnati al di fuori di Novara e comunque il dialogo nella rete locale è cresciuto e le informazioni mirate e selettive nei confronti dei medici hanno permesso di qualificare l'opportunità dello *Spazio Anziani* (*“porte che si aprono, relazioni che si nutrono: nella visita aprendo il cassetto i medici danno il volantino e fanno conoscere lo Spazio”*).

Al momento sembra che lo sviluppo di un approccio integrato e la produzione di sinergie in grado di innalzare la qualità complessiva dei servizi di cura e assistenza si sviluppino soprattutto a livello di collaborazione tra gli operatori, dove sembra essere stato maggiormente capitalizzato il patrimonio di competenze ed energie sviluppatesi attraverso l'esperienza di *Casa Comune*. Interessante l'approccio integrato ad avvicinare le famiglie al tema complesso dell'invalidità nelle sue implicazioni e della domiciliarità con l'assistenza di figure professionali adatte individuate anche con il concorso di sportelli gestiti da soggetti aderenti allo *Spazio*

anziani. Più lento sembra essere invece il processo a livello di rapporti tra le diverse istituzioni che concorrono alla programmazione e definizione dei servizi a livello territoriale.

Un fattore decisivo per un definitivo consolidamento dell'approccio sviluppato attraverso *Casa Comune* sarà probabilmente giocato da un soggetto istituzionale disposto ad assumersi l'onere di presidiare in maniera continuativa il processo innescato attraverso il progetto. Esso è ancora attivo all'interno del contesto territoriale, ma bisognoso di continue verifiche e implementazioni per assumere un suo compiuto profilo a livello di sistema. In questo senso un'opportunità potrebbe essere costituita dai nuovi indirizzi di politica sociale attivati con il Patto per il Sociale a livello regionale, che sembrano orientare verso modelli di gestione dei servizi congruenti con l'approccio sviluppato all'interno di *Casa Comune* e mettere conseguentemente a disposizione risorse per sostenere il consolidarsi di modelli di offerta territoriale di questo tipo. La fase di rilancio del Patto stesso per il periodo 2017-19, attualmente in corso (v. Cibinel 2017c), potrà consolidare alcuni dei tratti caratterizzanti l'esperienza.

È in corso di rinnovo il "Protocollo di intesa per il consolidamento del tavolo tematico sugli anziani e la gestione del punto informativo e di orientamento per gli anziani fragili e non autosufficienti" con l'allargamento a nuovi soggetti.

4.6. La Cura è di Casa (VCO)

Il progetto *La Cura è di Casa* si propone di aiutare le persone anziane ad invecchiare bene al proprio domicilio migliorando la loro qualità di vita e offrendo un supporto alle famiglie e all'intera comunità. L'obiettivo generale è favorire la permanenza dell'anziano vulnerabile nella propria casa sollevando le famiglie dalla gestione quotidiana della persona in un'ottica di prevenzione e monitoraggio.

Esso viene perseguito attraverso un processo di ricomposizione e integrazione dei diversi sistemi (sanitario, sociale e solidale) di offerta di servizi presenti sul territorio, reso possibile da nuovi modelli di *governance* che favoriscono un miglior coordinamento delle risorse esistenti e l'attivazione di nuove e inedite energie presenti nel tessuto locale, grazie allo sviluppo di reti di comunità reali e digitali. In questa prospettiva lo sviluppo di un nuovo modello di gestione dei servizi per gli anziani vulnerabili vuole costituire anche la sperimentazione e il consolidamento di un nuovo e più sostenibile modello di welfare potenzialmente riproducibile anche nei confronti di altri target di popolazione.

Il territorio interessato dal progetto è quello dell'Azienda Sanitaria Locale VCO, a cui fanno riferimento 3 Consorzi Intercomunali dei Servizi Sociali. Questo territorio comprende 77 Comuni della Provincia del Verbano Cusio Ossola e 7 della Provincia di Novara, con una popolazione residente di 171.390 abitanti. Il progetto ha preso il via nel maggio del 2016 con la firma della Convenzione con la Fondazione Cariplo. La durata è triennale e la sua conclusione è prevista nel 2019.

I destinatari degli interventi sono le persone anziane (over 65) vulnerabili o vicine alla perdita dell'autonomia che vivono nel territorio dell'ASL VCO e non sono in carico ai servizi socio-sanitari. Ad oggi gli anziani vulnerabili presi in carico sono 179. È previsto che il numero salga a 400 nell'aprile 2018 per arrivare a 700 a fine progetto (pari a 38.000 ore di intervento).

I servizi erogati

Gli anziani vulnerabili possono beneficiare di servizi di monitoraggio, cura e igiene della persona, assistenza fisioterapica e infermieristica, accompagnamenti per visite, compagnia e supporto alle faccende quotidiane. La loro gestione integrata prevede il concorso dei servizi sociali territoriali più tradizionali e di figure più specialistiche (fisioterapista, psicologo, medico specialista, infermiere professionale), oltre che delle attività dei volontari. Inoltre, grazie alla rete coordinata delle realtà associative territoriali, i beneficiari possono usufruire di servizi di socializzazione, di attività fisica di gruppo, di attività culturali e aggregative per contrastare la solitudine e la tendenza all'isolamento che spesso caratterizzano le persone anziane.

Attualmente il coinvolgimento degli anziani vulnerabili avviene attraverso segnalazioni che arrivano dai servizi più tradizionali (ASL, Servizi Sociali, RSA) o da antenne di comunità quali le associazioni di volontariato. La prima fase del progetto prevede lo sviluppo di un sistema informatizzato integrato tra Servizi Sociali Territoriali e Azienda Sanitaria, affinché siano i Medici di Medicina Generale (MMG) a segnalare gli utenti che rispondono alle caratteristiche di vulnerabilità e che potrebbero beneficiare dei servizi offerti da *La Cura è di Casa*.

Il territorio del VCO è stato suddiviso in 8 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) governate da un *Network manager* a cui fanno riferimento 3 o 4 *Care Planner* (in genere assistenti sociali territoriali). Il *Network manager* ha il compito di coordinare le risorse a disposizione sia in termini di budget di progetto per AFT sia in termini di capitale umano (OSS, altre figure professionali, volontari). Una volta ricevuta la segnalazione si attiva un *Care Planner* che prende contatto con la famiglia e si reca presso il domicilio dell'anziano per effettuare una valutazione dei suoi bisogni (formalizzata in una apposita scheda). Se l'anziano risulta vulnerabile e con bisogni che i servizi dell'iniziativa possono soddisfare *Care Planner* e *Network manager* costruiscono uno specifico progetto di assistenza domiciliare; conseguentemente il *Network Manager* ingaggia le risorse disponibili per far fronte a quei bisogni ed assicurare i relativi servizi. Ogni tre mesi è prevista una valutazione di controllo dell'anziano in carico al progetto, che può anche portare ad un adeguamento del tipo di servizio offerto.

Il sistema informativo che si sta sviluppando all'interno del progetto vuole mettere in connessione le quattro tipologie di attori su cui è incentrato lo sviluppo del nuovo modello di erogazione dei servizi: Enti Pubblici, RSA, volontariato e famiglie. In questo modo si intende mettere a disposizione del sistema territoriale degli strumenti per:

- creare legami di pianificazione tra operatori appartenenti a organizzazioni diverse;
- creare legami di comunicazione tra sistema dei servizi e famiglie;
- creare legami di facile attivazione e fruizione di servizi tra famiglie / sistema pubblico e privato accreditato / sistema privato (assistenti familiari).

Le attività di promozione

Le attività di promozione e comunicazione non sono solo una modalità per far conoscere i servizi erogati, ma costituiscono un asse di intervento fondamentale per qualificare un modello di cura e assistenza che si richiama ad un approccio di *integrated community care*.

In questa logica la comunicazione rappresenta uno strumento fondamentale per diffondere e veicolare una cultura che vede la stessa comunità locale impegnata a generare risorse e opportunità capaci di rispondere ai bisogni di cura dei suoi cittadini più fragili e di aumentare la qualità complessiva della vita e delle relazioni che si sviluppano al suo interno.

In questo senso il progetto prevede lo sviluppo di numerose e diversificate azioni di coinvolgimento della comunità territoriale riassumibili in tre azioni principali:

- Azioni di *sensibilizzazione, coinvolgimento e co-responsabilizzazione delle risorse convenzionali e non convenzionali della comunità*: grazie alla costruzione di nuove reti solidali in connessione tra loro, attivando iniziative per rafforzare nel tessuto sociale del territorio la cultura del welfare come prima forma di tutela e protezione della popolazione anziana e per evolvere dalla logica della delega a quella della corresponsabilità nella generazione dei processi di cura. Altre attività prevedono la promozione di iniziative di aggregazione e socializzazione, rivolte anche a soggetti prossimi all'età pensionabile, che valorizzino l'invecchiamento attivo nonché la connessione al progetto di attività animazione già in corso nei contesti locali, proiettando così nella comunità la rappresentazione della terza età come una risorsa e non come un problema.
- Azioni di *people raising* (reclutamento di nuovi volontari) per immettere nel sistema di assistenza nuove leve operative di supporto ai servizi professionali. Le istituzioni, il privato sociale e quello profit, il volontariato e anche i privati cittadini messi in rete possono dare vita a circoli virtuosi che, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza agli anziani, sono in grado di creare nuovi legami solidali a beneficio dell'intera comunità. L'elemento innovativo di questo obiettivo è una concezione della collettività non più come collettore di problemi, ma come organismo vivo e vitale che si attiva per generare del benessere.
- Azioni di *comunicazione e di fundraising* finalizzate a creare e alimentare il Fondo VCO Social, che co-finanzia le azioni a sostegno della domiciliarità (e che dopo i tre anni di sperimentazione sosterrà il nuovo sistema di welfare locale): il Fondo VCO Social è nato in capo alla Fondazione Comunitaria del VCO, partner del progetto e capofila del governo del *fundraising*. Tutti i partner si sono impegnati a organizzare iniziative di sostegno alla domiciliarità, facendo confluire gli esiti della raccolta fondi all'interno del Fondo VCO Social. Molte sono le azioni già attivate che hanno consentito di raccogliere considerevoli risorse, spesso connettendosi ad eventi (iniziative di valorizzazione dei prodotti enogastronomici locali, spettacoli, ecc.) già presenti sul territorio. Alcune iniziative hanno anche creato connessioni con altri interventi di reinserimento sociale (come ad esempio cooperative per il reinserimento lavorativo di ex carcerati), generando legami di reciproco sostegno e sviluppando una rete di economia solidale. Sono in via di progettazione iniziative che consentano di valorizzare il patrimonio della presenza turistica del territorio (2,5 milioni di presenze all'anno), per esempio attraverso un contributo di scopo a sostegno delle azioni sociali del territorio.

La rete di attori e la struttura di governance

I partner del progetto (23) costituiscono una rete estremamente diversificata e rappresentativa dei soggetti che contribuiscono all'implementazione di azioni di welfare locale.

La Provincia del Verbano Cusio Ossola è il soggetto capofila che rappresenta l'unitarietà territoriale: gestisce i rapporti formali con il finanziatore, coordina le azioni amministrative e rendicontative, rappresenta il collegamento con altre progettazioni transnazionali e connesse ai programmi di finanziamento europei. I tre Consorzi dei Servizi Sociali del VCO gestiscono le risorse socio-assistenziali degli 84 Comuni in forma associata e forniscono Servizi di Assistenza Domiciliare. Il Distretto Sanitario ASL VCO governa l'erogazione dei Servizi Sanitari Domiciliari e la rete dei MMG.

Numerose strutture accreditate (RSA) che erogano sul territorio prevalentemente servizi residenziali, ambulatoriali e di *counseling* si sono aperte ad attività di tipo domiciliare nella sperimentazione in atto. Alcune organizzazioni di volontariato individuate quali partner capofila dell'associazionismo garantiscono il coordinamento con le altre associazioni aderenti alla rete (più allargata) finalizzata all'attivazione di azioni di supporto ai servizi professionali, azioni di potenziamento della socialità, documentazione e informazione.

La Fondazione Comunitaria VCO ha il ruolo di collettore della raccolta fondi collegata al progetto, mentre le Fondazioni Comunitarie Comunità Attiva di Cannobio e Vita Vitalis collaborano alle azioni di raccolta fondi. Il CREMIT (Centro Ricerca Educazione Media Informazione Tecnologia) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano ha il compito di assestare l'impatto dei media e della tecnologia sul welfare. A questi soggetti si aggiungono diversi Comuni, i Vicariati locali, associazioni di famiglie che esprimono bisogni specifici di cura (Alzheimer), ordini professionali locali.

La gestione di una rete così complessa e variegata richiede a sua volta una *governance* articolata su più livelli. Il progetto ha istituito un team management composto da:

- un *Project manager* (professionista esterno), con compiti di coordinamento generale della *governance*, rapporti con il fornitore ICT, rendicontazione, *fundraising*;
- un *Responsabile operativo* (professionista esterno), con compiti di coordinamento dei *Network manager* e *Care Planner*, di comunicazione e di *people raising*;
- un *Referente della Governance* (Direttore di Consorzio) con compiti di rapporto con il soggetto finanziatore (Fondazione Cariplo);
- un *Referente del Capofila* (figura amministrativa), con compiti di segreteria generale e rendicontazione.

La *Governance di progetto*, composta dai livelli dirigenziali dei 23 partner e coordinata dal Project Manager, si ritrova trimestralmente per monitorare l'andamento del progetto e prendere decisioni sullo sviluppo delle azioni. La *Governance di progetto* ha la responsabilità delle decisioni sul budget, che gestisce il Capofila anche per la parte di rendicontazione. La *Governance operativa* è invece assicurata dai *Network manager* e *Care Planner* (entrambe le figure appartengono a diversi Enti erogatori sia pubblici che del privato sociale) delle 8 Aggregazioni funzionali territoriali, coordinati dal *Responsabile operativo*.

Il progetto coinvolge gli operatori dei tre Consorzi dei Servizi Sociali del VCO e del Distretto Sanitario ASL VCO (in totale 159), gli operatori del privato sociale, volontari, famiglie e “soggetti non convenzionali di cura” (esercenti, operatori servizi pubblica utilità, farmacisti, ecc.). Nei tre anni del progetto è prevista l’attivazione di 350 volontari.

Un piano di formazione/informazione trasversale è rivolto a tutti gli attori del progetto sui temi della “comunità che cura”, della “age friendly city”, del riconoscimento di sintomi e segnali di problematiche socio-sanitarie, relazionali ed economiche in anziani fragili e sull’utilizzo dei dispositivi digitali di segnalazione al sistema comunitario di cura. Tale azione mira a coinvolgere almeno 500 soggetti della cura formale (MMG, operatori socio-sanitari, assistenti familiari), informale (familiari e volontari) e soggetti non convenzionali di cura.

Genesi del progetto

L’impianto progettuale si radica in una tradizione territoriale, sviluppatasi nel tempo, di forte attenzione ai temi del welfare e di radicata presenza di un insieme diversificato di associazioni e iniziative attente ai bisogni della comunità e fortemente orientate allo sviluppo di interventi di sostegno solidale a soggetti e gruppi di popolazioni caratterizzate da specifiche fragilità. Molti dei partner del progetto hanno alle spalle una tradizione di collaborazione anche in precedenti progetti di welfare locale.

L’iniziativa in oggetto cerca di mettere a frutto il *know-how* ed il capitale sociale che si è sviluppato nel tempo in una logica più organica ed estensiva di sviluppo di un nuovo modello di welfare sperimentato in relazione alla popolazione anziana ma potenzialmente riproducibile anche per altri target di popolazione.

L’idea progettuale raccoglie d’altra parte anche una serie di indicazioni generate da una precedente ricerca condotta nel territorio della provincia dal tavolo di lavoro Agenda 2020 con l’obiettivo di testare l’implementazione dei servizi socio-sanitari in funzione delle caratteristiche dei bisogni del target della terza età.

Alla base del progetto vi è stata un’accurata fase preparatoria di circa sei mesi; in questo periodo sono state verificate le condizioni di fattibilità ed è stato svolto un lavoro di coinvolgimento dei diversi partner propedeutico alla costruzione della *governance* dell’iniziativa.

Risorse Finanziarie

Il costo stimato del progetto è di circa 1.900.000 Euro. Fondazione Cariplo ha premiato l’iniziativa con un contributo che copre il 46% del valore complessivo. Il 36% dei costi di progetto sarà coperto dai partner, anche attraverso la risposta a specifiche *call* di Programmi Europei. Per il restante 18% si prevede di far fronte ai costi con il *Fundraising* territoriale. Il Fondo VCO Social, istituito nell’estate 2016, ha raggiunto una consistenza di € 130.000 e ha l’obiettivo di raggiungere nel triennio i 300.000 di co-finanziamento. Il Fondo ha un comitato di gestione di cui fanno parte le tre Fondazioni Comunitarie coinvolte, un rappresentante del capofila di progetto e un rappresentante delle associazioni partner.

Risultati ottenuti

Al momento non sono ancora disponibili informazioni strutturate circa i risultati prodotti. Un primo riscontro generale può essere rappresentato dai fondi raccolti (€ 130.000) e dal numero di iscritti al Registro dei Volontari (80 persone). Sulla base dei riscontri raccolti in itinere da operatori e volontari cominciano tuttavia ad emergere alcuni elementi positivi:

- utenti si sentono più sicuri perché ricevono a casa propria servizi di monitoraggio e cura (è in via di predisposizione con il fornitore ICT il monitoraggio dei servizi erogati attraverso azioni strutturate di *customer satisfaction*);
- familiari sollevati da alcune mansioni come accompagnamenti per spesa, per visite e per momenti di socializzazione;
- cittadinanza che partecipa a questo processo di cura della comunità anziana, attivandosi come volontario o come antenna di segnalazione di bisogni dei soggetti anziani;
- ricomposizione della frammentazione dei servizi, valorizzazione e messa in rete delle risorse convenzionali e non, secondo una logica di sussidiarietà e integrazione e attraverso lo sviluppo di una cultura di welfare di comunità;
- incremento delle azioni di prevenzione e permanenza dell'anziano nella propria casa, con un differimento del ricovero in struttura e una diminuzione della spesa a carico del sistema sanitario e delle famiglie.

Il progetto prevede anche la costruzione di un disegno di valutazione orientato a fornire informazioni sui risultati raggiunti in riferimento a tre ambiti: i) Servizi per gli utenti, ii) Coinvolgimento degli operatori e iii) Coinvolgimento della comunità.

L'impianto di valutazione deve fornire risposte in merito all'*output* (servizi erogati e trasformazione del sistema di cura) e all'*outcome* (esiti, impatti). Gli indicatori di *output* dovranno misurare quantità e qualità dei servizi verso gli utenti e degli strumenti per il coinvolgimento comunitario, mentre gli indicatori di *outcome* saranno concettualizzati come soddisfazione degli utenti, aumento del benessere percepito e senso di appartenenza/coinvolgimento nella comunità locale. In una prospettiva valutativa si intende inoltre sviluppare l'elaborazione di un indicatore di ritorno dell'investimento, declinato come indicatore di ROP (*return on prevention*), per rappresentare la ricaduta che l'investimento progettuale può generare sulla riduzione dei costi associati alla cura.

L'obiettivo è quindi predisporre un sistema di monitoraggio e valutazione al fine di evidenziare gli effettivi cambiamenti prodotti da questo modello di servizi integrati e di misurare la sostenibilità dell'iniziativa nel tempo.

Nel corso della seconda annualità di progetto saranno sperimentati e affinati strumenti per misurare l'efficacia dei servizi e dell'impianto di *governance*. Il terzo anno di sperimentazione sarà dedicato anche alla misurazione dell'impatto dei servizi attivati sui costi e sull'efficienza del sistema.

Sostenibilità

L'idea progettuale prevede un contributo per l'avviamento delle azioni di attivazione della comunità e l'investimento tecnologico a supporto del sistema integrato di cura. Una volta messo a regime il modello sarà riproposto nel tempo con risorse più contenute, necessarie per garantire in particolare il mantenimento degli strumenti ICT, la formazione/comunicazione per il coinvolgimento della comunità, la prosecuzione de lcase management e dei servizi domiciliari locali.

La rete territoriale prevede di sostenere queste azioni attraverso:

- a) l'attivazione progressiva di alcuni servizi a pagamento, quali quelli di case management, facendo leva sulle risorse a disposizione della popolazione. Ricerche di CERGAS-Bocconi dimostrano che oggi il 74% della spesa è sostenuta dalle famiglie con risorse private e/o di fonte previdenziale. In tale ottica si tratta di avviare il sistema comunitario di cura, promuoverlo e quindi riorientare la spesa privata verso questo sistema di cura;
- b) la riproposizione di eventi di sensibilizzazione e raccolta fondi inaugurati e consolidatisi nel triennio progettuale;
- c) l'attivazione di strumenti di raccolta fondi in grado di remunerare capitali prestati dalla popolazione sul modello "Terzo valore", sperimentato da Fondazione Comunità Attiva;
- d) la presentazione sistematica del progetto alle *call* di programmi europei a partire da Interreg IT-CH, passando per le opportunità della European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (es. AAL JP, Alpine Space, Central EU, Health, Easi, Erasmus+, Horizon 2020, ecc.) fino al 2020;
- e) la promozione di collaborazioni con fondi di enti categoriali (es. ENPAM, ENPAP, ecc.) disponibili a sperimentare forme di investimento finalizzate a sostenere modelli di welfare locale che, spostando l'intervento dall'acuzie alla prevenzione, siano in grado di produrre risparmi a enti pubblici e remunerare il fondo di categoria.

4.7. Bando InTreCCCi di Compagnia di San Paolo

Anche la Compagnia di San Paolo ha individuato il sostegno alla domiciliarità come importante linea di intervento a favore delle persone con limitata o nulla autosufficienza. L'approccio adottato dalla Compagnia punta a sostenere azioni di cura e assistenza a domicilio, ma anche alla realizzazione di centri diurni, percorsi di recupero e mantenimento dell'autonomia, a sperimentazioni per la diffusione di dispositivi tecnologici e, più in generale, a iniziative di promozione della cultura della domiciliarità, in particolare tra gli operatori del settore.

Le Linee programmatiche della Compagnia per il 2016 e per il 2017 hanno confermato l'impegno su questo fronte attraverso lo stanziamento di risorse messe a bando. In entrambi gli anni il Bando InTreCCCi ha posto l'accento sulla ricerca di risposte innovative e sull'attivazione di risorse a livello locale offrendo un supporto economico ai progetti in grado di valorizzare le opportunità offerte dalla tecnologia, favorire l'apertura al territorio delle strutture residenziali come basi di circuiti di servizi diffusi, sostenere il coordinamento tra gli attori del sistema, la promozione della cittadinanza responsabile e l'attivazione delle comunità

attraverso una rete anche informale di aiuto in cui le persone non autosufficienti possano mantenere legami socio-affettivi.

Per l'anno 2016 i territori del Piemonte e della Città Metropolitana di Genova sono stati invitati a presentare richieste di contributo per progetti in sei ambiti d'intervento: azioni per l'abilitazione, l'autonomia e la vita indipendente; iniziative innovative di cura e assistenza a domicilio che prevedano l'apertura al territorio di strutture residenziali e centri diurni; sviluppo di reti di coordinamento tra gli attori e percorsi di accesso ai servizi; formazione e sostegno ai caregiver; sviluppo di azioni di prossimità sul territorio; promozione della vita indipendente e dell'invecchiamento attivo e in salute. Alla scadenza del bando (luglio 2016) sono pervenute 90 richieste di contributo, per un totale di circa 3.050.400 euro. A conclusione delle procedure di valutazione, nell'ottobre 2016, il Comitato di Gestione della Compagnia di San Paolo ha deliberato i contributi per la realizzazione di 24 progetti nel territorio del Piemonte e dell'area metropolitana genovese, per un totale di 730.000 euro (di questi 22 solo in Piemonte).

Per l'anno successivo, il bando ha fissato quattro nuovi obiettivi: promozione della cultura della domiciliarità e focus sulla qualità della vita delle persone non autosufficienti; promozione di risposte innovative ai bisogni di cura e assistenza; prevenzione della fragilità; messa a sistema delle risorse tra pubblico e Terzo Settore. Con riferimento agli ambiti di intervento è stata ribadita la centralità di azioni e interventi riguardanti le strutture (affinché possano essere sempre più centri di servizi), le figure professionali (affinché diventino agenti di prossimità), la valorizzazione del volontariato e il ricorso a strumenti tecnologici. Un elemento di novità del bando 2017 rispetto a quello del 2016 è l'obbligatorietà dell'adesione degli Enti gestori ai partenariati; nel bando 2017 sono inoltre considerati come elementi di valore la collaborazione tra Enti Gestori che rientrano nel medesimo ambito SIA e la presenza di collaborazioni con le ASL. Alla scadenza del bando sono pervenute 84 proposte (di cui 58 da soggetti ed enti operanti nella Regione Piemonte). Sedici sono state alla fine le idee selezionate, di cui 9 a Torino e Città Metropolitana e 5 nel resto del territorio regionale (a cui si aggiungono due progettualità a Genova e Città Metropolitana).

4.8. Progetto "Fragibilità" di Jointly

Il progetto Fragibilità nasce all'interno di Jointly Srl, un'azienda che si occupa di promuovere iniziative di welfare aziendale. Propone alle aziende partner servizi rivolti alle famiglie e orientati specificamente a utenze particolari (bambini in età prescolare, non autosufficienti, ecc.). Dalle aziende clienti è emersa nel corso degli ultimi anni l'esigenza di occuparsi del tema della non autosufficienza e di offrire una rete di supporto ai *caregiver* (molte aziende si sono rese conto del fatto che molti dei loro dipendenti a casa svolgevano il ruolo di *caregiver*), perciò Jointly ha attivato nel 2016 il progetto Fragibilità, che si rivolge ai *caregiver* e ai loro assistiti. Il Contact Center, fulcro del servizio, è attivo da marzo 2017.

Concretamente tutti i programmi proposti funzionano allo stesso modo: Jointly, dopo aver individuato il tema di intervento, pubblica un bando per l'accreditamento "Jointly" a cui possono partecipare tutti i soggetti pubblici e privati interessati. Ricevono l'accreditamento solo quei servizi che rispettano determinati criteri.

Nel progetto Fragibilità Jointly mette a disposizione dei dipendenti delle aziende clienti una rete di servizi e interventi a cui si può accedere telefonicamente o attraverso una piattaforma online. In particolare il progetto Jointly si basa su tre filoni:

1. Accesso alla piattaforma dei servizi;
2. Orientamento alle possibili soluzioni (attraverso un aiuto professionale);
3. Formazione interna alle aziende sui temi dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

I servizi erogati

Come evidenziato, i servizi erogati sono di tre tipi: 1) accesso alla piattaforma, 2) orientamento, 3) formazione in azienda.

1) Accesso alla piattaforma: i dipendenti delle aziende clienti possono accedere liberamente a una piattaforma con le loro credenziali. La piattaforma contiene una descrizione di tutte le tipologie di prestazioni offerte, di chi le offre sui vari territori e di come i servizi possono essere richiesti (tariffe, modalità di accesso, contatti, numeri di telefono, indirizzi, orari d'accesso, ...). Il dipendente può contattare direttamente la/le realtà più interessante/i per telefono, email, oppure attraverso il modulo che trova sulla piattaforma.

Nell'ambito del progetto Fragibilità, rivolto a lavoratori-*caregiver* e a loro familiari non autosufficienti (anziani o disabili), Jointly offre 22 categorie di prestazioni organizzate in cinque ambiti:

- Assistenza familiare: somministrazione e ricerca di assistenti familiari;
- Assistenza domiciliare: assistenza domiciliare, infermiere a domicilio, fisioterapia a domicilio, case manager, educatore professionale, trasporto sociale;
- Supporti domestici: ausili di domotica, telecontrollo;
- Supporto alle famiglie: scambio esperienze, supporto psicologico, prestazioni riabilitative, formazione dei *caregiver* (rivolto sia al *caregiver* professionale che familiare), mediatore familiare, assistenza amministrativa, supporto legale;
- Assistenza residenziale: sollievo (rivolto sia a *caregiver* professionale che familiare), RSA, centri diurni.

Per quanto riguarda in particolare la selezione di assistenti familiari, essa avviene tramite il contributo di cooperative e patronati. La cooperativa/patronato contattata incontra il dipendente presso la propria sede o a domicilio per capire le esigenze della persona da assistere e poi propone almeno tre persone che il dipendente incontra e seleziona personalmente. In aggiunta a questo servizio il dipendente può decidere di usufruire del servizio "supporto amministrativo" per farsi seguire dalla cooperativa/patronato in tutti gli aspetti amministrativi di assunzione della persona, gestione del rapporto di lavoro, sostituzione ferie/malattia.

2) Orientamento alle possibili soluzioni: è disponibile un servizio telefonico chiamato Contact Center, attraverso cui possono essere richieste informazioni aggiuntive. La consulenza offerta

tramite il Contact Center fa riferimento ad assistenti sociali in grado di aiutare chi accede al servizio a specificare la domanda di assistenza e a individuare prestazioni/servizi/aiuti che possono e devono essere richiesti. In aggiunta alle informazioni disponibili sulla piattaforma online, l'assistente sociale dà informazioni sui servizi pubblici che rispondono alle varie esigenze, offrendosi anche come tramite presso questi servizi (ad esempio facendo una prima telefonata informativa per capire quale documentazione è necessario portare all'incontro, così da permettere al dipendente di risparmiare tempo ed energie). Oltre a questo l'assistente sociale aiuta la persona a orientarsi nella rete delle 22 prestazioni offerte da Jointly, si offre come tramite anche con queste realtà e rimane poi un punto di riferimento per la persona e per la famiglia in tutto il percorso.

Il Contact Center è solo una possibilità, non un passaggio obbligato, ma dalle rilevazioni di Jointly è emerso un forte apprezzamento per questo servizio: la maggior parte dei dipendenti si rivolge ad esso dopo aver fatto un primo giro esplorativo sulla piattaforma per farsi orientare rispetto ai propri bisogni, rispetto ai servizi pubblici e alla rete di servizi Jointly.

3) Formazione in azienda: se l'azienda riscontra questa necessità, Fragibilità offre anche opportunità di formazione in azienda rivolte a *caregiver* familiari (sempre per rispondere a esigenze di dipendenti-*caregiver*). La formazione si concentra su questi temi: ruolo e carico del *caregiver* familiare; sostegno alla cura; diritti dell'anziano e del *caregiver*; patologie della persona anziana e disabile; supporto assistenziale. Tendenzialmente la scelta avviene sulla base delle preferenze dei dipendenti e la formazione viene offerta da persone competenti nei vari ambiti (selezionati sempre attraverso la rete).

Sintetizzando quanto emerso fino a qui, è possibile individuare tre caratteristiche distintive di questo progetto:

- accompagnamento della persona e della famiglia (case management affidato sempre allo/a stesso/a professionista);
- precisione/facilitazione all'accesso ai servizi: l'assistente sociale del Contact Center invia sempre dopo la telefonata dei materiali scritti relativi alla consulenza effettuata (elenco dettagliato dei servizi pubblici e privati potenzialmente interessanti, orari, contatti). Anche dopo la formazione in azienda viene lasciato del materiale di approfondimento;
- attenzione alla valutazione: incontri continui con le aziende, questionario di soddisfazione inviato ai dipendenti che contattano il Contact Center.

La rete di attori e la struttura di governance

I soggetti partner – fornitori delle prestazioni – sono selezionati con l'accreditamento Jointly sulla base di alcuni requisiti: qualità e varietà dei servizi offerti, solidità, convenienza e trasparenza delle tariffe. Attualmente Jointly per Fragibilità ha selezionato 80 operatori sul territorio, arrivando a coprire oltre 60 province in tutta Italia. Tutti i soggetti selezionati sono operatori del privato sociale, spesso in forte collaborazione con il pubblico (Comuni e ASL).

Jointly propone i suoi servizi alle aziende e propone i nuovi progetti alle aziende partner, le aziende decidono quindi a quali progetti aderire. Quando le aziende aderiscono al progetto

Fragibilità (così come a qualsiasi altro progetto Jointly) Jointly organizza degli incontri in azienda con i dipendenti per raccontare il progetto e consegnare il materiale informativo. Le aziende poi pubblicizzano il servizio anche attraverso i loro canali comunicativi interni. Le imprese attualmente aderenti sono: Eni, Sea, Unicredit, Unipol, Sace, Intesa Sanpaolo, Invitalia, Natixis e a breve entrerà Ferrovie.

Risorse Finanziarie

Il progetto è finanziato grazie al supporto economico delle aziende che vi aderiscono (che lo fanno rientrare nei loro piani di welfare aziendale, beneficiando - dove possibile - dei vantaggi fiscali e contributivi introdotti dalle Leggi di Stabilità 2016 e 2017²⁶). Alla rete degli operatori invece non è chiesto di pagare un'iscrizione (almeno al momento). Il costo delle prestazioni è invece a carico del dipendente, ma sono garantite tariffe in linea col CCNL di riferimento (e omogenee su tutto il territorio nazionale). Ovviamente è possibile che, nei loro piani di welfare aziendale, le imprese stabiliscano il rimborso di qualcuna delle prestazioni acquistate tramite la piattaforma (ma Jointly non ha alcun "controllo" su questo aspetto).

Risultati ottenuti e sostenibilità

Il Contact Center, da quando è attivo (marzo-settembre 2017), ha risposto alle necessità di 250 persone tutte in fascia d'età 40-60 anni. Le richieste, principalmente riguardanti l'area anziani, hanno spesso carattere di urgenza: si tratta di anziani non autosufficienti e con patologie cronico-degenerative (demenze senili, difficoltà nella deambulazione, tumori).

Queste le principali prestazioni richieste: Servizi di Assistenza Domiciliare, Servizio di ricerca e selezione badante (spesso h 24), inserimenti in RSA (spesso di carattere definitivo) e Centri Diurni, servizi sanitari al domicilio (fisioterapici, infermieristici e logopedici) e trasporto sociale.

Con riferimento specifico alla Regione Piemonte, alla metà di ottobre 2017 i dipendenti piemontesi delle aziende clienti che si sono rivolti a Fragibilità equivalgono al 10%. Le Province piemontesi da cui hanno ricevuto maggiori richieste sono in ordine: Torino, Novara, Vercelli e Cuneo. All'ottobre 2017 tutte le Province piemontesi erano coperte, le province di più difficile copertura sono state Cuneo, Alessandria e Verbania (su Verbania in particolare è presente anche una minore presenza di dipendenti). I partner operativi sul Piemonte sono 10 e coprono tutte le 22 categorie di prestazioni offerte da Fragibilità.

Anche nel caso del Piemonte l'area di intervento maggiormente richiesta è quella degli anziani, mentre le prestazioni più diffuse e garantite nelle Province sono: servizio di assistenza domiciliare, ricerca e selezione assistente familiare con assistenza amministrativa, servizio di televigilanza e controllo, servizi sanitari al domicilio e RSA.

La sostenibilità del progetto è garantita dal fatto che la rete è supportata grazie al contributo delle aziende (che godono di un incentivo fiscale e sono quindi orientate e investite in questi progetti). I costi delle prestazioni sono invece a carico delle famiglie.

²⁶ Sul punto si rimanda a Santoni (2017).

Capitolo 5.

Nuovi interventi di *policy* tra innovazione e sostenibilità

Introduzione

Gli approfondimenti presentati nei capitoli precedenti (in particolare nei capitoli 3 e 4) hanno fornito un panorama descrittivo delle esperienze e buone pratiche realizzate in Piemonte dal 2010 ad oggi. Scopo del presente capitolo è invece analizzare le esperienze trasversalmente per individuare caratteristiche e condizioni che hanno garantito alle iniziative di essere implementate, di raggiungere gli scopi previsti e di perseguire l'obiettivo dell'efficacia. Sono altresì approfonditi gli elementi che hanno permesso ai progetti di raggiungere un elevato grado di innovazione sociale e hanno favorito il coinvolgimento di soggetti pubblici e privati all'interno di una rete territoriale formalizzata. Sono individuate le caratteristiche che hanno permesso alle iniziative di distinguersi per una progettazione condivisa e per la realizzazione di azioni integrate e trasversali rispetto ai settori di *policy* interessati dal tema dell'assistenza familiare (politiche sociali, di pari opportunità, politiche attive del lavoro e della formazione professionale).

5.1. L'eredità del bando regionale del 2010

A seguito dello studio delle esperienze realizzate attraverso i contributi garantiti dal bando regionale del 2010 (v. cap. 3) è stato possibile individuare alcuni elementi di particolare rilevanza emersi dalle esperienze precedenti:

- la comunicazione: gli/le assistenti familiari si rivolgono al CPI perché è luogo deputato alla ricerca del lavoro e riconosciuto dall'utenza, mentre le famiglie sono più difficili da raggiungere, nonostante le varie forme sperimentate (presso farmacie, servizi socio-assistenziali, grande distribuzione);
- l'integrazione socio-sanitaria: è un terreno da coltivare e consolidare ulteriormente, nonostante si sia già provato a coinvolgere in alcuni casi ASL e Medici di Medicina Generale (MMG), specie per la pubblicizzazione del servizio. Il CPI peraltro non può costringere la parte sanitaria a collaborare;
- il sistema informativo: non riesce a cogliere appieno le competenze e specificità del/la singolo/a assistente familiare e le esigenze particolari delle famiglie (il sistema SILP dispone solo di una scheda molto generica); date le particolarità del lavoro di cura, si rende necessaria la compilazione di schede cartacee più dettagliate che però non possono essere inserite nel gestionale e condivise con altri CPI (tale criticità è stata superata nella Città Metropolitana di Torino e a Biella, ad esempio, attraverso la creazione di un database provinciale).

L'approfondimento del funzionamento dei servizi realizzati a partire dal 2010 ha permesso di individuare alcuni elementi che hanno rafforzato l'efficacia degli interventi e che dovrebbero trovare una conferma nei nuovi progetti:

- la previsione di uno sportello dedicato (con personale idoneamente formato);

- la formalizzazione della supervisione iniziale nella fase di inserimento nelle famiglie;
- l'assistenza fiscale-amministrativa nelle pratiche legate al contratto di lavoro;
- la costruzione di reti con agenzie per il lavoro in cui siano garantite, da parte di queste ultime, il rispetto di condizioni contrattuali adeguate, l'accompagnamento all'inserimento nelle famiglie e una formazione strutturata.

Lo studio delle iniziative e il confronto con i protagonisti (avvenuto nelle interviste e nel corso del focus group) hanno permesso di individuare infine due elementi estremamente rilevanti. Le iniziative provinciali nate nel 2010 sono riconosciute come esperienze positive, che hanno saputo promuovere un cambiamento innanzitutto culturale: la creazione di una rete di servizi intorno all'assistenza familiare e la sua affermazione sui territori ha prodotto infatti una maggior considerazione del lavoro di cura. Ha inoltre favorito una maggior consapevolezza intorno al lavoro dell'assistente familiare, aiutando lavoratori/trici e famiglie a comprendere che non è un'occupazione improvvisata, priva di competenze specifiche (nelle parole di un'intervistata "*l'ultima alternativa alla disoccupazione*"). Attraverso le reti costruite si è quindi riconosciuto il valore della qualificazione dell'assistente familiare, anche attraverso un attento lavoro di selezione che ha escluso lavoratori e lavoratrici che, pur rendendosi disponibili a lavorare nell'ambito della cura, non avevano alcuna esperienza pregressa e/o formazione.

Un secondo aspetto, centrale per la promozione di un nuovo modello di intervento, è che le reti costruite – talvolta con fatica – nel 2010 hanno saputo accumulare un bagaglio di competenze, conoscenze e conoscibilità che non può e non deve andare sprecato. In alcuni contesti territoriali le famiglie hanno iniziato a vedere il CPI come un punto di riferimento anche per la ricerca dell'assistente familiare, in altri il personale dello sportello dedicato ha seguito specifici percorsi di formazione per applicare le proprie competenze nell'ambito dell'incontro domanda-offerta al particolare contesto del lavoro di cura. Si auspica quindi che il nuovo intervento regionale riesca a favorire un rinnovamento che sappia però valorizzare le esperienze precedentemente realizzate e sfruttare il capitale sociale e umano da esse prodotto.

5.2. Quali caratteristiche per il nuovo modello regionale?

Le esperienze realizzate dal 2010 ad oggi sono caratterizzate da una forte variabilità in termini di soggetti coinvolti, temi trattati, modalità di intervento, risultati ottenuti (cfr. capitoli 3 e 4). Tuttavia, grazie a un'analisi approfondita e al confronto avvenuto nel corso del focus group, è stato possibile individuare alcuni elementi trasversali che hanno permesso alle singole iniziative di incidere in maniera particolarmente significativa sul tema dell'assistenza familiare. Tali aspetti, di rilevanza strategica in un'ottica di sussidiarietà e di welfare incentrato sulla persona, potranno rappresentare il punto di partenza per un nuovo modello regionale di promozione dell'assistenza familiare.

5.2.1. Risorse e sostenibilità nel tempo

Sono emerse diverse suggestioni riconducibili al tema delle risorse e, in particolare, al budget di cura. Il paradigma del budget di cura ha incontrato due occasioni sperimentali:

- Esperienza di Piosasco: gestione unitaria delle risorse esterne (come nel caso delle risorse che derivano dalla partecipazione a bandi, in particolare promossi dalle Fondazione di origine bancaria);
- La cura è di casa (VCO): in questa esperienza sono stati elaborati otto aggregati funzionali territoriali gestiti da una nuova figura (il *network manager*) a cui fanno riferimento alcuni *care planner* (di solito assistenti sociali). È il *network manager* a confrontarsi con i soggetti che cooperano negli aggregati territoriali (volontariato, RSA, ecc.) e, di conseguenza, a gestire il budget.

Le esperienze raccolte e condivise nel corso del focus group hanno messo in evidenza alcuni vantaggi del budget di cura. L'utilizzo di questo strumento, in particolare, favorisce la gestione unitaria delle risorse e la co-progettazione integrata: nelle parole di un'intervistata esso potrebbe costituire un ambito concreto per fare progettazione "*senza spartiacque tra assistenza e domiciliarità*".

Inoltre, se utilizzato con una certa flessibilità a livello territoriale e locale, garantisce una forte capacità di adattamento alle caratteristiche e risorse dei singoli contesti. A tale flessibilità deve però corrispondere anche un'attenta azione di controllo e vigilanza che garantisca parità di opportunità e di trattamento sul territorio regionale. Tale ruolo potrebbe essere svolto da una cabina di regia istituita allo scopo; la cabina, oltre a gestire la *governance* del modello (v. par. 5.2.6), potrebbe giocare un ruolo cruciale nella gestione delle risorse di provenienza mista. La capacità di attrarre e programmare finanziamenti provenienti da soggetti diversi (pubblici nazionali ed europei, privati, ecc.), fondamentale per garantire la sostenibilità delle iniziative, è infatti percepita come elemento di difficile gestione a livello locale.

Il tema delle risorse è stato affrontato anche attraverso un'indagine parallela, volta al rilevamento dei costi presenti tra i soggetti operanti nei territori in materia di alcuni servizi, in particolare:

1. Costo dell'attivazione del contratto tra l'assistente familiare e la famiglia, comprensivo della definizione del costo e denuncia posizione lavorativa all'Inps;
2. Costo dell'elaborazione del cedolino mensile, della dichiarazione annuale a fini fiscali e del calcolo dei contributi a carico del datore di lavoro.

I risultati di tale analisi sono riportati nell'Appendice 3 (Indagine costi di attivazione e gestione dei rapporti di lavoro).

5.2.2. La persona, la famiglia, la comunità

Nel par. 1.2 sono descritti gli elementi che caratterizzano il contesto del lavoro di cura dal punto di vista dell'assistente familiare e della persona assistita. In particolare è da richiamare il carico emotivo e psicologico che insiste su tutte le persone coinvolte (l'assistente familiare,

l'assistito e la sua famiglia). Per quanto riguarda la famiglia, è inoltre da sottolineare il coinvolgimento primario delle donne (mogli, figlie, nuore), che determina per loro un ulteriore carico se non in termini di tempo in termini di strategia di gestione della persona non autosufficiente (Doucet 2000).

La relazione personale e di lavoro si svolge in un contesto domestico chiuso, in cui le persone coinvolte sono legate da un rapporto triangolare (assistente familiare-assistito-famiglia) che tende ad essere impermeabile alle risorse e agli spunti che provengono dall'esterno. Tale situazione risulta essere ancor più impegnativa nel caso dell'assistente familiare convivente. Proprio per questo sono da privilegiare iniziative che riescono ad "aprire" il triangolo della relazione di cura ricorrendo a diverse strategie inclusive:

- una maggior specificazione dei bisogni della persona assistita in relazione al suo benessere complessivo (e non solo ai suoi bisogni assistenziali), con conseguente coinvolgimento di più figure professionali diversificate in base alla necessità;
- la costruzione e/o il rafforzamento di reti capaci di coinvolgere la comunità in forme semplici di accompagnamento e assistenza e di sostenere il bisogno di relazioni e socialità della persona assistita e dell'assistente familiare;
- la garanzia di un accompagnamento alla famiglia e all'assistente familiare nel corso di tutta la durata del rapporto di lavoro: l'accompagnamento, oltre a offrire un monitoraggio ordinario, può supportare la famiglia nel fronteggiare imprevisti che, se gestiti in solitudine, costituiscono una fonte di stress (cambiamento nelle disponibilità orarie dell'assistente familiare, periodo di assenza per motivi di malattia o vacanza);
- soluzioni alternative al modello della convivenza, particolarmente oneroso per gli/le assistenti familiari (tali soluzioni possono essere individuate attraverso l'accompagnamento descritto al punto precedente o anche attraverso mezzi più immediati, per esempio l'erogazione di un contributo economico volto a permettere alle famiglie di assumere due assistenti familiari).

5.2.3. Tutela e valorizzazione dell'assistente familiare

I dati riportati relativamente alle dinamiche occupazionali dell'assistenza familiare descrivono un panorama drammatico: in Italia più di metà degli/delle assistenti familiari lavora in assenza di un regolare contratto (v. par. 1.2). È importante riconoscere che l'assunzione dell'assistente familiare determina per le persone e le famiglie un costo significativo; d'altra parte il lavoro di cura professionale è contraddistinto da caratteristiche che rendono inaccettabile il suo svolgimento in assenza di un rapporto di lavoro provvisto delle dovute tutele. Il sostegno all'emersione del lavoro di cura irregolare rappresenta un passaggio imprescindibile per la promozione della dignità del lavoro dell'assistente familiare. Dall'analisi del materiale empirico è emersa l'importanza che ha avuto, in questo senso, il riconoscimento di un incentivo economico mirante all'assunzione degli/le assistenti familiari.

L'emersione del lavoro irregolare non è favorita solo da incentivi economici: ognuna delle iniziative analizzate ha infatti avuto come effetto intrinseco quello di favorire la regolarizzazione dei rapporti di lavoro. L'analisi del contesto ha però reso evidente che, nonostante la presenza di numerose esperienze locali, il passaparola continua ad essere un

fondamentale canale di reperimento dell'assistente familiare (specialmente al di fuori del contesto urbano). Lo strumento del passaparola, essendo informale e non collegato a servizi maggiormente strutturati (per esempio database messi a disposizione da agenzie per il lavoro o dai CPI), non incide in alcun modo sull'emersione del lavoro irregolare.

Il passaggio attraverso un servizio costituisce un'importante garanzia di qualità anche per la persona e la famiglia, ed è proprio su questo aspetto che il nuovo modello potrebbe puntare. L'accesso a un servizio dedicato, sia esso pubblico o privato, permette infatti alle persone di delegare parte del processo di selezione a un soggetto qualificato, che garantisce in seguito anche accompagnamento (e eventualmente assistenza burocratica e legale). Da questo punto di vista la qualità non può essere garantita né dal passaparola né dal ricorso a servizi che dispongono di semplici elenchi in cui possono iscriversi persone disoccupate²⁷.

Per poter puntare sulla qualità del lavoro di cura il nuovo sistema deve sapersene fare garante. In questo senso una particolare attenzione deve essere rivolta ai percorsi di formazione degli/delle assistenti familiari, specialmente rispetto ai seguenti aspetti:

- riconoscimento del profilo professionale e della formazione da parte della Regione (il nuovo modello potrebbe ad esempio stabilire un obbligo formativo);
- formazione di assistenti familiari su specifici ambiti dell'assistenza (per esempio formazioni su particolari patologie, che potrebbero essere erogate da attori dell'associazionismo che per mandato si occupano proprio di quelle patologie);
- formazione/accompagnamento agli/alle assistenti familiari anche su aspetti emotivi, psicologici e relazionali presenti nel loro lavoro;
- riconoscimento di competenze acquisite in contesti diversi da quello formale;
- individuazione di modalità di erogazione della formazione compatibili con il lavoro dell'assistente familiare (o che, attraverso forme di accompagnamento, aiutino le famiglie a gestire l'assenza dell'assistente familiare per motivi formativi).

5.2.4. L'accesso ai servizi e la sfida dell'integrazione

Come sottolinea la letteratura (Rei e Motta 2011), l'accesso rappresenta una delle principali sfide per i servizi, in particolare per quelli che si rivolgono a persone e famiglie in difficoltà e a rischio di esclusione sociale. L'accesso al servizio è però solo una parte dell'architettura più ampia disegnata per supportare le persone nell'esercizio dei propri diritti e nell'utilizzo dei servizi disponibili. Nel contesto dell'assistenza familiare e della non autosufficienza, tale architettura è inscritta nella cornice dell'integrazione socio-sanitaria e dei servizi.

Un nuovo sistema di promozione dell'assistenza familiare deve considerare l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale come ingredienti fondamentali di qualsiasi intervento. La centralità dell'integrazione con i servizi sanitari è tanto più fondamentale se si prendono in considerazione le situazioni di emergenza, in cui le persone e le famiglie si trovano a dover affrontare una situazione di non autosufficienza imprevista e definitiva

²⁷ Il riferimento è a servizi come quelli indicati ai parr. 2.2 e 2.3, in cui sono raccolte le disponibilità di aspiranti assistenti familiari senza che vi sia una verifica della formazione, delle competenze e delle esperienze pregresse.

tendenzialmente a seguito di un ricovero ospedaliero. I servizi da coinvolgere per favorire una presa in carico integrata sono in particolare l'ospedale, in quanto coinvolto in percorsi di continuità assistenziale (cfr. par. 2.2.1), le ASL e i MMG, che rappresentano i principali presidi sanitari a livello locale. Un nuovo modello di intervento nell'ambito della non autosufficienza e dell'assistenza familiare non può prescindere da uno stretto legame con i servizi sanitari: pur non potendo andare a finanziare interventi in questo ambito, può certamente favorire con incentivi anche di tipo economico la complementarietà delle iniziative realizzate con i servizi sanitari. In particolare, al fine di sostenere le famiglie in situazione di emergenza, andrebbero sostenuti progetti che favoriscano una presa in carico precoce della persona e determinino un espletamento più rapido delle istanze burocratiche (ricorso allo Sportello Unico Socio-Sanitario, UVG, richiesta di invalidità civile, ecc.). In questo senso è importante sottolineare che alcune esperienze realizzate territorialmente hanno evidenziato come l'integrazione socio-sanitaria possa essere talvolta implementata con maggior facilità attraverso processi *bottom-up* e a partire dalle esigenze del personale sanitario: per esempio attraverso il coinvolgimento diretto di gruppi di MMG che, interpellati dai propri pazienti rispetto a questioni sociali e assistenziali, incontrano difficoltà a individuare interlocutori locali di riferimento.

L'assistenza familiare non presenta tratti comuni solo con i servizi sanitari. Come indicato nel par. 2.3, gli enti locali si sono dotati di moltissimi servizi e sportelli rivolti a una o più porzioni che compongono il tema complesso dell'assistenza familiare: sportelli informativi per stranieri e per anziani, punti di accoglienza per esigenze socio-sanitarie, ecc. Come indicato nei capp. 3 e 4, anche numerosi soggetti privati e del privato sociale sono attivi su questi temi. Un nuovo modello di promozione dell'assistenza familiare deve impegnarsi anche a sostenere iniziative miranti a favorire la comunicazione, il collegamento e l'integrazione tra tutti i servizi e sportelli potenzialmente coinvolti. All'interno dell'azione di integrazione deve essere perseguito uno specifico obiettivo di ottimizzazione delle risorse e individuazione di sovrapposizioni tra servizi e interventi. Un esempio emblematico in questo senso è quello della formazione: l'indagine condotta ha messo in evidenza un discreto numero di esperienze non certificate di formazione e aggiornamento che però spesso approfondiscono gli stessi temi e si rivolgono alla stessa utenza (a titolo di esempio v. parr. 3.3.1, 3.3.2, 4.3, 4.8).

5.2.5 Il coinvolgimento degli attori

La questione dell'integrazione tra servizi e iniziative chiama ovviamente in causa il più ampio tema del coinvolgimento degli *stakeholder*. Come sottolineato nel par. 1.5, il welfare attuale può trovare nel coinvolgimento di attori del secondo welfare nuove opportunità in termini di risorse e progettualità. Particolare attenzione deve essere rivolta innanzitutto a favorire la partecipazione dei partner delle precedenti esperienze provinciali: Regione, enti locali e enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, agenzie per il lavoro, CPI, soggetti del Terzo Settore che erogano servizi nell'ambito della cura e dell'assistenza. Devono però essere stimolati a partecipare ai nuovi interventi anche attori inediti:

- Fondazioni di origine bancaria, che possiedono importanti competenze progettuali;
- Imprese, che possono essere coinvolte ad esempio in azioni di promozione del welfare aziendale (cfr. Santoni 2017);

- Sindacati, fondamentali nella progettazione di iniziative di welfare territoriale (Maino 2017a);
- CAF e patronati, che possono garantire alle persone e alle famiglie un supporto qualificato in ambito burocratico e amministrativo;
- Associazionismo: esso rappresenta una ricchezza (sebbene non in maniera omogenea sul territorio regionale) e può apportare contributi significativi all'implementazione di azioni rivolte agli/alle assistenti familiari (v. par. 5.2.3) e azioni di welfare comunitario (v. par. 5.2.2).

Nel coinvolgimento degli attori devono però essere tenuti in considerazione alcuni aspetti:

- non può venire meno l'attenzione alla qualità: la rete deve farsi garante della qualità delle iniziative proposte e dei soggetti coinvolti (che devono possedere competenze significative e, qualora ritenuto fondamentale per l'implementazione delle azioni, un forte radicamento territoriale);
- non può venire meno l'attenzione alla trasparenza: data la delicatezza del lavoro di cura più volte richiamata, la rete deve farsi garante della trasparenza dei soggetti coinvolti nelle iniziative;
- gli attori coinvolti devono collaborare non in un'ottica di appalto, ma in una logica di co-progettazione e co-produzione;
- coinvolgimento delle reti informali (passaparola, parrocchia): esse, pur non riuscendo a garantire qualità e trasparenza, rimangono in molti territori l'unica risorsa presente; un nuovo modello di promozione dell'assistenza familiare dovrebbe interrogarsi su come coinvolgere le reti informali e convogliarle in processi che, pur rimanendo alla portata della cittadinanza, possano garantire maggior qualità e trasparenza (ad esempio attraverso il rimando a punti di riferimento locali come MMG e farmacie o attraverso il coinvolgimento nelle iniziative di alcuni attori delle reti informali, ad esempio le parrocchie);
- particolare attenzione deve infine essere rivolta alla comunicazione rispetto al nuovo modello e alle opportunità che esso promuove: fin dalla prima azione – verosimilmente la presentazione del presente Rapporto sui territori o la pubblicazione del primo bando di attuazione del modello – la Regione deve investire in questo ambito sfruttando i suoi canali comunicativi e coinvolgendo al contempo tutti i soggetti interessati affinché diventino a loro volta un canale di conoscenza, diffusione e promozione.

5.2.6. Governance di sistema e governance di processo

La partecipazione numerosa di *stakeholder* pone ovviamente la questione della *governance* e della governabilità del modello e delle reti che esso promuoverà: *governance* e governabilità sono elementi fondamentali per garantire l'affidabilità delle iniziative e dei singoli interventi. Il nuovo modello dovrebbe quindi innanzitutto dotarsi di uno o più strumenti di governo e coordinamento delle reti (una cabina di regia regionale, degli "snodi" territoriali di riferimento). Una riflessione deve poi essere condotta sulla riorganizzazione del percorso di

accoglienza e accompagnamento dell'utenza: ove possibile, la scelta ottimale anche in termini di visibilità appare essere quella della costituzione di uno sportello unico attraverso cui accedere a tutti i servizi. Le caratteristiche territoriali del Piemonte e le peculiarità proprie dell'assistenza familiare e della non autosufficienza però mal si adattano a questo approccio. Persone e famiglie accedono ai servizi per l'assistenza familiare in maniera impreveduta e non omogenea sul territorio regionale: sarebbe difficile, quando non impossibile e controproducente, costituire dappertutto uno sportello territoriale a cui accedere per trovare tutti i servizi necessari. Allo stesso tempo il nuovo modello di promozione dell'assistenza familiare potrebbe farsi carico di una razionalizzazione dei passaggi e degli spostamenti richiesti dalle pratiche burocratiche.

Da questo punto di vista, al modello e alle reti promosse al suo interno è chiesto di saper governare i processi e gli interventi avendo come obiettivo non solo l'incrocio tra domanda e offerta di lavoro, ma la risposta alle esigenze delle persone e delle famiglie e il perseguimento del loro benessere. In questo senso gli sportelli dovrebbero offrire un servizio non solo operativo/prestazionale, ma un accompagnamento progettuale offerto da personale con formazione specifica: le persone non autosufficienti, specialmente quelle in condizioni di emergenzialità, non hanno esigenze stabili nel tempo. Le loro famiglie solitamente non hanno competenze assistenziali e, soprattutto inizialmente, non hanno gli strumenti per prendere decisioni in questo ambito (in particolare sulla copertura oraria dell'assistenza familiare). Un servizio attento alla personalizzazione degli interventi deve quindi prevedere un'evoluzione del progetto in funzione delle esigenze e delle risorse della persona e della famiglia. L'assistenza familiare non è una prestazione, è piuttosto un progetto che inizia con le dimissioni e prosegue in modi a volte imprevedibili: un nuovo sistema potrebbe prevedere di partire dalle prime piccole necessità per strutturare in seguito il percorso di più lunga durata.

5.2.7. La domiciliarità: sfida e opportunità

Come emerso dalle iniziative analizzate, la domiciliarità è stata al centro di numerosi interventi (v. cap. 4). La domiciliarità è valutata molto positivamente innanzitutto per le opportunità che offre alla persona anziana: mantenere il proprio stile di vita, le proprie abitudini, la vicinanza a luoghi e persone care. Allo stesso tempo è percepita, soprattutto dalla sanità, come valido strumento per risparmiare le risorse e aumentare la capacità di risposta del sistema: più o meno le risorse impegnate per un progetto residenziale vanno a coprire due interventi domiciliari. Proprio per questo i progetti analizzati si sono impegnati nella realizzazione di studi e monitoraggi che mostrassero il risparmio potenziale derivante da un maggior ricorso alla domiciliarità.

In questo senso vale la pena sottolineare che il risparmio non sarebbe solo a carico dell'ente pubblico ma, molto spesso, delle persone e delle famiglie. I dati relativi al ricovero in RSA (par. 2.2) mostrano infatti che la maggior parte degli ultrasessantacinquenni ospiti in struttura non è in convenzione con l'ASL e si ritrova – qualora abbia le risorse economiche per farlo – a versare metà della retta della struttura. Un maggior ricorso a soluzioni domiciliari avrebbe quindi effetti positivi anche sul budget delle famiglie. Un esempio virtuoso in questo senso è quello di *Veniamo a trovarvi* (par. 4.1): in questa iniziativa le famiglie si sono fatte carico dei

costi di realizzazione dell'intervento solo al terzo anno di sperimentazione, quando avevano già avuto modo di apprezzare i benefici derivanti dalla permanenza a domicilio.

La domiciliarità richiama però ancora una volta due sfide importanti per il sistema dell'assistenza familiare e dalla non autosufficienza: l'integrazione socio-sanitaria e il coinvolgimento degli *stakeholder* locali. Le esperienze analizzate hanno infatti avuto in questi due elementi i principali fattori di rischio e insieme di successo.

5.3. Come costruire un sistema integrato di interventi per l'assistenza familiare

5.3.1. Quale servizio?

L'indagine condotta ha registrato un cambiamento nei bisogni e nelle disponibilità di famiglie e assistenti familiari: da un lato sono emersi i limiti del modello "*convivenza h24*" che, oltre ad essere sempre meno accettato dagli/dalle assistenti familiari, presenta numerose criticità relativamente al peso psicologico ed emotivo del lavoro di cura. Dall'altro lato una rilevazione più approfondita dei bisogni legati al benessere della persona assistita potrebbe portare a una maggior specificazione delle esigenze di cura e di assistenza e all'individuazione delle figure professionali più adeguate a rispondervi. In questo senso quindi il servizio non sarà chiamato ad operare un semplice incrocio domanda-offerta, ma un accompagnamento progettuale adeguato alle mutevoli esigenze di cura della persona. L'attività di accompagnamento dovrà tradursi anche in un'azione di supporto alle parti, in grado di "aprire" lo stretto triangolo dell'assistenza (assistente familiare-assistito-famiglia) e garantire la gestione condivisa di imprevisti come la temporanea assenza dell'assistente familiare o eventuali cambiamenti nelle sue disponibilità lavorative.

Il nuovo modello non potrà prescindere dal riconoscimento del valore del lavoro di cura e dalla conseguente valorizzazione dei percorsi formativi e delle esperienze e competenze acquisite dal/dalla singolo/a assistente familiare. È importante ribadire che il passaggio culturale verso questa prospettiva è già stato avviato con la precedente esperienza di progettazione provinciale. Le nuove reti dovranno quindi continuare a lavorare in questo senso, promuovendo opportunità formative formali e informali (anche non riconosciute).

5.3.2. Quale territorio?

L'analisi del contesto e lo studio delle esperienze realizzate hanno evidenziato una significativa variabilità a livello territoriale, che il nuovo modello dovrà essere in grado di rispettare e valorizzare. In questo senso si ipotizza un ruolo di coordinamento e regia della Regione, a fronte di una forte propositività da parte dei territori. L'implementazione del nuovo modello potrebbe prevedere alcuni – pochi – aspetti imprescindibili (individuati sulla base degli elementi presentati nel presente capitolo) e promuovere poi un'ampia partecipazione che possa esprimere la pluralità delle risorse e delle caratteristiche dei diversi territori. Va letto anche in quest'ottica l'invito alla valorizzazione delle esperienze passate: partire da quanto già realizzato rappresenta una garanzia del rispetto delle specificità territoriali.

Allo stesso tempo le reti dovranno essere in grado di aprirsi e cogliere le opportunità che nuovi protagonisti locali sapranno offrire (associazionismo, Fondazioni di origine bancaria, Fondazioni di comunità, imprese e sindacati coinvolti in piani di welfare aziendale e territoriale, mutue e mondo della cooperazione).

La dimensione territoriale auspicabilmente interessata dalla futura progettazione è quella dei Distretti della salute e della coesione sociale. Questi ambiti territoriali sono individuati come ottimali per la convergenza delle politiche di coesione sociale, di cui l'assistenza familiare rappresenta un esempio significativo. La scelta dei Distretti presenta infine vantaggi in termini di riconoscibilità per gli enti e per gli operatori.

5.3.3. In quale contesto?

Il contesto promosso dal nuovo modello è innanzitutto partecipato. Un sistema di promozione dell'assistenza familiare non può più fare a meno di coinvolgere tutti i soggetti pubblici e privati potenzialmente interessati: Regione, ASL, ospedali, Enti locali, Enti gestori, cooperative, associazioni, Fondazioni di origine bancaria, imprese. All'interno di una rete complessa è quindi fondamentale individuare dei "punti di rete", delle sentinelle in grado di intercettare il bisogno e di fornire accompagnamento alla persona e alla famiglia: MMG, ospedali, Centri per l'Impiego, CAF.

Il nuovo modello di promozione dell'assistenza familiare è poi integrato (se possibile anche rispetto alla cornice comunitaria rappresentata dal Pilastro Europeo dei Diritti sociali approvato nel vertice sociali di Göteborg del 17 novembre 2017²⁸): prevede innanzitutto un collegamento e una sinergia tra servizi e interventi legati alla sanità, al lavoro, alle politiche sociali. L'impegno per l'integrazione non si concentra solo sulla messa in rete dei servizi, ma anche sull'effettiva integrazione di specifiche politiche. In questo senso gioca una rilevanza strategica il collegamento con il nuovo Patto per il Sociale – Strategia per lo sviluppo di comunità solidali (v. box 2 al par. 1.5) e con la Strategia per l'innovazione sociale WeCaRe (v. box 1 al par. 1.5). Quest'ultima propone in particolare due misure che presentano diversi aspetti in comune con la promozione dell'assistenza familiare: la misura 3, rafforzamento di attività imprenditoriali che producono effetti socialmente desiderabili (con specifico riferimento ad interventi miranti a fronteggiare i cambiamenti demografici in atto nella nostra società), e la misura 4, mirante a promuovere esperienze di welfare aziendale e territoriale (cfr. Cibinel 2017f).

5.3.4. Verso un nuovo modello dell'assistenza familiare a livello regionale

Si è registrata in questi ultimi anni una fase di riorganizzazione dei CPI in Agenzia Piemonte Lavoro (APL), con una oscillazione delle competenze di riferimento che non sempre ha favorito lo sviluppo di connessioni e relazioni (che costituiscono un elemento "connotativo" delle esperienze di collaborazione a livello di rete locale). Si sta concludendo formalmente l'iter che porterà, anche in conseguenza dell'esito referendario, alla regionalizzazione degli stessi. Si tratta di un elemento che apre una nuova stagione che potrebbe confermare l'assunzione di

²⁸ Sul punto si rimanda a Maino (2017a).

ruoli qualificati da parte del sistema regionale dei Centri per l'Impiego nelle reti per l'assistenza familiare. Tale ruolo potrebbe concretizzarsi anche in una logica di continuità e consolidamento qualitativo dei servizi e delle reti costruite grazie al bando del 2010. Si tratta di un percorso da accompagnare a livello centrale di APL: la regionalizzazione permetterà infatti di recuperare saperi, esperienze e competenze professionali presenti. Questo capitale potrà essere impiegato per sostenere il consolidarsi di pratiche che favoriscano una logica di sistema territoriale nelle reti da costituire, che facciano riferimento a modelli più avanzati – come quelli presenti nell'area metropolitana – e si adattino alle caratteristiche dei territori, che garantiscano un'omogeneità a livello regionale. Si riscontra quindi l'esigenza di non disperdere un'esperienza ricca e attiva, imparando dalle difficoltà riscontrate e assicurando la continuità alle migliori realizzazioni in un'ottica di miglioramento continuo.

All'individuazione dei soggetti coinvolgibili con ruoli centrali nelle reti da attivare si deve accompagnare la consapevolezza che il sistema è cresciuto; è quindi giunto il momento di trasformare le convenienze in convenzioni e valorizzare, in un quadro di co-progettazione, le caratteristiche e le peculiarità di:

- Amministrazioni locali;
- CPI;
- Operatori dei servizi al lavoro accreditati;
- Enti di formazione accreditati;
- Cooperative sociali.

La costituzione di reti dedicate deve registrare una forte *governance* pubblica che richieda la garanzia di ruoli virtuosi dei soggetti privati su temi centrali quali il riconoscimento delle competenze non formali, la formazione incentrata sulle pratiche, l'accompagnamento agli inserimenti nelle famiglie e il sostegno a queste ultime ricompresi nella intermediazione.

Si richiamano inoltre significativi "insegnamenti" emersi recentemente nei sistemi locali (v. Bordone 2014) che possono essere applicati alla prossima co-progettazione di reti locali: il servizio pubblico per l'impiego non deve essere un semplice "notaio" delle transazioni sul mercato del lavoro, ma un soggetto attivo nell'incrocio tra domanda e offerta di lavoro e uno strumento a disposizione del territorio per l'attivazione di politiche attive di riequilibrio delle inefficienze e ingiustizie del mercato, in connessione con le politiche formative e le iniziative di sviluppo locale.

La valorizzazione delle competenze dei ruoli deve però interessare anche il territorio, nelle sue componenti profit e non profit, in una logica di *governance* e tutela del servizio pubblico che promuova nuove iniziative e progettualità diffuse.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Piemonte Lavoro e Osservatorio Regionale sul Mercato del Lavoro (2010), *Analisi della domanda di professioni in Piemonte 2008-2020*, documento disponibile al link: http://agenziapiemontelavoro.gov.it/index.php?option=com_remository&Itemid=12&func=startdown&id=373
- Agostini C. (2015a), [Verso il Patto per il Sociale in Piemonte. Intervista all'assessore Ferrari](#), Percorsi di secondo welfare, 5 febbraio 2015.
- Agostini C. (2015b), [Patto per il Sociale in Piemonte: i contenuti](#), Percorsi di secondo welfare, 30 ottobre 2015.
- Agostini C. (2015c), [Le prospettive del Patto per il sociale del Piemonte: intervista all'Assessore Augusto Ferrari](#), Percorsi di secondo welfare, 15 novembre 2015.
- Aleman C., Maioni R., Marchetti S., Sarti R., Turrini O., Vianello F. A., Zucca G. (2016), *Viaggio nel lavoro di cura. Chi sono, cosa fanno e come vivono le badanti che lavorano nelle famiglie italiane*, Roma, Ediesse.
- Ambrosini M. (2013), *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*, Bologna, Il Mulino.
- Andreazza M. e Risso G. L. (2017), *Un sistema integrato per l'assistenza familiare*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 2, pp. 32-35.
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017/2018*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Bertolini S., Musumeci R., Naldini M., Torrioni P. M., 2014, *The care of the baby: a family affair*, in "Carlo Alberto notebooks", aprile, n. 349, Torino, Collegio Carlo Alberto.
- Bifulco L. (2016), *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Carocci, Roma.
- Bifulco L. e Vitale T. (2003), *Da strutture a processi: servizi, spazi e territori del welfare locale*, in "Sociologia Urbana e Rurale", n. 72, pp. 95-108.
- Bordone G. (2014), *Introduzione*, in Studio Errepi (a cura di), *Lavorare è vivere. I servizi al lavoro per le persone con disabilità in provincia di Torino*, documento disponibile al link: http://www.provincia.torino.gov.it/formazione/file-storage/download/eventi/sonocontento/lavorare_e_vivere_ebook.pdf
- Catania C. (a cura di) (2015), *Ripensando la cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera*, Novara, Edizioni Filos.
- Centro Studi della Fondazione CRC (a cura di) (2012), *Veniamo a trovarvi. Il contesto, l'esperienza, i risultati e le prospettive*, Cuneo, Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo.
- Cibinel E. (2016), [Povertà in Italia: ecco perché la situazione è davvero preoccupante](#), Percorsi di secondo welfare, 28 dicembre 2016.

- Cibinel E. (2017a), [Innovazione sociale in chiave piemontese: la Regione lancia WeCaRe](#), Percorsi di secondo welfare, 23 maggio 2017.
- Cibinel E. (2017b), [Innovazione sociale e sviluppo locale in Piemonte: l'Assessore Ferrari ci racconta WeCaRe](#), Percorsi di secondo welfare, 23 maggio 2017.
- Cibinel E. (2017c), [Piemonte: verso un nuovo Patto per il Sociale](#), Percorsi di secondo welfare, 7 luglio 2017.
- Cibinel E. (2017d), [Piemonte: un passo avanti nel contrasto alla povertà](#), Percorsi di secondo welfare, 25 luglio 2017.
- Cibinel E. (2017e), *La dimensione locale e partecipata della conciliazione: valutazione di genere di un servizio piemontese rivolto alle famiglie*, Paper for the X ESPANet Conference "The Welfare and the losers of globalization: social policies facing old and new inequalities", Forlì, 21-23 settembre 2017
- Cibinel E. (2017f), *Le regioni come laboratori di innovazione sociale*, in F. Maino (a cura di), *Welfare aziendale tra dimensione organizzativa e cura della persona*, Milano, ESTE.
- Cibinel E. (2017g), [Prove di welfare territoriale in Piemonte: aperto il bando per la prima misura di WeCaRe](#), Percorsi di secondo welfare, 22 novembre 2017.
- Consorzio Monviso Solidale (a cura di) (2014), *Rapporto finale di esecuzione A casa/Chez soi*, Alcotra 2007-2013.
- De Cesare C. (2017), *Più difficile conciliare lavoro e figli. Crescono del 44% le dimissioni*, Corriere della Sera, 3 ottobre 2017.
- Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione (a cura di) (2017), *Settimo Rapporto annuale. Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Doucet A. (2000), *"There's a huge gulf between me as a male carer and women": gender, domestic responsibility, and the community ad an institutional arena*, in "Community, Work & Family", vol. 3, n. 2, pp. 163-84.
- Gori, C., Ghetti, V., Rusmini, G. e Todili, R. (2014), *Il welfare sociale in Italia, Realtà e prospettive*, Roma, Carocci.
- European Policy Centre (2010), *Europe 2020: Delivering Well-being for Future Europeans*, Bruxelles.
- Esping-Andersen G. (2002), *A New Gender Contract*, in G. Esping-Andersen (a cura di), *Why We Need a New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- Ferrera M. e Maino F. (2014), *Social Innovation Beyond the State. Italy's Secondo Welfare in a European Perspective*, Centro di Ricerca e Documentazione Einaudi, Working Paper 2WEL, n. 2.
- Istat (2016), *La situazione del Paese. Rapporto annuale 2016*, Roma.
- Knijn T. e Kremer M. (1997), *Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship*, in "Social Politics", Vol. 4, 3, pp. 328-361.

- Laboratorio Politiche Sociali (a cura di) (2017), [*La badante non basta più*](#), Punto di Welforum.it, 27 ottobre 2017.
- Lewis J. (2006), *Employment and Care: The Policy Problem, Gender Equality and the Issue of Choice*, in “Journal of Comparative Policy Analysis”, Vol. 8, 2, pp. 103-114.
- Leone L. (2016), *Le condizionalità nelle politiche di welfare: quando e come utilizzarle*, in “Welfare Oggi”, n. 6.
- Lodigiani R. e Vesan P. (2017), *Le Youth Bank e le sfide dell’empowerment giovanile*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Il Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Lodi Rizzini C. (2013), *I Comuni: le risposte dei territori alla crisi*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, pp. 179-241.
- Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, pp. 17-46.
- Maino F. (2015a), *Secondo welfare e territorio: risorse, prestazioni, attori, reti*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, pp. 16-42.
- Maino F. (2015b), *Buone pratiche di progettazione partecipata: il sistema delle cure a domicilio a Novara*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 311-330.
- Maino F. (a cura di) (2017a), *Welfare aziendale tra dimensione organizzativa e cura della persona*, Milano, Este.
- Maino F. (2017b), *Secondo welfare e innovazione sociale in Europa: alla ricerca di un nesso*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Maino F. e Ferrera M. (a cura di) (2013), *Primo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2013*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Maino F. e Ferrera M. (a cura di) (2015), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Maino F. e Ferrera M. (a cura di) (2017a), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Maino F. e Ferrera M. (2017b), *Conclusioni. Il secondo welfare oltre la crisi: segnali di radicamento e cambiamento sistemico*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Il Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Maino F. e Mallone G. (2016), *Welfare aziendale, contrattuale e territoriale: trasformazioni in atto e prospettive di sviluppo*, in T. Treu (a cura di), *Welfare aziendale 2.0*, Milano, Ipsoa-Wolters Kluwer, 2016, pp. 73-112.

- Merotta V. (2016), *Il ruolo delle assistenti familiari nel welfare italiano*, Paper ISMU, Fondazione ISMU, maggio 2016.
- Naldini M. (2006), *Le politiche sociali in Europa*, Roma, Carocci.
- Naldini M. e Saraceno C. (2011), *Conciliare famiglia e lavoro*, Bologna, Il Mulino.
- NNA (a cura di) (2017), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017/2018*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Pasi G. (2016), *Esperienze di secondo welfare in Lombardia. A che punto siamo*, Eupolis Lombardia, Milano.
- Pesaresi F. (2017), *Le cure intermedie*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017/2018*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Plantenga J., Remery C., Figueredo H., Smith M. (2009), *Towards a European Union Gender Equality Index*, in "Journal of European Social Policy", Vol. 19, 1, pp. 19-33.
- Ranci C. e Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino.
- Rei D. e Motta M. (2011), *Ricomporre il welfare. Ragionamenti e materiali sulla integrazione socio-sanitaria*, Torino, Il Segnalibro.
- Santoni V. (2017), *Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Il Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino.
- Sen A.K. (1985), *Commodities and Capabilities*, North-Holland, New York.
- Sen A.K. (1999), *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford.
- Solera C. (2012), *Corsi di vita femminili tra maternità e lavoro*, in Naldini M., Solera C., Torrioni P.M. (a cura di), *Corsi di vita e generazioni*, Bologna, Il Mulino.
- Spanò P. (2006), *Le convenienze nascoste: il fenomeno badanti e le risposte del welfare*, Portogruaro, Nuova Dimensione.
- Tomatis F. (2017), [Perché l'Italia è così vecchia?](#), Percorsi di secondo welfare, 8 marzo 2017.
- Torrioni P. M. (a cura di) (2015), *Sportelli e servizi per l'assistenza familiare. Sperimentazioni e prospettive di welfare mix nella provincia di Torino*, Torino, Celid.

Appendice 1 – Distretti sanitari indicati dall'Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte



Fonte: DemOs Piemonte.

Appendice 2 – Traccia delle interviste

1. Caratteristiche del progetto

- Denominazione
- Anno di avvio
- Durata
- Ente capofila
- Altri attori coinvolti
- Risorse disponibili e fonti di finanziamento
- Tipologia di servizi offerti e relative tipologie di destinatari
- Tipologia e numero di utenti coinvolti per tipologia di servizi offerti

2. Genesi del progetto

- Come è nato il progetto?
- Da che eventuali precedenti esperienze ha preso le mosse?
- Quali presupposti, motivazioni, finalità, obiettivi hanno guidato la definizione e costruzione del progetto?
- Chi l'ha promosso?
- In che modo?
- Perché sono stati coinvolti questi specifici attori? In che modo sono stati coinvolti?
- In che modo si è arrivati a definire la struttura generale del sistema di offerta dei servizi e come sono stati definiti i contributi dei diversi attori?
- Punti di forza e difficoltà relativi alla genesi del progetto

3. Servizi proposti

- Quali sono i servizi previsti all'interno del progetto (Informazione e analisi del bisogno, presa in carico di famiglie e assistenti familiari, incontro domanda e offerta, bilancio /formazione/certificazione competenze per le assistenti familiari, consulenza alle famiglie in materia contrattualistica e fiscale, assistenza alla stesura del contratto di lavoro, accompagnamento a familiare e assistenti familiari nella fase di inserimento lavorativo, incentivi economici alla partecipazione a percorsi formativi, incentivi economici alle famiglie per la regolarizzazione del contratto,...)
- In che modo sono stati erogati i diversi servizi? Chi li ha erogati?
- Quali servizi hanno avuto un forte riscontro quantitativo e per quali invece si è rivelato particolarmente difficile coinvolgere gli utenti potenziali? Perché?
- E' stato necessario effettuare una ritaratura delle modalità e/o dei volumi dei servizi offerti nel corso del progetto? Perché?
- Punti di forza e criticità emerse rispetto alla erogazione dei diversi servizi e relative motivazioni

4. Promozione e modalità di accesso al sistema dei servizi previsto dal progetto

- Come è avvenuta la pubblicizzazione e promozione del sistema di servizi offerti all'interno del progetto? Attraverso quali attività? Chi le ha progettate e realizzate? Con quali strumenti? Per che target di destinatari sono state pensate?

- Come sono stati definiti i punti di accesso al sistema dei servizi? Quali criteri e modalità sono state definite per stabilire la presa in carico degli utenti all'interno del sistema dei servizi? In che modo si è proceduto alla loro definizione e quali attori sono stati coinvolti?
- Punti di forza e criticità emerse rispetto all'accesso al sistema dei servizi e relative motivazioni
- Quale è stato e come è avvenuto il coordinamento e l'integrazione tra i diversi servizi (passaggi e presa in carico degli utenti)? Con che strumenti?
- Eventuali collegamenti con altre reti di servizi del territorio e relative modalità di presidio
- Punti di forza e criticità emerse rispetto al coordinamento/integrazione tra i servizi e relative motivazioni

5. Gestione della rete di attori coinvolti nel progetto

- Livelli e modalità di formalizzazione della rete di soggetti coinvolta nel progetto
- Ruoli attribuiti ai diversi soggetti pubblici e privati e ruoli effettivamente "agiti" all'interno della rete
- Livelli e modalità di coordinamento messi in atto: finalità, soggetti coinvolti, luoghi e strumenti adottati per il coordinamento, grado di formalizzazione e capacità di indirizzo delle istanze di coordinamento
- Soggetti particolarmente attivi nel contribuire al funzionamento e allo sviluppo dei rapporti di rete
- Punti di forza e criticità emerse rispetto al funzionamento della rete di attori coinvolti
- Valore aggiunto prodotto dal lavoro di rete sui risultati del progetto e sui diversi attori coinvolti
- Condizioni e costi per mantenere un livello di funzionamento della rete funzionale al pieno raggiungimento degli obiettivi del progetto e alla ulteriore qualificazione dei servizi offerti

6. Valore aggiunto prodotto dalla sperimentazione

- Quali sono stati i principali risultati prodotti dal progetto? In che ambiti (accesso al servizio, pari opportunità, coinvolgimento e assistenza alle famiglie, professionalizzazione delle assistenti familiari, emersione lavoro irregolare, qualità lavoro di cura) ha avuto gli impatti più significativi?
- Quali sono stati i suoi limiti più grandi?
- Che cosa ha consentito di imparare sulle problematiche legate alla domiciliarità e al lavoro di cura?
- Quali sono le principali acquisizioni che ha prodotto circa il modello e le modalità di gestione dei servizi rivolti alla domiciliarità all'interno del territorio?
- Quali sono le condizioni che hanno maggiormente favorito questi risultati?
- Quali invece gli aspetti da migliorare

7. Grado di consolidamento del modello di intervento sperimentato attraverso il progetto e prospettive future

- Il modello di servizi costruito attraverso il progetto è ancora attivo nel territorio?

- In che misura e in che modo?
- Attraverso quali risorse?
- Ha prodotto un allargamento dei servizi, degli utenti e degli attori coinvolti o piuttosto si è assistito alla contrazione delle attività e all'interruzione di alcuni servizi?
- Quali sono le ragioni di questo esito in termini di consolidamento del modello di offerta piuttosto che di un suo indebolimento (o scomparsa)?
- Come dovrebbe essere adeguato e/o ripensato questo modello di intervento alla luce dei cambiamenti socio economici e normativi che sono nel frattempo intervenuti?
- Quali dovrebbero/potrebbero essere i presupposti e le linee guida per operare questa evoluzione
- Quali dovrebbero/potrebbero essere le condizioni di sostenibilità per consolidare un modello di intervento di questo tipo?
- Quali sono le risorse (sia economiche, organizzative, professionali, culturali) su cui contare e gli ostacoli da rimuovere per andare in questa direzione?
- Che cosa dovrebbe fare l'Ente Pubblico (nelle sue diverse declinazioni) per promuovere e sostenere questo processo?

Appendice 3 – Indagine costi di attivazione e gestione dei rapporti di lavoro

Come previsto dal capitolato si è realizzata l'attività descritta in seguito al fine di supportare la progettazione di iniziative sperimentali in vista di un Avviso regionale in materia.

In specifico, da parte dell'Ente Regione si sta predisponendo – secondo le indicazioni presenti nell'Atto di indirizzo dello scorso dicembre – una misura che prevede il supporto alla gestione del processo di attivazione e conduzione del rapporto di lavoro e in specifico il riconoscimento dei costi di:

- attivazione del contratto tra la collaboratore/ricce familiare e la famiglia comprensivo della scelta profilo contrattuale, definizione del costo, redazione del contratto e gestione pratiche burocratiche tra cui la denuncia della posizione lavorativa all'Inps;
- elaborazione del cedolino mensile per 13 mensilità, dichiarazione annuale a fini fiscali e definizione costo contributivo sostenuto dal datore di lavoro.

In tal senso si sono contattate (con invio mail, contatto telefonico e incontri) diverse organizzazioni e consulenti che stanno gestendo servizi analoghi in materia di assistenza familiare per ricevere l'indicazione del costo forfettario delle due voci sopra indicate.

In particolare si sono contattati in primo luogo i soggetti che avevano fatto parte delle reti provinciali nel corso del progetto regionale dal 2010 al 2014 e in specifico:

- PATRONATO E.N.A.S.CO. - ASCOM VERCELLI
- CAMERA DEL LAVORO TERRITORIALE DI ALESSANDRIA
- CISL ALESSANDRIA
- I.T.A.L. UIL ALESSANDRIA
- PATRONATO A.C.L.I. V.C.O.
- CGIL DEL VERBANO-CUSIO-OSSOLA
- CAMERA SINDACALE PROVINCIALE UIL V.C.O
- CISL FPS NOVARA
- A.C.L.I. - SEDE PROV.LE DI CUNEO
- CAMERA CONFEDERALE DEL LAVORO CGIL
- PATRONATO A.C.L.I. DI ASTI
- FEDERAZIONE PROVINCIALE COLDIRETTI DI ASTI
- C.N.A. ASSOCIAZIONE PROVINCIALE DI ASTI

- NUCLEO COLF TORINO CENTRO A.C.L.I.

In secondo luogo sono state coinvolte alcune associazioni operanti in materia di assistenza familiare emerse come significative nel corso delle interviste, quali:

- ASSINDATCOLF
- NUOVA COLLABORAZIONE.

In terzo luogo si è proceduto a contattare alcuni consulenti operanti in materia di assistenza familiare, in base a un'articolazione di presenza nel territorio regionale, quali:

- M.A. di Lorenzo Miazzo di Novara;
- Claudia Cordoni di Studio Cordoni di Asti;
- Alessandro Tagliano dello Studio Professionale Associato Tibaldi – Giraudo di Alba;
- Gianfranca Rovella dello Studio Rovella Mosciatti Torino.

Le risposte sono pervenute dai seguenti soggetti (si è raccolto il dato in relazione ad alcune organizzazioni presenti a livello regionale come CGIL, CISL e ACLI in un unico dato di riferimento):

- PATRONATO E.N.A.S.CO. - ASCOM VERCELLI
- CISL
- I.T.A.L. UIL ALESSANDRIA
- CGIL
- FEDERAZIONE PROVINCIALE COLDIRETTI DI ASTI
- ASSINDATCOLF
- NUOVA COLLABORAZIONE
- M.A. di LORENZO MIAZZO DI NOVARA
- CLAUDIA CORDONI DI STUDIO CORDONI ASTI
- ALESSANDRO TAGLIANO DI STUDIO PROFESSIONALE ASSOCIATO RIBALDI – GIRAUDO DI ALBA.

Si rammenta che alcune delle organizzazioni sono presenti nei territori di riferimento con più sedi che erogano i servizi richiesti e nello specifico:

ASCOM VERCELLI

8 sedi

CISL a livello regionale	83 sedi
UIL ALESSANDRIA	6 sedi
CGIL a livello regionale	65 sedi
COLDIRETTI ASTI	8 sedi

Muovendo da tale disamina appare possibile evidenziare, sulla scorta dei dati disaggregati forniti dagli interlocutori che hanno inviato una risposta, le seguenti cifre forfettarie come possibile e adeguato elemento a cui fare riferimento da parte della Regione Piemonte nell'Avviso di prossima emanazione:

- per l'attivazione del contratto tra collaboratore/ricce familiare e famiglia comprensivo della scelta profilo contrattuale, definizione del costo, redazione contratto e gestione pratiche burocratiche tra cui la denuncia della posizione lavorativa all'Inps:

€ 70

- per l'elaborazione del cedolino mensile per 13 mensilità, la dichiarazione annuale a fini fiscali e la definizione del costo contributivo sostenuto dal datore di lavoro:

€ 185

Tali importi rappresentano un dato di media dei vari elementi offerti dai soggetti contattati e permette di tener conto – nella logica di “un sistema integrato, equo, omogeneo e sostenibile”²⁹ – di diverse esigenze:

- coinvolgere nel mercato gestori di servizi di qualità, associazioni, enti di servizio, consulenti del lavoro in una logica omogenea;
- offrire alle famiglie beneficiarie una cifra complessiva significativa (con la possibilità di una detrazione fiscale per la famiglia stessa del contributo ricevuto);
- offrire all'interno del costo di attivazione e gestione del rapporto di assistenza di cui si fa carico la famiglia un contributo che favorisce l'emersione del lavoro irregolare degli/le assistenti familiari (tale contributo potrebbe essere legato, in un'ottica di garanzia di qualità, alla partecipazione dell'assistente familiare ad attività formative).

²⁹ Evidenziato come elemento determinante nell'intervento dell'Assessore Augusto Ferrari nel corso del Seminario “La qualificazione del lavoro di cura: il modello Piemonte si rinnova” tenutosi lo scorso 16 ottobre 2017 a Torino.