

# Sfide del welfare

SOSTENIBILITÀ  
CO-PROGETTAZIONE  
INNOVAZIONE

a cura di  
**Luigi Gui e Armida Salvati**

**welfare**  
innovazione,  
sostenibilità sociale

**FrancoAngeli** 

Collana Peer Review - Pubblicazione in Open Access

# Welfare

innovazione, sostenibilità sociale

**Collana diretta da Massimo Del Forno e Rossella Trapanese**

La collana intende presentare studi e ricerche sul welfare nel quadro della complessità che tiene insieme *idee, metodi e pratiche* nelle diverse ipotesi di cambiamento sociale. Lo scopo è promuovere e divulgare un dibattito interdisciplinare e raccogliere nuove proposte di cambiamento orientate al miglioramento delle condizioni di salute e benessere, a partire dalle persone fragili e vulnerabili, prestando attenzione alle nuove alleanze territoriali, al protagonismo delle famiglie, al ruolo assunto dalle comunità locali, ai legami e alla coesione sociale nei territori.

I temi dell'innovazione e della sostenibilità estendono i campi di interesse del welfare oltre i confini delle attuali politiche sociali, andando a intercettare il sistema dell'economia, i suoi modi operanti, l'uso delle tecnologie e dei saperi, i comportamenti e gli stili di vita ispirati al consumismo, lasciando ampi spazi per una discussione critica sulle questioni sanitarie e ambientali e sulle sue implicazioni nel futuro del welfare.

Il processo di trasformazione va seguito anche nella sua temporalità. Si tratta di estrarre dalle esperienze del passato elementi di continuità/discontinuità per rilanciare idee, metodi e pratiche, trovando una loro coerenza progettuale nell'ottica della sussidiarietà e dei suoi principi ordinativi – l'autonomia, la responsabilità, la libertà, l'uguaglianza, la solidarietà, la partecipazione, la prossimità, la cooperazione, l'interesse generale e il bene comune.

In questo scenario, appare particolarmente centrale la sperimentazione delle governance territoriali, delle sue basi di appoggio democratiche e delle sue reti di supporto. La presenza sul territorio di componenti attive di diversa natura - dagli enti territoriali al Terzo settore, dal variegato mondo della società civile alle famiglie - e la moltiplicazione di esperienze di co-programmazione e co-progettazione lasciano pensare a uno sviluppo comunitario delle governance. Tale fenomeno non è privo di insidie e di problemi. Per potersi consolidare, queste forme richiedono condizioni di possibilità per promuovere nuovi equilibri partecipativi, una più organica distribuzione di ruoli, di competenze e di autorità, senza perdere il valore della rappresentanza e della leadership, che serve a governare i processi di risalita della domanda territoriale.

Nell'analisi di queste possibilità, di assoluto rilievo nelle prospettive di cambiamento appare l'impiego di strumenti innovativi e la costruzione di reti di informazione, di confronto e di scambio digitale. La collana è aperta a contributi che utilizzano metodologie di ricerca sociale di tipo qualitativo e quantitativo per monitorare e valutare l'effetto di interventi e politiche sociali sui territori, le sfide digitali del welfare, e nello specifico del Terzo settore, e il lavoro in rete che si è affermato in tali sistemi.

## **Comitato scientifico:**

Chiara Agostini (Percorsi di Secondo Welfare), Andrea Bassi (Università di Bologna), Davide Bubbico (Università di Salerno), Davide Carbonai (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), Guido Gabriele Cavalca (Università di Salerno), Antonella Ciocia (IRPPS - CNR), Maria Teresa Consoli (Università di Catania), Vittorio Cotesta (Università Roma Tre), Luca De Luca Picione (Università di Napoli Federico II), Roberta Teresa Di Rosa (Università di Palermo), Maurizio Esposito (Università di Cassino e del Lazio Meridionale), Luigi Gui (Università di Trieste), Paolo Landri (IRPPS - CNR), Vanessa Lamattina (Università di Salerno), Sandra Regina Martini (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), Porfidio Monda (Università Suor Orsola Benincasa), Matteo Moscatelli (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Carlotta Mozzana (Università di Milano Bicocca), Massimo Pendenza (Università di Salerno), Andrea Pirmi (Università di Genova), Serena Quarta (Università di Salerno), Armida Salvati (Università di Bari Aldo Moro), Mara Sanfelici (Università di Milano Bicocca), Raffaele Sibilio (Università di Napoli Federico II), Sabrina Stoppiello (ISTAT), Dario Verderame (Università di Salerno), Maria Prosperina Vitale (Università di Salerno), Flaviano Zandonai (Gruppo Cooperativo CGM).



## **OPEN ACCESS** la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# Sfide del welfare

SOSTENIBILITÀ  
CO-PROGETTAZIONE  
INNOVAZIONE

a cura di  
**Luigi Gui e Armida Salvati**

**welfare**  
innovazione,  
sostenibilità sociale

**FrancoAngeli** 

Collana Peer Review - Pubblicazione in Open Access

Questo volume è stato pubblicato con il contributo della Sezione Politica Sociale di AIS – Associazione Italiana di Sociologia.

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Indice

<b>Introduzione</b> , di <i>Luigi Gui</i>	pag.	9
<b>Parte I - Scenari attuali e prospettive</b>		
<b>1. Strategie per la riorganizzazione, l'innovazione sociale e la qualità dei servizi alla persona nel <i>welfare</i> comunitario</b> , di <i>Rossella Trapanese, Matteo Moscatelli</i>	»	19
<b>2. Il Terzo Settore emergente. Tra istituzionalizzazione e insorgenza della società civile</b> , di <i>Andrea Bassi</i>	»	41
<b>3. Quale innovazione nelle politiche e nei servizi sociali? Prospettive a confronto per una ritematizzazione del sociale</b> , di <i>Carlotta Mozzana, Mara Sanfelici</i>	»	65
<b>4. PNRR e programmi di coesione tra inclusività e sostenibilità</b> , di <i>Raffaele Sibilio, Angelo Falzarano, Paola Buonanno</i>	»	84
<b>5. Reti locali che implementano il Social Investment: eterarchia, adattamento e innovazione</b> , di <i>Maurizio Busacca</i>	»	94
<b>6. <i>Welfare</i>, istruzione e formazione professionale e PNRR</b> , di <i>Paola Buonanno, Raffaele Sibilio, Angelo Falzarano</i>	»	110
<b>7. La capacità connettiva della sociologia nei processi integrativi di <i>welfare</i></b> , di <i>Sergio Mantile</i>	»	122

<b>8. La Legge 33/2023 di riforma dell'assistenza a lungo termine in Italia tra <i>policy</i> e <i>politics</i>: oltre l'immobilismo, un'opportunità di riforma?</b> , di <i>Celestina Valeria De Tommaso, Franca Maino</i>	pag.	129
<b>9. DM 77/2022: quali professionalità per una reale integrazione sociosanitaria, volta all'empowerment del cittadino e alla costruzione della sua salute</b> , di <i>Elena De Vinco, Stefano Branciforte, Caterina Musella</i>	»	143
<b>Parte II - Dinamiche di contesto dalla ricerca sul campo</b>		
<b>10. Le parole della comunità. Evidenze da una ricerca empirica nella prospettiva del <i>welfare</i> responsabile</b> , di <i>Andrea Bilotti, Michele Marzulli, Nicoletta Pavesi</i>	»	159
<b>11. I determinanti sociali di salute in contesto urbano. Presupposti teorico-empirici per le politiche di intervento</b> , di <i>Fabio Lucchini, David Consolazio</i>	»	173
<b>12. PNRR e servizio sociale. Quali sfide per la professione tra governance, organizzazione e interventi. Analisi di un'esperienza territoriale</b> , di <i>Francesca Maci</i>	»	186
<b>13. I Parchi della Bellezza e della Scienza in Sicilia. Il <i>welfare</i> di comunità e le professioni sociali alla prova della transizione ecologica</b> , di <i>Monica Musolino, Tiziana Tarsia</i>	»	199
<b>14. Il Centro Servizi per le Famiglie tra resilienza e innovazione: evidenze da una ricerca valutativa qualitativa</b> , di <i>Caterina Balenzano</i>	»	214
<b>15. Early Childhood Education and Care: verso quale <i>welfare</i>?</b> , di <i>Anna Milione</i>	»	228
<b>16. Innovare la domiciliarità per gli anziani</b> , di <i>Anna Zenarolla</i>	»	245

<b>17. Una ricerca partecipata alla luce del FamLens per l'innovazione delle politiche e degli interventi della Regione Lombardia</b> , di <i>Elisabetta Carrà, Matteo Moscatelli, Chiara Ferrari</i>	pag.	258
<b>18. Il reddito minimo nell'esperienza dei beneficiari. Potenzialità e limiti nella fruizione di un diritto sociale</b> , di <i>Tatiana Saruis, Stella Volturo</i>	»	273
<b>19. Integrazione delle politiche territoriali nella presa in carico dei beneficiari di misure di contrasto alla povertà: evidenze empiriche</b> , di <i>Lluís Francesc Peris Cancio</i>	»	288
<b>Conclusioni</b> , di <i>Armida Salvati</i>	»	301

## 16. Innovare la domiciliarità per gli anziani

di Anna Zenarolla

Il capitolo presenta una riflessione sull'innovazione dei servizi a partire dai primi risultati della valutazione della sperimentazione “Abitare inclusivo”, avviata dalla Regione Friuli-Venezia Giulia dal 2005 al fine di contrastare l'istituzionalizzazione degli anziani e innovare il sistema regionale dei servizi e interventi per gli anziani fragili e non autosufficienti introducendo un modello innovativo di domiciliarità basato sulla personalizzazione, la co-produzione e il budget di salute. I risultati emersi offrono alcune prospettive di lavoro che pare utile implementare al fine di raccogliere le sfide che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali (PNISS) pongono all'attuale sistema di *welfare* sul piano della personalizzazione e della sostenibilità dei servizi. Dopo una sintetica descrizione della sperimentazione e della ricerca valutativa, il capitolo presenta le principali innovazioni introdotte dai progetti sperimentali e riflette sui fattori che le hanno favorite oppure ostacolate cercando di individuare alcune possibili traiettorie utili per implementarle e renderle sostenibili in futuro.

### 1. La sperimentazione: finalità e caratteristiche

La sperimentazione “Abitare inclusivo” ha preso avvio nel 2005 con la denominazione di “Abitare possibile” che prevede l'accoglienza di anziani non autosufficienti o disabili in strutture composta da mono o bilocali, camere e spazi di socializzazione per un massimo di venti posti. Nel 2015 con specifiche linee di indirizzo (DGR 671/2015) è stata introdotta una seconda fattispecie, denominata “Domiciliarità innovativa”, da realizzare in alloggi di civile abitazione, per un massimo di cinque persone con deroga a dieci in casi particolari. La peculiarità di entrambe le fattispecie, unificate sotto la denominazione di “Abitare inclusivo” dalle Linee di indirizzo del 2019

(DGR 1625), risiede nell'essere realizzate in contesti abitativi che le persone possono percepire e vivere come casa propria, seguendo i modelli e le regole proprie dei contratti di locazione, e nell'essere gestita tramite forme di co-produzione e valorizzazione del contesto comunitario, in cui il soggetto titolare si avvale di partenariati con le realtà sociali e sociosanitarie del territorio. L'accesso alle strutture avviene in seguito alla valutazione multidimensionale svolta con il sistema Val.Graf FVG e alla definizione di un Piano assistenziale individualizzato da parte dell'Unità di valutazione distrettuale. I titolari del servizio possono essere enti pubblici territorialmente competenti e soggetti privati senza scopo di lucro, tenuti a stipulare un'apposita convenzione con l'Azienda sanitaria di competenza territoriale e con l'Ente gestore del Servizio sociale dei Comuni di riferimento, per l'attivazione del budget personale e per l'erogazione di prestazioni sanitarie. Per salvaguardare il carattere domiciliare del servizio, infatti, la sperimentazione non prevede la presenza in queste strutture di personale medico e infermieristico demandando l'erogazione delle relative prestazioni al distretto sanitario. Per il finanziamento della presa in carico degli accolti è stato introdotto il budget personale (art. 24 L.R. 17/2017), definito come complesso di risorse economiche e prestazionali rese da tutte le componenti, ivi comprese la persona assistita e la sua famiglia, coinvolte nella realizzazione del progetto personalizzato di presa in carico, e composto da una quota sanitaria, che costituisce un livello essenziale di assistenza (LEA) a copertura delle spese sanitarie, e una quota di rilevanza sociale finanziata attraverso il FAP a copertura delle spese assistenziali (art. 9 L.R. 22/2019 art. 9).

## **2. Obiettivi, strumenti e approccio della ricerca valutativa**

La valutazione ha seguito un disegno di ricerca (Bezzi, 2003) che, in considerazione del carattere innovativo e della complessità della sperimentazione, ha adottato un approccio positivista e costruttivista (Stame, 2001). Esso si è proposto di rendicontare quanto realizzato dai progetti per confrontarlo con le finalità e gli obiettivi perseguiti dalla sperimentazione, e di rilevare i processi e i meccanismi attivati per conseguirli, unitamente agli eventi imprevisti emersi al di là delle aspettative. La ricerca ha coinvolto tutti i soggetti implicati nella sperimentazione: gli enti titolari; i responsabili del Servizio Sociale dei Comuni e gli assistenti sociali referenti degli anziani accolti nelle sperimentazioni; i direttori dei Distretti Sanitari e i referenti del servizio infermieristico distrettuale; i familiari degli anziani accolti e alcuni degli stessi anziani. La ricerca ha riguardato tutti i progetti attivi a dicembre 2021. Tra gennaio e giugno 2022 sono state realizzate sei interviste in presenza con

i titolari, quattro con responsabili del Servizio Sociale dei Comuni e quattro con i direttori dei Distretti sanitari e i referenti del servizio di assistenza domiciliare infermieristica. Con i titolari sono stati realizzati anche tre focus group di approfondimento dei temi emersi dalle interviste. La rilevazione del punto di vista degli anziani accolti e dei loro familiari è stata svolta tramite un'intervista semistrutturata volta a rilevare come sono giunti a conoscenza del servizio, perché lo hanno scelto, la partecipazione all'Unità di valutazione multidimensionale e alle attività quotidiane, il livello di soddisfazione, i punti di forza e di criticità del servizio. Complessivamente sono stati intervistati dodici anziani e quindici familiari. Sono stati inoltre analizzati i progetti presentati dai titolari al momento della richiesta di autorizzazione alla Regione, i dati dei costi e quelli relativi al profilo anagrafico e di bisogno, all'ingresso e in itinere, degli anziani accolti nel triennio messi a disposizione dagli sperimentatori.

Complessivamente, i progetti analizzati sono stati dodici, avviati tra il 2015 e il 2021. Fanno capo a cinque soggetti titolari, di cui uno è titolare di due progetti e uno di sette. Dieci rientrano nella "Domiciliarità innovativa" e due nell'"Abitare possibile", per un totale di 91 posti disponibili. I titolari sono due cooperative sociali, un'Azienda per i servizi alla persona, un'Associazione di promozione sociale e un ente ecclesiastico di diritto canonico. Gli anziani accolti dall'avvio dei progetti sono stati circa 104, con un'età media all'ingresso compresa tra 81 e 83 anni e con profilo di bisogno Val.Graf in prevalenza di tipo B e C<sup>1</sup>.

In coerenza con le finalità della sperimentazione, l'analisi dei risultati ha assunto come riferimento l'approccio dell'innovazione sociale. Il concetto di innovazione sociale è un concetto ombrello, che è stato analizzato da diverse prospettive e ha ricevuto molteplici interpretazioni e declinazioni operative (Barbera 2020) non ancora pervenute a una definizione univoca e condivisa (Marques, Morgan, Richardson 2018). Una definizione che cerca di sintetizzarle è quella proposta da Moralli secondo cui l'innovazione sociale «riguarda un servizio, un prodotto, un processo, un modo di agire che nasce dal basso su base locale e viene diffuso collettivamente, al fine di produrre benefici per la società e il territorio in cui viene generata. Tale azione che può riguardare diversi ambiti nasce dall'esigenza di rispondere ad un problema sociale emergente o non ancora soddisfatto, e presuppone un orizzonte culturale condiviso, che viene espresso tramite la capacità creativa dei soggetti

<sup>1</sup> Il profilo B comprende bisogni sanitari di complessità medio-bassa associati a bisogni sociosanitari di media o alta complessità. Il profilo C comprende per lo più bisogni sanitari di complessità lieve (o, più raramente, di media rilevanza) associati a moderati bisogni sociosanitari che possono incorrere in potenziali precipitazioni funzionali, richiedenti una presa in carico tempestiva.

che vi prendono parte» (2019, p. 33). Diversi autori convergono nell'individuare alcune dimensioni costitutive che Moralli sintetizza in: *dimensione-obiettivo*, rappresentata dalla soddisfazione di bisogni non ancora (o parzialmente) soddisfatti dallo stato o dal mercato, e *dimensione-processo*, rappresentata dalla riconfigurazione delle relazioni sociali e dalla promozione di una governance partecipata, da un lato, e dal rafforzamento della capacità di agire, dall'altro. Ad esse, l'autrice affianca anche la *dimensione-culturale*, caratterizzata dall'emergere di nuove aspirazioni, bisogni e valori. Nello specifico, dal punto di vista processuale, l'innovazione riguarda una rete di attori tra loro eterogenei che possono sviluppare nuove forme di capitale sociale e fiducia, oltre che forme economiche alternative, portando spesso a una ridefinizione della governance territoriale. La dimensione culturale, invece, da un lato attiene all'orientamento valoriale che determina la nascita e la diffusione del processi innovativi e «rappresenta l'elemento che permette di motivare le persone a perseguire un cambiamento sociale legittimando le loro azioni» (Ivi, p. 36), dall'altro, riguarda i processi di istituzionalizzazione ossia la capacità che le pratiche innovative hanno di penetrare all'interno della sfera pubblica dando visibilità alle nuove visioni e modalità di azione (Ivi, p. 37). Quest'ultima dimensione risulta fondamentale, in quanto ciò che distingue l'innovazione dal cambiamento è la sua capacità di introdurre una modifica significativa, ossia tale da essere considerata rilevante e duratura, ossia destinata a rimanere nel tempo e quindi non transitoria (Rossi 2019). Affinchè ciò avvenga è importante che il cambiamento introdotto sia accompagnato da processi di riflessività (Schön 1993) e conferimento di senso che favoriscano la modifica di valori, credenze, cognizioni e pratiche diffuse e spesso radicate nel comportamento degli attori coinvolti (Schein 1990, 2000). Parlare di innovazione sociale, pertanto, significa parlare di processi di apprendimento organizzativo (Rossi 2019).

### 3. Tracce di innovazione<sup>2</sup>

Una prima dimensione dell'innovazione riguarda il modello organizzativo (Rossi, 2009). Nella sperimentazione analizzata, le Linee guida regionali non davano indicazioni nel merito ma individuavano con chiarezza le finalità che a questo riguardo dovevano essere perseguite, ossia il carattere domiciliare dei contesti abitativi e la personalizzazione e la co-produzione degli interventi. Ogni soggetto gestore pertanto ha scelto autonomamente il modello

<sup>2</sup> Il paragrafo in oggetto riprende parzialmente i contenuti pubblicati in Zenarolla A. (2023 a, b).

organizzativo e gestionale con cui realizzare il proprio progetto. Le evidenze raccolte mostrano che tale scelta è caduta su due configurazioni organizzative: una, adottata in tre progetti, che prevede la turnazione degli operatori sulle otto ore giornaliere, e l'altra che prevede la continuità degli stessi operatori ottenuta in un progetto tramite la presenza di due assistenti familiari che si alternano settimanalmente e/o bisettimanalmente e in altri due progetti tramite la co-residenzialità di un assistente familiare. In quest'ultima configurazione, in particolare, l'assistente familiare è la figura principale di riferimento, che si occupa in maniera preminente del nucleo convivente e instaura con i suoi componenti un rapporto personale fiduciario: organizza la casa, cura l'igiene delle persone che vi abitano, gestisce quanto necessario alla loro vita quotidiana. A supporto di questa figura principale ruotano altri operatori/educatori/OSS che si fanno carico di determinati servizi complementari e necessari al completamento della progettualità.

L'impiego dell'assistente familiare, figura diventata centrale per il sistema di *welfare* degli anziani (Da Roit, Ranci 2021), costituisce un altro aspetto innovativo del modello organizzativo proposto dalla sperimentazione e adottato nei progetti avviati. Il personale in essi impiegato, infatti, presenta una diversa composizione di operatori qualificati e non qualificati, ma in tutti la figura principale è l'assistente familiare, cui competono l'erogazione dell'assistenza e delle attività quotidiane. Questa figura prevale, in termini di numero di operatori e impegno orario, su quella dell'operatore sociosanitario che risulta limitata e dedicata alla funzione di coordinamento e supervisione delle attività delle assistenti familiari. L'impiego dell'assistente familiare offre molti vantaggi: riduce i costi, grazie ai minori oneri che comporta rispetto ad altre figure; supera la carenza di personale qualificato nel mercato del lavoro; consente l'adozione di modelli organizzativi che prevedono la continuità dell'operatore e un più basso rapporto tra operatore e utente, stante la maggior disponibilità delle assistenti familiari, spesso di origine straniera, di fornire una presenza continuativa sulle 24 ore anche per periodi prolungati. Il suo principale valore aggiunto è dato dalla capacità di offrire interventi di tipo relazionale molto personalizzati e connotati da quell'informalità tipica del contesto domiciliare che i servizi della sperimentazione in oggetto vogliono offrire.

L'effettiva capacità di questi servizi di rispondere alle reali esigenze della popolazione anziana dipende però dalla loro possibilità di offrire interventi di intensità assistenziale e sanitaria progressivamente più elevate, comprensivi di prestazioni di tipo infermieristico. Quando l'erogazione di tali prestazioni diventa continuativa e ad alta intensità, però il distretto sanitario non riesce a garantirla. Nei progetti che prevedono la co-residenzialità continuativa di due assistenti familiari gli infermieri del distretto, tramite lo strumento

dell'affidamento infermieristico, delegano la somministrazione della terapia alle assistenti familiari che svolgono la funzione di care giver degli anziani accolti, in analogia a quanto avviene a domicilio. Negli altri progetti, in base a quanto dichiarato dai referenti dei distretti sanitari di riferimento, ciò non avviene principalmente perché la pluralità, seppur contenuta, di operatori richiesta dalla turnazione impedisce di individuare il care giver di riferimento del singolo anziano al quale affidare la responsabilità della terapia in sostituzione dell'infermiere del distretto. Ne consegue che in questi progetti la necessità di intensificare l'assistenza infermieristica comporta il trasferimento dell'anziano in una struttura residenziale di tipo diverso. Questo però è motivo di malcontento per gli anziani accolti e i loro familiari e, al momento della scelta del servizio, porta molti familiari a optare per la casa di riposo in modo da evitare un successivo spostamento al proprio congiunto. La casa di riposo, inoltre, viene scelta spesso anche per il costo di queste strutture che, pur economicamente vantaggioso, risulta comunque piuttosto alto e non comprimibile tramite il contributo economico per l'abbattimento della retta messo a disposizione dai Comuni per i fruitori della casa di riposo.

Anche in merito alla co-produzione le Linee guida regionali non davano alcuna definizione e indicazione, lasciando quindi aperta la sua interpretazione che peraltro non ha ancora ricevuto una definizione univoca (Ewert, Evers 2014; Voorberg *et al*, 2014). In particolare, essa può essere considerata secondo due approcci: quello del New Public Management (Brandsen *et al*, 2018; Pestoff, 2006) e quello del service management (Osborne *et al*, 2013, 2016, 2018; Palumbo, 2016). Il primo considera la co-produzione quasi esclusivamente come aggiunta alla pianificazione ed erogazione pubblica dei servizi di input forniti su base volontaria dai fruitori degli stessi, ma posti sotto il controllo dei professionisti. Il secondo enfatizza l'interazione e l'interdipendenza operativa tra erogatore e utilizzatore, sostenendo che la co-produzione è una componente inalienabile del servizio che non può darsi senza co-produzione del fruitore, sia esso consapevole che inconsapevole.

Analizzando i progetti sperimentali alla luce di questi due approcci, emerge che in tutti si può riconoscere una forma di co-produzione intesa nell'accezione proposta dal service management. In tutti i progetti, infatti, le attività non seguono un'organizzazione predefinita rigidamente ma vengono svolte adeguandosi il più possibile ai desideri e ai tempi consentiti dalle condizioni di salute degli anziani. Più volte nel corso dell'intervista tutti i soggetti titolari hanno sottolineato che nel loro servizio "non c'è minutaggio" e "non c'è fretta" e che "le attività si fanno cercando la collaborazione delle persone e rispettando i loro tempi". La ricerca della partecipazione degli anziani alle attività quotidiane, infatti, è l'altro elemento caratterizzante il modello organizzativo di questi servizi che cercano costantemente di promuove

vere la collaborazione degli anziani allo svolgimento delle attività tipiche della giornata e degli interventi previsti dal loro piano assistenziale. Si tratta di attività svolte con l'obiettivo specifico di mantenere attiva la persona, di farla sentire protagonista della struttura e di permetterle di conservare le proprie abilità residue. Obiettivi che, come confermano tanto i dati di monitoraggio quanto le interviste ad anziani e familiari, vengono raggiunti in quanto la maggior parte degli anziani residenti mantiene le condizioni di salute del momento dell'ingresso o le migliora, riducendo addirittura il consumo di farmaci in alcuni casi.

Per quanto riguarda la partecipazione dei familiari, in tutti i progetti essa risulta saltuaria e limitata all'aiuto nella cura del proprio parente, al suo accompagnamento all'esterno della struttura o alla collaborazione nella realizzazione di alcune attività di socializzazione e/o di gestione della quotidianità. Si configura quindi come collaborazione alla realizzazione di componenti accessorie del servizio, non risulta sostitutiva del personale di assistenza e non si traduce in una riduzione dei costi a carico dell'anziano. Secondo quanto sostenuto dall'approccio del New Public Management, appare difficile considerarla una forma di co-produzione. Infatti, anche i titolari dei progetti, interrogati in merito alla sua attuazione, hanno risposto di non realizzarla, dichiarando esplicitamente in due casi che essa «non è praticabile», «è una teoria che rimane nei libri», «a livello ideale sì, ma nella realtà non è praticabile».

Oltre che nell'erogazione degli interventi assistenziali e nello svolgimento delle attività quotidiane, la partecipazione degli anziani e dei loro familiari è stata introdotta anche in un'altra dimensione importante per la realizzazione del servizio, ossia l'assunzione delle assistenti familiari. In due progetti gestiti da un soggetto titolare uno degli anziani residenti nella struttura sottoscrive direttamente il contratto con l'assistente familiare e, tramite lo strumento del patto di convivenza, la mette a disposizione degli altri anziani residenti che, in cambio, sostengono altre spese. In altri tre progetti gestiti da due soggetti gestori diversi, invece, l'assunzione delle assistenti familiari viene fatta dai familiari degli anziani riuniti in associazione. Tanto il patto di convivenza quanto l'associazione dei familiari sono due strumenti appositamente introdotti dai tre soggetti gestori a fronte dell'impossibilità per gli enti del Terzo Settore come loro di assumere direttamente le assistenti familiari.

Oltre ai familiari e agli utenti, la co-produzione può interessare anche altri soggetti del territorio. Da questo punto di vista, tutte le progettualità mostrano un elevato livello di coinvolgimento di diverse realtà locali che collaborano alla realizzazione del servizio da loro offerto. Alcune prevedono il coinvolgimento saltuario di associazioni di volontariato, ad esempio, per la

realizzazione di momenti di festa e di intrattenimento. Altre sono state formalizzate, ad esempio, tramite convenzioni con Università e istituti scolastici per poter accogliere tirocinanti dei corsi di servizio sociale e scienze dell'educazione e studenti delle scuole superiori coinvolti nei progetti di alternanza scuola-lavoro anche con l'obiettivo di promuovere lo scambio intergenerazionale. Particolarmente significativa pare la collaborazione instaurata tra due soggetti gestori e il servizio sociale dei Comuni di riferimento della loro struttura per poter assumere assistenti familiari tra le donne in carico ai servizi per motivi economici e residenti nei Comuni limitrofi alla struttura. L'obiettivo di questa collaborazione è stato quello di favorire, da un lato l'occupazione femminile più in difficoltà e, dall'altro, lo scambio col contesto locale. Quest'ultimo viene perseguito da tutti i soggetti gestori anche cercando di favorire il più possibile la frequentazione dei servizi e degli esercizi pubblici vicini alla struttura da parte degli anziani che vi risiedono con uscite e passeggiate nei dintorni ma anche avvalendosi degli esercizi commerciali della zona per l'acquisto di generi alimentari e altri beni di consumo.

#### **4. Leve e ostacoli**

I risultati sopra descritti consentono di affermare che la sperimentazione avviata ha impresso un processo di innovazione nei servizi domiciliari per anziani. I progetti realizzati sono riusciti, infatti, a mantenere in un contesto domiciliare anziani che, diversamente, non potendo rimanere a casa propria, sarebbero stati inseriti in una casa di riposo. Essi, inoltre, sono riusciti a raggiungere questo obiettivo garantendo agli anziani il mantenimento o il miglioramento delle loro condizioni di salute e benessere, e assicurando ai loro familiari la soddisfazione e la serenità di saperli in un ambiente familiare. Si può sostenere, pertanto, che i progetti avviati presentino la *dimensione-obiettivo* del rispondere a un bisogno di domiciliarità rimasto finora insoddisfatto riconosciuta come caratterizzante l'innovazione sociale.

Anche considerando la *dimensione-processo* pare si possano riconoscere diversi elementi di innovazione, sebbene presentino ancora diversi margini di ulteriore potenziamento e sviluppo. Dal punto di vista dell'assetto organizzativo, si è visto che tende a prevalere la configurazione tipica dei servizi residenziali tradizionali basata su un'impostazione predefinita dell'assetto organizzativo, seppur solo nella turnazione degli operatori. Pur assicurando la personalizzazione degli interventi rivolti a ciascun anziano, essa richiede un numero elevato di operatori che, da un lato impatta sui costi rendendoli insostenibili per molti utenti e, dall'altro, impedisce l'introduzione dell'affidamento infermieristico e la conseguente erogazione delle prestazioni infermieristiche

necessarie in caso di peggioramento delle condizioni di salute degli anziani. Questo non solo causa malcontento e porta a rinunciare al servizio molti anziani e loro familiari ma, stante il diverso comportamento dei soggetti gestori e dei distretti sanitari, introduce anche disomogeneità nell'offerta e, di conseguenza, una forma di disuguaglianza per la popolazione. Si verifica così una specie di selezione avversa dell'utenza per cui possono effettivamente accedere a questo servizio solo gli anziani residenti in un determinato contesto territoriale che presentano un certo livello di autonomia e di reddito.

Ciò che pare aver influito sull'adozione di un modello piuttosto dell'altro è la *dimensione-culturale* dell'innovazione, ossia gli elementi cognitivi e valoriali che la sostanziano e quelli istituzionali in cui si inserisce. Il modello basato sulla continuità è stato adottato in un contesto territoriale che vanta una lunga tradizione di deistituzionalizzazione, che trova espressione in una visione dei servizi molto più aperta alla partecipazione degli utenti e dei cittadini che si è tradotta nella sperimentazione di altri modelli organizzativi e di intervento ispirati al lavoro di comunità e basati sulla collaborazione tra servizi pubblici, organizzazioni del Terzo Settore, risorse informali e cittadini. Questo ha fatto crescere una cultura organizzativa e un rapporto di conoscenza e fiducia che sicuramente hanno favorito l'adozione, nell'ambito della sperimentazione analizzata, di un modello organizzativo flessibile e basato su una collaborazione più stretta e significativa tra il distretto sanitario e il soggetto titolare della sperimentazione. Questo ha probabilmente contribuito anche a far maturare una visione dell'utenza meno stereotipata, meno legata agli aspetti di dipendenza e fragilità e più predisposta a cogliere quelli di autonomia e di protagonismo. Si trovano in questo contesto, infatti, i progetti che hanno introdotto la forma più avanzata di co-produzione, ossia quella in cui l'anziano assume direttamente l'assistente familiare e la condivide con un meccanismo di scambio reciproco con gli altri anziani presenti nella struttura tramite il patto di convivenza.

Anche l'associazione dei familiari, introdotta allo stesso scopo da altri due soggetti titolari in un contesto territoriale diverso, rappresenta un interessante strumento di partecipazione degli utenti e quindi di co-produzione. Dalle evidenze raccolte, tuttavia, pare sia stata adottata solo perché dava la possibilità di trovare una soluzione all'assunzione delle assistenti familiari, e non per dare ai familiari un'effettiva opportunità di partecipare direttamente alla gestione del servizio. Un tentativo in tal senso da parte di uno dei due soggetti titolari è stato fatto, all'avvio della sperimentazione, prevedendo la partecipazione dei familiari all'erogazione del servizio secondo una modalità strutturata nei contenuti e nei tempi. Esso però non è andato a buon fine. Secondo il soggetto titolare, il modello era troppo oneroso per i familiari in quanto anch'essi anziani fragili oppure adulti ma con impegni di lavoro e

di famiglia che non consentivano di sostenerlo. L'associazione dei familiari, tuttavia, rappresenta uno strumento che offrirebbe ai familiari ulteriori opportunità di partecipazione, intervenendo su dimensioni di realizzazione del servizio che sono di rilevanza strategica e che paiono sostenibili anche da familiari anziani e con carichi di lavoro e di famiglia. Si tratta, ad esempio, della dimensione della pianificazione del servizio che potrebbe coinvolgerli con un ruolo propositivo più significativo; della dimensione della valutazione del servizio, che potrebbe vederli svolgere un ruolo riferito non solo al singolo servizio fruito ma esteso all'intera sperimentazione e, di riflesso, all'intero settore dei servizi per la domiciliarità; della dimensione della gestione della terapia, che potrebbe vederli esercitare un ruolo di supporto che potrebbe essere dirimente ai fini della permanenza dell'anziano in queste strutture anche quando richiede un'assistenza infermieristica intensiva. A queste dimensioni, tuttavia, i soggetti gestori non hanno pensato.

Anche i distretti sanitari di riferimento di queste sperimentazioni mostrano una minor flessibilità nella collaborazione con le risorse locali, sebbene siano assolutamente ben disposti nei loro confronti. Chiedono però procedure e attribuzioni di responsabilità chiare e sicure. Queste evidenze confermano, da un lato, le dinamiche di *path dependance* sottostanti i processi di innovazione sociale e, più in generale, di cambiamento organizzativo e istituzionale e, dall'altro, il ruolo che in tali processi esercita la dimensione culturale delle organizzazioni e istituzioni coinvolte.

Nonostante i limiti appena descritti, le sperimentazioni avviate mostrano di aver introdotto rilevanti elementi di innovazione anche sul versante della co-produzione. L'elevato livello di personalizzazione degli interventi e di coinvolgimento degli utenti nella loro realizzazione rappresenta un elemento qualificante e distintivo di questi servizi rispetto a quelli esistenti. Per quanto accessorie, le attività svolte con la collaborazione dei familiari sono un elemento il cui impatto è fondamentale per il benessere degli anziani e per la qualità del servizio da essi percepita. Entrambe le modalità pertanto rappresentano un valore aggiunto di questi servizi in quanto contribuiscono ad aumentarne la qualità, e si traducono in una forma di co-creazione di valore per l'utente (Osborne *et al*, 2016; Palumbo, 2016).

## **5. Verso modelli organizzativi flessibili e a rete**

Quanto emerso dall'analisi sopra descritta porta a ritenere che la sfida del contrasto all'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti possa essere efficacemente perseguita innovando i tradizionali assetti organizzativi dei servizi con l'introduzione di modelli flessibili e a rete, capaci di valoriz-

zare l'apporto che molteplici soggetti, pubblici, privati, del privato sociale e gli stessi fruitori dei servizi possono portare alla realizzazione del servizio.

La multidimensionalità e la complessità che caratterizzano la non autosufficienza richiedono la capacità di attivare interventi personalizzati, articolati e dinamici che le risorse presenti in un contesto domiciliare e comunitario sono in grado di esprimere. Esse richiedono però di essere riconosciute, coinvolte e messe in rete da organizzazioni configurate come connettori di risorse, capaci di fare integrarle e comporle in base a quelli che sono i bisogni e le risorse dell'utenza. Adottare questo tipo di configurazione organizzativa non è semplice stante la diffusione e il radicamento di modelli burocratici, rigidamente impostati e definiti a partire da visioni stereotipate dell'utenza e strutturati dei rapporti interorganizzativi.

In tal senso, buona parte della sfida del contrasto all'istituzionalizzazione e dell'innovazione dei servizi si gioca sul piano della cultura organizzativa e istituzionale e rende pertanto necessario investire anche in questa direzione con specifiche iniziative formative ma anche con percorsi di valutazione delle esperienze svolte finalizzati a rendicontare quanto realizzato ma soprattutto a valorizzarlo attraverso processi di riflessione, apprendimento e condivisione tra gli attori implicati.

## Riferimenti bibliografici

- Barbera F. (2020), L'innovazione sociale: aspetti concettuali, problematiche metodologiche e implicazioni per l'agenda in *Polis*, XXXIV, 1, aprile 2020, 131-148.
- Bezzi C. (2003), *Il disegno della ricerca valutativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Bovaird T. (2007), Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services in *Public Administration Review*, 67, 5, 846-60.
- Brandsen T., Steen T., Verschuere B. (eds)(2018), *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services*, Routledge, New York and London.
- Cancellieri, G., Speroni, L. (2018), Le esperienze di innovazione sociale in Italia, in M. Caroli (a cura di), *Evidenze sull'innovazione sociale e sostenibilità in Italia. Quarto rapporto*, Milano, FrancoAngeli, pp. 40-69
- Da Roit B., Ranci C. (2021), *La riforma del Long-term care e il PNRR*, [www.welforum.it](http://www.welforum.it), 27 aprile 2021.
- Ewert B., Evers A. (2014), An ambiguous concept: on the meaning of co-production for health care users and user organizations? In *Voluntas*, 25, 2, 425-442.
- Fotaki M. (2010), Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden in *Public Administration*, 89, 3, 933-955.
- Gherardi S., Nicolini D. (2004), *Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Gerometta, J., Häusserman, H., Longo, G. (2005), Social Innovation and Civil Soci-

- ety in Urban Governance: Strategies for an Inclusive City, in *Urban Studies*, 42, 11, pp. 2007-2021.
- Jo S., Nabatchi T. (2018), Co-Production, Co-Creation, and Citizen Empowerment in Brandsen T., Steen T., Verschuere B. (eds.) (2018), *Co-Production and Co-Creation. Engaging Citizens in Public Services*, Routledge, New York and London, pp. 231-239.
- Marques P., Morgan K., Richardson R. (2018), Social innovation in question: The theoretical and practical implications of a contested concept, in *Environment and Planning: Politics and Space*, vol. 36, 3, 496-512.
- Moralli M. (2019), *Innovazione sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Moulaert, F., Martinelli, F., Swyngedouw, E., González, S. (2005), Towards Alternative Model(s) of Local Innovation, in *Urban Studies*, 42, 11, pp. 1969-1990.
- Nabatchi T., Soncino A., Sicilia M. (2017), Varieties of Participation in Public Services: The Who, when, and what of Coproduction, in *Public Administration Review*, 77, 5, 766-776.
- Rossi P. (2009), *L'innovazione organizzativa*, Carocci, Roma.
- Osborne S. & Strokosch K. (2013), It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the service management and public administration perspectives in *British Journal of Management*, 24, 1, 31-47.
- Osborne S.P., Strokosch K., Radnor Z. (2018), Co-production and the co-creation of value in public services: a perspective from service management in Brandsen T., Steen T., Verschuere B. (eds), *Co-Production and Co-Ceration: Engaging Citizens in Public Services*. Routledge, pp. 18-26.
- Osborne, S.P., Radnor, Z. and Strokosch, K. (2016). "Co-Production and the Co-Creation of Value in Public Services: A suitable case for treatment?" *Public Management Review*, 18, 5, 639-653.
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli, Milano.
- Palumbo R. (2016), "Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review" in *International Journal of Public Sector Management*, 29, 1, 72-90.
- Pestoff V. (2006), "Citizen and Co-production of Welfare Services" in *Public Management Review*, 8, 503-519.
- Rossi P. (2019), *L'innovazione organizzativa*, Carocci, Roma.
- Schein E. H. (1990), *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco (trad.it) *Culture d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica*, Guerini e Associati, Milano, (ed. or. 1985).
- Schein E.H. (2000), *The Corporate Culture Survival Guide*, Jossey-Bass, San Francisco (trad.it) *Culture d'impresa*, Raffaello Cortina Editore, Milano, (ed. or. 1999).
- Sorrentino M., Sicilia M., Howlett M. (2018), "Understanding co-production as a new public governance tool" in *Policy and Society*, 37, 3, 277-293.
- Schön D.A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari (ed. or. 1983).
- Stame N. (2001), Tre approcci alla valutazione: distinguere e combinare in Palumbo M. (2001), *op. cit.*, pp. 21-46.

- Saruis T., Kazepov Y., Boczy T. (2021), Consolidare l'innovazione sociale in contesti diversi di welfare: tra dinamiche trasformative e adattamento in *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 3, 579-592.
- Voorberg W., Bekkers V.J.J., Tummers L. (2014), "A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the Social Innovation Journey" in *Public Management Review*, 17, 9, 1333-1357.
- Zenarolla A. (2023 a), "Governance: an Essential Lever for Innovating Home Care services for the Elderly Through Co-Production. First Insights from the Evaluation of Three Years of Experimentation in Friuli-Venezia Giulia", in *Italian Journal of Sociology of Education*, 15(2), 169-184.
- Zenarolla A. (2023 b), "Co-produrre domiciliarità: la partecipazione degli anziani nell'innovazione dei servizi", *Studi di sociologia*, 2, pp. 179-190.