

Ilaria Madama

**Innovazione sociale e politiche
di LTC: una concettualizzazione
place-based a partire
dal caso italiano**

I. INTRODUZIONE¹

Negli ultimi quindici anni, i concetti di innovazione e innovazione sociale hanno acquisito, soprattutto su impulso dell'Unione Europea, un'importanza crescente nel discorso pubblico e nelle agende di riforma dell'Unione e dei suoi stati membri. L'interesse è divenuto ancora più centrale nel decennio successivo alla Grande Recessione, quando l'innovazione sociale è apparsa in grado di soddisfare la duplice esigenza di rendere i sistemi di protezione sociale non solo più adeguati nell'affrontare nuovi e vecchi rischi sociali (aggravati dalla crisi) ma anche più sostenibili in termini di costi; ciò è apparso possibile grazie alla mobilitazione di nuove risorse finanziarie e creative, particolarmente preziose in presenza di vincoli di bilancio sempre più stringenti, e allo stimolo positivo dell'economia potenzialmente indotto dall'innovazione stessa (cfr. Hubert 2010; Ferrera, Maino 2014; Tepsie 2014; Maino 2017). Tra le "sfide" più frequentemente citate per giustificare la necessità di stimolare i processi di innovazione sociale – accanto alla disoccupazione di lunga durata,

¹Questo articolo elabora i risultati emersi nel quadro del progetto di ricerca *InnovaCare - Enhancing Social Innovation in Elderly Care: Values, Practices and Policies*, finanziato da Fondazione Cariplo (bando *Aging and Social Research: People, Places and Relations (2017)*), ed è il frutto del lavoro comune svolto dai membri dell'Unità di ricerca 1. L'autrice ringrazia in particolare Franca Maino e Federico Razetti. La rassegna della letteratura sul concetto di innovazione sociale nella sezione 2 riprende alcuni dei risultati proposti in un contributo precedente, opportunamente citato (cf. Madama, Maino, Razetti 2019).

all'esclusione sociale, alla povertà e ai flussi migratori – ci sono quelle legate al rapido processo di invecchiamento in atto in Europa e alla non-autosufficienza, oggetto di questo contributo (cfr. Caulier-Grice *et al.* 2010; Commissione Europea 2010; Hubert 2010).

L'articolo si propone due obiettivi principali. In primo luogo, a partire dai risultati della ricerca *InnovaCAre*, l'analisi qui proposta intende provare a chiarire i contorni del concetto di "innovazione sociale" e, in particolare, il suo significato nel contesto specifico delle politiche per gli anziani fragili. Cosa significa "innovazione sociale" nel campo della *Long-term Care* (LTC) e dell'assistenza agli anziani? In che senso una misura di *policy* per gli anziani fragili o non più autosufficienti può essere qualificata come "innovativa"? Quali sono le tendenze attuali nell'UE su questo fronte? In secondo luogo, l'articolo ha l'ambizione di fare un passo ulteriore nella concettualizzazione dell'innovazione sociale provando non solo a declinarla operativamente nell'ambito della LTC con specifico riferimento al contesto italiano, ma anche a "validarla" sul piano empirico. In linea con la definizione proposta, la concettualizzazione di innovazione sociale non può infatti che rimandare alla struttura di politica pubblica esistente in un dato contesto istituzionale. In altre parole, il domandarsi che cosa significa fare innovazione sociale nell'ambito della LTC implica necessariamente il dover partire da una conoscenza puntuale dell'assetto istituzionale esistente e delle sue criticità, su cui possono innestarsi le eventuali innovazioni, così favorendo una discontinuità rispetto a processi e misure consolidate.

In ragione delle finalità appena richiamate, l'articolo si struttura come segue. La sezione 2 offre una discussione del concetto di innovazione sociale, proponendo una definizione applicabile al settore della LTC. La sezione 3 presenta l'assetto delle politiche per la non autosufficienza in Italia, al fine di farne emergere le specificità e i limiti. La sezione 4 riprende i risultati della ricerca sul campo condotta nell'ambito del progetto *InnovaCAre*, che – grazie alle osservazioni avanzate da una pluralità di attori attivi nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza a livello territoriale – consentono di qualificare ulteriormente e "validare" empiricamente la concettualizzazione di innovazione sociale in relazione al contesto italiano. La sezione 5 conclude.

2. INNOVAZIONE SOCIALE E *LONG-TERM CARE*: UNA PROPOSTA DI CONCETTUALIZZAZIONE

Come ricostruito da Madama, Maino e Razetti (2019), quello di innovazione sociale non può essere considerato un concetto nuovo. Le radici di tale nozione possono infatti essere ricondotte alle opere dei padri fondatori della sociologia – da Durkheim a Weber a Tarde – anche se con un significato ben diverso da quello comunemente attribuitogli oggi (Moulaert *et al.* 2013). La prima menzione esplicita all'innovazione sociale nel suo significato attuale risale tuttavia solo alla seconda metà degli anni Duemila, all'interno dell'agenda dell'UE. Con l'Agenda sociale lanciata nel 2008 (Commissione Europea 2008a), e alcune iniziative promosse dalla Commissione tra il 2009 e il 2010, l'innovazione sociale è stata infatti esplicitamente tematizzata e ha iniziato ad apparire sistematicamente in alcuni dei suoi documenti ufficiali. In questa prospettiva, ad esempio, la Strategia Europa 2020 (Commissione Europea 2010) considerava l'innovazione sociale un'area chiave nel perseguire l'obiettivo generale di una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva (Sabato *et al.* 2015), centralità confermata nel successivo Social Investment Package (SIP) promosso dalla Commissione (Commissione Europea 2013a), nonché nel Pilastro europeo dei diritti sociali (Parlamento europeo *et al.* 2017). Sotto il profilo della concettualizzazione della nozione di "innovazione sociale", la definizione più frequentemente utilizzata nei documenti ufficiali prodotti dall'Unione Europea negli ultimi anni è quella proposta nel 2010 dal Bureau of European Policy Advisers (BEPA) (Hubert 2010), a cui va riconosciuto il merito di avere avuto un impatto significativo, sia in termini di definizione delle politiche sia nel dibattito accademico e tra gli esperti.

Come evidenziato da Sabato *et al.* (2015), il BEPA e la sua definizione hanno infatti svolto un ruolo centrale nel processo di *agenda setting* che ha imposto esplicitamente il tema dell'innovazione sociale all'attenzione dei *policy-maker* europei, confluito poi nella Strategia Europa 2020. Secondo il BEPA – in linea con quanto proposto dalla Young Foundation in un documento precedentemente commissionato dallo stesso Bureau (Caulier-Grice *et al.* 2010) – le innovazioni sociali dovrebbero essere «sociali sia nei loro fini che nei loro mezzi» e dovrebbero consistere in «nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfino simultaneamente i bisogni sociali (più efficacemente delle alternative) e creino nuove relazioni sociali o collaborazioni. Sono innovazioni che non solo fanno bene alla società, ma migliorano

anche la capacità della società di agire» (Hubert 2010, 33). Presa alla lettera, questa definizione implicherebbe che si possa parlare propriamente di innovazione sociale solo in presenza di interventi (non necessariamente di politiche), che corrispondano contemporaneamente alle seguenti quattro condizioni necessarie (Razetti 2018):

1. offrire una nuova risposta a un bisogno sociale (novità e reattività);
2. farlo in modo più efficace rispetto alle soluzioni esistenti (maggiore efficacia);
3. rinnovare o migliorare abilità e relazioni sociali (maggiore inclusività ed *empowerment*); e
4. determinare un migliore utilizzo delle risorse (maggiore efficienza).

Una tale definizione, tuttavia, non può essere considerata priva di criticità. Oltre alla sua evidente connotazione normativa, la concettualizzazione proposta dal BEPA appare allo stesso tempo estremamente ampia in termini di gamma di misure classificabili sotto la sua etichetta (idee, prodotti, servizi e modelli), ma al contempo troppo “esigente” in termini di oggetti osservabili empiricamente (Madama *et al.* 2019). Per essere tale, l’innovazione sociale dovrebbe infatti essere sia innovazione di prodotto che di processo. L’innovazione di prodotto richiede altresì un’innovazione di risultato (*output*), che – oltre a essere più efficace delle alternative esistenti nel soddisfare i bisogni sociali presenti nella società – dovrebbe essere anche più efficiente nell’uso delle risorse disponibili; tuttavia, quest’ultimo dovrebbe garantire che l’output stesso sia raggiunto attraverso un rinnovamento delle interazioni sociali, alla luce dei principi del coinvolgimento e dell’*empowerment* dei beneficiari, l’inclusione dei vari *stakeholder*, la partecipazione diffusa a processi decisionali, l’adozione di logiche collaborative piuttosto che competitive e quella di un approccio dal basso verso l’alto piuttosto che dall’alto verso il basso. Una definizione così esigente si presta tuttavia meglio a delineare un ideal-tipo, un concetto limite ideale che, come tale, non si presta tanto all’individuazione di casi empirici osservabili, quanto più a fungere da quadro concettuale coerente e unitario verso cui tendere.

Diversi studi hanno infatti già messo in luce l’elevata variabilità in termini di caratteristiche identificate, esplicitamente o implicitamente, per definire l’innovazione sociale (Jensen, Harrison 2013; Moulaert *et al.* 2013; Tepsie 2014). Da questo punto di vista, sono certamente preziosi i tenta-

tivi recentemente proposti dalla letteratura di superare il concetto generale (e comunque generico) di innovazione sociale e individuarne tipologie o dimensioni diverse (tendenzialmente complementari), più facilmente osservabili a livello empirico (cf. Evers, Ewert 2014; Tepsie 2014). Al di là delle specificità delle singole proposte, ciò che sembra emergere dalla ricerca empirica è l'opportunità di aumentare il potere denotativo del concetto di "innovazione sociale" adottando definizioni operative ad una scala inferiore di astrazione. Un tale esercizio da un lato consente di cogliere diversi gradi di innovazione e, dall'altro, permette di tenere conto delle specificità dell'assetto di politica pubblica e del contesto di welfare in cui si collocano le soluzioni qualificabili come "innovative".

In linea con questo approccio operativo, al fine di indagare le connessioni specifiche tra innovazione sociale, assistenza agli anziani e LTC, appare utile partire dalle linee guida di policy promosse dall'UE, nel corso dell'ultimo decennio, così come i risultati dei progetti di ricerca sostenuti in questo campo dalla stessa Unione (Razetti 2018). Nel complesso, e in coerenza con il paradigma dell'investimento sociale, il discorso politico promosso dall'Unione Europea colloca le problematiche dell'invecchiamento e delle LTC nel più ampio ciclo di vita dell'individuo, sottolineando così l'importanza di un approccio finalizzato principalmente a prevenire o ritardare l'emergere della dipendenza (Commissione Europea 2008b; Commissione Europea 2008c; SPC 2010; Commissione Europea 2013a; Commissione Europea 2013b; SPC-WG-AGE, 2014; Cibinel *et al.* 2017). Un approccio preventivo e proattivo piuttosto che riparativo è infatti considerato essenziale per contenere la domanda di assistenza, ridurre i costi (diretti e indiretti) per l'intero sistema e migliorare, allo stesso tempo, la qualità della vita degli anziani e dei loro caregiver. In questo senso, l'innovazione sociale, favorendo una discontinuità rispetto a prassi politiche consolidate, diventa un elemento funzionale significativo nello sviluppo di nuovi modelli di assistenza ispirati all'investimento sociale (Fransen 2014).

Sebbene all'interno dei rapporti dell'UE sull'invecchiamento i riferimenti all'innovazione sociale siano diventati più espliciti solo a partire dal 2013, non c'è dubbio che l'attenzione data ad alcune linee guida di base per il rinnovamento di processi e prodotti in ambito LTC contribuisca a definire un terreno comune tra innovazione sociale, investimenti sociali e LTC, ovvero invecchiamento sano e attivo; prevenzione e riabilitazione; coordinamento e integrazione tra le diverse componenti del sistema (assistenza

formale e informale, assistenza sociale e sanitaria); la mobilitazione di una pluralità di attori (pubblici, privati, for profit e nonprofit) – soprattutto a livello locale – nelle funzioni di codesign e coproduzione, finanziamento, organizzazione, governance, monitoraggio e valutazione; *empowerment* individuale e collettivo; assistenza domiciliare invece di assistenza residenziale; e l'uso trasversale delle ICT. Se applicate, queste linee guida dovrebbero aiutare a contenere le richieste di assistenza, qualificare e aumentare la loro offerta, ridurre i costi e aumentare la qualità della vita delle persone anziane, così come quella dei loro caregiver formali e informali.

Parallelamente a queste considerazioni, un esame dei progetti di ricerca sostenuti dall'Unione Europea nell'ultimo decennio sull'innovazione sociale nel campo delle politiche LTC (attraverso il Settimo Programma Quadro, Horizon 2020 e altre iniziative specifiche promosse dalla Commissione europea) evidenzia sviluppi utili per l'analisi empirica proposta in questo articolo². Al di là delle specificità, queste definizioni tendono infatti, in primo luogo, a sottolineare la sensibilità al contesto del concetto (ad esempio, a seconda delle caratteristiche del regime di assistenza più generale) (Schulman, Leichsenring 2015). In secondo luogo, la ricerca sull'innovazione sociale e la LTC generalmente adotta un'interpretazione ampia di ciò che può essere inteso come “socialmente innovativo” nelle politiche di assistenza a lungo termine, interpretando l'innovazione sociale come una sorta di “leva” per promuovere l'investimento sociale. Nel fare ciò, il dibattito sull'innovazione sociale va a intersecare filoni più ampi, come quelli di invecchiamento attivo e in buona salute, oltre a considerare come destinatari dell'intervento non solo gli anziani fragili, ma anche i loro *caregiver*, formali e informali.

Queste linee fondamentali sono riprese in sintesi nella Tabella 1, che consente di sottolineare la natura multidimensionale dell'innovazione, distinguendo allo stesso tempo tra innovazione di processo e innovazione di prodotto nelle politiche di LTC.

² Per una panoramica più ampia si rimanda a Razetti (2018).

Tabella 1. Innovazione di processo e innovazione di prodotto nelle politiche di LTC: una sintesi

<i>Innovazione di processo</i>	<p>Coinvolgimento di più stakeholder che tradizionalmente hanno operato separatamente: Istituzioni sanitarie e sociali; governi locali, regionali e nazionali; imprese sociali e cooperative; soggetti a scopo di lucro; associazioni e organizzazioni di volontariato; fondazioni; associazioni rappresentative.</p> <p>Coinvolgimento nelle funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none">• Co-design e coproduzione<ul style="list-style-type: none">- partecipazione attiva di anziani, familiari, caregiver formali e informali, associazioni di volontariato• Finanziamento<ul style="list-style-type: none">- Investimenti a impatto sociale, microfinanza- Mobilitazione di risorse non pubbliche- Nuovi regimi di assicurazione sociale• Organizzazione<ul style="list-style-type: none">- Integrazione tra diversi livelli di governo- Integrazione tra sanità e assistenza sociale- Integrazione tra cure formali e informali• Governance• Monitoraggio e valutazione
<i>Innovazione di prodotto</i>	<p>Sviluppo di soluzioni che differiscono da quelle esistenti, favorendo di più:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevenzione e riabilitazione<ul style="list-style-type: none">- promozione di stili di vita sani durante tutto il ciclo di vita- prevenzione degli incidenti- riabilitazione precoce• Accessibilità e continuità dell'assistenza<ul style="list-style-type: none">- case e gestione dell'assistenza- approccio one-stop-shop• Autonomia e assistenza domiciliare<ul style="list-style-type: none">- rimozione delle barriere domestiche- Vita assistita- cura di sé• Garanzia di qualità dell'assistenza<ul style="list-style-type: none">- formazione di operatori sanitari e volontari formali e informali- riconoscimento e certificazione delle competenze- regolarizzazione dei rapporti di lavoro
<i>Esiti attesi</i>	<p>Contenimento della domanda di assistenza Qualificazione e incremento dell'offerta di assistenza Riduzione dei costi Aumento della qualità della vita delle persone anziane, assistenti formali e informali</p>

Fonte: rielaborazione da Madama, Maino e Razetti (2019).

La rassegna proposta nelle pagine precedenti, se da un lato risulta utile sul piano analitico nel delineare la cornice generale del concetto di innovazione sociale, facendo luce sulle dimensioni fondamentali, dall'altro lato ci porta a concludere che per avanzare nella concettualizzazione operativa di innovazione sociale sia necessario partire dall'esame delle specificità del contesto specifico. Detto diversamente, la definizione di ciò che costituisce innovazione sociale non può che essere *place-based*, "contestualizzata", a partire dall'esame dell'assetto istituzionale esistente. In linea con tale approccio, la prossima sezione è quindi dedicata a richiamare le caratteristiche e la struttura di politica pubblica in Italia nel settore della LTC, come passo preliminare e necessario per le osservazioni e la declinazione specifica di innovazione sociale proposte nella sezione successiva.

3. L'ASSETTO DELLE POLITICHE DI LTC IN ITALIA: TRA PRESSIONI FUNZIONALI, INERZIA ISTITUZIONALE E SPINTE ALL'INNOVAZIONE

Secondo i dati più recenti forniti dall'OCSE, l'Italia è uno dei paesi con la popolazione più anziana al mondo. Con un indice di dipendenza della vecchiaia pari a 36,3, la quota di anziani (65+) rispetto agli individui in età lavorativa (20-64) è seconda solo a quella del Giappone. Nello scenario europeo, l'Italia si colloca inoltre al 12° posto per l'indice di *Active ageing*, in una posizione sensibilmente peggiore rispetto non solo a paesi come la Svezia e la Finlandia, ma anche il Regno Unito, la Germania e la Francia (Zaidi *et al.* 2017).

Nonostante le previsioni in merito all'invecchiamento demografico siano allarmanti e sebbene il numero di anziani non autosufficienti – stimato per difetto, in quanto i dati ISTAT consentono di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale – abbia superato i 3 milioni di individui (Fosti *et al.* 2021), le politiche di *Long-term Care* hanno fatto fatica a ritagliarsi una propria centralità nell'agenda di *policy* durante gli ultimi decenni. A differenza di quanto accaduto in diversi paesi europei, in Italia non è stata infatti adottata alcuna riforma di rilievo delle politiche di LTC, lasciando quindi di fatto irrisolta la questione di come prendersi cura del crescente numero di anziani fragili, che si trovano a dipendere in larga misura dalle capacità di cura e assistenza delle famiglie (Da Roit 2020; NNA 2021; Jessoula *et al.* 2018).

In prospettiva comparata, le politiche pubbliche italiane di LTC sono da considerarsi sostanzialmente inadeguate per affrontare le sfide derivanti dall'evoluzio-

ne socio-demografica (Da Roit 2020; Gori 2010; Ranci, Pavolini 2013; Maino, Razetti 2019). Se i dati complessivi sulla spesa sociale pubblica italiana per la LTC appaiono grosso modo in linea con i valori di alcuni altri paesi europei, il caso italiano si distingue tuttavia per alcuni elementi chiave. Rispetto ad altri paesi, come Francia, Germania e Regno Unito, che hanno sviluppato modelli di intervento pubblico più coerenti per rispondere alle esigenze di LTC, la particolarità del caso italiano consiste in un sistema di LTC polarizzato su due estremi: da un lato le soluzioni di assistenza domiciliare, per lo più di natura informale e organizzate su base familiare, in parte sussidiate, e dall'altro l'istituzionalizzazione completa in centri residenziali. Tale situazione si lega naturalmente alla carenza (in alcuni casi, la totale assenza) di soluzioni intermedie, che in altri paesi sono state invece introdotte proprio per colmare il divario tra l'assistenza domiciliare informale fornita dalle famiglie e l'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale. Il modello di intervento italiano sconta altresì un'elevata frammentazione istituzionale, mai efficacemente ricomposta (Da Roit 2020; Fosti *et al.* 2021; NNA 2021), che trae le sue origini dalla progressiva stratificazione di interventi legislativi successivi e scarsamente integrati e dalla presenza di una pluralità di attori che intervengono a diverso titolo e con competenze differenti ai diversi livelli di governo.

Come recentemente segnalato da Da Roit e Ranci (2021), la cura delle persone anziane non autosufficienti in Italia è gestita a livello domiciliare in misura molto più estesa rispetto agli altri paesi europei. Nel 2016 (ultimo dato disponibile) gli anziani che vivevano in una residenza erano 285.000, pari a meno del 2% dell'intera popolazione +65, meno della metà di quanto avviene in Spagna, un terzo rispetto alla Germania, quasi un quarto se consideriamo Svezia e Olanda. Al contempo, le persone anziane che ricevono un servizio di assistenza domiciliare sono solo il 6% e con un'intensità di servizio molto contenuta, collocando il nostro paese anche in questo caso agli estremi inferiori della distribuzione in prospettiva comparata.

In questa cornice, in cui l'offerta di servizi residenziali e i tassi di istituzionalizzazione sono limitati e i servizi di assistenza domiciliare sono poco sviluppati, la principale misura a livello nazionale volta a sostenere gli anziani in caso di perdita dell'autonomia ha consistito in un sussidio economico a somma fissa e incondizionato, l'Indennità di Accompagnamento (IdA), il cui importo risulta tuttavia totalmente insufficiente per far fronte ai costi dell'assistenza nel mercato dei servizi privati, che diviene così un onere sproporzionato per le famiglie, soprattutto quelle a reddito medio-basso (Albertini, Pavolini 2015; Luppi 2016 e 2018). L'IdA è infatti un trasferimento monetario, concesso tipicamente su base

permanente, di poco superiore ai 500 euro mensili, privo sia di condizionalità nell'utilizzo, sia di gradualità nell'importo per tenere conto ad esempio dell'intensità dei bisogni di cura e o del reddito, i cui esiti distributivi risultano pertanto iniqui e inefficienti (cfr. Gori, Gubert 2021). Con una spesa complessiva pubblica pari a circa 12 miliardi di euro l'anno, l'indennità è inoltre spesso utilizzata dalle famiglie per sopperire, almeno parzialmente, ai costi dell'assistenza fornita per via informale dai familiari, oppure attraverso l'assunzione di figure esterne, le cosiddette "badanti", in larga misura impiegate senza un contratto di lavoro regolare, per lo più tra la forza lavoro immigrata. Fosti *et al.* (2021) hanno stimato che i/le badanti in Italia nel 2020 fossero oltre un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratori, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei settori occupazionali chiave. Va inoltre notato che anche la presenza di un contratto regolare non sempre assicura che vi sia corrispondenza tra prestazioni contrattualizzate e quelle effettivamente fornite (Da Roit, Ranci 2021).

Queste soluzioni di welfare informale e di «welfare invisibile» come definito da Ambrosini (2021, in questo numero) presentano al contempo sia virtù che vizi. Mentre le famiglie spesso apprezzano che i loro parenti siano assistiti nei loro ambienti domestici, restando accuditi e sorvegliati da lavoratori flessibili ed economici, con un rapporto uno a uno, la ricerca ha anche sottolineato le insidie di questo modello. La mancanza di qualifiche, lo sfruttamento e il superlavoro, l'informalità (spesso associata allo status di immigrato irregolare) e le difficoltà nella gestione del rapporto datore di lavoro-dipendente in un ambiente domestico e altamente emotivo rappresentano anche ostacoli per la fornitura di servizi di assistenza adeguati, sostenibili ed equi per la popolazione anziana.

Nel contesto istituzionale appena delineato, nonostante l'inerzia istituzionale registrata nel campo della LTC a livello nazionale, l'intersezione tra i crescenti bisogni di assistenza (largamente insoddisfatti) e budget pubblici limitati, negli ultimi due decenni ha favorito l'emergere di una serie di progetti e iniziative pilota innovativi in alcuni contesti locali. In netto contrasto con lo scenario nazionale – rimasto sostanzialmente congelato di fronte alla sfida dell'invecchiamento e della non autosufficienza – molti territori, soprattutto nelle aree più ricche situate nella parte settentrionale del paese, hanno infatti sperimentato nuove soluzioni nel campo dell'assistenza agli anziani e della LTC. Ma cosa costituisce innovazione sociale e quali sono gli spazi in tale direzione? A partire dai risultati della ricerca *InnovaCAre*, la prossima sezione si confronta con questi interrogativi, al fine di fornire una validazione empirica e *place-based* del concetto di innovazione sociale nel campo della LTC in

Italia e di individuare possibili linee di intervento dirette a superare alcune delle criticità principali relative all'assetto attuale.

4. COSA SIGNIFICA INNOVARE LE POLITICHE DI LTC IN ITALIA?

LA RESTITUZIONE DEGLI ATTORI

La concettualizzazione di innovazione sociale proposta sopra è stata discussa con una pluralità di *stakeholder* durante un *focus group* organizzato nel quadro del progetto *InnovaCAre*, che ha consentito di metterne a fuoco meglio i contorni e di fare luce su aspetti inizialmente non considerati. Durante l'incontro, tenutosi il 22 giugno 2020, è stato chiesto ai partecipanti di riflettere, a partire dalla loro esperienza in questo ambito di *policy*, sulla nozione di innovazione sociale, in termini sia di processi sia di innovazioni di prodotto³.

Per promuovere il confronto, inizialmente ai partecipanti è stata proposta la definizione operativa di innovazione sociale elaborata nel quadro del progetto *InnovaCAre*, che sulla base della cornice generale illustrata nella sezione 2 si fonda su tre criteri (cfr. Razetti 2018), ovvero:

1. la presenza di *almeno un elemento innovativo* sul lato del *prodotto* (cioè la messa a punto di soluzioni che si distinguono da quelle esistenti per una maggiore enfasi posta su prevenzione e riabilitazione, accessibilità e continuità dell'assistenza, autonomia e domiciliarità, qualità dell'assistenza);
2. la presenza di *almeno un elemento innovativo* dal punto di vista del *processo* (quindi il coinvolgimento nelle funzioni di co-progettazione e co-produzione, finanziamento, organizzazione, *governance*, monitoraggio e valutazione di più *stakeholder* che hanno tradizionalmente operato in modo separato);

³ Al *focus group*, durato circa 2 ore, hanno partecipato 10 rappresentanti, selezionati in ragione della loro expertise e delle esperienze maturate nel campo delle politiche rivolte agli anziani e in modo da assicurare la compresenza – all'interno del gruppo – di una pluralità di profili professionali e di appartenenze organizzative e territoriali. Più nel dettaglio, hanno contribuito alla discussione esponenti della Pubblica Amministrazione (PA - dirigenti e funzionari), rappresentanti di organizzazioni del Terzo Settore (ETS), esperti (ES - consulenti e/o professionisti), organizzazioni di rappresentanza (RS - sindacati). Si è infine prestata attenzione all'equilibrio di genere, assicurato dalla partecipazione di 5 donne e 5 uomini.

3. il deliberato intento, da parte dei promotori dell'iniziativa in esame, di produrre un *impatto positivo* su *almeno uno degli esiti* coerenti con l'approccio dell'innovazione (il contenimento della domanda di assistenza, l'incremento della sua offerta, la sua qualificazione, la riduzione dei costi, il miglioramento della qualità della vita di anziani, assistenti formali e informali).

Rispetto alle innovazioni di prodotto e/o di processo, vale a dire i punti 1 e 2 della definizione richiamata sopra, ai partecipanti è stata proposta - senza alcuna pretesa di essere esaustivi - una griglia preliminare volta a richiamare possibili esempi di innovazione, da cui prendere spunto per la discussione. Tale griglia riprendeva sostanzialmente la Tabella 1 presentata nella sezione 2, declinandola per il caso italiano. A partire dagli esempi proposti, il dibattito ha consentito di sottolineare la rilevanza e la centralità di una pluralità di aspetti - collegati, rispettivamente, alla dimensione di prodotto e di processo che illustriamo più diffusamente di seguito.

Sul versante delle innovazioni di prodotto, le osservazioni emerse riguardano alcuni tasselli specifici che integrano la nostra proposta in particolare rispetto al tema dell'accesso ai servizi, alla questione abitativa, al tema dei trasporti e della mobilità, alla garanzia della qualità dell'assistenza fornita dagli operatori, all'individuazione di una figura di riferimento in qualità di *care-manager*, come emerge dagli stralci riportati di seguito:

- *Innovazione come garanzia di accessibilità ai servizi*

[...] se io dovessi invece scegliere un elemento su cui dare priorità è quello dell'accessibilità ai servizi. Sul servizio pubblico noi sappiamo che soltanto il 30% degli utenti target accedono. [...] vuol dire che il 60% della gente si arrangia a trovare risposte come meglio crede, o perché in grado o perché invece non è assolutamente in grado di accedere a quelle pubbliche (PA).

- *Innovazione come promozione della domiciliarità*

Il filone della domiciliarità [...] prevede sicuramente delle innovazioni, e prevede una riorganizzazione in particolare dell'assistenza, del socio-sanitario sul territorio. Un diverso modo di abitare perché la domiciliarità si favorisce se vogliamo superare tutti insieme il modello delle RSA, dell'istituzionalizzazione, lasciando - come dire - il ricovero, l'istituzionalizza-

zione solo a quei casi che non possono essere ricondotti altrimenti. Invece un diverso modo di abitare, il *co-housing*, i servizi sul territorio, la prossimità, consente di vivere meglio, con una qualità sicuramente migliore [...] Ci sono delle famiglie di anziani che diventano non-autosufficienti semplicemente perché abitano al quarto piano di una casa senza ascensore, perché ci abitano da 50 anni, da 60 anni e questo li rende parzialmente non autosufficienti (ETS).

Allora il tema era questo: si può pensare che per ogni fase di vita c'è una casa diversa? Questo vorrebbe dire culturalmente lavorare sulla prevenzione, non solo del fisico ma anche della mente, della cultura. Cioè per ogni fase della vita, una fase diversa. Si vive più a lungo, non si può continuare a vivere nella casa dei 30 anni con la famiglia. E questo permetterebbe degli scambi interessanti con famiglie che invece oggi fan fatica ad avere delle case a buon prezzo e di buona metratura. [...] Altrimenti l'unica cosa è di andare a finire in una RSA quando uno non ce la fa più, è l'unico percorso possibile. Quindi credo, in termini di prodotto, anche la questione della casa debba essere messa, perché domiciliarità sì ma non a tutti i costi (ES).

- *Innovazione come garanzia della mobilità*

Chi abita nelle periferie e quindi intendo nei territori quelli diciamo più periferici purtroppo da questo punto di vista si sente insicuro perché non ha, come dire [...] non si sente la vicinanza dei servizi in caso di bisogno e qui ci va dentro di tutto, dalle politiche urbanistiche, anche le politiche della mobilità del territorio (RS).

- *Innovazione come garanzia della qualità dell'assistenza, sostenendo gli operatori*

Le figure professionali in particolare quelle delle strutture [...] hanno allungato di molto la loro vita lavorativa, andando incontro a delle parziali non idoneità che ne limitano le attività. Non c'è nel nostro comparto, tranne che raramente, la possibilità di adibire questi colleghi a lavori meno gravosi che consentano loro di terminare la loro vita lavorativa in maniera un pochettino più sicura, abbiamo dei carichi di lavoro sicuramente importanti perché i minutaggi sono tirati all'osso e soprattutto anche il carico psicologico non è così trascurabile perché i rischi di *burnout* ci sono e ci saranno (ETS).

- *Innovazione come assicurazione della qualità e dell'accesso ai servizi attraverso l'individuazione di un care-manager*

Sull'identificazione della figura del *caregiver*, che può essere appunto un familiare oppure no – perché, siccome il sistema è complicato, avere un punto di riferimento sia esso un familiare sia esso un esterno, è una garanzia soprattutto per la non-autosufficienza di poter accedere e ottenere tutti i servizi (ETS).

Tuttavia, è sul versante dell'innovazione di processo che si sono concentrati molti degli interventi, affrontando in modo più o meno diretto la questione della *governance* del settore e insistendo sulla necessità di processi più efficaci come preconditione per promuovere l'innovazione. In particolare, sono stati messi in luce quattro aspetti che riteniamo particolarmente utile richiamare e che attengono alla questione del *matching* rispetto ai bisogni, delle pratiche di coprogettazione e del loro utilizzo, della razionalizzazione degli interventi e del superamento della frammentazione istituzionale, della ricomposizione di un sistema di offerta considerato poco coerente, come emerge dagli stralci riportati di seguito:

- *Innovazione come capacità di matching rispetto ai bisogni*

Guardando alla *governance* complessiva del sistema, un aspetto richiamato da più stakeholder – che lega la dimensione processuale e di prodotto – riguarda l'esigenza di partire dalla lettura dei bisogni del territorio, diremmo dalla domanda sociale, per orientare le scelte degli interventi e la distribuzione delle risorse disponibili. Come emerge in modo nitido dalle parole di una partecipante al *focus group*:

Spesso quando si traccia la programmazione del triennio all'interno degli ambiti io ho notato che non si parte mai da quella che è l'analisi dei bisogni del territorio. È un passaggio difficile sicuramente da fare ma è necessario perché se noi non analizziamo i bisogni del territorio diventa anche difficile cercare di tarare poi gli interventi. E la stessa cosa avviene alla fine del triennio, ossia dopo i tre anni difficilmente – o almeno a noi non è mai stato consegnato nonostante noi l'avessimo richiesto più volte – un bilancio sulla base dei bisogni di quelli che sono stati gli interventi e qual è stata la risposta che quindi si è riusciti a dare a quei bisogni (RS).

- *Innovazione come co-progettazione*

Si aprono tavoli, se ne parla, si discute anche di logica multi-attore però poi tutti questi molti attori che partecipano non vedono concretizzarsi il ragionamento della loro elaborazione. Quindi si partecipa anche volentieri ai tavoli, però bisognerebbe poi che quello che producono questi tavoli si traducesse in reali politiche, in reali azioni (RS).

- *Innovazione come razionalizzazione e consolidamento degli interventi*

Innovazione è anche una razionalizzazione degli interventi, perché oggi noi abbiamo anche un sistema socio-sanitario – secondo me – troppo frammentato in tantissimi bonus, quindi misure una tantum che non diventano strutturali e che soprattutto gran parte delle persone non conoscono (RS).

Bisogna trovare non i prodotti, ma bisogna trovare un asse, un sistema di produzione che metta insieme questi pezzi, perché questa è la cosa che [...] cioè se tu guardi anche veramente – lo dicevo prima - il flusso di risorse che arrivano - veramente sono tantissimi fondi. Il problema [...] è che sono tutti spezzettati (ES).

- *Innovazione come ricomposizione di un sistema di offerta frammentato*

Quando penso alla programmazione e alla progettazione di servizi penso sempre a sistemi di offerta non solo diciamo *multi-client* ma anche con dispositivi a gradienti di complessità differenti, perché oggi non è inventarsi il prodotto, il servizio, ma avere in mente un'offerta, un sistema molto ampio, perché – come diceva anche la collega dell'AUSER – i livelli di autosufficienza sono molto diversi e soprattutto sono dinamici, quindi una persona oggi ha bisogno di una cosa, dopo tre mesi ha bisogno di un'altra. E allora non è che cambi servizio, cambi prodotto. Cioè tu devi avere un sistema di offerta che è complicato, sia da gestire che da progettare, però è questa un po' la scommessa, in cui tu hai in mente quali sono gli ingredienti che servono per rispondere a tutta una serie di necessità ma le combini in modo diverso di quello in funzione di quella che è la situazione in tempo reale (ES).

Il complesso delle risorse economiche che il nostro paese mette nei mille rivoli dei sistemi e sottosistemi è dell'ordine dei 35 miliardi all'anno. Che se fossero ricomposti, sarebbero perfettamente in grado di reggere un modello di sistema e non semplicemente la sommatoria di micro e macro interventi (ETS).

5. CONCLUSIONI

L'articolo si proponeva di chiarire i contorni del concetto di *innovazione sociale* e, in particolare, il suo significato nel contesto specifico delle politiche di *Long-term Care* (LTC) destinate agli anziani fragili. Al contempo, l'esame dell'assetto di politica pubblica in questo ambito di *policy* e i riscontri raccolti da una pluralità di *stakeholder* hanno permesso di giungere a una declinazione e validazione empirica *place-based* di innovazione sociale nel campo della LTC in Italia, individuando alcune linee di azione dirette a innovare e rafforzare il modello e l'assetto attuali.

Sul versante delle innovazioni di prodotto, la ricerca ha individuato come cruciali quattro sfide, che vanno dall'accesso ai servizi, alla questione abitativa connessa al tema dei trasporti e della mobilità; dalla garanzia della qualità dell'assistenza al ruolo dei *care-manager*. Provando a fare sintesi, solo il rafforzamento dei servizi di assistenza domiciliare territoriale, riorganizzati intorno a professionisti in grado di operare in team e con un approccio multidimensionale alla cura, consentirebbe di superare la domiciliarità – oggi prevalente ma inadeguata – fondata sul welfare informale e invisibile retto dai familiari e dai/dalle badanti. Allo stesso tempo, il potenziamento dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, incluse le soluzioni di residenzialità leggera per i casi di minore compromissione, consentirebbe di far fronte al numero crescente di anziani che, per la gravità del proprio stato di salute o delle difficoltà di tenuta della rete informale, non possono essere aiutati presso il loro domicilio. L'inadeguatezza dell'assetto attuale richiederebbe quindi investimenti sociali su tutti e tre gli ambiti di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

È tuttavia sul versante dell'innovazione di processo che sono emersi i risultati più interessanti. Nel dibattito molti partecipanti hanno infatti richiamato le criticità attuali della governance del settore, sottolineando l'esigenza di processi più efficaci come preconditione basilare per promuovere l'innovazione anche di prodotto. In particolare, sono stati messi in luce quattro aspetti che attengono alla capacità di *matching* rispetto ai bisogni, dalle pratiche di coprogettazione alla razionalizzazione degli interventi, che dovrebbe garantire il superamento dell'eccessiva frammentazione istituzionale, attraverso una ricomposizione del sistema di offerta, considerato oggi poco coerente, oltre che inadeguato.

Sempre in tema di *governance*, in relazione a quest'ultimo aspetto appare utile evidenziare che, nel breve periodo, la frammentazione delle misure e degli interventi esistenti potrebbe essere in parte riassorbita anche attraverso

una migliore integrazione e il coordinamento delle risposte pubbliche e private già esistenti, riducendo al contempo gli ostacoli nell'accesso ai servizi ed evitando la dispersione di risorse scarse. Questo permetterebbe di fornire tempestivamente alle persone anziane pacchetti unitari di risposte, anche se realizzati da soggetti diversi in rete fra loro, "ricomponendo" il quadro attuale.

In conclusione, appare evidente che aggredire le grandi sfide qui richiamate consentirebbe non solo di promuovere l'innovazione sociale, ma anche di far fronte ad alcune delle principali criticità del modello di welfare italiano nel suo complesso, ancora troppo incerto nel rispondere ai bisogni determinati dall'evoluzione socio-demografica. La giuntura critica attuale, a partire dall'adozione del *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, rappresenta un'opportunità senza precedenti per provare a compiere tale svolta.

BIBLIOGRAFIA

- Albertini A., Pavolini E. (2015), "Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans", *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 72, n. 3, pp. 510-521.
- Ambrosini M. (2020), "Immigrant Care Workers and the Invisible Welfare: Why the Social Order Depends on Alien Labour", *Biblioteca della libertà* (in questo numero).
- Caulier-Grice J., Kahn L., Mulgan G., Pulford L., Vasconcelos D. (2010), *Study on Social Innovation: A Paper Prepared by the Social Innovation eXchange (SIX) and the Young Foundation for the Bureau of European Policy Advisors*, European Union - Young Foundation, marzo 2010.
- Cibinel E., Maino F., Manfreda F., Porzio G. (2017), *Indagine propedeutica allo sviluppo di un intervento di sistema sul territorio regionale nell'ambito dell'assistenza familiare*, Regione Piemonte, POR Piemonte FSE 2014/2020.
- Da Roit B. (2020), "Traiettorie delle politiche di Long-term Care in Europa: protezione, familizzazione e lavoro di cura", *Salute e Società*, n. 3, pp. 32-48.
- Da Roit B., Ranci C. (2021), "La riforma del LTC e il PNRR", *Welforum*, <https://welforum.it/autori/barbara-da-roit/>.
- Commissione Europea (2008a), *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions "Renewed Social Agenda: Opportunities, Access and Solidarity in 21st Century Europe"*, Bruxelles, 2 luglio 2008, SEC(2008) 2156.
- (2008b), *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the*

- Regions “A Renewed Commitment to Social Europe: Reinforcing the Open Method of Coordination for Social Protection and Social Inclusion”*, Bruxelles, 2 luglio 2008, COM(2008) 418 def.
- (2008c), *Commission Staff Working Document “Long-term Care in the European Union” Accompanying the Document “Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Towards Social Investment for Growth and Cohesion – Including Implementing the European Social Fund 2014-2020”*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- (2010), *Communication from the Commission “Europe 2020. A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth”*, Bruxelles, 3 marzo 2010, COM(2010) 2020.
- (2013a), *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions “Towards Social Investment for Growth and Cohesion – Including Implementing the European Social Fund 2014-2020”*, Bruxelles, 20 febbraio 2013, COM(2013) 83 final.
- (2013b), *Long-term Care in Ageing Societies - Challenges and Policy Options*, Bruxelles.
- Evers A., Ewert B. (a cura di, 2014), *Social Innovations for Social Cohesion: Transnational Patterns and Approaches from 20 European Cities*, WILCO: Welfare Innovations at the Local Level in Favour of Cohesion, Liège, EMES European Research Network.
- Ferrera M., Maino F. (2014), *Social Innovation Beyond the State. Italy’s Secondo Welfare in a European Perspective*, 2WEL Working Paper Series, n. 2, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (a cura di, 2021), *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia*, 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, Egea.
- Fransen L. (2014), *The Policy Agenda – EU Approach to Long-term Care*, 5th Senior Government Officials Meeting Connecting the Dots: Formal and Informal Care, 10 giugno 2014, HICC Hyderabad India.
- Gori C. (2010), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo rapporto promosso dall’IRCCS*, Bologna, Maggioli.
- Gori C., Gubert E. (2021), “L’indennità di Accompagnamento”, in NNA (a cura di), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021 Punto di non ritorno*, Milano, Maggioli, 2021, pp. 83-100.
- Hubert A. (a cura di, 2010), *Empowering People, Driving Change. Social Innovation in the European Union*, Luxembourg, Publication Office of the European Union.
- Jensen J., Harrison D. (2013), *Social Innovation Research in the European Union. Approaches, Findings and Future Directions*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Jessoula M., Pavolini E., Raitano M., Natili M. (2018), *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care, Italy, 2018*, European Social Policy Network

- (ESPN), Bruxelles, European Commission, <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19853&langId=en>.
- Luppi M. (2016), “Le riforme nel settore dell’assistenza agli anziani: l’Italia nel contesto europeo”, *Percorsi di secondo welfare*, 21 September 2016, <https://secondowelfare.it/innovazione-sociale/le-riforme-nel-settore-dellassistenza-agli-anziani-litalia-nel-contesto-europeo.html>.
- Luppi M. (2018), *Long-term Care Reforms in Time of Economic Crisis. How Elderly Care Affects Family and their Private Resource in Europe*, Rome, Aracne.
- Madama I., Maino F., Razetti F. (2019), “Innovating Long-term Care policy in Italy from the bottom: confronting the challenge of inclusive local care environments in Lombardy and Piedmont”, *Investigaciones Regionales / Journal of Regional Research*, vol. 44, n. 2, pp. 125-141.
- Maino F. (2017), *Secondo welfare e innovazione sociale in Europa: alla ricerca di un nesso*, in F. Maino, M. Ferrera (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 19-42.
- Maino F., Razetti F. (2019), “Long-term Care: riflessioni e spunti dall’UE, fra innovazione e investimento sociale”, *Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, n. 1, pp. 143-160.
- Moulaert F., MacCallum D., Mehmood A., Hamdouch A. (2013, a cura di), *The International Handbook on Social Innovation: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*, Cheltenham-Northampton, Edward Elgar Publishing.
- NNA (2021, a cura di), *L’assistenza Agli Anziani Non Autosufficienti In Italia 7° Rapporto 2020/2021 Punto di non ritorno*; Milano, Maggioli editore.
- Parlamento europeo, Consiglio dell’UE, Commissione europea (2017), *Proclamazione interistituzionale sul pilastro europeo dei diritti sociali* (2017/C428/09), Bruxelles, [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017C1213\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017C1213(01)&from=EN)
- Ranci C., Pavolini E. (a cura di, 2013), *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*, Berlin, Springer.
- Razetti F. (2018), *LTC e innovazione sociale: quali spunti dall’Europa?*, paper presentato al Convegno SISP, 5-7 settembre 2018, Torino.
- Sabato S., Vanhercke B., Verschraegen G. (2015), *The EU Framework for Social Innovation - Between Entrepreneurship and Policy Experimentation*, ImPRovE working paper n. 15/21, Anversa, Herman Deleeck Centre for Social Policy - University of Antwerp, Social Policy Committee.
- Schulman K., Leichsenring K. (2015), *A Qualitative Inventory of the Key Drivers of Social Innovations in Social Support and Long-term Care*, WP8 Deliverable 8.3, MoPAct Project.
- Social Protection Committee - SPC (2010), *A Voluntary European Quality Framework for Social Services*, SPC/2010/10/8 final.

Ilaria Madama |

Innovazione sociale e politiche di LTC:
una concettualizzazione *place-based*
a partire dal caso italiano

Social Protection Committee - Working Group on Ageing (SPC-WG-AGE) (2014), *Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society*, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Tepsie (2014), *Social Innovation Theory and Research. A Guide for Researchers*, <https://www.youngfoundation.org/publications/growing-social-innovation-guide-policy-makers>.

Zaidi A., Gasior K., Zolyomi E., Schmidt A., Rodrigues R., Marin B. (2017), "Measuring Active and Healthy Ageing in Europe", *Journal of European Social Policy*, vol. 27, n. 2, pp. 138-157.