



Università
Ca' Foscari
Venezia



Tesi di Master di II livello in **Economia e management della sanità**

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Il capitale intellettuale nelle reti di servizi sociali: analisi di un caso

Relatore
Prof. Andrea Garlatti

Diplomanda
Maria Teresa Agosti
Matricola 965583

Anno Accademico
2014 / 2015

Indice

Introduzione	1
Capitolo 1 La teoria del capitale intellettuale ed la sua applicazione nei servizi sociali pubblici	3
1.1 Inquadramento generale della teoria del capitale intellettuale	3
1.2 Le caratteristiche del capitale intellettuale nelle aziende pubbliche	6
1.3 La teoria del capitale intellettuale applicata ai servizi sociali pubblici	8
Capitolo 2 La metodologia utilizzata nella ricerca	13
Capitolo 3 Il contesto della ricerca	18
3.1 Alcuni cenni demografici ed epidemiologici.....	18
3.2 La programmazione delle politiche sociali a favore delle persone anziane non autosufficienti.....	20
3.3 Breve storia del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale	30
Capitolo 4 L'oggetto della ricerca: il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino	33
4.1 Presentazione dell'Ambito Socio-Assistenziale del Tarcentino.....	33
4.2 Il progetto di ricerca	34
4.3 Le caratteristiche generali del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Tarcentino	36
4.4 I beneficiari, le prestazioni ed i costi del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Tarcentino.....	38
4.5 I cambiamenti organizzativi in corso nel servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.....	47
4.6 L'analisi del servizio secondo la prospettiva della teoria capitale intellettuale.....	49
5 Conclusioni	566
6 Ringraziamenti	577
Bibliografia	588

Introduzione

Il progressivo invecchiamento della popolazione pone il problema di come la Pubblica Amministrazione possa garantire cure e assistenza di qualità che siano al contempo sostenibili, considerato che la platea dei beneficiari si sta ampliando costantemente ed in modo significativo mentre nello stesso tempo i finanziamenti pubblici si stanno riducendo.

Il tema del long term care assume pertanto un ruolo centrale per la qualità delle politiche sociali dei prossimi anni anche se, nel nostro paese, viene spesso trascurato alla luce delle emergenze sociali in corso.

Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, analizzato in questa ricerca, costituisce il primo servizio attivato, negli anni '70, nel nostro paese per supportare le famiglie con all'interno anziani in limitate condizioni di autonomia. In questi quarant'anni si è radicalmente trasformato il contesto normativo, organizzativo ed economico italiano mentre il servizio, pur essendo stato nel tempo oggetto di diverse sperimentazioni organizzative pare oggi, nella maggior parte delle regioni italiane, ancora alla ricerca di una propria collocazione all'interno della mutata rete integrata dei servizi sociali e sanitari pubblici a favore delle persone non autosufficienti ed in ritardo rispetto alle sfide in corso.

Alla luce di questi presupposti si ritiene che la teoria del capitale intellettuale, sviluppatasi a partire dagli anni '90 e che focalizza l'attenzione sull'analisi delle risorse intangibili (umane, organizzative, relazionali) presenti in un'azienda per determinarne il valore prodotto, possa fornire una interessante prospettiva di analisi. La teoria del capitale intellettuale è in grado infatti di evidenziare quegli aspetti qualitativi propri dei servizi sociali, e del servizio di assistenza domiciliare nello specifico, che sfuggono alle tradizionali ricerche e modalità di rilevazione dei dati, concentrate su aspetti economici o più spesso semplicemente su aspetti quantitativamente descrittivi (numero utenti, totale prestazioni), che non riescono a cogliere gli elementi determinanti nella produzione di valore. Tale prospettiva è ancora più significativa in quanto riferita ad un servizio sociale di produzione

pubblico, ormai raro nel panorama italiano ed europeo nel quale la produzione dei servizi è sempre più lasciata alle organizzazioni private non-profit e/o profit . La presente ricerca analizza nello specifico il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale destinato agli anziani dell' Ambito territoriale del Tarcentino, situato nella regione Friuli Venezia Giulia, che gestisce in forma associata i servizi sociali di competenza di undici comuni. Attraverso la ricerca il servizio viene analizzato da un duplice punto di vista per:

- 1) fornire un quadro preciso ed aggiornato dei principali dati quantitativi del servizio che ad oggi non è possibile reperire in fonti ufficiali;
- 2) individuare le risorse immateriali rilevanti per la realizzazione del servizio e fotografare come sono ad oggi gestite.

Anche l'obiettivo che ci si pone con la ricerca è duplice; se da un lato si intendono fornire elementi oggettivi per la riflessione in corso sul posizionamento del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale nella rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti al contempo si intende evidenziare gli utili contributi che l'applicazione della teoria del capitale intellettuale può portare nell'analisi e nello sviluppo del valore di tale servizio.

Capitolo 1

La teoria del capitale intellettuale ed la sua applicazione nei servizi sociali pubblici

La pubblica amministrazione italiana ormai da più di trent'anni è oggetto di importanti trasformazioni finalizzate ad accrescerne l'efficienza e l'efficacia. Performance, trasparenza, benchmark, misurazione, anticorruzione, flessibilità sono le parole chiave di questo percorso *in fieri* per la cui realizzazione ci si avvale di teorie e strumenti spesso mutuati dal privato e non sempre in grado di perseguire gli obiettivi posti. Il presente capitolo fornisce un inquadramento generale della teoria del capitale intellettuale, illustra la specifica complessità dell'ente locale inteso come azienda che crea valore pubblico, ed evidenzia le peculiarità dell'applicazione della teoria del capitale intellettuale nella pubblica amministrazione in generale e nei servizi sociali pubblici in particolare.

1.1 Inquadramento generale della teoria del capitale intellettuale

L'attuale società viene definita società della conoscenza in quanto la conoscenza è considerata il fattore chiave per la creazione di sviluppo; conseguentemente anche in campo economico la competizione tra le aziende e la loro acquisizione di valore è sempre più basata su ciò che si conosce e, quindi, si è in grado di fare, piuttosto che sul possesso ed utilizzo di determinati impianti, materie prime o risorse naturali (Paolone, 2006). La conoscenza può essere definita come *una combinazione fluida di esperienza, valori, informazioni contestuali e competenza specialistica che fornisce un quadro di riferimento per la valutazione e l'assimilazione di nuova esperienza e nuove informazioni. Essa si origina e viene applicata attraverso i conoscitori. Nelle organizzazioni la conoscenza risulta*

legata non solo ai documenti, ma anche alle procedure e ai processi organizzativi, alle pratiche e alle norme. (Davenport e Prusak, 2000).

Nel contesto aziendale la conoscenza si manifesta in molti modi diversi ad esempio nelle competenze del personale, nelle procedure, nei brevetti, nella cultura organizzativa, nelle relazioni con gli stakeholders; in altri termini le risorse immateriali aziendali, gli *intangibles*, sono l'espressione della conoscenza propria dell'azienda e diventano determinanti, al fianco delle risorse materiali aziendali, per la produzione di valore.

Dalla seconda metà degli Novanta in ambito economico si è diffuso il concetto di capitale intellettuale per descrivere il sistema delle risorse immateriali aziendali, che riprende l'espressione utilizzata per la prima volta nel 1969 dall'economista J.K. Galbraith (Bontis, 2001).

Il Capitale intellettuale viene considerato un fattore determinante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali nell'attuale sistema economico basato sulla conoscenza (Kong, 2010) ed è collegato con la capacità dell'azienda di immagazzinare e di rendere fruibile la propria conoscenza potenziale organizzativa (Kauffmann, Schneider, 2004).

Anche se in letteratura non vi è una definizione unica di capitale intellettuale le definizioni formulate dai diversi autori presentano differenze spesso più formali che sostanziali (Bontis et al., 2000). I maggiori studiosi concordano in ogni caso nel ripartire il capitale intellettuale in tre categorie (silos) nominate capitale umano, capitale organizzativo e capitale relazionale (Brooking, 1986; Roos, 1998; Sveiby, 1997) riconducibili a tre tipologie di *intangibles* raggruppati in base alle caratteristiche, alle funzioni svolte ed a chi ne detiene la proprietà (Chiucchi, 2004).

Il capitale umano esprime la conoscenza presente nel sistema umano (le persone) operanti in azienda e si esprime nelle capacità, nelle abilità, nelle esperienze di chi opera in azienda (Choo e Bontis, 2002; Guerrero, 2003; Kong, 2008). Si tratta di una conoscenza prevalentemente tacita in quanto strettamente personale, basata sull'esperienza, sull'intuizione, sui giudizi personali. Risulta pertanto scarsamente trasferibile nello spazio e nel tempo. Questo tipo di

conoscenza non è di proprietà dell'azienda ma è condivisa con il personale che vi opera. Pertanto affinché questo tipo di conoscenza dia frutti è indispensabile che il personale dell'azienda sia disponibile a condividere ed a sviluppare le proprie competenze nello svolgimento dell'attività lavorativa; risultano pertanto fondamentali gli aspetti legati alla motivazione, alla fedeltà, al clima aziendale ovvero la fiducia che i dipendenti nutrono nei confronti dell'azienda.

Il capitale organizzativo esprime la conoscenza esplicita strutturata nell'organizzazione (Bontis, 1998; Chen Zhu e Xie, 2004). Esso include le procedure, i *softwares*, i brevetti, i *databases*, la struttura organizzativa ed i meccanismi operativi presenti in azienda (Luthy, 1998). Tale conoscenza è formalizzata ed immagazzinata e quindi risulta trasferibile nello spazio e nel tempo. Essa appartiene all'azienda e rappresenta la struttura portante dell'organizzazione perché permette di conservare, accrescere e trasferire la conoscenza nell'operare quotidiano dell'azienda (Cabrita, Bontis, 2008).

Il capitale relazionale esprime infine la conoscenza che si manifesta nelle relazioni formali ed informali che l'azienda instaura con i suoi principali *stakeholders* (Bontis, 1999; Roos, 1998; Stewart e Ruckdeschel, 1997) sia del contesto competitivo (clienti, fornitori, ecc.) che sociale (comunità, associazioni sindacali, ecc.). Questo tipo di conoscenza oltre ad accrescere la conoscenza dell'azienda è importante poiché da essa deriva il consenso esterno, e quindi la fiducia, nei confronti dell'azienda. Questo tipo di conoscenza non è di proprietà dell'azienda ma è condivisa con i soggetti che si relazionano con essa pertanto, anche in questo caso, risulta difficilmente trasferibile.

Le tre categorie di capitale intellettuale e le risorse che ad esse afferiscono sono profondamente interconnesse (Edvinsson, Malone, 1997) e descrivono un sistema integrato più che un insieme derivante dalla somma delle singole parti. Si evidenzia la connotazione dinamica della conoscenza contenuta nel concetto di capitale intellettuale e prodotta dalle interazioni degli *intangibles* presenti nei tre silos che sono interdipendenti (Subramaniam e Youndt, 2005) di conseguenza il capitale intellettuale viene definito come un sistema semipermanente della conoscenza in quanto per sua natura in continua

evoluzione (Stewart, 1997). Da ciò *deriva* che per conoscere il capitale intellettuale non è sufficiente considerare i silos in cui è articolato e le risorse che ad essi afferiscono ma è necessario mappare anche i flussi di interscambio che determinano delle variazioni nei singoli silos e nel capitale intellettuale nel suo complesso (Ross J, Ross G, Dragonetti, Edvinsson, 1997). Gli *intangibles* si evolvono e questo avviene sia per effetto di attività programmate sia a causa di attività spontanee o comunque dirette al perseguimento di altri obiettivi. Da ciò deriva che gli *intangibles* sono considerati di difficile acquisizione ed imitabilità, strettamente legati allo specifico contesto organizzativo, di mercato ed ambientale in cui si trovano.

Stante queste premesse i componenti del concetto di capitale intellettuale possono variare a seconda dell'organizzazione (Ross et al., 2001; Snyder e Pierce, 2002). Gli *intangibles* da misurare sono individuati considerando le condizioni strategiche, operative ed organizzative che connotano ciascuna azienda e la distinguono dalle altre; il capitale intellettuale è quindi *context-specific* (Bontis, 1999) e gli investimenti in capitale intellettuale sono differenti a seconda del contesto e del tipo di organizzazione (Subramaniam e Youndt, 2005).

1.2 Le caratteristiche del capitale intellettuale nelle aziende pubbliche

Le aziende pubbliche sono caratterizzate da elementi specifici che le differenziano sostanzialmente dalle aziende private e dei quali occorre tener conto per una corretta individuazione degli *intangibles* specifici. In particolare l'analisi che segue si focalizza, tra le diverse aziende pubbliche, sull'ente locale Comune.

Il D. Lgs. 267/2000 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali" assegna al Comune il compito di rappresentare la comunità locale, di curarne gli interessi, di promuoverne lo sviluppo; il Comune svolge principalmente funzioni pubbliche tra le quali si annoverano i servizi alla persona e alla comunità che comprendono i servizi sociali (artt.3 e 13).

La dottrina economico-aziendale italiana ha da sempre, a partire da Zappa, qualificato come aziende i comuni che pertanto condividono con le aziende private il fine di perseguire l'equilibrio economico a valere nel tempo.

Nelle aziende pubbliche però l'equilibrio economico non è il fine primario dell'attività in quanto questa tipologia di azienda persegue prima di tutto finalità di ordine sociale che corrispondono al soddisfacimento delle esigenze della comunità locale che attraverso il voto definisce indirettamente gli indirizzi di fondo della gestione pubblica ossia i bisogni che si ritiene debbano essere soddisfatti (Bertini, 1995). Il soddisfacimento delle esigenze della comunità locale viene considerato produzione di valore pubblico (Borgonovi, 2005) che si concretizza attraverso la produzione/ erogazione di servizi ed interventi che mutano al modificarsi delle condizioni storico-politiche (Rebora, 1999).

Le aziende pubbliche si caratterizzano per la loro complessità; in esse il conseguimento dell'equilibrio aziendale non è garanzia del perseguimento delle finalità extraeconomiche proprie degli elettori (Sosterò, 2003). Inoltre sono specifiche le modalità di acquisizione delle risorse finanziarie, attraverso l'imposizione fiscale o i trasferimenti da enti sovraordinati; l'operare avviene spesso in condizioni di monopolio; le modalità di cessione del servizio avviene senza il corrispettivo di un prezzo o con il pagamento di una tariffa generalmente determinata con criteri di tipo politico che nulla hanno a che fare con l'utilità attribuita dai fruitori del servizio o con costi sostenuti per la produzione. Tutti questi elementi possono portare i comuni a erogare/produire servizi o beni non corrispondenti alle necessità della comunità territoriale di riferimento. Inoltre insieme a problemi di efficacia di azione le sopra citate modalità di acquisizione delle risorse e l'operare in condizioni di monopolio portano in sé il rischio di una inefficiente produzione di beni e servizi.

Nell'ambito delle funzioni di cui è titolare, l'azienda pubblica può in generale decidere le priorità da assegnare ai diversi bisogni, il loro grado di soddisfacimento e le modalità di gestione da utilizzare, anche se i margini di discrezionalità si differenziano a seconda delle aree di intervento. Le aree di bisogni non collegate a diritti esigibili, quale quella a cui afferiscono i servizi

sociali, permettono ampia discrezionalità d'azione ed in questi casi il grado e la modalità di soddisfacimento dei bisogni discendono dai valori manifestati degli elettori ed espressi dai rappresentanti eletti. La discrezionalità non è solo di natura politica ma anche gestionale ed è riferita alla possibilità di determinare le specifiche condizioni organizzative ed operative per lo svolgimento dell'attività aziendale seppur all'interno delle disposizioni normative; aspetto quest'ultimo che chiama in causa il delicato ruolo della dirigenza pubblica che gestisce i fattori aziendali (Mussari, 2002).

Le aziende pubbliche in ragione della loro marcata specializzazione derivante dall'attribuzione di funzioni pubbliche molto diverse esprimono una visione di tipo funzionale/settoriale ed hanno operazioni aziendali caratterizzate da un'alta formalizzazione, aspetti questi che hanno influenzato e continuano ad influenzare pesantemente la capacità di adeguare il proprio agire alla realtà socio economica in rapido mutamento (Borgonovi, 2001).

1.3 La teoria del capitale intellettuale applicata ai servizi sociali pubblici

Il contesto della società e dell'economia della conoscenza sta portando, non senza difficoltà, la pubblica amministrazione a ridefinire il proprio ruolo e funzione. Dalla metà degli anni '80 con l'introduzione della teoria del New Public Management si è realizzato un cambio di paradigma in queste aziende che ne ha modificato gli schemi di gestione introducendo cambiamenti significativi volti a perseguire l'efficienza, l'efficacia, l'economicità della gestione, l'orientamento al cittadino... . Il New Public Management ha posto l'attenzione sulla qualità degli esiti dell'azione amministrativa ed ha creato il terreno adatto per la diffusione della teoria del capitale intellettuale nella pubblica amministrazione in quanto con il nuovo paradigma le conoscenze ed il valore immateriale diventano le principali fonti di valore competitivo per gli enti pubblici (Ramirez, 2010). Gli *intangibles* nelle aziende pubbliche ed in particolare negli enti locali sono ancora più importanti che nelle aziende private e questo per tre motivi: gli obiettivi delle aziende sono di natura non finanziaria; le risorse umane e le conoscenze sono

essenziali per perseguirli; il prodotto finale dell'azione amministrativa è un servizio che è essenzialmente immateriale (Ramirez, 2010).

La teoria del capitale intellettuale fornisce un approccio particolarmente utile per l'analisi dei servizi sociali (Kong e Prior, 2008) considerato che gli *intangibles* in questo settore hanno un'importanza ancora maggiore rispetto agli altri servizi erogati/prodotti dalla pubblica amministrazione.

Il fatto che in questo settore gli *outcomes* dei servizi sociali siano immateriali e siano basati principalmente sugli *intangibles* (Kujansivu, Lonqvist, 2009) rende particolarmente importante che il capitale intellettuale presente in questi servizi venga riconosciuto e gestito, anche se finora vi sono poche esperienze in questo specifico ambito.

Il capitale umano dei servizi sociali pubblici può essere diviso, come del resto in tutti gli enti locali, in tre macro-categorie: il nucleo operativo, i dirigenti e i rappresentanti politici eletti dai cittadini (Pettinari, 2007). Coloro che fanno parte del nucleo operativo sono selezionati in base alle competenze tecniche che posseggono in quanto la specializzazione del lavoro risulta in questo settore molto marcata. Accanto alle conoscenze specifiche indispensabili per svolgere in modo corretto le prestazioni/ interventi richiesti, legate agli studi ed alla formazione e che costituiscono requisito essenziale di accesso alla professione, il personale afferente al nucleo operativo deve anche possedere particolari competenze e abilità prima di tutto relazionali affinché si possa creare quel clima di fiducia ed empatia tra il personale ed i beneficiari dei servizi, determinante per la buona riuscita delle attività (Donolo, 2005). Questo aspetto è particolarmente importante in quanto la maggioranza del personale del nucleo operativo nei servizi sociali pubblici è a diretto contatto con gli utenti. Al personale operativo è richiesta poi flessibilità di azione per riuscire a realizzare in modo ottimale le prestazioni a fronte di diversi interlocutori e contesti che si possono incontrare nella stesura e realizzazione dei singoli progetti personalizzati di intervento.

In questo contesto rivestono grande importanza anche la soddisfazione e la motivazione del personale operativo, elementi tra loro strettamente connessi con

la cultura organizzativa propria del servizio. Trovare gratificazione nel proprio lavoro e poter condividere i valori dell'organizzazione rendono più facile la gestione delle frustrazioni insite nel lavoro sociale e mantengono il personale concentrato sugli obiettivi sociali da raggiungere (Maslach e Leiter, 2000) .

Riguardo ai dirigenti occorre rilevare che anche per questa categoria sono fondamentali le competenze non solo di tipo tecnico ma anche relazionale; essi infatti costituiscono il raccordo tra il nucleo operativo ed i politici pertanto è importante sia la capacità di coordinamento degli operatori che la capacità di collaborare con i politici (Vandelli, 2000).

Il capitale organizzativo dei servizi sociali pubblici tende ad essere influenzato in modo inferiore rispetto ad altri settori dal modello burocratico tipico della pubblica amministrazione in quanto palesemente inadatto al raggiungimento di obiettivi di natura sociale che richiedono una flessibilità organizzativa che questo non ha. In questo settore sono presenti diversi modelli organizzativi e riveste una grande importanza la cultura organizzativa presente nel servizio che si costruisce spesso a partire dalle attività da erogare più che dalla riflessione su aspetti strategici (Borzaga, Fazzi, 2000), in analogia con quanto accade nei servizi erogati dal terzo settore. La cultura organizzativa in questi servizi ad alta intensità di lavoro è molto importante perchè fornisce agli operatori "identità organizzativa", lo stile di lavoro e di leadership indispensabili per lavorare bene in gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, come è di prassi. E' inoltre molto importante nei servizi sociali pubblici la presenza di *software* e *database* che "dialoghino tra di loro" in quanto non solo è importante immagazzinare la conoscenza per lo svolgimento delle singole attività ma è necessario soprattutto poter ricomporre tutte le informazioni relative alle attività erogate in riferimento alla stessa persona ed al medesimo nucleo familiare rilevando anche i servizi erogati da altre aziende pubbliche, *in primis* quelle sanitarie, così da verificare l'effettiva risposta unitaria ai diversi bisogni delle persone. Risulta infine importante la propensione all'innovazione organizzativa del servizio ossia la capacità di rispondere ai cambiamenti esterni attraverso modifiche organizzative a fronte dei mutamenti che si verificano nel contesto in cui si realizzano le attività proprie del servizio. Anche le procedure

vanno valutate prima di tutto in qualità di strumento che consente alla pubblica amministrazione di perseguire i propri fini (Merton, 1968) e quindi è importante rilevarne lo stato di aggiornamento da considerarsi nei servizi sociali strettamente connesso oltre che ai cambiamenti normativi alle mutate esigenze degli utenti, della comunità di riferimento, degli operatori e degli altri *stakeholders*.

Il capitale relazionale nei servizi sociali pubblici viene analizzato partendo dal presupposto che l'ente locale instaura numerose relazioni di tipo diverso con il suo contesto di riferimento. Vi è il tipo di relazione a valenza prettamente politica che lega l'ente locale al proprio soggetto economico originario, il cittadino elettore; vi è la relazione di tipo istituzionale che lega il singolo ente locale al sistema pubblico imposta nella maggior parte dei casi dall'ordinamento e vi sono le relazioni che sono la conseguenza della titolarità di funzioni pubbliche esplicate, ossia del potere e della responsabilità di intervenire su determinate aree di bisogno (Pettinari, 2007).

Il capitale relazionale per i soggetti che si occupano di servizi sociali è cruciale in quanto questi operano in un ambiente dinamico che ha più tipologie di stakeholders con cui interfacciarsi ((Kristoffersen, Singh, 2004). Il modello di programmazione e realizzazione dei servizi sociali è un modello a rete, che assegna ai servizi sociali pubblici la funzione di coordinamento dei diversi attori erogatori di servizi presenti sul territorio ed in cui la qualità delle relazioni tra gli attori sociali, pubblici e privati, riveste un ruolo fondamentale rispetto agli esiti prodotti in termine di risposte ai cittadini (Folgheraiter, 1998). Tra gli *stakeholders* dei servizi sociali pubblici un ruolo molto importante è ricoperto dagli utenti dei servizi che, come abbiamo già detto rivestono un ruolo di primo piano nella produzione di tali servizi. L'utente è parte del processo di produzione del servizio a tal punto che il successo di questo non dipende solo dalla capacità del fornitore ma anche dall'abilità e dalla volontà dell'utente di comunicare e di partecipare (Riccardo, Mussari, 1994). La sua partecipazione sarà tanto maggiore quanto più elevata è la fiducia che esso nutre nell'ente locale. Un ruolo particolarmente rilevante lo ricoprono poi le associazioni di volontariato che sono chiamate a partecipare sia alla programmazione che alla erogazione dei servizi sociali.

Riuscire a costruire buone relazioni, formali o informali che siano, superando le barriere che vi sono tra due mondi profondamente diversi per obiettivi, modalità operative e tipologia di risorse umane impiegate può fare la differenza rispetto alla qualità e quantità di risposte fornite ai bisogni espressi dalla comunità.

La fiducia, ancora una volta, ricopre un ruolo fondamentale per la realizzazione di servizi sociali di qualità così come la possibilità di rendere evidenti le strategie messe in campo per gestirla, alimentarla e rafforzarla come si propone di fare la teoria del capitale intellettuale.

Capitolo 2

La metodologia utilizzata nella ricerca

La ricerca sociale si occupa di raccogliere ed interpretare dati allo scopo di rispondere a domande concernenti i diversi aspetti della società, permettendoci così di comprenderla (Bailey, Rossi, 1995).

La metodologia che si utilizza nelle ricerche sociali è legata al fenomeno che si vuole indagare ed agli aspetti specifici che si vogliono analizzare. Le ricerche possono essere suddivise in quantitative o qualitative a seconda della relazione che intercorre tra teoria e ricerca, del rapporto con l'ambiente, dell'interazione psicologica e fisica tra studioso e ciò che è studiato ed al ruolo che si attribuisce al soggetto d'indagine. Mentre le ricerche quantitative sono indicate per misurare l'intensità di alcuni fattori che sono noti *ex ante* e quindi possono essere tradotte in indicatori e parametri da rilevare, le ricerche qualitative sono indicate per indagare la natura dei fenomeni le cui caratteristiche non sono ben definite *ex ante* (Corbetta, 1999).

Nella ricerca relativa al servizio domiciliare socio-assistenziale si è scelto di utilizzare la metodologia qualitativa dello studio di caso in quanto si tratta di un tipo di ricerca empirica utile ad affrontare le situazioni particolari nelle quali si potrebbero presentare al ricercatore molte più variabili di quante ne indichino i dati, le quali tuttavia si mostrano come un tutto omogeneo e funzionale (Yin, 2003). Con lo studio di caso si intende comprendere il fenomeno d'indagine attraverso la prospettiva interna di significato che le persone danno alle loro esperienze (Sherman, Webb, 1988), attraverso l'esame del contesto a cui appartengono e delle interazioni che le caratterizzano. Lo studio di caso è *un'indagine empirica che studia un fenomeno contemporaneo entro il suo contesto di vita reale, particolarmente quando i confini fra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti* (Yin, Pinelli 2005).

Lo studio di caso viene spesso utilizzato nella ricerca nelle scienze sociali, ambito in cui i fenomeni indagati sono complessi, dai confini incerti e non sempre possono essere ricondotti a leggi universali e generalizzanti. Tale strategia di ricerca permette al ricercatore di addentrarsi nella specificità del caso in esame e di osservare i suoi aspetti più peculiari ed interessanti con un grado di profondità che altri metodi non consentono, in quanto sacrificano tali peculiarità alla volontà di produrre risultati più generalizzabili ma, proprio in quanto tali, meno accurati. La scelta della metodologia dello studio di caso avviene in presenza delle seguenti condizioni (Yin, 1994): a) il quesito di ricerca è relativo al *come* o al *perché* si verifica ciò che si indaga; b) il ricercatore ha limitata o nessuna possibilità di controllo o influenza sugli eventi che indaga; c) gli eventi da indagare sono contemporanei rispetto alla ricerca.

Gli studi di caso possono essere classificati in (Yin, Pinelli, 2005):

- studi descrittivi di un fenomeno nel contesto in cui si è manifestato, entro il quale sviluppare delle classificazioni ed individuare delle tipologie;
- studi esplicativi, che ricercano relazioni di causalità condizionate dalle condizioni di contesto tra i fenomeni osservati;
- studi esplorativi, grazie ai quali pervenire alla formulazione di ipotesi e proposizioni da sottoporre ad indagini ulteriori.

Lo studio di caso specifico relativo al servizio domiciliare socio-assistenziale è uno studio esplorativo in quanto ha l'obiettivo generale di fornire spiegazioni mentre l'obiettivo specifico consiste nel migliorare le conoscenze sul servizio aprendo la strada a future più approfondite ricerche.

La progettazione della ricerca mira a guidare il ricercatore nel processo di reperimento e di analisi delle osservazioni finalizzata a definire il campo di generalizzazione laddove le interpretazioni possano essere estese a un ampio numero di individui e situazioni (Nachmias D., Nachmias C., 1992). La strutturazione del progetto di ricerca è quindi fondamentale per affrontare in modo efficace la complessità del caso analizzato, destrutturandolo nelle

specifiche variabili per definire con chiarezza il nesso logico tra i dati dell'indagine e gli obiettivi dello studio. Non viene utilizzato un campionamento statistico (ovvero casuale) ma un campionamento qualitativo per cogliere la rappresentatività attraverso una scelta ragionata dei soggetti da analizzare.

Generalmente il progetto di ricerca di uno studio di caso si articola in sei fasi:

- definizione della domanda iniziale oggetto dell'indagine;
- individuazione delle domande chiave, dei quesiti a cui lo studio deve rispondere e della metodologia di ricerca più adeguata;
- individuazione dell'ambiente/sistema da analizzare, dei suoi confini, delle unità componenti;
- costruzione del protocollo di rilevazione dei dati, di analisi e definizione di un eventuale campionamento;
- raccolta e analisi dei dati;
- stesura del rapporto di ricerca

La definizione della domanda nelle sue componenti oggetto dello studio esplorativo è una fase particolarmente delicata perché dalla sua impostazione possono derivare serie conseguenze sulla validità delle conclusioni finali. Nel caso specifico, trattandosi di uno studio esplorativo, non sono definite ipotesi da verificare, il punto di partenza è un fenomeno/principio generale di conoscenza al quale seguono alcuni criteri guida con la formulazione di eventuali ipotesi parziali definite sulla base di elementi che a priori non si è in grado di definire. E' comunque necessaria una precisa analisi teorica della domanda per identificare con chiarezza gli aspetti principali che devono essere indagati. La scelta del metodo di ricerca più adeguato quale l'osservazione diretta, l'intervista, la consultazione di database o di documentazione d'archivio e la partecipazione diretta, dipende dalla natura delle componenti da analizzare.

L'individuazione dell'ambiente/sistema non può limitarsi generalmente alla definizione di un'unità di indagine aggregata a livello macro, ma deve scendere in

dettaglio spingendosi fino all'identificazione del soggetto che detiene le informazioni necessarie per la ricerca. Le unità di analisi differiscono secondo la domanda dello studio e possono essere molto diverse: dall'individuo (la più comune), all'aggregato di individui (di solito basati sulla territorialità), al gruppo-organizzazione-istituzione, agli eventi sociali (quando gli eventi stessi sono le unità di analisi).

Il protocollo nella rilevazione e analisi dei dati è l'elemento che determina l'affidabilità di uno studio e questo principio vale per tutti i progetti di ricerca indipendentemente dalla loro tipologia. Nello studio di caso è opportuno utilizzare, qualora disponibili, diverse fonti-dati per poter controllare la validità di quanto riscontrato e delineare i collegamenti logici e procedurali seguiti nella rilevazione e nell'analisi.

Nel rapporto di ricerca vengono esposti gli esiti dell'indagine e se possibile viene data una risposta alla domanda iniziale. Nel caso specifico di studio esplorativo, le evidenze devono essere chiare e tali da poter pervenire alla formulazione di ipotesi e proposizioni da sottoporre ad indagini ulteriori.

Si possono individuare quattro criteri per la valutazione della qualità del lavoro svolto e dei risultati ottenuti in un'indagine che utilizza lo studio di caso (Yin, 2005):

- Il primo criterio è relativo alla scelta delle misure da adottare per l'osservazione e l'analisi del fenomeno indagato e viene definito validità di formulazione. Le misure devono essere operative e non fondate su giudizi soggettivi del ricercatore;
- Il secondo criterio è la validità interna, cioè il ricercatore deve indagare la possibilità di aver trascurato qualche fattore causale del fenomeno;
- Il terzo criterio è definito validità esterna in quanto è relativo alla verifica di quanto i risultati ottenuti possano essere generalizzati ad altri contesti;
- il quarto criterio, l'attendibilità, fa riferimento alla possibilità che altri ricercatori, in condizioni simili di soggetto e contesto di indagine, possano ottenere gli stessi risultati e conclusioni.

L'utilizzo dello studio di caso ai fini della ricerca scientifica non è universalmente condiviso. Ad esso vengono mosse accuse di mancanza di scientificità, principalmente riguardo la carenza di rigore nel metodo di analisi, la scarsa comparabilità e la non replicabilità dei risultati, sulla cui scorta viene affermata l'inidoneità a produrre proposizioni teoriche generalizzabili. In realtà gli studi sviluppati negli ultimi dieci anni hanno approfondito gli aspetti metodologici e evidenziato le potenzialità di questo strumento d'indagine.

Capitolo 3

Il contesto della ricerca

Il contesto di ricerca di questo lavoro è dato dal servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale¹ destinato agli anziani parzialmente o non autosufficienti, gestito dai comuni prevalentemente in forma associata. Si tratta del servizio a supporto delle persone anziane che vivono a domicilio in condizioni di limitata autonomia di più lunga tradizione nel nostro paese ed ancora oggi con il maggior numero di utenti rispetto ad altri interventi sviluppatisi negli ultimi anni.

Fornire servizi sociali efficienti ed efficaci per gli anziani non autosufficienti nell'attuale contesto di invecchiamento demografico e di contrazione delle risorse pubbliche è considerato dall'Unione Europea come una delle più grandi sfide economiche e sociali dell'Europa del XXI secolo poiché interesserà tutti i paesi europei e la maggior parte delle politiche dell'Unione Europea (UE); il presente capitolo evidenzia il trend demografico della popolazione anziana nel nostro paese, come avviene e cosa prevede la programmazione delle politiche sociali a favore delle persone anziane non autosufficienti e l'evoluzione registrata negli anni dal servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

3.1 Alcuni cenni demografici ed epidemiologici

In Italia la popolazione anziana rappresenta una fetta sempre più consistente della popolazione residente; nel 2015 ben il 21,7% della popolazione era costituito da anziani, come evidenzia la Tabella 1. Questo dato, già di per sé

¹ L'assistenza domiciliare socio-assistenziale è definita dall'ISTAT un *servizio rivolto a persone parzialmente non autosufficienti, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.*

preoccupante è destinato a continuare ad aumentare rapidamente fino alla metà del XXI secolo quando, secondo le stime dell'ISTAT, gli ultra 65enni oltrepasseranno il 32% della popolazione.

Tabella 1 - popolazione anziana residente in Italia

	totale popolazione	totale anziani	% anziani
anno 2015	60.795.612	13.219.074	21,7
anno 2010	60.340.328	12.206.470	20,2
anno 2005	58.462.375	11.379.341	19,5

dati ISTAT elaborazione TUTTITALIA.IT

L'Italia è inoltre uno dei Paesi dell'Unione Europea con più alta speranza di vita alla nascita²; secondo i dati ISTAT del 2013, la speranza di vita alla nascita degli italiani è di 84,6 anni per le donne e di 79,8 anni per gli uomini ed è cresciuta negli ultimi 10 anni di 2,6 anni per gli uomini e di 1,8 anni per le donne.

Le profonde trasformazioni nella struttura della popolazione sono direttamente collegate anche ad una importante trasformazione epidemiologica della popolazione in quanto nel nostro Paese, come in tutta Europa, si assiste ad un incremento delle patologie croniche nelle persone anziane (diabete, ipertensione, ecc.). Anche la disabilità per effetto dell'invecchiamento della popolazione e delle patologie cronico degenerative è in significativo e preoccupante aumento: da una indagine Censis³ emerge che la percentuale della popolazione nazionale

² La speranza di vita alla nascita (o vita media) è un indice statistico che misura il numero medio di anni che restano da vivere a un neonato nell'ipotesi in cui, nel corso della sua futura esistenza, sperimenti i rischi di morte che si sono rilevati nell'anno di riferimento. A causa delle forti differenze di genere nelle aspettative di vita, la speranza di vita è calcolata distintamente per uomini e donne (definizione ISTAT).

³ L'indagine è stata condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana tramite interviste telefoniche ed è basata su una percezione soggettiva della disabilità.

con disabilità passerà da 6,7% del 2010 al 7,9% del 2020 fino a raggiungere il 10,7% nel 2040.

Essere anziano non significa automaticamente essere malato o disabile, e di conseguenza essere bisognoso di assistenza. Tuttavia la letteratura ha ampiamente documentato l'incidenza elevata sullo stato di salute di un insieme di patologie fortemente correlate all'età quali: eventi cardiovascolari acuti, la malattia di Alzheimer e le malattie cronico degenerative, le bronco pneumopatie ostruttive, il diabete, i tumori.

I pochi elementi sopra riportati, che allineano l'Italia con le tendenze manifestatesi negli ultimi decenni nei Paesi maggiormente sviluppati, delineano uno scenario demografico del prossimo futuro preoccupante e di conseguenza evidenziano l'urgenza di scelte politiche e gestionali per garantire adeguati livelli di assistenza alle persone non autosufficienti. Se non si interviene con cambiamenti significativi il numero di anziani che necessitano di assistenza continuativa (long term care⁴), già oggi molto elevato, è destinato ulteriormente ad aumentare dietro la spinta delle modifiche demografiche ed epidemiologiche generando criticità che si ripercuoteranno sempre di più sia sul bilancio delle Istituzioni pubbliche che su quello delle famiglie.

3.2 La programmazione delle politiche sociali a favore delle persone anziane non autosufficienti

Permettere agli anziani di invecchiare nel proprio ambiente di vita abituale costituisce fin dagli anni '90 un obiettivo prioritario dell'assistenza continuativa in Europa. In tutti i paesi nondimeno l'investimento sulla domiciliarità è stato accompagnato dalla crescente consapevolezza che la permanenza a domicilio

⁴ L'institute of medicine (1986) definisce l'assistenza continuativa (long term care) *la varietà di servizi e interventi, sociali e sanitari, forniti con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica o psichica. Questi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono l'assistenza informale offerta da familiari o da altri così come le prestazioni monetarie e servizi professionali forniti da singoli e da organizzazioni.*

non può rappresentare un obiettivo per tutti e che la sua qualità dipende dalle caratteristiche degli interventi effettivamente realizzati (Mansell *et al.*, 2007).

La programmazione delle politiche sociali, al cui interno si colloca l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, si realizza a diversi livelli; diventa pertanto necessario incrociare gli indirizzi formulati a livello europeo con i livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi definiti a livello nazionale a cui va aggiunta la programmazione regionale che individua le priorità di intervento e le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali regionale a cui si somma l'ulteriore livello di programmazione locale del Piano di Zona che esplicita le modalità attraverso le quali si svolge l'organizzazione e la gestione locale dei servizi.

Si tratta di un processo complesso che deve tenere uniti elementi definiti in tempi diversi ed in sedi separate nel quale non è sempre facile garantire coerenza e coordinamento tra le parti. Termini quali governance, sussidiarietà, integrazione, localizzazione, cittadinanza attiva, qualità sociale, coesione e sviluppo tracciano le linee per programmare lo sviluppo delle politiche di welfare (Martelli, 2006). Il rischio di realizzare processi programmatori frammentati e privi di coerenza è molto elevato soprattutto a causa della complicata strutturazione dei rapporti interistituzionali e della scarsa efficacia degli strumenti di coordinamento (Kazepov, Barberis, 2008) contribuendo di conseguenza a generare un ritardo di azione che può portare i servizi ad allontanarsi dai bisogni dei cittadini.

a) gli indirizzi europei

A livello sovra-nazionale le politiche sociali giocano un ruolo piuttosto marginale anche se l'Unione Europea presta grande attenzione ai rapidi cambiamenti della struttura demografica causata dall'invecchiamento della popolazione viste le ripercussioni che si avranno in diversi campi tra i quali il lavoro, la salute, la protezione sociale e le finanze pubbliche. Per focalizzare l'attenzione su questi temi e spingere gli Stati membri ad affrontare le sfide correlate all'invecchiamento della popolazione, l'Unione Europea ha proclamato l'anno 2012 quale anno Europeo dell'invecchiamento attivo e agli inizi del 2015 si è

tenuto a Bruxelles il primo Summit Europeo su questa tematica dove sono stati evidenziati gli elementi strategici importanti per affrontare il cambiamento in corso.

L'Unione Europea promuove il concetto di invecchiamento attivo⁵ in quanto è ritenuto una valida prospettiva per continuare a garantire, nonostante l'aumento dell'età media della popolazione, un buon equilibrio tra bisogni sociali, produzione economica e contenimento della spesa pubblica. Appare assodato che a causa dell'invecchiamento progressivo e rapido della popolazione europea, i settori della sanità e dell'assistenza sociale, tra gli altri, dovranno passare attraverso un processo di trasformazione per far fronte alle nuove richieste di un contesto che si sta modificando rapidamente. L'Unione Europea pertanto promuove la sperimentazione di modelli di cura e di assistenza sempre più integrati, spinge i Paesi a sviluppare innovazione tecnologica ritenuta essenziale non solo per favorire il processo di integrazione tra cura ed assistenza, ma anche per promuovere l'innovazione organizzativa e politica. Si ritiene che l'innovazione debba riguardare ogni parte dei sistemi sanitari e di assistenza sociale e si evidenzia che la sostenibilità è legata intrinsecamente all'efficiente ed ottimale gestione delle risorse così come alla costruzione di un sistema coerente di prevenzione ed intervento precoce in grado di ritardare il più possibile e ridurre al minimo gli elevati costi della gestione della non autosufficienza grave. Si ritiene che la sostenibilità dei sistemi sanitari e di assistenza sociale necessitino di una coerente ed integrata programmazione delle politiche tra i diversi livelli di governo pubblico e non meno importante tra il sistema pubblico ed i privati non-profit e profit. Il mercato, l'industria e la ricerca sono ritenuti parte essenziale di questo sistema e devono essere stimolati dal settore pubblico a produrre l'innovazione che sosterrà la fornitura di salute e di assistenza⁶.

⁵ L'invecchiamento attivo è, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "un processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane".

⁶ European Summit on Innovation for Active & Healthy Ageing - Final report. Il documento è consultabile all'indirizzo internet: <https://ec.europa.eu/active-healthy-ageing>

I progetti finora sviluppati nel nostro paese in questa direzione nel settore dei servizi sociali sono ancora da considerarsi prevalentemente iniziative pilota, quindi isolate, e si collocano a fianco, e non sempre in comunicazione, con la rete strutturata di interventi e servizi a favore delle popolazione anziana in particolare quella non autosufficiente.

b) la programmazione nazionale

A livello statale negli ultimi quindici anni l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema di welfare è stato al centro di un importante processo di rinnovamento nel quale gli enti territoriali hanno assunto un ruolo sempre più rilevante (Moreno, Salido, 2006).

Riguardo all'assistenza sociale si può affermare che il combinato disposto della L. 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" e della riforma del Titolo V della Costituzione realizzata con la L.Cost. 3/2001 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", tra di loro non sempre coerenti, ha ridisegnato, modificandolo, il sistema programmatico italiano dei servizi sociali. In particolare la Legge 328/00 aveva previsto tre livelli programmatici; nazionale, regionale e zonale ma il diverso assetto delle attribuzioni in materia di assistenza sociale emerso con la riforma costituzionale del 2001 ha di fatto privato il livello statale della competenza ad adottare atti di indirizzo rivolti alle regioni e di conseguenza ha determinato il venir meno della programmazione nazionale in campo socio-assistenziale.

A seguito della riforma costituzionale è rimasta di competenza statale esclusivamente la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali relativo al triennio 2001 - 2003, emanato con D.P.R. 3 maggio 2001 e previsto dall'art.18 della L.328/00, è stato redatto prima della modifica costituzionale a seguito della quale gli indirizzi in esso contenuti non sono più ritenuti vincolanti dalle Regioni. Rimangono invece ad oggi vincolanti i servizi previsti nel Piano per rispondere ai bisogni sociali della popolazione in quanto considerati la declinazione più prossima alla

definizione dei livelli essenziali delle prestazioni previsti dalla riforma del titolo V della costituzione (Pioggia, 2014).

Nello specifico per quanto attiene il servizio di assistenza domiciliare la legge 328/00 ne aveva evidenziato l'importanza ed aveva disposto l'istituzione di un apposito fondo nazionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani al fine di favorire il concreto sviluppo dei servizi domiciliari. Questo impegno nazionale, di per sè molto importante, è stato poi concretizzato in ritardo ed in forma poco più che simbolica (Gori, Casanova 2009).

Il Piano Sociale Nazionale declina ed articola l'importante ruolo assegnato nella L.328/00 ai servizi domiciliari per le persone non autosufficienti. Lo sviluppo di servizi domiciliari per non autosufficienti viene posto tra gli obiettivi prioritari del Piano Sociale Nazionale e viene prevista la presenza di almeno un servizio di assistenza domiciliare in ogni comune (o consorzio di comuni). Viene posta l'attenzione inoltre sul fatto che i servizi di assistenza domiciliare, da integrarsi con i servizi sanitari, vengano realizzati con personale qualificato, e che venga prestata particolare attenzione allo sviluppo delle capacità relazionali degli operatori affinché siano in grado di leggere le richieste non formulate o le sofferenze inesprese degli utenti.

A livello statale pertanto il servizio domiciliare socio-assistenziale viene posto come livello essenziale delle prestazioni sociali e viene stabilito che debba essere svolto da personale qualificato. Questi obiettivi si può dire che ad oggi sono stati raggiunti nel senso che il servizio è diffuso su gran parte del territorio nazionale, secondo dati Istat nel 2012 il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per gli anziani veniva erogato nel 89,1% dei comuni italiani, e sono state utilizzate dalle Regioni molte risorse per qualificare il personale con maggiore anzianità di servizio mentre per le nuove assunzioni è richiesto il possesso della qualifica professionale.

Si evidenzia inoltre che, il trasferimento di competenze in materia di politiche sociali alle Regioni ha avuto importanti conseguenze anche rispetto all'istituzione del sistema informativo dei servizi sociali previsto dall'articolo 21 della L. 328/00 che prevedeva che Lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni istituissero un

sistema informativo dei Servizi sociali per assicurare una completa conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, per poter disporre tempestivamente di dati e informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

La riforma Titolo V della Costituzione ha di fatto frenato questa spinta verso un sistema informativo nazionale unitario e coordinato, contribuendo al fiorire di flussi informativi spesso limitati a singole realtà.

Ad oggi esistono pochi dati storici relativi solo ad alcuni servizi sociali raccolti dall'ISTAT; tra questi è possibile trovare dati relativi al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

c) la programmazione regionale

L'assenza di un indirizzo statale sulle politiche sociali, già evidenziato, ha originato una forma di decentramento politico amministrativo che ha posto al centro del sistema di programmazione sociale le Regioni che legiferano sul tema, pianificando il sistema degli interventi e servizi sociali. Di fatto ogni Regione ad oggi ha recepito i contenuti della Legge quadro 328/00 e la maggior parte delle Regioni hanno un proprio Piano Sociale Regionale che costituisce il principale documento di indirizzo delle politiche sociali. Ogni Regione ha inoltre definito le dimensioni ed i confini degli ambiti territoriali per la gestione associata dei servizi sociali che spesso coincidono con i Distretti Sanitari così da facilitare le relazioni tra i due soggetti pubblici.

Ai fini della presente ricerca rivestono interesse le politiche promosse a favore della domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti dalla regione Friuli Venezia Giulia nel cui territorio si colloca l'Ambito Socio-Assistenziale del Tarcentino oggetto dello studio di caso.

La regione Friuli Venezia Giulia ha da sempre prestato attenzione alle politiche per gli anziani considerato che, nel quadro delle regioni italiane storicamente caratterizzato da notevoli differenze nei fondamentali demografici, rappresenta la seconda regione, dopo la Liguria, con la maggiore percentuale di anziani residenti, pari nel 2015 al 25,1% della popolazione. Di nuovo dopo la Liguria è la

regione con l'età media più elevata pari a 46,2 anni⁷, dato che sottolinea il forte tasso di invecchiamento della popolazione. A crescere sono soprattutto gli ultra 85enni che dal 2001 al 2014, secondo l'ISTAT, sono cresciuti del 37%.

Il Friuli Venezia Giulia è stata una delle prime Regioni in Italia a istituire negli anni '70 un servizio di assistenza domiciliare ed a promuovere già nel 1988 la gestione associata dei servizi sociali; durante i decenni poi con specifici interventi normativi ha sempre promosso delle misure per favorire la permanenza degli anziani non autosufficienti al proprio domicilio. Le principali di queste misure sono:

- la legge regionale 10/1998 "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali" che si proponeva, in particolare, il riordino in senso integrato della normativa in materia di tutela della salute degli anziani, l'istituzione e l'organizzazione di un qualificato sistema di servizi ad alta integrazione sociosanitaria, in grado di rispondere ai bisogni assistenziali complessi delle persone anziane
- la legge regionale 6/2006 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" che recepisce la L. 328/00 e che prevede all'art.6, tra i servizi essenziali del sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali, il servizio domiciliare mentre all'art. 41 istituisce il fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a persone residenti in regione che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. Il Fondo è stato destinato ad attivare diverse tipologie di benefici economici che si affiancano e si integrano con il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

⁷ dato ISTAT riferito all'anno 2014

- la Deliberazione di Giunta regionale n. 238 del 7 febbraio 2014 con la quale viene ribadito l'obiettivo strategico di ridurre l'istituzionalizzazione delle persone anziane e di favorire la loro permanenza a domicilio, sia attraverso interventi che riguardano l'assetto e le regole del complessivo sistema sociosanitario che mediante azioni specificatamente rivolte a migliorare le risposte ai bisogni delle persone anziane
- la legge regionale 14 novembre 2014, n. 22 "Promozione dell'invecchiamento attivo", il cui fine è quello di valorizzare il ruolo delle persone anziane nella comunità e di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale, facilitando percorsi di autonomia e di benessere sia fisico che mentale e sociale. In sintonia con quanto prevedono gli indirizzi europei questa legge prevede un approccio trasversale e integrato al tema dell'invecchiamento della popolazione e richiede a tutte le Direzioni Centrali della Regione. di ri-orientare in forma integrata le proprie politiche e i propri interventi in funzione della promozione dell'invecchiamento attivo.

Da quanto sopra riportato emerge che nella Regione Friuli Venezia Giulia manca un Piano Regionale Sociale che definisca gli indirizzi complessivi e coordinati delle politiche sociali e, nello specifico, rispetto al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale sono assenti standard e parametri per la sua realizzazione ad eccezione della qualifica professionale richiesta per il personale che vi opera.

Il Rapporto Sociale 2013 Regione Friuli Venezia Giulia - Sintesi (Rapporto), predisposto dall'Area Politiche Sociali ed Integrazione Sociosanitaria dall'Assessorato alla Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia evidenzia che parlare di domiciliarità oggi in Friuli Venezia Giulia significa *parlare di un articolato sistema, composto da una pluralità di servizi e interventi che richiedono di essere tra loro integrati al fine di poter fornire una risposta efficace e completa a bisogni di carattere globale riferiti non solo alla persona da assistere ma anche alla sua famiglia.....Il fulcro di questo sistema può essere considerato il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) realizzato dal*

Servizio sociale dei Comuni che si integra per la presa in carico delle situazioni più complesse, col Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e col Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD) realizzati dalle Aziende per i Servizi Sanitari, col sostegno economico del Fondo per l'Autonomia Possibile e con altri interventi di supporto alla quotidianità.

Pertanto pur non essendo regolamentato il servizio di assistenza domiciliare riveste ancor oggi un ruolo centrale nelle politiche sociali pubbliche a favore degli anziani non autosufficienti realizzate nella Regione Friuli Venezia Giulia. Gli anziani utenti del servizio, secondo quanto riportato dal Rapporto Sociale Regionale 2014⁸ sono stati complessivamente 6.031 mentre 2.044 anziani hanno fruito del servizio di consegna pasti a domicilio anche se il rapporto rileva che l'incidenza di questi servizi sulla popolazione anziana residente regionale varia in maniera molto significativa passando dall'1,12 % relativo agli anziani residenti nell'Ambito triestino al 6,48% relativo agli anziani residenti nell'Ambito gemonese⁹. Il diverso sviluppo locale del servizio di assistenza domiciliare è ascrivibile, secondo al Rapporto, alla diversa connotazione che, in assenza di standard e fondi finalizzati regionali, ogni Ambito Distrettuale ha dato e sulla quale hanno significativamente influito anche le scelte organizzative e gestionali fatte a livello locale.

La Regione autonoma Friuli Venezia Giulia è tra le poche a livello nazionale, a disporre di un Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) che rileva le informazioni riguardanti l'utenza e l'attività degli Ambiti Socio-Assistenziali attraverso l'utilizzo da parte degli stessi dello stesso applicativo informatico, la Cartella Sociale Informatizzata (CSI). Come rileva il Rapporto il Sistema Informativo dei Servizi Sociali e la Cartella Sociale Informatizzata sebbene abbiano consentito alla Regione di raggiungere un livello di conoscenza elevato e attendibile su diversi fenomeni sociali e su molti aspetti di sistema, presentano

⁸ il Rapporto Sociale Regionale 2014 - Aggiornamento dati, è consultabile all'indirizzo internet: [https://www.regione.fvg.it>sites>allegati](https://www.regione.fvg.it/sites>allegati)

⁹ I dati riportati sono tratti dal Rapporto Sociale 2013 Regione Friuli Venezia Giulia - Sintesi, predisposto dall'Area Politiche Sociali ed Integrazione Sociosanitaria dall'Assessorato alla Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia.

ancora diversi limiti: soprattutto dal punto di vista dell'utilizzo persiste un approccio piuttosto burocratico alla CSI da parte degli Ambiti che in alcuni casi rende la sua compilazione non sempre puntuale e completa; dal punto di vista delle caratteristiche degli applicativi, invece, si rileva la mancanza di un modulo gestionale che consenta la gestione e conseguente rilevazione a livello di ambito distrettuale delle informazioni riguardanti la dimensione economica dell'attività degli Ambiti Socio-Assistenziali.

d) la programmazione zonale

Il piano di zona è lo strumento di programmazione locale proprio delle articolazioni territoriali in cui le Regioni hanno articolato la gestione locale del sistema degli interventi e dei servizi sociali. Definisce un processo volto a creare reti tra le risorse presenti nel territorio, valorizzare le esperienze e gli attori che agiscono in ambito sociale, per migliorare il sistema di protezione dei cittadini (Battistella, De Ambrogio, Ranci Ortigosa, 2003).

La Regione Friuli Venezia Giulia con la L.R. 33/1988 ha istituito gli ambiti socio-assistenziali per avviare la gestione associata dei servizi sociali ulteriormente consolidata con la L.R. 6/2006 e finalizzata a garantire la diffusione di servizi uniformi sul territorio. Con la D.G.R. 458/ 2012 La Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato le attuali linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona considerati veri e propri piani regolatori del sistema locale dei servizi alla persona.

La rilevanza strategica assegnata dalla Regione alla pianificazione di zona è stata declinata nelle linee guida attraverso l'individuazione di dieci obiettivi regionali, con relativi sub-obiettivi, che gli ambiti socio-assistenziali sono chiamati a perseguire nei propri territori definendo le macro-azioni con cui realizzarli e declinandoli per annualità. All'interno delle linee guida due obiettivi regionali sociosanitari focalizzano le progettualità riferite all'Area Anziani. Il primo si pone lo scopo di realizzare interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano mentre il secondo mira a sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti

familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale per ampliare le possibilità anche di coloro che necessitano di assistenza e cure di vivere in contesti di vita non istituzionalizzanti.

Come rileva il Rapporto l'esperienza di pianificazione locale ha incontrato difficoltà ed evidenziato alcune criticità anche ascrivibili all'attesa di determinazioni regionali su questioni rilevanti che richiedono primariamente un intervento su scala regionale, ed a oggi non è stata ancora formulata una sintesi che evidenzi gli indirizzi derivanti da questo processo in tema di programmazione delle politiche sociali.

In generale si può osservare che la riorganizzazione dei ruoli e delle funzioni dei soggetti pubblici relativamente alle funzioni di programmazione delle politiche sociali si è spesso accompagnata al mutamento di altri aspetti organizzativi. La devoluzione delle competenze si è legata ad una più complessiva demopolizzazione delle misure di welfare. Gli enti territoriali hanno sempre di più assunto la responsabilità di decidere come organizzare diversi servizi e di come coinvolgere soggetti profit e non-profit nell'attuazione, gestione e programmazione delle politiche sociali. Questi processi hanno di fatto deverticalizzato le forme di coordinamento ampliando la platea degli attori coinvolti e rendendo importanti i contesti locali zionali al cui livello non avviene solo più l'erogazione ma anche una parte non trascurabile del processo decisionale su misure e politiche (Kazepov, Barberis, 2008).

3.3 Breve storia del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale inizia a diffondersi in Italia, come già anticipato, nella seconda metà degli anni '70 e cresce progressivamente seppur in modo disomogeneo prevedendo interventi e modalità organizzative differenziate sul territorio nazionale negli anni '80. Gli anni '90, sono un decennio particolarmente stimolante per la riflessione scientifica ed organizzativa rispetto ai servizi domiciliari sociali e sanitari a favore degli anziani non autosufficienti; si impone il modello di intervento "a rete", si diffondono le

unità di valutazione del bisogno multiprofessionali ed il progetto assistenziale individualizzato per la presa in carico dei bisogni della persona anziana (Gori, Casanova, 2009).

Nei primi anni del nuovo secolo il maggior contributo per potenziare la capacità di risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti viene dalle Regioni che, come abbiamo visto, realizzano vere e proprie riforme di sistema che ridisegnano l'insieme degli interventi regionali a favore degli anziani non autosufficienti affiancando al tradizionale servizio di assistenza domiciliare erogato, in alcuni casi in forme innovative, benefici di natura monetaria.

Negli ultimi anni la rete di servizi di long term care a sostegno degli anziani si è sviluppata notevolmente; gli interventi di assistenza continuativa agli anziani erogati in toto o con il contributo di enti pubblici oggi si articolano in servizi residenziali (presidi sociosanitari e presidi socio-assistenziali), servizi semiresidenziali (centri diurni), servizi domiciliari (assistenza domiciliare socio-assistenziale, assistenza domiciliare integrata) trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento, assegni di cura) sostegni al lavoro privato di cura (agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi sportelli di incontro domanda/offerta). Gli interventi pubblici si intrecciano con le prestazioni rese gratuitamente dalle reti informali e con l'assistenza finanziata direttamente dalle famiglie che ricorrono al mercato privato. Nel nostro paese infatti preme evidenziare che gran parte dell'assistenza prestata agli anziani non autosufficienti proviene dalle famiglie come aiuto informale e la spesa sociale prevalente per la non autosufficienza è destinata ai trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento) a fronte di un impegno contenuto sul fronte dei servizi residenziali e domiciliari (Gori, Lamura, 2009). La situazione della Regione Friuli Venezia Giulia rispecchia quella nazionale e a fronte della sempre maggiore complessità delle condizioni degli anziani non autosufficienti gestiti al domicilio la loro permanenza a casa è sempre più determinata dal forte impegno dei familiari e dalla presenza di personale privato a pagamento.

Capitolo 4

L'oggetto della ricerca: il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino

4.1 Presentazione dell'Ambito Socio-Assistenziale del Tarcentino

La presente ricerca analizza il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) erogato in forma associata dall'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino (Ambito) che gestisce servizi e benefici economici di natura sociale destinati a tutte le fasce della popolazione. L'Ambito si estende per una superficie di 364,10 kmq, comprende 11 comuni di piccole dimensioni della ex provincia di Udine, la maggior parte dei quali è collocata in territorio montano ; fornisce servizi ad una popolazione complessiva di 41.363 abitanti suddivisa nei comuni montani di Attimis, Faedis, Lusevera, Magnano in Riviera, Nimis, Povoletto, Taipana Tarcento e nei comuni pianeggianti di Cassacco, Reana del Rojale e Tricesimo. Nell'anno 2014 il numero complessivo di cittadini che hanno beneficiato di servizi e/o interventi da parte dell'Ambito è stato di n.1.753, pari al 4,27% della popolazione residente¹⁰.

L'Ambito gestisce e realizza le diverse tipologie di benefici e di servizi previsti dalla Convenzione istitutiva. Tra questi una quota consistente è destinata alle persone anziane che possono beneficiare delle tipologie di interventi e servizi di seguito elencate¹¹:

- Servizio di Assistenza Domiciliare e ADI (*assistenza domiciliare integrata*)

¹⁰ i dati provengono dal Rapporto Sociale Regionale 2014, Aggiornamento dati, che è consultabile all'indirizzo internet: <https://www.regione.fvg.it/sites>allegati>

¹¹ l'elenco dei servizi è tratto dalla scheda anagrafica dell'Ambito Tarcentino allegato b) del Piano di Zona 2013 - 2015 consultabile sul sito dell'Ambito Socio Assistenziale di Tarcento all'indirizzo internet: http://www.ambitotarcento.it/?page_id=16

- Servizio pasti a domicilio
- interventi inerenti il Fondo per l'Autonomia Possibile;
- adempimenti per inserimenti in strutture residenziali e riabilitative;
- soggiorni estivi e turismo sociale;
- progettualità specifiche approvate dall'organo di indirizzo politico ed inserite nel Piano di Zona locale.

Nell'anno 2014 il 7,51% di anziani residenti, pari a 812 persone, hanno beneficiato di servizi ed interventi erogati dall'Ambito.

La presente ricerca si occupa del servizio di assistenza domiciliare propriamente detto, del servizio pasti a domicilio, considerato in letteratura come un servizio integrativo al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, e dell'assistenza domiciliare integrata, quest'ultima da intendersi come una modalità operativa del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale che si attua quando si ha la presa in carico di anziani con forti problematiche di natura sociale e sanitaria che richiedono l'integrazione e il coordinamento tra professionisti sociali e sanitari.

4.2 Il progetto di ricerca

Il progetto di ricerca realizzato attraverso uno studio di caso esplorativo intende evidenziare se il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito, realizzato utilizzando un modello di gestione non finalizzato al knowledge management ed alla gestione del capitale intellettuale, considera importati gli elementi intangibili presenti nel servizio al fine di produrne valore.

Con la ricerca viene fornito un quadro preciso ed aggiornato dei principali dati quantitativi del servizio, che ad oggi non è possibile reperire in fonti ufficiali, per poter evidenziare la finalità effettiva ed il peso del SAD rispetto ai bisogni degli anziani non autosufficienti mentre utilizzando la teoria del capitale intellettuale vengono individuate le risorse immateriali rilevanti per la realizzazione del

servizio evidenziando come ad oggi sono gestite. Dallo studio potranno originarsi ulteriori approfondimenti volti ad implementare l'applicazione della teoria del capitale intellettuale nel settore dei servizi sociali pubblici.

I dati utilizzati nella ricerca provengono da diverse fonti:

- ISTAT: in particolare sono stati tratti i dati relativi alla popolazione ed i dati generali nazionali, regionali e provinciali relativi alla percentuale di anziani che fruiscono del SAD ;
- cartella sociale regionale informatizzata: in particolare sono stati tratti i dati dei beneficiari generali ed in particolare degli utenti anziani dei servizi sociali in regione Friuli Venezia Giulia. Si è scelto di non utilizzare i dati di cartella sociale per la rilevazione degli utenti del servizio di assistenza domiciliare e del servizio pasti in quanto lo strumento anche nell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino non viene sempre aggiornato con tempestività ed è possibile riscontrare imprecisioni di registrazione;
- programma gestionale SOCIALIS: in particolare sono stati tratti i dati relativi agli utenti ed alle prestazioni erogate;
- programma gestionale GESPEG: in particolare sono stati tratti i dati relativi al personale;
- bilancio consuntivo dell'Ambito relativo all'esercizio dell'anno 2015: in particolare sono stati tratti i dati relativi alle voci di costo riferite al servizio.

A questi dati si sono aggiunte le informazioni raccolte con interviste semi strutturate alla Responsabile dell'Ambito, alla Referente Amministrativa ed all'assistente sociale Coordinatrice Tecnica del servizio di assistenza domiciliare. I professionisti intervistati hanno una formazione prettamente sociale, eccetto il referente amministrativo che ha una formazione amministrativa, ed una lunga esperienza di lavoro nel settore dei servizi sociali; posseggono conoscenze generiche relative alle teorie di gestione della pubblica amministrazione e non conoscono la teoria del capitale intellettuale nello specifico.

4.3 Le caratteristiche generali del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Tarcentino

Il Regolamento per l'accesso ai servizi e alla prestazioni socio-assistenziali dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino, approvato con deliberazione del consiglio comunale n. 5/2006 del comune di Tarcento¹² ed in seguito più volte modificato, definisce l'oggetto, i destinatari e le prestazioni erogabili dal servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e dal servizio pasti a domicilio.

Nello specifico il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è destinato sia agli adulti in stato di disagio che agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti a compiere gli atti quotidiani della vita (art.43) ed è organizzato per tutelare e valorizzare la popolazione anziana in difficoltà così da favorirne la permanenza nel proprio ambiente familiare ed evitare il rischio di ricoveri impropri sia in strutture sanitarie che socio-sanitarie (art.44). Le prestazioni erogabili¹³ con il Servizio, previste all'interno di un piano personalizzato di intervento sono (art.45):

- cura della persona
- attivazione di collaborazioni
- attività informative e formative
- governo della casa.

A queste si aggiungono le ulteriori tipologie di prestazioni previste nelle deliberazioni che quantificano la quota di compartecipazione dell'utenza al costo del servizio che sono :

- vita di relazione
- monitoraggio.

¹² il comune di Tarcento svolge la funzione di Ente gestore dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino

¹³ non è stato possibile trovare nei diversi documenti visionati una definizione dei contenuti delle singole prestazioni

Nel programma di codifica delle prestazioni del servizio di assistenza domiciliare presente in cartella sociale informatizzata le prestazioni sopra elencate sono scomposte in:

- cura della persona – igiene della persona, aiuto nell'alzata/ messa a letto, aiuto nella vestizione, aiuto nell'assunzione pasti, prestazioni igienico sanitarie di semplice esecuzione, prestazioni straordinarie o di emergenza, aiuto programmato di riattivazione fisica, accompagnamento o trasporto per esigenze sanitarie
- attivazione di collaborazioni – realizzazione di prestazioni con figure parentali e sociali o sanitarie, disbrigo pratiche varie
- attività informative e formative – attività informative o di formazione rivolte all'utente, al nucleo familiare o al care giver, attività di abilitazione o di riabilitazione
- governo della casa – pulizia e riordino alloggio, rifacimento letto e cambio biancheria, lavaggio e stiratura biancheria, preparazione pasti, spese e rifornimenti vari
- vita di relazione – accompagnamenti o trasporti per esigenze socio-assistenziali, promozione e sostegno per l'accesso ad attività di socializzazione
- monitoraggio – monitoraggio in situazioni di fragilità o rischio, visita assistito in struttura, sorveglianza.

Il servizio di fornitura dei pasti a domicilio invece è destinato alle persone non in grado di provvedere autonomamente alla preparazione del pasto e prive di familiari o altri conoscenti in grado di provvedere a tale incombenza (art. 54). Esso viene erogato per il solo pranzo dalle giornate di lunedì a venerdì ma può essere esteso anche alla giornata di sabato (art.54).

Ad entrambi i servizi si accede previa valutazione dell'assistente sociale dell'area anziani del comune di residenza del richiedente ed entrambi i servizi sono soggetti a tariffa fissata annualmente dall'organo politico di governo dell'Ambito,

Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale. Le tariffe sono graduate in base alla condizione economica del beneficiario; si evidenzia, come risulta dalla deliberazione del comune di Tarcento n.30/20015 che stabilisce le tariffe ed i parametri per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni socio-assistenziali per l'anno 2015, che vi sono tariffe differenziate a seconda della tipologia di prestazioni del SAD ed in particolare:

- le prestazioni di cura della persona e vita di relazione vanno da una tariffa minima a prestazione di € 3,50 ad una tariffa massima di € 7,50
- la prestazione di attivazione di collaborazioni va da una tariffa minima a prestazione di € 3,00 ad una tariffa massima di € 6,00
- le prestazioni di attività informativa e formativa, governo della casa e monitoraggio vanno da una tariffa minima a prestazione di € 2,50 ad una tariffa massima di € 4,50
- la tariffa dei pasti a domicilio è pari ad € 8,15.

Il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito si caratterizza per essere un servizio di produzione, uno dei pochi esempi rimasti in Regione Friuli Venezia Giulia, mentre la consegna dei pasti a domicilio è stata esternalizzata.

Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale viene erogato nelle mattine dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 13.30 e nei pomeriggi di lunedì e mercoledì dalle ore 14.30 alle ore 16.30. Attualmente è allo studio l'apertura del servizio al sabato mattina.

4.4 I beneficiari, le prestazioni ed i costi del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale dell'Ambito Tarcentino

L'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino, come riporta la Tabella 2, si caratterizza per l'elevata percentuale di anziani, superiore al 26 % della

popolazione complessiva, e maggiore rispetto alla già elevata media regionale. La regione Friuli Venezia Giulia è infatti la seconda regione italiana, dopo la Liguria, con la maggiore percentuale di anziani rispetto alla popolazione residente.

Tabella 2 - popolazione anziana Ambito tarcentino

	totale popolazione	totale anziani	% anziani
Italia	60.795.612	13.219.074	21,7
Regione FVG	1.227.122	308.016	25,1
Ambito Tarcentino	41.363	10.807	26,1

dati ISTAT al 1° gennaio 2015 elaborazione TUTTITALIA.IT

Nella Tabella 3 si evidenzia la distribuzione della popolazione anziana negli 11 comuni che compongono l'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino.

Tabella 3 - percentuale popolazione anziana nei comuni dell'Ambito tarcentino

Comuni	totale popolazione	totale anziani	% anziani
Attimis	1.822	487	26,7
Cassacco	2.925	735	25,1
Faedis	3.001	758	25,3
Lusevera	661	209	31,6
Magnano in Riviera	2.339	603	25,8
Nimis	2.765	782	28,3
Povoletto	5.483	1.398	25,5
Reana del Rojale	5.014	1.221	24,4
Taipana	649	221	34,1

Comuni	totale popolazione	totale anziani	% anziani
Tarcento	9.081	2.450	27,0
Tricesimo	7.623	1.943	25,5
Totale	41.363	10.807	26,1

dati ISTAT al 1° gennaio 2015 elaborazione TUTTITALIA.IT

Come si può notare negli 11 comuni vi è una incidenza differenziata della popolazione anziana rispetto al totale dei residenti; si va dal 24,4% di anziani presenti nel comune di Reana del Rojale al 34,1 % di anziani presenti nel comune di Taipana. Si osserva inoltre che gli anziani presenti nei comuni dell'Ambito superano la media regionale in 9 comuni su 11 e questo avviene soprattutto nei comuni con territorio montano.

Gli anziani del territorio che usufruiscono del SAD sono in numero leggermente superiore alla media regionale, come si evidenzia nella Tabella 4, e questo potrebbe portare a pensare ad una correlazione diretta con il numero di anziani presenti nel territorio.

Tabella 4 - popolazione anziana con assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)

	totale popolazione	totale anziani	% anziani in SAD*
Italia	60.795.612	13.219.074	1,3
Regione FVG	1.227.122	308.016	2,3
Provincia Udine	536.180	133.749	3,3
Ambito Tarcentino	41.363	10.807	3,4

Dati 2015 ISTAT per Italia, Regione, Provincia, fonte interna per Ambito Tarcentino

*I dati nazionali, regionali e provinciali sono relativi a una rilevazione ISTAT del 2012

Ma se analizziamo i dati degli utenti anziani del SAD suddivisi a seconda dei comuni di residenza troviamo delle differenze molto marcate tra i singoli comuni. La percentuale degli utenti varia dall'1,5 all'8,1 della popolazione anziana residente, come riportato nella successiva Tabella 5.

Tabella 5 - popolazione anziana dell'Ambito Tarcentino con prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) suddivisa per comune di residenza anno 2015

Comuni	Totale anziani	utenti SAD	% anziani utenti SAD
Attimis	487	20	4,1
Cassacco	735	18	2,4
Faedis	758	40	5,3
Lusevera	209	4	1,9
Magnano in Riviera	603	9	1,5
Nimis	782	32	4,1
Povoletto	1.398	39	2,8
Reana del Roiale	1.221	55	4,5
Taipana	221	18	8,1
Tarcento	2.450	80	3,3
Tricesimo	1.943	53	2,7
Totale	10.807	368	3,4

Fonte interna Ambito Tarcentino

La comparazione delle Tabelle 4 e 5 evidenzia che non vi è una correlazione diretta tra la percentuale di anziani presenti in un comune e la percentuale di utenti del SAD; inoltre risulta evidente che lo sviluppo e l'utilizzo del servizio è molto differenziato seppur ci si trovi in presenza di una forma di gestione associata. A livello locale si riscontra la stessa differenziazione che si rileva a livello regionale tra i diversi Ambiti. In questo caso, come è emerso dall'intervista alla Responsabile dell'Ambito, la differenza che si riscontra tra i vari comuni è ascrivibile al diversa connotazione del servizio prima dell'avvio della gestione associata ed alle resistenze politiche e del personale transitato dai comuni alla dotazione organica aggiuntiva di Ambito a modificare il proprio modo di operare.

Come più avanti si dirà solo nel 2015 è stata effettuata la centralizzazione del Servizio.

La differenziazione del servizio socio-assistenziale tra i diversi comuni viene ulteriormente confermata se si vanno ad analizzare le prestazioni erogate, come emerge dalla successiva Tabella 6; non deve però trarre in inganno il fatto che il servizio di consegna pasti a domicilio non viene erogato in 2 degli 11 comuni dell'Ambito Socio-Assistenziale. Dall'intervista effettuata alla Responsabile dell'Ambito è emerso che l'assenza del servizio pasti nei comuni di Taipana e Lusevera è stata concordata dalla Responsabile dell'Ambito con i rappresentanti politici locali. Si tratta infatti di 2 comuni montani dal territorio esteso ed a bassa densità abitativa ed il loro inserimento nell'appalto del servizio consegna pasti a domicilio avrebbe portato ad un significativo aumento del costo unitario del pasto. Sono state pertanto individuate modalità alternative per erogare il servizio nei due comuni utilizzando al meglio le risorse presenti sul territorio. In particolare nel comune di Taipana i pranzi vengono assicurati da una casa famiglia per anziani mentre nel comune di Lusevera una locanda si è resa disponibile a fornire il servizio.

Tabella 6: prestazioni servizio di assistenza domiciliare suddivise per comune anno 2015¹⁴

Comuni	AC	AI	CP	GC	M	VR	P	totale prestazioni - pasti	totale prestazioni
Attimis	6	1	292	23	226	7	1868	555	2.423
Cassacco	4	1	232	0	348	23	1091	608	1.699
Faedis	51	1	1167	2	192	30	4502	1443	5.945
Lusevera	8	4	84	1	5	1	0	103	103

¹⁴ Legenda della Tabella 5: AC= attivazione di collaborazioni; AI= attività informativa; CP= cura della persona; GC=governo della casa, M=monitoraggio; VR= vita di relazione; P= pasti

Comuni	AC	AI	CP	GC	M	VR	P	totale prestazioni - pasti	totale prestazioni
Magnano in Riviera	8	0	99	0	10	10	601	127	728
Nimis	27	2	873	1	94	5	2496	1002	3.498
Povoletto	8	0	1166	1	485	5	2518	1665	4.183
Reana del Roiale	42	23	2089	0	1043	11	4386	3208	7.594
Taipana	9	0	379	32	118	6	0	544	544
Tarcento	80	1	3136	215	319	38	3654	3789	7.443
Tricesimo	24	2	2564	33	333	58	1947	3014	5.800
Totale	305	105	12.621	397	3.817	294	23.063	16.058	39.121

Fonte interna dati Ambito 2015

Dalla lettura dei dati della Tabella 6 emerge che la cura della persona e la consegna pasti a domicilio sono le prestazioni maggiormente erogate in tutti i comuni. Quanto al numero medio di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale erogate annualmente la Tabella 7 evidenzia che tale numero è basso e, seppur con alcune differenze tra i comuni, raggiunge al massimo 1,5 prestazione settimanale.

Tabella 7: numero medio prestazioni di assistenza domiciliare per utente anno 2015

Comuni	utenti	prestaz.	Media prestazioni
Attimis	17	555	33
Cassacco	13	608	47
Faedis	28	1443	52
Lusevera	4	103	26
Magnano in Riviera	6	127	21

Comuni	utenti	prestaz.	Media prestazioni
Nimis	26	1002	39
Povoletto	30	1665	56
Reana del Roiale	41	3208	78
Taipana	18	544	30
Tarcento	62	3789	61
Tricesimo	46	3014	66
Totale	291	16058	55

Fonte interna dati Ambito 2015

Invece il numero medio di pasti erogato dai comuni ai singoli utenti, riportato nella successiva Tabella 8 risulta più significativo e si attesta su una media di poco meno di 4 pasti settimanali consegnati ad utente.

Tabella 8: numero medio pasti consegnati per utente anno 2015

Comuni	utenti	pasti	media pasti
Attimis	8	1868	234
Cassacco	8	1091	136
Faedis	18	4502	250
Lusevera	0	0	0
Magnano in Riviera	3	601	200
Nimis	9	2496	277
Povoletto	14	2518	180
Reana del Roiale	18	4386	244
Taipana	0	0	0

Comuni	utenti	pasti	media pasti
Tarcento	23	3654	159
Tricesimo	12	1947	162
Totale	113	23.063	204

Fonte interna dati Ambito 2015

I valori medi sopra riportati per le due diverse tipologie di servizi non escludono ovviamente che ci siano dei casi che presentano una intensità nella presa in carico molto differenziata a seconda dei bisogni delle famiglie. Dall'intervista con la Coordinatrice Tecnica è emerso che la priorità nella presa in carico viene data agli anziani multiproblematici dimessi dagli ospedali ed agli anziani malati oncologici terminali.

Il numero delle prestazioni medie del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è strettamente correlato al fatto che tale servizio è interamente prodotto dall'Ambito. Come emerge dall'intervista con la Responsabile dell'Ambito negli anni l'organico si è mantenuto inalterato così come è risultato costante nel tempo il numero medio degli utenti; questi elementi giustificano la bassa intensità attuale del servizio. Delle 48 persone che compongono la dotazione organica dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino 35 sono coinvolte, a vario titolo e con intensità diversa, nella programmazione ed erogazione del SAD. In particolare il servizio viene erogato quotidianamente dalle 22 assistenti domiciliari presenti, tutte dotate di specifica qualifica per lo svolgimento della mansione.

Si è inoltre calcolato che il numero medio annuo di ore di servizio erogate per utente è pari a 106. Questo monte ore è comprensivo delle ore di calendarizzazione settimanale, della visita domiciliare effettuata dall'assistente domiciliare referente prima dell'attivazione di ogni caso oltre che delle ore indirette a vario titolo lavorate dalle assistenti domiciliari.

L'analisi del costo medio per utente del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è stata effettuata considerando:

- costi del personale assistenziale, amministrativo e sociale che a vario titolo interviene per la sua realizzazione;
- costi del vestiario e dei dispositivi di protezione individuale;
- costi dei pasti;
- costi della sede del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- quota parte dei costi degli automezzi;
- quota parte dei costi delle assicurazioni e dei telefoni/ abbonamenti dei cellulari di servizio;
- quota parte delle spese generali.

Dai dati è emerso un costo complessivo del servizio per l'anno 2015, per complessivi 423 utenti tra adulti ed anziani, pari ad € 948.710,55 da cui discende un costo medio per utente pari ad € 2.242,81.

Come si evince dai dati raccolti il SAD erogato dall'Ambito Tarcentino è un servizio in genere "leggero" che affianca la famiglia o il personale privato impegnato nella cura domiciliare dell'anziano non autosufficiente. La sua funzione principale di fatto è quella di monitorare complessivamente l'andamento della gestione assistenziale domiciliare della persona non autosufficiente. Il SAD, come riporta la Responsabile di Ambito, ha il compito di sostenere ed accompagnare da vicino continuativamente la famiglia, rassicurarla anche in virtù della propria natura pubblica e segnalare tempestivamente all'assistente sociale gli eventi significativi che si verificano. La natura pubblica del servizio secondo la Responsabile dell'Ambito e la Coordinatrice Tecnica rappresenta un valore aggiunto per instaurare un rapporto di fiducia con l'utenza.

E' interessante poi rilevare che dei 368 utenti che nel 2015 hanno fruito del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale in 27, pari al 7,3%, hanno fruito anche dei contributi del fondo per l'autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine a testimoniare come nei casi più gravi il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è stato affiancato dalle assistenti sociali da benefici economici importanti finalizzati ad aiutare economicamente la famiglia a

mantenere al domicilio l'anziano non autosufficiente. La Responsabile dell'Ambito riconosce come sempre di più solo con un sapiente mix di servizi e benefici economici pubblici e privati è possibile raggiungere l'obiettivo originale che si poneva il SAD negli anni '80 ovvero il mantenimento a domicilio delle persone anziane non autosufficienti. Purtroppo si rileva che al momento dell'indagine sono presenti liste di attesa nell'Ambito socio-Assistenziale Tarcentino sia per l'erogazione del SAD che del Fondo per l'autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine a testimoniare come le risorse pubbliche attualmente disponibili in Regione non riescano a coprire i bisogni del sempre maggior numero di anziani non autosufficienti presenti.

4.5 I cambiamenti organizzativi in corso nel servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

Il SAD erogato dall'Ambito Tarcentino, seppur all'interno dei rigidi vincoli di organico, si sta modificando per recuperare efficienza e cercare di rispondere meglio alle esigenze dell'utenza; i cambiamenti apportati al servizio sono registrati nel documento del piano di zona locale dal quale emergono chiare le linee di sviluppo e di trasformazione del Servizio Sociale in generale e del SAD in particolare.

Nel documento del Piano di Zona 2013 - 2015 dell'Ambito Socio-Assistenziale del Tarcentino¹⁵ tra le problematiche maggiori relative all'area anziani viene rilevata la difficoltà di rispondere alla complessità dei bisogni assistenziali e sanitari degli anziani con il solo servizio di assistenza domiciliare sebbene questo venga realizzato in modo integrato con il Distretto Sanitario. Si sottolinea la necessità di migliorare la qualità dei servizi offerti al fine di mantenere il più possibile le persone nel loro contesto abitativo senza dimenticare al contempo la necessità di promozione della salute e della prevenzione della disabilità.

¹⁵ il documento del piano di zona 2013 - 2015 dell'Ambito Socio-Assistenziale del Tarcentino è disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ambitotarcento.it/wp-content/uploads/2012/10/Piano-di-zona-2013-2015.pdf>

In questo triennio per migliorare il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale l'Ambito è intervenuto con importanti modifiche, come si rileva nei documenti allegati al piano di zona relativi alle programmazioni attuative annuali ed ai rendiconti delle programmazioni degli anni 2013 e 2014¹⁶. In sintesi:

- nel 2013 è stata pianificata la gestione centralizzata del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, condivisa con l'organo politico dell'Ambito, ed è stata individuata la nuova sede centralizzata del servizio presso il comune di Nimis
- nel 2014 è stata progettata nel dettaglio la centralizzazione del servizio; sono state individuate le procedure ed i compiti delle assistenti domiciliari, e delle assistenti sociali coinvolte nel progetto. Come principale elemento innovativo organizzativo si è stabilito di suddividere le assistenti domiciliari in 3 equipè territoriali, ciascuna operante in un'area specifica composta da 3-4 comuni. Questo al fine di introdurre maggiore flessibilità nel servizio e superare la rigida modalità di gestione del personale assistenziale che lo vedeva impegnato fino ad allora ad operare esclusivamente nel comune in cui era incardinato in ruolo prima della gestione associata e della costituzione della dotazione organica aggiuntiva di Ambito
- nel 2014 è stata valutata l'utilità dell'utilizzo dell'applicativo informatico INSOFT, introdotto nel 2013 con lo scopo di rendere più efficiente la gestione amministrativa di tutti i servizi erogati dall'Ambito, per la pianificazione del Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale . E' stato inoltre avviato l'utilizzo dell'applicativo gestionale per il servizio consegna pasti a domicilio

¹⁶ I singoli documenti citati sono scaricabili dalla pagina del sito dell'Ambito distrettuale dedicata al piano di zona all'indirizzo internet: http://www.ambitotarcento.it/?page_id=16

- nel 2015 è stata avviata la gestione centralizzata del SAD ed è stata avviata la sperimentazione dell'utilizzo dei palmari da parte delle assistenti domiciliari.

Come si può osservare si tratta di modifiche organizzative importanti che permettono al servizio di recuperare efficienza con una migliore distribuzione delle risorse. Trattandosi di modifiche in corso di sperimentazione non è ancora possibile misurare l'impatto che stanno avendo in termini quantitativi sul SAD anche se il fatto che non venga numericamente modificato l'organico lascia pensare che il servizio continuerà a mantenere un ruolo di affiancamento "leggero" della famiglia sulle cui spalle ricade l'onere principale della cura per la permanenza a domicilio dell'anziano.

4.6 L'analisi del servizio secondo la prospettiva della teoria capitale intellettuale

Lo studio di caso in oggetto risulta interessante in quanto finora vi sono poche esperienze a livello internazionale che analizzano servizi afferenti alla categoria dei servizi sociali pubblici nella prospettiva della teoria del capitale intellettuale. Come abbiamo già esplicitato l'analisi di un servizio nella prospettiva del capitale intellettuale indaga gli elementi intangibili del servizio raggruppati secondo la tripartizione di capitale umano, strutturale e relazionale nonché le loro interrelazioni. Di seguito si riportano le considerazioni emerse dalle interviste con la Responsabile di Ambito, la Referente Amministrativa e l'assistente sociale Coordinatrice Tecnica del SAD.

a) capitale umano

Le considerazioni relative al capitale umano che seguono sono emerse in maniera compiuta soprattutto durante l'intervista con la Responsabile dell'Ambito che pur non avendo conoscenza di come la teoria del capitale intellettuale raggruppa gli elementi intangibili ha evidenziato chiarezza e completezza di

visione rispetto alla loro importanza e necessità di gestione all'interno del SAD. A partire dalla scelta di non esternalizzare il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale tutte le altre scelte effettuate, così come i tempi dei cambi organizzativi sono stati dettati dalla Responsabile dell'Ambito tenendo in grande considerazione gli esiti raggiungibili in termini di valore prodotto dal capitale umano. Vi è la consapevolezza che il capitale umano è la risorsa determinante per la produzione di valore nel servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale. A partire dal momento dell'assunzione e per il periodo della permanenza in servizio le risorse umane vengono monitorate e "manutenute" in questa prospettiva. La Responsabile dell'Ambito ha esplicitato con chiarezza quelle che ritiene siano le competenze ed abilità principali da affiancare alle conoscenze professionali che il personale "tecnico" che si occupa di assistenza domiciliare socio-assistenziale deve possedere e che sono differenziate a seconda delle figure professionali nella ripartizione che segue:

- le assistenti sociali si devono caratterizzare per la loro capacità di progettare valorizzando la rete relazionale del territorio e dell'utente, di lavorare in equipe multiprofessionali, di relazionarsi correttamente con i colleghi e di coinvolgere familiari ed anziani
- le assistenti domiciliari devono essere empatiche, avere buona capacità di valutazione delle situazioni combinata alla capacità di lavorare in autonomia, di relazionarsi con i colleghi e di collaborare con gli altri professionisti impegnati sul caso.

Per stabilire il possesso o meno delle competenze ed abilità considerate essenziali per la produzione di valore nel servizio è ritenuto molto importante il momento della selezione del personale da assumere. Pur non avendo conoscenze specifiche relative alle tecniche per la valutazione del personale in sede di assunzione la Responsabile dell'Ambito, alla luce anche dell'esperienza maturata negli anni in commissioni che vedevano la presenza di psicologi del lavoro, si è dimostrata una abile selezionatrice di personale. Nella valutazione dell'aspirante collaboratore

ricoprono un ruolo determinante per la Responsabile dell'Ambito le caratteristiche personali, indicative della possibilità o meno del soggetto in valutazione di integrarsi senza traumi nel gruppo di lavoro costituito; qualora ci siano dubbi in merito la Responsabile dell'Ambito sceglie di non coprire la posizione lavorativa. Non sono infatti rari i casi nel servizio sociale tarcentino in genere e nello specifico nel SAD in cui un posto in organico è rimasto vacante, anche per molti mesi, in attesa di individuare la persona "giusta" per far parte del gruppo. Questo presuppone tra le altre cose un forte riconoscimento della Responsabile dell'Ambito da parte del gruppo di lavoro delle assistenti sociali e domiciliari afferente al servizio che accetta e condivide, ciascuno per la propria parte, di sobbarcarsi per un periodo anche lungo un carico di lavoro supplementare pur di mantenere il gruppo di lavoro coeso ed omogeneo. Stesso discorso può essere riferito anche ai politici rappresentanti delle singole amministrazioni impegnate nella gestione associata che non "stressano" la Struttura con pressioni di vario tipo.

Successivamente al momento dell'assunzione la Responsabile dell'Ambito monitora direttamente, e con il supporto della Coordinatrice Tecnica, il percorso di inserimento del personale del SAD e le sue potenzialità. I momenti di incontro formali ed informali sono considerati ottime occasioni, così come i percorsi di formazione realizzati insieme, per capire le potenzialità e le attitudini dei dipendenti e cercare di conseguenza di trovare loro la migliore collocazione all'interno dell'organizzazione. Queste valutazioni competono alla Responsabile dell'Ambito che, pur condividendo le proprie impressioni con la Coordinatrice Tecnica, decide in prima persona gli spostamenti interni del personale. E' di poco tempo fa il cambio di profilo di una assistente domiciliare che è diventata collaboratrice amministrativa a fronte delle competenze ed abilità espresse. Queste attenzioni contribuiscono in maniera significativa a motivare il personale.

Inoltre la Responsabile dell'Ambito ritiene molto importante che gli operatori stiano bene nel servizio e non si sentano soli nel loro operare quotidiano pertanto viene posta molta attenzione agli incontri periodici di lavoro ed alle occasioni di confronto formale ed informale. Dall'intervista emerge che nell'attuale fase di trasformazione del SAD, da poco tempo centralizzato, il gruppo delle assistenti domiciliari, seppur

coinvolto nel cambiamento, stia esprimendo delle difficoltà ad operare nella nuova modalità di gestione. Il clima organizzativo del servizio, solitamente buono, si sta in parte deteriorando, secondo la Responsabile dell'Ambito, a causa della difficoltà ad accettare il cambiamento; la constatazione di questa situazione l'ha portata ad organizzare in tempi brevi un percorso di formazione mirato per aiutare il gruppo a superare l'ostacolo.

L'attenzione al benessere del personale viene ricambiata con un livello di fedeltà al servizio molto alto che si esprime con un turn over del personale vicino allo zero. Il personale assistenziale e sociale che chiede di lasciare il servizio per mobilità verso altro ente è pari ad 1 unità negli ultimi 5 anni. Si è appurato che il personale che lavora al SAD non sempre abita vicino al posto di lavoro, elemento questo che potrebbe incidere in modo significativo sul ridotto numero di richieste di mobilità. Un dato di turn over analogo inoltre si riscontra in tutti i servizi e per tutte le professionalità presenti nell'Ambito Tarcentino.

Per quanto riguarda l'interessamento al SAD da parte dell'Assemblea dei Sindaci, organo di indirizzo politico e di alta amministrazione dell'Ambito Socio-Assistenziale, emerge dall'intervista alla Responsabile dell'Ambito che l'Assemblea dei Sindaci non chiede/ricive mai durante l'anno informazioni sull'andamento del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale nemmeno in sede di approvazione del bilancio di esercizio. Ogni forma di controllo sugli esiti raggiunti dal servizio è di fatto completamente lasciata alla struttura tecnica. Solo nel 2013 la Responsabile dell'Ambito ha coinvolto l'Assemblea dei Sindaci per l'approvazione della riorganizzazione del servizio che ha comportato l'acquisizione di nuovi locali per la costituzione di una sede unica del SAD.

b) capitale strutturale

Come abbiamo già evidenziato il SAD dal 2015 ha modificato la propria organizzazione e vi è stata:

- l'apertura di una sede logistica unica

- la riorganizzazione su tre territori delle assistenti domiciliari (aree di lavoro) con conseguente ripianificazione di sostituzioni, affiancamenti ed urgenze
- la centralizzazione di tutte le fasi di gestione e di coordinamento del servizio
- la separazione tra gli aspetti professionali, attribuiti alle assistenti sociali responsabili dei casi e gli aspetti esecutivi di realizzazione degli interventi attribuiti alla centrale operativa gestita dalla Coordinatrice Tecnica del Servizio
- la centralizzazione delle procedure amministrative e dei rapporti amministrativi ed operativi con l'utenza ed i familiari
- l'accentuazione dello scambio informativo informatizzato.

Dal 2013 l'aumento generale del carico di lavoro nell'Ambito Socio-Assistenziale ha portato la Responsabile ed i suoi più stretti collaboratori a ricercare un aiuto nella tecnologia per snellire il più possibile i tempi di lavoro. E' di quel periodo la scelta di dotare le assistenti domiciliari di palmari e l'acquisizione del programma SOCIALIS sviluppato da una azienda friulana e calibrato sulle esigenze specifiche dei servizi sociali pubblici gestiti in forma associata. Il programma ha il compito di colmare le lacune gestionali dell'applicativo cartella sociale informatizzata regionale in un ottica di sistema in cui ai dati professionali si affiancano quelli amministrativi e quelli economici.

Come già accennato dal 2015 è avviata la sperimentazione per le assistenti domiciliari dell'uso di palmari collegati al programma SOCIALIS con l'obiettivo di tracciare in modo semplice e rapido la realizzazione delle prestazioni quotidiane semplificando al contempo la fatturazione delle stesse agli utenti. Il Servizio come si rileva dall'intervista ad oggi non ha ancora una banca dati unitaria di tutte le informazioni che sta comunque formando utilizzando al meglio il programma SOCIALIS. Tutti gli altri programmi in uso nel Servizio sono quelli genericamente usati dal Comune di Tarcento che funge da Ente gestore dell'Ambito Socio-Assistenziale.

La riorganizzazione in corso ha portato anche ad una analisi di tutte le procedure in essere amministrative e professionali e ad un loro aggiornamento. Se dal punto di vista della formalizzazione delle procedure il SAD non è ancora a regime e non vi sono standard "tecnici e professionali" di erogazione del servizio dall'intervista con la Coordinatrice Tecnica è emerso che le prassi operative sono consolidate e condivise da tutto il gruppo delle assistenti sociali.

Quanto alla cultura organizzativa dominante tutte le interviste effettuate evidenziano che nel servizio è diffusa una cultura cooperativa basata sulla larga partecipazione alle decisioni o alle iniziative organizzative, sul lavoro di gruppo, sulle comunicazioni di tipo informale, e su livelli gerarchici ridotti. Tale cultura è perseguita con diverse azioni di sostegno, anche ricreative, realizzate fuori dall'ambiente di lavoro.

c) capitale relazionale

Le considerazioni relative al capitale relazionale che seguono sono emerse durante l'intervista con la Responsabile dell'Ambito e con la Coordinatrice Tecnica; entrambe hanno evidenziato con chiarezza il ruolo molto importante che nei servizi sociali in genere e nel SAD in particolare rivestono e relazioni che intercorrono tra i diversi soggetti, pubblici e privati.

La Direzione Regionale delle Politiche Sociali non presta da anni, secondo la Responsabile dell'Ambito, attenzione al SAD; non sono attivi tavoli di lavoro finalizzati a uniformare e meglio definire il servizio sul territorio regionale e non vengono realizzate raccolte dati specifiche.

Nel piano di zona locale, luogo primario in cui si realizza la programmazione partecipata delle politiche locali a favore degli anziani non autosufficienti non si è parlato con gli *stakeholders* del ruolo e degli obiettivi del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale; il servizio è ritenuto patrimonio assodato del territorio ed in qualche modo, secondo la Responsabile dell'Ambito, viene dato per scontato. Inoltre i rapporti da sempre ottimi con il Distretto Sanitario agevolano il confronto tra i due attori istituzionali ed i rapporti personali creatisi da tempo tra i professionisti non fanno sentire l'assenza di procedure codificate. Le

associazioni di volontariato però realizzano in diversi comuni prestazioni aggiuntive, in particolare trasporti, per anziani che possono beneficiare anche del SAD. In questi casi è compito dell'assistente sociale responsabile del caso coordinare gli interventi e tenere i rapporti con le associazioni.

Non è presente nel SAD una procedura per raccogliere i reclami degli utenti ma la soddisfazione dei beneficiari del servizio erogato viene monitorata tutti gli anni con un breve questionario. Gli esiti sono sempre molto positivi e oltre l'80% degli intervistati giudica il servizio ottimo o buono. Nonostante questo dato incoraggiante dal confronto costante tra le assistenti domiciliari, le assistenti sociali, la stessa Responsabile di Ambito con gli utenti ed i loro familiari, portatori di bisogni sempre più complessi, è nata la decisione di valutare l'ampliamento del servizio SAD al sabato mattina. Al momento della stesura della ricerca sono in corso gli incontri tra i diversi professionisti.

Infine dal punto di vista della comunicazione esterna il servizio non riveste particolare interesse e non sono state riscontrate notizie in merito sui media e nemmeno i rappresentanti politici hanno mai espresso attenzione a questo aspetto.

5 Conclusioni

Lo studio di caso mostra alcuni interessanti primi risultati legati all'applicazione della teoria del capitale intellettuale ad un servizio sociale pubblico.

E' emerso chiaramente che gli *intangibles* hanno una importanza primaria nella produzione di valore nel servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e che il management dell'Ambito Socio-Assistenziale Tarcentino ha messo in atto misure seppur "artigianali" per gestirlo. Si è evidenziato che la Struttura presta molta attenzione a valorizzare il capitale personale anche alla luce della formazione e cultura organizzativa proprie delle assistenti sociali che ricoprono il ruolo di Responsabile di Ambito e Coordinatrice Tecnica. Parallelamente si è visto che una minore attenzione per la componente strutturale del capitale intellettuale può essere collegata alla mancanza di specifica formazione manageriale delle stesse. L'analisi del capitale relazionale ha evidenziato invece come il servizio sia di fatto considerato scontato e assodato dagli attori del territorio pubblici e privati.

Questa percezione condivisa dai diversi Responsabili apre una riflessione sul ruolo attuale che il servizio ricopre nella programmazione e realizzazione nella rete integrata degli interventi e servizi sociali. Se da un lato è assodato, come evidenziano le politiche europee ma anche le ultime produzioni legislative della Regione Friuli Venezia Giulia, che l'assistenza sociale deve trasformarsi per far fronte alle nuove richieste di un contesto che si sta modificando rapidamente tuttavia la ricerca evidenzia che il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è al momento di fatto estraneo a queste trasformazioni complessive e che i servizi sociali pubblici a sostegno degli anziani non autosufficienti che si trovano a domicilio sono ormai saturi a fronte della aumentata platea dei richiedenti.

6 Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella stesura della tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la mia gratitudine, anche se a me spetta la responsabilità per ogni errore contenuto in questa tesi.

Ringrazio anzitutto il prof. Andrea Garlatti per il supporto e la guida durante tutte le fasi del lavoro.

Proseguo ringraziando la dott.ssa Anna Mansutti, Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni dell'ambito Distrettuale n. 4.2 del Tarcentino, e tutti i suoi collaboratori per la disponibilità e l'entusiasmo dimostrati nella realizzazione di questo lavoro.

Concludo con un ringraziamento particolare al prof. Salvatore Russo, Direttore del Master, che per tutto il percorso di studi ha garantito un dialogo proficuo e molto stimolante.

Bibliografia

- Autosufficienza, N. N. (2015). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5°Rapporto. Maggioli Ed Sant'Arcangelo di Romagna.
- Bailey, K. D., & Rossi, M. (1995). *Metodi della ricerca sociale*. Bologna: Il mulino.
- Battistella, A., De Ambrogio, U., & Ranci Ortigosa, E. (2004). Il piano di zona. *Carocci Faber, Roma*.
- Bertini U. (1995). Scritti di politica aziendale.
- Bontis, N. (2001). Assessing knowledge assets: a review of the models used to measure intellectual capital. *International journal of management reviews*, 3(1), 41-60.
- Bontis, N., Chua Chong Keow, W., & Richardson, S. (2000). Intellectual capital and business performance in Malaysian industries. *Journal of intellectual capital*, 1(1), 85-100.
- Bontis, N. (1999). Managing organisational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field. *International Journal of technology management*, 18(5-8), 433-462.
- Bontis, N. (1998). Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models. *Management decision*, 36(2), 63-76.
- Borgonovi, E. (2005). Principi e sistemi aziendali per le pubbliche amministrazioni. *Milano: Egea*.
- Borgonovi, E. (2001). Il concetto di valore pubblico. *Azienda pubblica*, 2(3), 185-188.
- Borzaga, C. (2000). Fazzi L. *Azione volontaria e processi di trasformazione del settore nonprofit*, Francoangeli.
- Brooking, A. (1996). *Intellectual capital*. Cengage Learning EMEA.
- Cabrita, M. D. R., & Bontis, N. (2008). Intellectual capital and business performance in the Portuguese banking industry. *International Journal of Technology Management*, 43(1-3), 212-237.
- Caruso, E., Gori, C., Pelliccia, L., & Pesaresi, F. (2013). 7. Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 137.
- Chen, J., Zhu, Z., & Yuan Xie, H. (2004). Measuring intellectual capital: a new model and empirical study. *Journal of Intellectual capital*, 5(1), 195-212.
- Chiocchi, M. S. (2004). *Sistemi di misurazione e di reporting del capitale intellettuale: criticità e prospettive*. G. Giappichelli.

- Choo, C. W., & Bontis, N. (2002). *The strategic management of intellectual capital and organizational knowledge*. New York: Oxford University Press.
- Corbetta, P. (1999). Metodologia e tecniche della ricerca sociale.
- Davenport, Thomas H., and Laurence Prusak. *Il sapere al lavoro: come le aziende possono generare, codificare e trasferire conoscenza*. Etas, 2000.
- Donolo, C. (2005). Dalle politiche pubbliche alle pratiche sociali nella produzione di beni pubblici? Osservazioni su una nuova generazione di policies. *Stato e mercato*, 25(1), 33-66.
- Edvinsson, L., & Malone, M. S. (1997). Intellectual Capital: Realizing Your Company's True Value by Finding Its Hidden Brainpower.
- Folgheraiter, F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete* (Vol. 5). Edizioni Erickson.
- Frankfort-Nachmias, C. (1992). Nachmias. *D. Research methods in the social sciences*. London: Edward Arnold.
- Gori, C., & Casanova, G. (2009). 2. I servizi domiciliari. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 35.
- Gori, C., & Lamura, G. (2009). 1. Lo scenario complessivo. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 17.
- Guerrero, I. (2003). How do firms measure their intellectual capital? Defining an empirical model based on firm practices. *International Journal of Management and Decision Making*, 4(2-3), 178-193.
- Kaufmann, L., & Schneider, Y. (2004). Intangibles: a synthesis of current research. *Journal of Intellectual Capital*, 5(3), 366-388.
- Kazepov, Y., & Barberis, E. (2008). La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa: alcune riflessioni sui processi di rescaling e governance. *La rivista delle politiche sociali*, 3, 51-75.
- Kujansivu, P., & Lönnqvist, A. (2009). Measuring the impacts of an IC development service: The case of the Pietari business campus. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 7(4), 469-480.
- Kong, E. (2010). Innovation processes in social enterprises: an IC perspective. *Journal of Intellectual Capital*, 11(2), 158-178.
- Kong, E. (2008). The development of strategic management in the non - profit context: Intellectual capital in social service non - profit organizations. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 281-299.

- Kong, E., & Prior, D. (2008). An intellectual capital perspective of competitive advantage in nonprofit organisations. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 13(2), 119-128.
- Kristoffersen, L., & Singh, S. (2004). Successful application of a customer relationship management program in a nonprofit organization. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 12(2), 28-42.
- Luthy, D. H. (1998, August). Intellectual capital and its measurement. In *Proceedings of the Asian Pacific Interdisciplinary Research in Accounting Conference (APIRA), Osaka, Japan* (pp. 16-17).
- Martelli, A. (2006). La regolazione locale delle politiche sociali. *Un percorso d'analisi*.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2000). Burnout e organizzazione. *Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Edizioni Erickson.
- Merton, R. K. (1968). Teoria e struttura sociale (1949), il Mulino.
- Moreno, L., & Salido, O. (2006). Famiglia e welfare in Spagna.
- Mussari, R. (2002). *Economia dell'azienda pubblica locale*. Cedam.
- Mussari, Riccardo (1994). *Il management delle aziende pubbliche: profili teorici*. Cedam.
- Paolone, G. (2006). *I principi dell'economia aziendale*. Sistemi editoriali.
- Pettinari, G. (2007). L'analisi e la misurazione del capitale intellettuale negli enti locali.
- Pioggia, A. (2014). *Diritto sanitario e dei servizi sociali*. G Giappichelli Editore.
- Pomardi, B., & Galeotti, M. (2010). Gli anziani in Italia: aspetti demografici e sociali ed interventi pubblici-.
- Ramírez, Y. (2010). Intellectual capital models in Spanish public sector. *Journal of Intellectual Capital*, 11(2), 248-264.
- Rebora, G. (1999). Un decennio di riforme. *Nuovi modelli organizzativi e pro*.
- Roos, G., Bainbridge, A., & Jacobsen, K. (2001). Intellectual capital analysis as a strategic tool. *Strategy & Leadership*, 29(4), 21-26.
- Roos, J. (1998). *Intellectual capital: navigating in the new business landscape*. NYU Press.
- Roos, J., Roos, G., Dragonetti, N. C., & Edvinsson, L. (1997). Intellectual capital. *Mac Millan Business, England*.
- Sherman, R. R., & Webb, R. B. (1988). *Qualitative research in education: Focus and methods* (Vol. 3). Psychology Press.

Snyder, H. W., & Pierce, J. B. (2002). Intellectual capital. *Annual review of information science and technology*, 36(1), 467-500.

Sostero, U. (2003). L'economicità delle aziende. *Giuffrè, Milano*.

Stewart, T. A. (2007). *The wealth of knowledge: Intellectual capital and the twenty-first century organization*. Crown Business.

Stewart, T., & Ruckdeschel, C. (1997). Intellectual capital: The new wealth of organizations: Wiley Online Library.

Subramaniam, M., & Youndt, M. A. (2005). The influence of intellectual capital on the types of innovative capabilities. *Academy of Management Journal*, 48(3), 450-463.

Sveiby, K. E. (1997). *The new organizational wealth: Managing & measuring knowledge-based assets*. Berrett-Koehler Publishers.

Vandelli, L. (2000). *Il governo locale: [il luogo più vicino dove fare sentire la nostra voce]*. Il mulino.

Yin, R. K., & Pinnelli, S. (2005). *Lo studio di caso nella ricerca scientifica: progetto e metodi*. Armando.

Yin, R. (2003). K.(2003). Case study research: Design and methods. *Sage Publications, Inc*, 5, 11.

Yin, R. (1994). Case study research: Design and methods . Beverly Hills.