



Comune di Aosta
Assessorato alle Politiche Sociali
Corso Padre Lorenzo, 29
11100 Aosta
Tel. 0165/300200
e-mail: anziani@comune.aosta.it



Comune di Aosta
Piazza Chanoux, 1
11100 Aosta
Tel. 0165/300446 e 0165/300476
e-mail: pianodizona@comune.aosta.it

Progetto “Dynamo / Dinamo”



FORMULARIO PROGETTO

1) TITOLO

Dynamo / Dinamo

2) ANALISI DEL CONTESTO SOCIALE DI RIFERIMENTO e DEFINIZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE

La presente proposta progettuale, in termini generali, è rivolta a rafforzare le reti di fronteggiamento delle complesse problematiche che riguardano la condizione di quelle persone anziane e/o con gravi patologie (ad esempio Morbo di Alzheimer, disturbi psichiatrici, malattie neurologiche degenerative) che maggiormente presentano, anche in relazione all'avanzare dell'età, rischi di fragilità e/o di perdita dell'autosufficienza. Si tratta di un'iniziativa che tende ad investire su tali problematiche prevalentemente in via *indiretta*, non prevedendo veri e propri interventi di servizio, rivolti ai cosiddetti beneficiari finali, bensì azioni centrate sulle *relazioni di cooperazione tra attori diversi della comunità*. La strategia progettuale, dunque, pur guardando evidentemente a quei cittadini (beneficiari finali) che vivono situazioni di difficoltà, in relazione a fattori diversi (invecchiamento, isolamento, ecc.), si concentra sul raggiungimento di risultati di *processo*, che toccano direttamente i cosiddetti *beneficiari intermedi*, nella loro funzione *strumentale* di supporto ai destinatari finali.

E' questa logica, peraltro, che ha ispirato la scelta del titolo del progetto, perché la *dinamo* è quel dispositivo che trasforma energia meccanica in energia elettrica e richiama dunque metaforicamente l'idea di partire dalle azioni (i movimenti) di ogni singolo attore per integrarne l'apporto in una prospettiva di valore aggiunto, in grado di sostenere processi di miglioramento ed innovazione della rete di servizi (luce/creatività).

Ci sembra comunque importante iniziare a contestualizzare l'impianto che intendiamo mettere in campo evidenziando (parte A qui di seguito) le caratteristiche salienti delle persone cui idealmente ci rivolgiamo come utenti dei servizi, utilizzando in tal senso alcune fonti disponibili. Poi (parte B), concentriamo l'attenzione sulle reti di supporto esistenti, cercando di delinearne i tratti principali. Infine (parte C), proviamo a ricomporre un quadro d'insieme, mettendo a fuoco in particolare le criticità dalle quali abbiamo tratto spunto per articolare il progetto. Nell'ultima parte (parte D) si chiarisce l'aspetto della "localizzazione" del progetto, coincidente con l'intero territorio comunale, e soprattutto se ne motiva la scelta.

Parte A – Caratteristiche e bisogni dell'utenza

La condizione anziana

Un primo sguardo può essere portato sulla condizione delle persone anziane, ai fini di richiamare in termini necessariamente sintetici (anche perché si tratta in ogni caso di elementi noti) alcune tendenze qualitative che ci sembra giustifichino l'investimento progettuale che stiamo prefigurando.

1. Il processo di invecchiamento della popolazione è un *trend* costante, da leggersi anche in relazione alla modifica della sua composizione interna (crescita delle fasce d'età più elevate¹). Le statistiche, com'è noto, pongono in risalto il peso demografico che le persone anziane hanno gradualmente assunto, con le conseguenti ricadute sulla tipologia di bisogni e problematiche cui i servizi si devono prendere carico ed anche sulla spesa assistenziale dedicata². I dati indicano anche che, in proiezione futura, tale rilevanza sarà ulteriormente confermata (cfr. su questo, ad esempio, ISTAT/DEMO, *Lo scenario demografico 2005-2050 secondo l'ISTAT*, Roma);
2. Come si può osservare nella tabella sottostante, dal punto di vista demografico, il territorio comunale di Aosta evidenzia elementi caratteristici, esprimendo indici di invecchiamento più elevati di quelli medi dell'intera regione (si riporta anche il dato nazionale per un raffronto di massima)³.

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
Italia (2006)	141.7	51.6
Valle d'Aosta (2006)	152.6	51.2
Aosta (2006)	197.1	56.2
Aosta (2009)	194.6	58,3

Fonte: OREPS, Quarto rapporto 2008 e Annuario statistico Comune di Aosta

Al di là del fatto che i parametri segnalano un miglioramento nel 2009 rispetto al 2006, probabilmente causato dall'incidenza di una maggiore presenza di persone straniere, rimane evidente un sostanziale divario, particolarmente chiaro se si osserva l'indice di vecchiaia. Un ulteriore significativo raffronto può essere fatto rispetto alla distribuzione della popolazione di 75 anni e + (vedi tabella di seguito), con riferimento ai diversi sub ambiti regionali

%	Sub – ambito 1			Sub – ambito 2				Sub – ambito 3			Sub – ambito 4		VdA
	Valdigne	Gran Paradis	Tot.	Aosta	Gran Combin	Mont Emilius	Tot.	Monte Carvino	Mont Rosa	Evanccon	Walsor Alta Valle Lys	Tot.	
>75 anni	8,3	9,1	8,8	11,9	8,5	7,9	10,2	9,8	10,3	9,6	10,6	10,0	9,8

Tratta dal citato documento di sintesi del Piano di Zona, 2008

¹ Questa tipologia di anziani, la cosiddetta quarta età (75 anni e +), risulta maggiormente esposta a condizioni di rischio e richiede tendenzialmente maggiori cure ed attenzioni.

² Il Comune di Aosta nel 2009 ha speso ben 9.262.180 euro per i servizi per anziani. A livello regionale, nel sessennio 2002-2007, le spese per tali servizi hanno oscillato tra il 43% e il 52% dell'intera spesa per le politiche socio-assistenziali. Su questo, in particolare, si può consultare il capitolo "La dimensione economica delle politiche sociali in Valle d'Aosta", in Ufficio di Piano, *Piano di Zona VDA – Un percorso di programmazione partecipata - Analisi dei bisogni sociali della popolazione valdostana e dei servizi sociali e proposte di intervento per il triennio 2009-2011*, documento di sintesi, Regione Valle d'Aosta, pag. 144-161, disponibile in www.pianodizonavda.it. Nel *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia* del 2010, a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, si evidenzia con particolare enfasi come "In Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, la spesa sanitaria e socio-sanitaria sono destinate ad aumentare come risultato delle ben note interrelazioni tra fattori demografici, economici, tecnologici e socioculturali, con tassi di incremento in ascesa, in particolare, nella componente sociale e socio-sanitaria, sia per la crescita della domanda che per l'elevarsi dei costi. (...) La problematica relativa alla spesa sociale e socio-sanitaria, per le note conseguenze dell'invecchiamento demografico, è destinata ad aumentare esponenzialmente nei prossimi decenni, a causa, in particolare, dell'aumento significativo di persone non autosufficienti" (pag. 25 e ss.). In pratica, secondo questo studio, un quarto della spesa sanitaria e sociosanitaria-assistenziale sarebbe già oggi legata alla cronicità e alla non autosufficienza.

³ Indice di vecchiaia = $(P65+)/((P0-14)*100)$; indice di dipendenza = $((P0-14)+(P65+))/(P15-64)*100$.

Per completare il quadro quantitativo relativo ad Aosta, si osservi infine la prossima tabella, dove si notare come – a fronte di un incremento relativamente contenuto della popolazione generale (dovuto sostanzialmente a movimenti migratori) - la percentuale di persone anziane, oltretché rilevante, sia anche tendenzialmente in crescita, fino a superare il 24% della popolazione.

Fasce d'età	2009		2001		Incremento %
	v.a.	val. %	v.a.	val. %	
0-14	4388	12,5	3991	11,6	9,9
15-64	22138	63,2	22763	66,0	-2,7
65 e +	8529	24,3	7749	22,5	10,1
Totale	35055	100,0	34503	100,0	1,6

(Fonte: Ufficio Statistica Comune di Aosta)

Si tenga altresì presente, che al crescere dell'età, cresce anche il numero di persone che vivono sole. In numeri assoluti, queste sono oggi ben 3940 (il 46%) nella fascia degli ultra 65enni⁴

3. Sul piano dei bisogni, accanto a quelli fondamentali, che riguardano la vita quotidiana e la sfera della salute (perdita di auto-sufficienza, vulnerabilità sanitaria), assume forte rilevanza l'area dell'inclusione comunitaria (con problemi di perdita di ruolo, isolamento, solitudine, partecipazione alla vita collettiva)⁵, con rischi connessi in termini di disagio e qualità della vita⁶. A queste difficoltà, si aggiungono quelle di "comunicazione", aggravate talvolta dalla diffusione delle nuove tecnologie: la difficoltà ad accedere alle informazioni (spesso anche a decodificarle e comprenderle), e quindi anche ai servizi, costituisce un aspetto critico rilevante, che può aggravare i fenomeni di isolamento, accrescendo i fattori di fragilità della persona anziana (cfr. il documento di sintesi del Piano di Zona, pag. 80 e ss.).

⁴ 1440 (335 uomini e 1005 donne) nella fascia 65-74 anni e 2500 nella fascia 75 e più (402 uomini e ben 2098 donne); fonte: Ufficio Statistica del Comune di Aosta.

⁵ La sfera sociale e relazionale, con i connessi bisogni di appartenenza, espressione di sé, socialità, ecc., ha oggi assunto una marcata rilevanza. Come ricordato anche nel citato recente Rapporto sulla non autosufficienza in Italia, il "Libro Bianco sul futuro del modello sociale 'La vita buona nella società attiva' sostiene la necessità di implementare processi di invecchiamento attivo attraverso diverse formule individuali ed iniziative sociali. La recente ricerca condotta dal Censis (2007), *Il tempo della terza età, rivela come la 'cura di se stessi, relazioni, attività intellettive e spiritualità sono i contenuti più significativi della giornata tipo dei senior'. In particolare il Censis rileva come il 25,6% degli anziani svolga oggi attività di volontariato, con punte del 39% nel Nord Ovest e del 29% nel Nord Est. Gli anziani sono una risorsa importante anche nella rete dei servizi familiari: infatti, il 62,7% degli intervistati svolge attività di supporto ai figli. Gli anziani attivi costituiscono, pertanto, una componente fondamentale del welfare informale, in quanto rappresentano una reale risorsa per le famiglie e le comunità locali. Una vita attiva, piena di relazioni e di interessi è sinonimo di benessere psicofisico: l' 80,4% degli intervistati ritiene infatti gratificante far cose utili per i propri familiari e avere relazioni che aiutino a non chiudersi (...). Pertanto, offrire opportunità agli anziani per entrare in relazione, per rendersi utili, rappresenta sicuramente un investimento sociale e una prevenzione sanitaria di notevole importanza". A riguardo si indicano alcune attività da promuovere e incentivare, tra i quali i "progetti intergenerazionali", iniziative di utilità sociale e cittadinanza rispetto alla comunità locale, sviluppo di organizzazioni volontariato, associazionismo. (pag. 37 e ss.)*

⁶ Sul rapporto tra bisogni relazionali e condizioni di non autosufficienza, oltre al documento sul Piano di Zona, cfr. a. il volume di A. Cugno, *Essere anziani in Valle d'Aosta*, Franco Angeli, Milano, 2003

Le persone con disabilità⁷

Una seconda tipologia di persone e di problematiche cui il progetto intende prestare attenzione (vedi anche il campo successivo del formulario relativo ai destinatari) è quella che comprende coloro che, per patologie o altre condizioni invalidanti, possono presentare condizioni di rischio più elevate della media della popolazione⁸.

Rispetto allo sfaccettato panorama della disabilità, le informazioni generali a disposizione pongono in rilievo la presenza di aree di bisogno tuttora insoddisfatte, per lo meno parzialmente. Al di là dei dati di prevalenza sulla popolazione, che non indicano per la Valle d'Aosta particolari caratterizzazioni critiche⁹, nemmeno suddividendo i dati aggregati per tipologia di disabilità, è utile qui concentrarsi di nuovo sulla dimensione socio-relazionale, messa a fuoco – anche da questa prospettiva - come area critica da ripetute indagini di vario respiro¹⁰. Su questo fronte, può essere rilevato che:

1. Esistono alcuni dati, di fonte ISTAT, che sottolineano che accanto ad uno stato di salute percepito come critico¹¹, non sempre la persona disabile può contare, in caso di necessità, su una rete prossima di riferimento (21,3%), circostanza che sfocia talvolta in una mancata fruizione di aiuti necessari (accudimento, assistenza, accompagnamento, compagnia);
2. Le persone con disabilità esprimono un grado di partecipazione sociale (relazioni amicali, tempo libero, mobilità, ecc.) decisamente più basso rispetto alle persone “normodotate” (fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana", ISTAT 2006), con significative ricadute sul piano della soddisfazione per la vita quotidiana;
3. Come ripreso anche dalla pubblicazione dell'OREPS, poco più di un terzo delle persone con disabilità intrattiene relazioni assidue esterne alla famiglia e quanto più è alto il livello disabilità – o laddove sono

⁷ Secondo la definizione ISTAT utilizzata per stimarne l'incidenza sulla popolazione, “Sono considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite e limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc...). Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare) il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare)”. Fonte: *Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, p.16. Come riportato anche nel sito web della Regione Valle d'Aosta, sono da considerarsi disabili i cittadini caratterizzati dalla presenza di una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (L. 104/92, art.3); in http://www.regione.vda.it/servsociali/disabilita/default_i.asp .

⁸ Si tenga peraltro presente, a tal proposito, che la condizione di disabilità è *fortemente connessa all'età*. Tra i cosiddetti “giovani anziani”, di età compresa tra i 65 e i 74 anni, infatti, le rilevazioni effettuate dal Rapporto sulla Disabilità OREPS, riferite al 2004, fanno registrare che il 4,83% della popolazione è riconosciuta come “disabile”. La situazione si fa più complessa se si prende in considerazione la fascia d'età di 75 anni e più, dove l'incidenza della condizione di “disabilità” sale al 20,86%. Complessivamente, di tutte le persone censite come disabili, il 74% ha più di 65 anni e, tra questi, la componente degli ultrasessantacinquenni è pari circa il 58%. Quando parliamo di disabilità, quindi, parliamo in gran parte di nuovo di anziani, anche se evidentemente le due condizioni non si sovrappongono. Analoghi dati sono riportati sul citato Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia, che rileva in particolare che circa il 45% degli 80enni e più è portatrice di forme di disabilità.

⁹ Nell'ultima pubblicazione regionale sullo “Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta” (2009), che contiene i principali risultati dell'indagine sulla salute che l'Istat conduce ogni 5 anni nell'ambito del Sistema di Indagini Multiscopo sulle Famiglie, emerge che in Valle d'Aosta hanno dichiarato una disabilità il 2,5 % degli uomini e il 5,7% delle donne. Una qualche significativa “limitazione nell'attività” è stata invece dichiarata da quasi il 10% degli uomini e dal 15% delle donne. Tali percentuali non evidenziano differenze di rilievo nella presenza di disabilità nelle regioni più vicine del nord Italia ed anche rispetto alla media italiana (cfr-OREPS, *Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari, in Valle d'Aosta*, Aosta, 2009, pp.53-54. Dati analoghi sono contenuti in OREPS, *La disabilità in Valle d'Aosta*, Aosta, 2006, laddove si evidenziano tassi di disabilità addirittura inferiori alla media italiana (circa 3,2% a fronte di un 4,9%).

¹⁰ Le problematiche della disabilità, peraltro, sono oramai diffusamente lette nelle loro interazioni con fattori contestuali (ambiente fisico, sociale, culturale, istituzionale) che possono più o meno enfatizzare determinate aree di difficoltà funzionale (cfr. su questo l'approccio dell'ultima “Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute - ICF, 2001, a cura dell'OMS).

¹¹ Tra le persone con disabilità il 55,7% percepisce di stare “male/molto male”, mentre nel resto della popolazione la percentuale è del 3,7% (fonte: Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ISTAT, 2004-2005)

associate disabilità mentali ad altre di tipo motorio o sensoriale – tanto più grande è “lo svantaggio sociale e relazionale” (cfr. OREPS, *La disabilità in Valle d’Aosta*, 2006, p. 18).

4. Un’attenta ricerca del CSV di qualche anno fa – attraverso interviste a un ampio campione di testimoni privilegiati - ha rilevato sia difficoltà relative all’isolamento dalla comunità, che coinvolge non di rado l’intero nucleo familiare di appartenenza, sia problematiche di informazione, ascolto, accompagnamento, che interessano talvolta casi “non conclamati” e quindi poco conosciuti dai servizi (cfr. Ceccarelli, *I bisogni del territorio valdostano*, Aosta, CSV, p.16)

Elementi di analoga natura sono puntualmente stati riproposti in agenda nei lavori di costruzione del Piano di Zona, che rispetto alla tema “disabilità” hanno più volte fatto emergere la questione degli “adulti soli e non in situazione di disabilità o non autosufficienza anche solo temporanea” (cfr. il documento finale di Piano, pag. 59)¹².

I bisogni delle famiglie

Da più parti, e in numerose occasioni di dibattito pubblico, la famiglia è chiamata in causa come risorsa centrale della nostra vita collettiva, ma anche come “entità” oggetto di nuove attenzioni e politiche di sostegno, oltretutto interlocutore essenziale dei servizi. Ed è proprio che su quest’ultimo punto che ci sembrano importanti alcune puntualizzazioni, relative alle difficoltà delle famiglie con carichi di cura.

Le reti familiari sono spesso le prime ad essere sollecitate nelle situazioni critiche. Sono attivate per garantire sostegno e/o assistenza e spesso intraprendono percorsi lunghi ed impegnativi, in cui le risorse a disposizione sono messe a dura prova.

Nel caso di persone anziane, in particolare non autosufficienti, tale impegno si esprime spesso nell’assunzione di un “doppio ruolo” (in cui ci si prende magari cura contemporaneamente di genitori e figli) da parte delle generazioni di mezzo, che sono poi anche quelle maggiormente sollecitate dai problemi di conciliazione con l’attività lavorativa, spesso - di questi tempi - soggetta a turbolenze di non facile fronteggiamento.

La famiglia rappresenta uno dei punti di riferimento essenziali anche per le persone con disabilità, infatti il 68,2% degli aiuti ricevuti da queste tipologie di soggetti provengono da parenti più o meno stretti (cfr. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ISTAT 2004-05 e Indagine "Famiglie e soggetti sociali", ISTAT 2003). Ciò è vero in una molteplicità di situazioni, in cui sia l’invecchiamento della persona disabile, sia quello dei familiari, pone in serio pericolo gli equilibri di riferimento.

Nel momento, dunque, in cui si assume anche il sistema “famiglia” quale riferimento, ci sembra occorra rivolgere l’attenzione ad una molteplicità di possibili necessità emergenti, con situazioni di “compromissione” dello stato di benessere che spesso sfuggono alla immediata percezione dei servizi¹³.

Una considerazione delle problematiche delle “famiglie che curano” non può infine non tenere conto dell’evoluzione sociale e culturale cui la famiglia stessa è interessata. La “risorsa” famiglia è oggi interessata

¹² Ufficio di Piano, *Piano di Zona VDA – Analisi dei bisogni sociali della popolazione valdostana e dei servizi sociali e proposte di intervento per il triennio 2009-2011*, Regione Valle d’Aosta

¹³ Le attività realizzate per la costruzione dei piani di zona hanno rappresentato da questo punto di vista un’occasione esemplare di “messa in trasparenza” di questi fenomeni, emersi in particolare nei tavoli sulla famiglia (si pensi a titolo esemplificativo alla questione del “dopo di noi” che riguarda molti nuclei con situazioni di disabilità, oppure ai nuovi problemi di integrazione culturale e di convivenza comunitaria) e sugli “adulti” (qui si possono citare le forme rilevate e “disperse” di disagio psichico).

da trasformazioni che la rendono più “fragile” di un tempo¹⁴, anche rispetto ai “carichi di cura” cui è chiamata a far fronte. La famiglia, in buona sostanza, è certamente una “risorsa”, ma non illimitata, perché essa stessa è esposta a correnti critiche e bisognosa di supporti mirati.

Parte B – Le reti di supporto

I servizi pubblici

Consideriamo con tale espressione i servizi esistenti, più o meno tradizionali e cerchiamo qui di riprendere, di nuovo sinteticamente, alcuni elementi utili a condurre il ragionamento in corso.

Una prima constatazione da cui muovere è che nella realtà aostana (e in genere in quella dell'intera regione) lo sforzo di avvicinare i servizi ai cittadini è intenso e si traduce in un consistente impegno territoriale. Come testimonia la “mappatura” dell'esistente condotta in seno ai tavoli dei piani di zona, così come i puntuali aggiornamenti a riguardo dell'OREPS, il panorama dell'offerta pubblica è ricco e articolato.

L'assistenza agli anziani appare capillare ed organizzata per mantenere il più possibile l'anziano presso il proprio domicilio¹⁵. In linea di massima, essa – secondo le percezioni emerse nel Tavolo Anziani del Piano di Zona – “è giudicata complessivamente di buon livello tanto che, in generale, non è emersa una valutazione negativa della qualità percepita, quanto la necessità di promuovere una qualità aggiunta” (Ufficio Piano di Zona, *op. cit.*, pag. 72). Servizi sociali professionali dedicati, strutture residenziali e semiresidenziali, SAD e ADI, forme diverse di contributo economico, soggiorni climatici e termali, iniziative di telesoccorso, servizi di trasporto, attività di animazione e compagnia sono realizzate in forma diversificata, ma costituiscono comunque uno standard diffuso¹⁶. Da tempo, inoltre, funzionano unità di valutazione multidimensionale dei bisogni (oggi UVMD) e sono stati messi a punto protocolli di collaborazione e prassi per la presa in carico, nonché approvati nel 2007 gli standard per le strutture.

Da qualche anno, inoltre, è stato avviato in alcuni quartieri del territorio comunale un servizio di prossimità denominato “adest di quartiere”, le cui finalità sono l'ampliamento delle logiche territoriali d'intervento, con riferimento alla mappatura/rilevazione dei bisogni, alla valorizzazione delle reti formali ed informali,

¹⁴ Come sottolineato da numerosi studi sociologici, la famiglia è sempre più *plurale* nelle forme in cui si esprime: cambia la composizione e la tipologia dei nuclei, si evolvono ruoli, stili di vita e di relazione, rendendo così gli assetti familiari più complessi e meno stabili. Riportiamo ciò che in modo molto chiaro emerge dai tavoli attivati in Valle d'Aosta per la costruzione dei Piani di Zona:

“La fragilità della famiglia è stata analizzata in tutte le sue sfumature: antropologica, etica, relazionale, economica e strutturale e appare fortemente connessa alle modificazioni della cultura, dei valori e degli stili di vita. La famiglia è descritta come sempre più debole (anche da un punto di vista culturale), vulnerabile, esposta a situazioni di instabilità (lavoro, casa, salute, relazioni,) e sommersa da problematiche superiori alle sue forze. Questa fragilità sembra colpire tutte le fasce sociali, anche quelle considerate, un tempo, relativamente al sicuro e si moltiplica per i nuclei monoparentali, per quelli con carichi di cura elevati, dovuti a particolari situazioni di difficoltà di uno o più dei componenti (non autosufficienza, disabilità, dipendenza), per gli immigrati. La diversificazione delle forme di famiglia mette in evidenza come la crisi del modello tradizionale, accompagnata da una crescita costante delle separazioni e dei divorzi, abbia generato, nel tempo, non soltanto nuclei con minore numero di componenti, ma anche nuovi nuclei, che spesso si configurano come instabili, discontinui e non progettuali” (cfr. il documento conclusivo citato, p. 91)

Può essere pertinente rilevare ancora che, rispetto alle altre aree geografiche italiane, in Valle d'Aosta la percentuale di coppie con figli risulta tra le più basse; si registra, inoltre, la più alta prevalenza di persone sole e un numero elevato di famiglie monogenitoriali – Fonte: OREPS, *Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta*, 2009

¹⁵ Si consideri che il Comune di Aosta è stato tra i primi in Italia ad attivare un servizio di assistenza domiciliare, istituendolo nell'ormai lontano 1972. Oggi il servizio, che comprende anche la somministrazione di pasti caldi e la realizzazione di servizi di lavanderia, segue quasi 600 persone ed ha erogato nel 2009 ben 96.518 ore di prestazioni varie (più 36.344 pasti).

¹⁶ I servizi offerti dal Comune di Aosta sono in particolare, il SAD, 3 strutture residenziali, un centro diurno, una comunità di alloggio, oltre ai recenti nuclei di “adest di quartiere” (vedi più oltre nel testo)

allo sviluppo di forme avanzate di integrazione con il servizio sociale professionale. All'interno di questa esperienza, sono state sperimentate alcune logiche promettenti d'azione, che costituiscono in prospettiva un utile riferimento operativo, pur ancora parzialmente sistematizzato e diffuso.

Anche rispetto alla qualità dei servizi alla disabilità può essere fatto un discorso analogo. Centri e servizi educativi e socio-assistenziali, nonché strutture residenziali e diurne sono affiancati da servizi finalizzati all'integrazione sociale (progetti vari, attività riabilitative e socializzanti, soggiorni, attività di accompagnamento, ecc.), di competenza di enti diversi¹⁷. Oltre ad aree di miglioramento incrementale, che interessano aspetti specifici o particolari categorie di utenza, possono essere qui richiamate – per tenerle presenti nel filo del discorso che stiamo conducendo – le aree di bisogno “aperte” sopra già evidenziate per gli anziani.

In linea generale e a completamento del quadro qui brevemente presentato, può essere tenuta presente anche un'ulteriore prospettiva, relativa alla adeguatezza delle reti di servizio, ricavabile da alcune ricerche ISTAT, centrate sulla fruizione in particolare solo dei servizi sanitari, ma comunque utili ad introdurre elementi di qualità percepita. Da recenti elaborazioni degli uffici regionali emerge che – a fronte di un “livello di consumo” dei servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri, simile a quello del nord-ovest e alla media italiana – da parte dei cittadini valdostani vi sarebbe un gradimento ampiamente superiore (cfr. Oreps, Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta, 2009, p.109). Il dato è confermato anche da una ricerca pubblicata nel 2007 su “Alcuni indicatori di disagio sociale” (Roma, 2007), la quale rileva che in Valle d'Aosta solo un percentuale del 7,5% della popolazione manifesta grandi difficoltà di accesso ai servizi sanitari, mentre in Italia tale percentuale è pari al 20%.

Altre forme di supporto

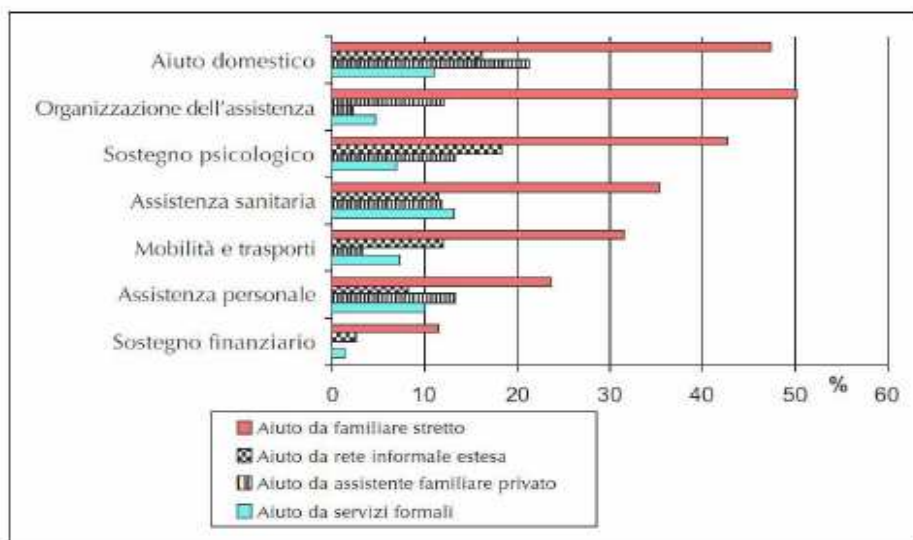
Ai servizi pubblici e del privato sociale vanno aggiunti gli interventi del volontariato, anch'esso assai attivo ad Aosta, come in molte realtà regionali¹⁸; in più, occorre considerare la crescente diffusione del fenomeno delle “badanti”, su cui è intervenuta di recente anche l'Amministrazione regionale attraverso una prima formalizzazione della figura (cfr. DGR 142 del 25/01/2008 sul profilo professionale e sulla formazione dell'assistente personale), oltre che con forme di contribuzione economica già consolidate.

Può essere interessante riportare qui una tabella tratta dal già citato Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia, che bene evidenzia come il modello attuale di intervento tende evidentemente a rappresentare un *mix* composito di forme di assistenza, di cui le reti di protezione “formale” sono solo una parte.

¹⁷ Può essere utilmente rilevato, qui, che il Comune di Aosta, pur non avendo competenze specifiche in questo ambito, interviene con particolare attenzione sull'utenza con problemi psichiatrici nell'ambito del SAD ordinario.

¹⁸ Si veda su questo la ricognizione comparata effettuata dal locale CSV (cfr. AA.VV., *Le organizzazioni di volontariato in Valle d'Aosta*, CSV, 2000), che evidenzia un panorama di soggetti attivi in diversi ambiti, tra i quali spicca la sanità e l'assistenza sociale

Graf. 6 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti, per fonte di assistenza ricevuta, Italia, 2007, %



Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 1 pag. 24*

Il rilevante coinvolgimento delle associazioni di volontariato è stato oggetto di puntuale attenzione nel corso dei lavori di progettazione che hanno condotto alla formulazione della presente proposta; sulla base del contributo di analisi offerto, è stato possibile arricchire la rappresentazione di alcune problematiche che riprendiamo nel prossimo paragrafo.

Un aspetto particolare messo diffusamente in rilievo, relative al ruolo stesso dell'associazionismo di settore, è stata la difficoltà che oggi vive il mondo del volontariato, nel conciliare, da un lato, aspettative ed opportunità di una sua valorizzazione nell'ambito delle reti di protezione sociale e, dall'altro, difficoltà sul piano delle risorse organizzative disponibili (umane, gestionali) e su quello di una più compiuta integrazione all'interno del sistema d'intervento. Si lamenta diffusamente stanchezza motivazionale, scarso ricambio generazionale ai vertici, difficoltà ad offrire opportunità significative di impegno che incentivino forme di partecipazione duratura, accanto appunto alla percezione di non essere pienamente parte di un sistema integrato di risorse e servizi.

Qui, desideriamo ancora porre l'accento sul fatto che un ragionamento sulle reti di supporto al cittadino – anziano o disabile che esso sia - non può oggi fare poi a meno di contemplare anche la qualità del *capitale sociale* disponibile¹⁹. Il tipo di interazione tra individuo e contesto di appartenenza (ambito socio-culturale e lavorativo di riferimento, relazioni tra gruppi di amici, colleghi, coetanei o parenti, ecc.) è spesso un'importante chiave di lettura di molti fenomeni sociali e un indicatore utile a determinare lo stato di benessere.

Da questo punto di vista, i dati a nostra disposizione fanno emergere un quadro che contiene luci ed ombre, nel senso che la constatazione della presenza di numerosi gruppi associativi e la ricchezza delle reti

¹⁹ Da un punto di vista individuale, il capitale sociale è rappresentato in sociologia come l'insieme delle risorse (materiali e non materiali, informative, ecc.), veicolate dalle reti di appartenenza, che il soggetto può mobilitare per raggiungere i propri obiettivi. Esso è influenzato – sul piano collettivo – dai livelli di fiducia e coesione presenti nella comunità e dalle risorse della società civile.

di relazione che i cittadini valdostani pongono in evidenza in recenti rilevazioni statistiche²⁰, si scontra con una percezione diffusa di natura più critica.

Su un fronte più squisitamente qualitativo, i lavori di costruzione del Piano di Zona hanno in merito spesso posto in risalto – in contrasto con il quadro positivo precedente - il dissolversi delle reti naturali di supporto, legato all’affermarsi di stili di convivenza più rarefatti, talvolta impersonali, che interessano anche le comunità valdostane e le sue forme tradizionali di coesione. In questo caso, sono emerse rappresentazioni ricorrenti relative al “*progressivo impoverimento della qualità delle relazioni non solo nelle famiglie, ma anche nei contesti locali*”, alla “*scarsa solidarietà nell’aiutarsi e nel chiedere aiuto*”, alla “*assenza di reti sociali, estraniamento con il territorio, difficoltà di integrazione tra diverse culture*”, ecc).

A tale prospettiva può essere collegato anche un ulteriore elemento di valutazione, recentemente puntualizzato nell’ultimo rapporto OREPS²¹, riguardante il rapporto tra risorse personali percepite ed accessibilità dei servizi. Com’è opportunamente precisato, ciò che l’individuo identifica come spazio potenziale d’azione (in questo caso il recarsi e/o l’usufruire di un servizio pubblico) è influenzato anche da fattori *simbolico-percettivi*, legati alle informazioni possedute sulla presenza dei servizi e sulle modalità per accedervi, ma anche alle competenze individuali, alla percezione di sé, alla ricchezza delle reti relazionali e quindi ad elementi di capitale sociale. Per alcuni soggetti più deboli, meno informati, con minore padronanza di sé, l’accesso al servizio può dunque essere rappresentato - in una logica di costi/benefici di natura affettivo-cognitiva – come eccessivamente “costoso” (o faticoso) rispetto alle risorse possedute. Pensare in chiave di accessibilità alle risposte istituzionali ai bisogni non è dunque solo questione di presenza e disponibilità dei servizi – aspetto comunque ed evidentemente essenziale - ma anche di compatibilità percepita tra sé stessi e la tipologia di supporto da ricevere.

Parte C – Un sguardo d’insieme

Si riprendono qui alcuni aspetti trattati sinora, alla luce però di valutazioni di sintesi, che tengono conto ed utilizzano in modo mirato sia le rappresentazioni e le indicazioni emerse nei confronti tra attori avviati nei tavoli del Piano di Zona realizzati nel 2008, sia gli esiti degli incontri preliminari di progettazione che hanno accompagnato in questi ultimi mesi le elaborazioni del Gruppo Tecnico di Zona. Alla luce di questa pluralità di contributi di analisi, ci sembra di poter identificare due *aree* a cui guardare, rispetto alle quali le strategie progettuali, più oltre delineate, intendono offrire un contributo.

Il tema del *coordinamento* delle risposte

L’articolazione e la specializzazione degli interventi richiedono una sempre maggiore attenzione all’*integrazione* (ricomposizione) delle risposte, intesa come continuità tecnica, istituzionale ed organizzativa tra attori diversi che agiscono sullo stesso fronte. Questo è vero almeno su due dimensioni, una di tipo *macro*, ossia relativa a quadri di riferimento inter-organizzativo, attraverso i quali le diverse entità interessate convergono su letture dei problemi, ipotesi strategiche e forme di allineamento/accordo

²⁰ Nella citata pubblicazione dell’OREPS del 2009, relativa allo stato di salute e ricorso ai servizi sanitari nella nostra regione, si evidenzia che - rispetto al Piemonte, al Nord-Ovest e alla media italiana - i valdostani risultano beneficiare di un più elevato livello di reti di relazioni e capitale sociale in quanto può maggiormente disporre a proprio vantaggio sia di parenti, sia di altre persone (cfr. OREPS, op. cit., pag. 27 e ss.). La relativa ricchezza di reti sociali in qualche modo controbilancerebbe alcuni altri nostri dati (ad esempio quelli relativi alla minore frequenza di coniugati e alla significativa componente di famiglie di un solo componente o monoparentali).

²¹ Cfr. il capitolo su “Accessibilità, mobilità ed equità sociale in una regione di montagna”, contenuto nel *Quarto Rapporto OREPS (2008)* che introduce elementi di valutazione riferite in particolare alle caratteristiche “disperse” del territorio regionale, che possono tuttavia essere parzialmente applicate anche in contesti urbani.

operativo; la seconda di tipo *micro*, riferibile alle modalità attraverso le quali operatori/agenti territoriali (intesi in senso lato) si raccordano per affrontare specifiche situazioni di difficoltà di individui, famiglie e/o piccoli gruppi di utenti/fruitori²².

Rispetto a queste due diverse curvature, le rappresentazioni degli attori coinvolti nel percorso di progettazione preliminare, condotto sino a qui, presentano sostanziali analogie. Esisterebbe, da un lato, un problema di “razionalizzazione” dell’esistente, data l’esistenza sul territorio della Città di Aosta di numerosi servizi, enti, associazioni, cooperative, ecc., che non possiedono uno “spazio” di confronto e dialogo sulle “questioni aperte” che riguardano il sistema complessivo d’intervento; persisterebbe, dall’altro, un’insoddisfacente sinergia operativa tra le diverse risorse – professionali e non – attivabili rispetto ai processi di presa in carico delle esigenze dei singoli cittadini in difficoltà, come se la prospettiva di rete – da tutti evocata come principio – stentasse poi a tradursi in pratica.

E’ interessante richiamarsi, a proposito di questi passaggi, anche ai lavori del Piano di Zona, laddove traspare un chiaro apprezzamento (cfr. la relazione di sub-ambito 5) per *“l’incontro (anche se parziale) tra soggetti che a vario titolo operano sul territorio, che non avevano tra loro precedenti contatti e che non si conoscevano”*. Accanto al riconoscimento del valore di tale esperienza, tuttavia, pare anche di cogliere l’esigenza di continuare a *“coinvolgere tutti i soggetti del territorio per sviluppare un sinergico lavoro per il futuro”*. Si rileva, infatti, l’esigenza di *“maggiore coordinamento e sinergia dei vari attori coinvolti nell’assistenza”*, oppure la necessità di un *“collegamento reale tra servizi di enti diversi, la capillarità di informazione reciproca, la diffusione di esperienze risultate come buone prassi”* o ancora l’opportunità non tanto di *“creare nuovi servizi, quanto quella di sviluppare quelli esistenti soprattutto curandone i collegamenti e potenziando l’informazione sugli stessi e tra gli stessi”*.

In un’ottica di promozione di una “qualità aggiunta”, il tema del coordinamento si arricchisce anche di valenze relative al modo di conoscere ed interpretare i bisogni del territorio²³, con l’idea di maturare operativamente un approccio “preventivo” e/o di interlocuzione proattiva ed anticipante rispetto alle possibili difficoltà dei cittadini e di sviluppare una maggiore congruenza nella relazione bisogni/domande/risposte.

A testimonianza dell’utilità del porsi da parte degli attori in una posizione “riflessiva” rispetto al sistema, sono anche emersi utili spunti da approfondire in chiave operativa²⁴, nonché la consapevolezza di transiti graduali e non scontati, come sembra trasparire dalle calcature sul tema della “formazione degli operatori”,

²² Il tema è comprensibilmente oggetto di numerose attenzioni. Rimanendo sul piano locale, oltre alle fonti direttamente utilizzate nel presente documento, si segnalano osservazioni e contributi da più punti di vista. Ad esempio, secondo gli autori del citato studio del CSV, *“l’organizzazione settoriale dei servizi appare una risposta non del tutto adeguata e si rendono necessari interventi che accompagnino le famiglie e consentano loro di prendere in carico determinati bisogni”* (cfr. Ceccarelli, *I bisogni del territorio valdostano*, CSV, Aosta, 2005, pp. 17 e ss.). Altri e numerosi riferimenti contenuti nel documento conclusivo del Piano di Zona e la sezione 2 del volume di A. Cugno, *Essere anziani in Valle d’Aosta*, in particolare pagg. 51 e ss. Si veda anche il volume AA.VV., *I servizi socio-sanitari nelle aree di montagna: il caso della comunità montana Valdigne-Mont Blanc*, Quaderni della Fondazione Courmayeur, 21, 2006

²³ Si riporta nel documento del sub-ambito 5 che *“molta attenzione è stata data, nell’individuare i fenomeni e nel definire possibili strategie per affrontarli, a tematiche di ampio respiro, a problematiche di ambito sociologico, connesse alla modificazione di stili di vita, ai cambiamenti demografici ed alla conseguente emergenza di nuovi problemi, quali le problematiche di accudimento dei minori e degli anziani, le problematiche dell’integrazione tra le famiglie e le problematiche di comunicazione intergenerazionale”*; ma anche che appare necessario, alla luce delle trasformazioni demografiche in atto, una più accurata *“mappatura della perdita di autonomia nella fase iniziale dell’invecchiamento o della disabilità”*

²⁴ Ci si riferisce qui alla sottolineatura ricorrente del tema della *prossimità* (attraverso l’enfasi delle esigenze di informazione diffusa e capillare, la richiesta di “flessibilità” e tempestività di reazione, nonché di vicinanza alle realtà di “quartiere”), di quello della *socialità* (spazi aggregativi, sensibilizzazione generazionale), di quello della *partecipazione* (“utilizzo degli anziani autosufficienti ed attivi attraverso percorsi formativi”, “coinvolgere i cittadini a sentirsi parte dell’istituzione”) e di quello del *lavoro di rete* (coinvolgimento di risorse informali, integrazione tra volontariato e *professionals*, forme di “attivazione”)

chiamata in causa probabilmente con riferimento ai “saperi” d’integrazione (*working process knowledge*), ossia a quelle conoscenze che i diversi attori condividono, più o meno consapevolmente, in relazione al loro far parte di un dato campo/spazio d’intervento.

I lavori dei tavoli tematici dei piani di zona hanno infine evidenziato alcuni aspetti critici di conduzione, principalmente riferiti alla dimensione *organizzativa* (regolazione dei tempi, impegno di risorse, circolazione di dati ed informazioni), a quella *metodologica* (metodi di analisi, composizione dei tavoli, presenza e rappresentatività delle componenti²⁵, ecc.) e anche a quella *tecnica* (ruolo/competenze delle figure di conduzione e/o facilitazione). A queste si aggiungano le difficoltà legate all’eterogeneità di prospettive ed interessi di cui i diversi attori sono portatori, talora tra loro anche in potenziale relazione competitiva, che senza dubbio prefigurano ulteriori elementi di complessità.

Sono elementi che ricordiamo come “acquisizioni” tratte dalle esperienze precedenti, che sottolineano la “ricchezza” dei percorsi partecipati, di cui si potrà opportunamente tenere conto nella fasi realizzative.

Il rapporto tra bisogni/problemi, domande e costruzione di soluzioni

Una seconda area riguarda il processo che porta a porre in relazione i bisogni di un individuo con un sistema che sostiene il suo soddisfacimento, qualora esso incontri significativi elementi di ostacolo e si strutturi dunque come problema²⁶.

Da questo punto di vista, ci sembra che l’insieme di elementi quali-quantitativi cui si fa cenno nelle parti A e B e il confronto attivato tra attori diversi abbia posto all’indice almeno tre questioni rilevanti:

- a) *l’esistenza di bisogni/problemi non “coperti”, collegati all’evoluzione sociale e demografica, tra i quali spiccano quelli riconducibili alla sfera socio-relazionale, che diffusamente appare ancora insufficientemente presa in carico, con riferimento sia alla necessità di facilitare la formazione di reti di contatto/dialogo, sia di promuovere forme di impegno ed “attivazione”, in modo da “qualificare” la vita quotidiana di alcune fasce della popolazione, che in ragione della loro condizione personale (è il caso appunto dei disabili e degli anziani) vedono rarefarsi fondamentali opportunità di partecipazione sociale*
- b) *la relativa consistenza di bisogni/problemi che rimangono inespressi, talvolta perché i bisogni non trovano un interlocutore, talaltra perché ancora non hanno preso chiaramente forma e dunque “parola”, ma che spesso sono affrontati con forte sacrificio dei nuclei familiari. Il lavoro approfondito svolto nei tavoli dei piani di zona esprime – accanto alle vere e proprie domande di salute – una forte marcatura di fabbisogni non sempre riconducibili alle diverse categorie formali in cui i problemi sono classificati ed ordinati, in funzione della necessaria predisposizione di risposte standard e diffuse. L’emergere di queste esigenze ha a che fare con il naturale processo di formazione dei problemi ed è molto importante tenerne conto in prospettiva preventiva, nella consapevolezza che la capacità di fronteggiare eventi critici dipende – oltre che dai fattori personali in gioco – anche dai fattori di protezione “ecologicamente” disponibili (reti, ecc.). Occorre peraltro tenere presente che, in generale, l’arrivo ad un servizio costituisce l’esito di un fallimento di tentativi spontanei di soluzione e che, per esprimere i propri bisogni in forma di domanda, di solito, le persone devono superare significative resistenze di carattere psicologico. Fattori cognitivi (informazioni/conoscenze disponibili, rappresentazione dei servizi) ed affettivi (padronanza ed immagine di sé, senso di distanza, ecc.) complicano l’accesso ai servizi, rendendolo talora tardivo, talora critico o addirittura improprio.*

²⁵ Va qui sottolineato che nei tavoli di zona è stata fortemente percepita l’assenza in particolare della cosiddetta “cittadinanza”, che stenterebbe così a far sentire la propria importante “voce” nelle riflessioni in corso.

²⁶ I modi di utilizzare le nozioni di “bisogno” e di “problema” sono diversi. Qui si considera il problema con aggregato critico che prende forma nel momento in cui un dato bisogno incontra appunto un ostacolo rilevante al suo più o meno pieno soddisfacimento.

- c) *il rischio di delega*, che si manifesta spesso in forme inconsapevoli e striscianti di de-valorizzazione dei tentativi spontanei e delle risorse autonomamente attivate dalle persone, con una tendenza a “professionalizzare” talvolta eccessivamente le forme di aiuto, a scapito delle risorse presenti e/o attivabili nelle famiglie e nella comunità allargata.

In termini di sintesi di questa parte di analisi di contesto, possiamo dire che abbiamo voluto in primo luogo (parte A) porre in evidenza che:

1. si registra un costante aumento delle persone anziane, alimentato dalle migliori qualità della vita e dai progressi della medicina;
2. si è in qualche modo alterato una sorta di equilibrio nella suddivisione della popolazione per classi di età, con rilevanti ricadute sugli assetti economico-sociali, sulla tipologia stessa dei bisogni e sui servizi;
3. Le famiglie costituiscono attualmente un “attore” importante e fondamentale, che richiede tuttavia – in prospettiva – approcci mirati, anche in relazione alle sue trasformazioni;

La parte B, invece, ci è stata funzionale ad porre in rilievo come a fronte di una qualità soddisfacente delle reti di supporto, si pongano alcuni problemi di crescita sistemica, da porre in relazione con le rinnovate sfide che i mutamenti sociali e demografici sembrano imporre. In particolare pare di poter concludere che:

4. Le risposte assistenziali sono attualmente affidate a una pluralità di forme di supporto, in cui la consistenza del pubblico è affiancato dal volontariato, dalla famiglia, dall’assistenza familiare (badanti) e da altre modalità informali, queste ultime tuttavia da sostenere, perché in parte intaccate da “stili di vita” collettivi più “dispersi” e meno coesi;
5. Le interazioni e il coordinamento tra le diverse reti di servizio presentano consistenti aree di miglioramento.

Nel complesso, dunque, paiono emergere alcune questioni metodologiche ed operative su come ripensare a nuovi modelli assistenziali, in una diversa visione del *welfare* capace di prendersi cura e carico della persona. Si tratta, infatti, di ricercare soluzioni capaci di ottimizzare e razionalizzare l’uso delle risorse, tenendo conto sia delle problematiche relative alla spesa sanitaria e socio-sanitaria, sia del rispetto irrinunciabile di obiettivi di equità, efficacia e di tutela della salute dei cittadini.

In prospettiva, tale “modello” pare potersi orientare secondo logiche “ad alta diffusione” e a “bassa quantità di spesa”, non immediatamente conciliabili tra loro. Si tratta di collegare risorse pubbliche, terzo settore (cooperazione e volontariato) e reti informali di supporto, attivando forme di coinvolgimento comunitario, in un’ottica – seppur parziale – di *co-produzione* del servizio, in cui espressioni del volontariato strutturato, cittadini disponibili, persone interessate (nel senso di coinvolte personalmente) dai problemi portano il loro contributo.

Ciò ha a che fare con:

- a) il miglioramento della capacità di intercettare i bisogni e le situazioni di rischio, di coglierne e comprenderne le dinamiche, nonché di orientare le diverse forme di risposta, in una logica di innovazione e di azione preventiva allargata;
- b) lo sviluppo di forme di integrazione e sussidiarietà, in grado di garantire qualità e continuità assistenziale, anche attraverso il sostegno alle famiglie, l’assegnazione di un ruolo maggiormente definito al volontariato, lo sviluppo della presenza attiva dell’anziano nella comunità.

Ai fini di schematizzare gli esiti dell’analisi di contesto, riportiamo Allegato due MAPPE di sintesi²⁷, una relativa ai problemi dei beneficiari finali (gli utenti dei servizi e i loro familiari) e l’altro a quelli delle reti di servizio.

²⁷ Si tratta di mappe concettuali che riportano gli elementi descrittivi argomentati nel testo dell’analisi dei problemi, ponendoli in connessione tra loro. La mappa dei problemi degli utenti fa da “sfondo” a quella dei servizi, nel senso che le problematiche emergenti dal campo d’intervento (bisogni/domande e loro evoluzione critica) costituiscono il contesto critico all’interno del quale le reti di servizio si muovono, subendone le sollecitazioni. Dal punto di vista grafico, le mappe – seppur ad un primo sguardo possono apparire complesse (ma la realtà lo è in effetti assai di più) – possono essere più agevolmente ripercorse partendo dal basso e salendo nella lettura verso l’alto.

L'intenzione è quella di rappresentare graficamente l'insieme degli elementi emersi, ai quali ci ancoriamo per definire la logica progettuale.

Come si può osservare, la prima mappa tende ad evidenziare come – a fronte dell'invecchiamento della popolazione – si sia determinata una dinamica di *crescita e diversificazione* dei bisogni, a cui il sistema di servizi solo in parte oggi riesce a rispondere, tenuto conto:

- a) del contrasto tra incremento tendenziale della domanda ed esigenze di contenimento della spesa
- b) della rarefazione delle forme tradizionali e spontanee di supporto comunitario
- c) della sollecitazione critica cui sono sottoposte attualmente le risorse familiari

A fronte delle aree di disallineamento che tendono a manifestarsi ed in prospettiva ad allargarsi, le reti di servizio (seconda mappa) – sulle quali concentriamo l'azione progettuale – tendono a presentare quattro *aree critiche*, riferibili a:

- a) la conoscenza dei bisogni
- b) il coordinamento operativo della presa in carico
- c) la partecipazione della comunità, sotto il duplice punto di vista delle reti informali e del volontariato organizzato
- d) il senso di appartenenza e orientamento comune del sistema.

Tali aree problematiche rappresentano l'insieme di "questioni aperte" sulle quali intendiamo incidere, in una prospettiva di *governance* di sistema, nell'ipotesi che:

- 1) una maggiore messa in rete delle risorse contribuisce a accrescere efficienza ed efficacia del sistema (prospettiva di ottimizzazione), con riferimento ai processi conoscitivi, direzionali e realizzativi (PUNTI A, D E C)
- 2) le reti di servizio debbono oggi porsi la questione importante di coinvolgere maggiormente (sollecitare, animare, stimolare, favorire, ecc.) le risorse della comunità (PUNTO C)

Ci sembra che possano anche essere evidenziati, nell'insieme di elementi, anche alcuni possibili fattori di incertezza o viceversa di facilitazione del progetto qui presentato; li proponiamo dunque nel prospetto seguente, che schematizza alcuni riferimenti e punti di attenzione di cui tenere conto.

Elementi di facilitazione	Elementi di incertezza
<ul style="list-style-type: none">• Presenza nel territorio di una rete di servizi articolata e qualitativamente attrezzata• Sperimentazione di servizi di prossimità e di attivazione di reti comunitarie in alcuni quartieri• Esperienza "aggregante" iniziale dei tavoli dei piani di zona, con il buon coinvolgimento di parte consistente degli <i>stakeholders</i>• Partnership rappresentativa ed attivazione preliminare (vedi oltre)• Accordo di collaborazione, con relativi "impegni"	<ul style="list-style-type: none">• Esperienze di confronto tra attori ancora "parziali"• Presenza di "interessi" e visioni diverse• Assenza nei tavoli del piano di zona della "cittadinanza" e, in generale, suo scarso coinvolgimento nella progettazione, produzione e valutazione dei servizi• Criticità di conduzione di processi "a più voci"• Tempi progettuali ristretti (scadenza fine anno 2011)• Volontà e continuità d'impegno dei diversi attori• Entità dei finanziamenti concessi

Parte D – Definizione dell'ambito progettuale.

L'ambito territoriale previsto coincide con quello del Comune di Aosta, ossia con quello dell'intero sub-ambito. Tale "definizione" è strettamente collegata all'approccio progettuale e alla tipologia di finalità/obiettivi. L'idea – meglio precisata nei campi seguenti – di costruire le condizioni per un orientamento mirato e condiviso (partecipato) delle scelte (politiche) di assistenza agli anziani e in generale alla non autosufficienza, attraverso una più strutturata integrazione delle risorse disponibili, è opportunamente spendibile nella misura in cui la dimensione territoriale oggetto d'intervento abbraccia l'intero ambito di competenza, peraltro riconducibile alla

dimensione istituzionale ed amministrativa.

L'ipotesi alternativa, tenute ferme le ipotesi progettuali, di focalizzare l'attenzione su alcune aree/quartieri è stata considerata carica di elementi di parzialità, di incongruità rispetto alle aspettative in gioco, di rischi di sovrapposizione – più che di complementarietà – con esperienze di “prossimità” attivate in alcune zone del territorio comunale.

L'intenzione del progetto è di alimentare, articolare e sostenere le logiche di *governance* sottostanti ai piani di zona, applicandone le valenze alla principale linea di politica sociale del Comune di Aosta, vale a dire appunto i servizi per anziani ed inabili. La scelta di contemplare quale ambito di riferimento l'intero Comune ci è parsa la logica e natura conseguenza dell'impostazione che il progetto assume.

3) SOGGETTI PARTNERS

3.1) Ente locale

Comune di Aosta

3.2) Ente privato

Coordinamento Servizi per il Volontariato

Consorzio delle cooperative sociali Trait d'Union

La Sorgente s.c.s

L'Esprit à l'Envers s.c.s.

Indaco s.c.s

Enaip s.c.s.

Pro.Ges s.c.s.

Arc-en- ciel s.c.s

3.3) Ente pubblico

Azienda USL Valle d'Aosta

3.4) Altri soggetti

/

3.5) REFERENTE del progetto

Barbara Griva

Ente di appartenenza

Comune di Aosta

Telefono/fax/e-mail

Tel. 0165/300200; fax 0165/361514; e-mail: anziani@comune.aosta.it

4) FORME DI INTEGRAZIONE E RACCORDO e DESCRIZIONE DEGLI APPORTI

Le logiche del progetto richiedono attenzione a questi aspetti, perché la costruzione di reti non è solo obiettivo di specifiche azioni progettuali, ma necessariamente implica l'attivazione di più generali e complessi processi di relazione, che conseguentemente entrano a far parte della struttura e del funzionamento della partnership.

Va inoltre precisato, che:

- La partnership è stata accuratamente identificata in base ad un'analisi preliminare, da parte del Gruppo Tecnico, degli *attori chiave* (o *stakeholders*), ossia delle entità interessate dalle attività progettuali; da questo punto di vista, possiamo dire che la rete raccolta intorno al progetto (che ha cioè firmato l'Accordo di Cooperazione allegato) raggruppa la totalità dei soggetti organizzati che ha senso coinvolgere nelle ipotesi di lavoro previste (in un'ottica di ricerca, potremmo dire che c'è sovrapposizione tra universo e campione);
- La *partnerships* è stata costruita attraverso una pluralità d'incontri di confronto e concertazione, realizzati sia nelle fasi preliminari di attivazione (progetto di massima), sia nelle fasi di approfondimento che hanno portato alla attuale formulazione progettuale, che ha visto direttamente coinvolta attivamente anche la parte politica dell'ente capofila;
- L'attenzione del Gruppo Tecnico si è focalizzata sull'esigenza di garantire al processo da attivare tre elementi ritenuti di particolare importanza per la buona riuscita del progetto: ricchezza/articolazione dei "punti di vista" e degli interessi in gioco e loro "incorporazione" dentro il progetto stesso; pre-accettazione ed "immersione" nelle logiche di lavoro comune; sostenibilità futura degli esiti.

Integrazione e raccordo interno

Su questo piano la "struttura di governo" prevede l'esistenza delle funzioni riportate nella tabella di seguito.

Funzione	Descrizione
Referente di progetto	Ricopre essenzialmente una funzione di referenza "istituzionale" di progetto, sia sul versante interno sia su quello esterno; per tali ragioni è stata allocata all'interno dell'ente capo-fila
Coordinamento Tecnico	Ricopre una funzione di integrazione e raccordo operativo trasversale, assicurando la realizzazione delle attività progettuali, in relazione alle strategie progettuali complessive e ai piani di attività che sostengono il raggiungimento dei diversi obiettivi, assegnati ai <i>partners</i> indicati nel paragrafo successivo
Gruppo Tecnico di Zona	Svolge la funzione di direzione strategica del progetto
Ente capofila (Comune di Aosta)	Ricopre una funzione di supporto organizzativo, finalizzato a garantire le procedure necessarie per l'attuazione del progetto, con riferimento anche alla gestione del budget assegnato. Realizza direttamente le attività progettuali non assegnate a singoli partners
Gruppo di coordinamento	E' l'organismo creato per la "governance" interna, dove è presente un rappresentante formalmente individuato per ciascuno dei partners aderenti al progetto. Riveste funzioni di indirizzo, in stretta relazione con il Gruppo Tecnico, di supporto al buon andamento del progetto (anche in relazione a possibili criticità o ad elementi emergenti di varia natura), di monitoraggio e valutazione.

E' previsto un riferimento strategico-direzionale generale rappresentato dal Gruppo Tecnico di Zona,

responsabile anche – attraverso l’ente capofila – del percorso progettuale nelle sue diverse tappe. Il Gruppo Tecnico si avvale, in relazione alla partnership attivata in funzione dei particolari obiettivi progettuali, di un Gruppo di Coordinamento, dove ogni attore presente può partecipare e contribuire all’itinerario di lavoro, far sentire la propria “voce” e vedere garantito uno spazio di concertazione e negoziazione di interessi e punti di vista in merito alla conduzione delle attività.

Le due funzioni di referente di progetto e di coordinamento tecnico, in capo a singole persone, garantiscono poi il presidio rispettivamente delle “pubbliche relazioni” esterne e delle esigenze di operativizzazione mirata degli obiettivi.

Da un punto di vista dell’orientamento delle strategie progettuali, anche in rapporto a possibili adattamenti in corso d’opera, il luogo d’elezione dove si giocano le relazioni tra partners e tra partnership e Gruppo Tecnico di Zona è rappresentato dunque dal Gruppo di Coordinamento, che si riunirà – al minimo - circa una volta ogni 2 mesi (sono previsti almeno 5 incontri, anche in funzione di monitoraggio e valutazione, come indicato nel piano relativo) e ha una sua dinamica di pilotaggio progettuale, anche in relazione alle risultanze delle attività di monitoraggio previste. Al Gruppo di Coordinamento – va tenuto presente – partecipa sia il Referente di Progetto, che rappresenta il Gruppo Tecnico, sia il Responsabile Tecnico, in quanto figura di coordinamento operativo.

Va peraltro sottolineato che le entità formalmente rappresentate nel Gruppo di Coordinamento, che in qualche modo osserva da una posizione laterale (o da sopra!) il decorso del progetto, influenzandone “da fuori” l’andamento, su di un altro piano (e con altri referenti) sono anche operativamente coinvolte direttamente nelle attività stesse, partecipando “da dentro”, in vario modo, alla loro concreta realizzazione. I partners sono dunque legati “a doppio filo” al progetto, come soggetti che presidiano e come fruitori, partecipanti a gruppi di lavoro, a momenti formativi comuni e ad altre attività previste.

Nell’Accordo di Cooperazione è regolato il funzionamento delle diverse funzioni qui appena illustrate e le loro reciproche interazioni.

L’integrazione e il raccordo tra partner è garantito anche da un sistema di circolazione delle informazioni, affidato al Responsabile Tecnico, che assicurerà un puntuale e continuo aggiornamento dei partners in merito alle attività. La circolazione delle informazioni è ritenuto un processo essenziale ai fini di sostenere/costruire la percezione di un percorso reale, alimentando interesse per il suo svolgimento.

Sarà creata una mailing-list, strutturata per livelli di accesso alle informazioni (componenti degli organismi descritti, referenti istituzionali esterni, altri interlocutori esterni, persone interessate e/o coinvolte dalle attività), cui saranno inviate le informazioni pertinenti e necessarie, sia a garantire l’aggiornamento di tutti gli stakeholders, sia a promuovere la visibilità del progetto (su questo vedi anche il Piano di Comunicazione).

Descrizione degli apporti

Nella tabella riportata nella pagina seguente si riporta una serie puntuale di elementi relativi alle diverse forme di coinvolgimento della partnership.

Con riferimento alle diverse fasi/azioni in cui si articola il progetto (qui è necessario fare riferimento agli altri campi descrittivi del formulario), si riassumono in seconda colonna gli impegni gestionali e realizzativi dei diversi partners e il corrispondente budget di riferimento. Come si può osservare, da questo punto di vista, i partners direttamente impegnati sono tre: l’ente capofila (per le attività di tipo trasversale), il CSV

(per le attività che riguardano il coinvolgimento della comunità) e la cooperativa sociale ENAIP (per la conduzione di attività di formazione e di laboratorio cui parteciperà l'intera partnership).

Tale soluzione è stata costruita tenuto conto di:

- a) la vocazione tematica e il *know how* del CSV, che possono essere utilmente valorizzate in iniziative che mirano a favorire la partecipazione comunitaria;
- b) l'esperienza nella gestione di percorsi strutturati di "apprendimento" da parte di ENAIP, che è un'agenzia accreditata dalla Regione Valle d'Aosta per la realizzazione di attività formative;
- c) il ruolo di capofila dell'ente pubblico, che può essere ben speso nel coordinamento complessivo delle funzioni trasversali che accompagneranno le attività.

Nella quarta colonna sono evidenziati gli apporti che partner diversi hanno ritenuto di poter mettere a disposizione del progetto a titolo di compartecipazione alle spese. Va tenuto presente che essi si aggiungono al costo del lavoro degli operatori che parteciperanno alle attività, di cui alla quinta colonna. Nel loro insieme, questi "apporti" sono poi integralmente riportati nel Piano delle risorse di cui al campo 10 del Formulario.

In quinta colonna, infine, sono precisate le specifiche forme di partecipazione effettiva alle diverse attività, offrendo quindi uno spaccato abbastanza chiaro del coinvolgimento della partnership.

Fasi/azioni ²⁸	Impegni gestionali/ realizzativi	Budget ²⁹	Apporti ³⁰	Forme di partecipazione
Fasi/azioni di cui agli obiettivi 1, 2 e 3	ENAIP	Voci di costo B.2, B.3, B.4, B.6 ed E.1 (totale: euro 13.136,30)	<ul style="list-style-type: none"> • ENAIP mette a disposizione n. 80 ore di lavoro in qualità di co-finanziamento per l'attività di coordinamento e progettazione di dettaglio del percorso di AL • Il CSV mette a disposizione le aule per la realizzazione dell'attività e per incontri vari 	<ul style="list-style-type: none"> • TDU, La Sorgente, Esprit à l'Envers inviano 1 persona ciascuna al percorso di AL • Indaco ne invia 3, Proges 5 ed Arc-enciel 2 • Comune di Aosta, CSV, USL inviano 1 persona • Singole associazioni ne inviano 2
	TDU	Voce di costo B.5 (totale: euro 10.248,00)		

²⁸ Questa colonna contiene riferimenti all'articolazione del progetto, descritta in successivi campi, in particolare a partire dalla descrizione del progetto di cui al campo 6,

²⁹ Con riferimento al campo 14 del formulario

³⁰ Cfr. ultima colonna campo 10

Fasi/azioni di cui all'obiettivo 4				<ul style="list-style-type: none"> • Esprit ed Arc-en-ciel disponibili a collaborare³¹
Fasi/azioni di cui all'obiettivo 5	CSV	Voci di costo da B.7 a B.11, B.14, B.15, E.2 (totale: euro 19.956,00)	<ul style="list-style-type: none"> • Il CSV mette a disposizione le aule per la realizzazione dell'attività e per incontri vari • 100 ore di personale interno di coordinamento 	<ul style="list-style-type: none"> • La Sorgente, Esprit à l'Envers, Indaco, Proges, Arc-en ciel, TDU partecipano con 1 loro referente • Comune di Aosta, CSV, USL inviano 1 persona • Singole associazioni ne inviano 3
Fasi/azioni di cui all'obiettivo 6	Comune di Aosta		<ul style="list-style-type: none"> • Comune di Aosta e mette a disposizione sito internet, "Aosta informa", comunicati e conferenze stampa • TDU, Azienda USL e CSV mettono a disposizione sito web e news • Comune di Aosta, CSV, TDU, Indaco, Sorgente mettono a disposizione spazi di riunione 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti i partner partecipano al GC

5) DESTINATARI DIRETTI E INDIRETTI

La finalità del progetto riguardano le condizioni di benessere dell'intera cittadinanza, che in quest'ottica costituisce il destinatario finale della nostra proposta progettuale.

Nella cittadinanza interessata (che nel progetto consideriamo però come "destinataria" indiretta) comprendiamo le persone che vivono in situazioni di bisogno, derivanti da condizioni di "solitudine" e/o di crisi delle reti spontanee di supporto, generate, a loro volta, da uno qualsiasi dei temi trasversali analizzati nella relazione tecnica (immigrazione, disabilità e non autosufficienza, vecchie e nuove povertà, violenza, disagio ed esclusione sociale).

In considerazione dell'elevato numero di persone comprese all'interno di tale "criterio", si è deciso, di restringere l'attenzione a questioni legate all'invecchiamento della popolazione e al suo sovrapporsi in molti casi con situazioni di invalidazione/disabilità. Ciò è avvenuto in esito a un percorso di consultazione realizzato nel corso delle fasi di costruzione del progetto, in cui sono stati presi in considerazione una

³¹ Esprit à l'Envers, che ha in corso la realizzazione di un progetto di auto-mutuo aiuto per persone con patologie psichiatriche è disponibile a collaborare alla realizzazione di azioni che coinvolgano destinatari dei servizi gestiti (persone con problemi psichiatrici, anziani, disabili, cittadini) finalizzati a sperimentare forme di auto mutuo aiuto/auto-organizzazione; Arc-En-Ciel è disponibile a contribuire alla realizzazione di azioni a favore di persone anziane in gravi difficoltà, sostenendo e organizzando forme cittadinanza attiva di persone in carico al DSM, frequentatori del Centro diurno di Via Innocenzo V Papa di Aosta

pluralità di elementi, che abbiamo evidenziato nell'*analisi di contesto* e ripreso nelle *motivazioni del progetto* inserite nella *sezione 6*.

In particolare, sono stati individuati quali destinatari finali di riferimento (pur appunto in forma indiretta) le persone che appartengono alla fasce di popolazione *ultra 75enne* e/o *ultra60enne interessata da gravi patologie* (p.es. morbo di Alzheimer, patologie psichiatriche, malattie neurologiche degenerative ...).

Il concentrare l'attenzione su queste due tipologie è motivato dall'esigenza funzionale di circoscrivere il campo d'azione, dando *priorità ai problemi che interessano fasce d'età e condizioni nelle quali i fattori di rischio si moltiplicano, alimentando sensibilmente la fragilità personale*.

Come abbiamo già evidenziato nell'*analisi di contesto* (vedi *nota 4*), nelle fasce d'età più elevate aumenta l'incidenza delle persone che vivono sole, con una chiara connotazione, tra l'altro, al femminile. In più, in tali componenti della popolazione diventa decisamente più frequente la necessità di ricorrere a forme di aiuto, com'è chiaramente evidenziato dalla distribuzione per fasce d'età, ad esempio, degli utenti dei servizi di assistenza domiciliare comunali (vedi tabella di seguito)

Elementi sostanzialmente analoghi sono stati riportati nell'*analisi di contesto* rispetto all'incidenza crescente di forme di vera e propria disabilità con l'aumentare dell'età.

Fasce d'età	Valori assoluti	Valori %
< 30	12	2,0
30-40	11	1,9
41-50	25	4,3
51-60	33	5,6
61-70	64	10,9
71-80	154	26,2
80	288	49,1
Totale	587	100,0

Fonte: Comune di Aosta (2009)

Aggiungiamo, qui, un altro dato, parziale ma significativo, relativo al tasso di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici. Queste problematiche si presentano in *tutte* le classi d'età, associate a difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, ma secondo le indagini ISTAT (2002) il tasso di ospedalizzazione più elevato si registra per gli *over 75*, sia in Italia (0,97 per 100 abitanti, contro un tasso medio dello 0,54), sia in Valle d'Aosta (2,1 per 100 abitanti, contro un tasso medio di 0,85).

Il progetto, tuttavia, identifica i suoi destinatari "diretti" in quelli che sono talvolta definiti come "beneficiari intermedi", ossia gli *attori chiave* (enti/servizi/operatori del pubblico e del privato) che svolgono una funzione di supporto ai beneficiari finali. Infatti, gli obiettivi del progetto, di natura processuale e trasversale, tendono a migliorare la loro interazione con questi ultimi.

A questi si aggiungono, poi, una categoria particolare di persone, ossia quei cittadini che nell'ambito del progetto saranno interessati da attività di promozione della partecipazione e coinvolgimento della "comunità" (cfr. su questo le parti seguenti del formulario). Essi costituiscono - in forma individuale o aggregata - degli altri interlocutori "intermedi", nella misura in cui il loro ruolo sarà quella di rappresentare

(in senso lato) interessi e punti di vista della “cittadinanza”, in particolare di quelle componenti in qualche modo già interessata da situazioni di difficoltà (famiglie, fruitori diretti di servizi, altre persone prossime a diventarlo, ecc.)

Il totale degli operatori che lavorano in Aosta - sul territorio - nell’area della disabilità e in quella degli anziani è di poco più di *un centinaio di persone*. Sono stati considerati nella stima gli operatori dei servizi territoriali comunali (circa 60), gli operatori assistenziali che operano nel territorio comunale a favore di persone disabili (circa 30), gli operatori socio-sanitari dell’USL (circa 15, tra infermieri professionali e fisioterapisti), gli operatori del servizio sociale comunale (circa 5). Sono invece stati esclusi dal computo gli operatori che lavorano nelle micro-comunità e nelle case di riposo.

Ad essi si aggiungono le associazioni di volontariato, che sono 18, tra entità che si occupano di disabilità di anziani e/o di altre “categorie” potenzialmente interessate alle problematiche toccate dal progetto, per un totale di circa *200 persone*. In dettaglio, le associazioni alle quali facciamo riferimento sono le seguenti: UNIENDO RAICES, ADVA, AISM, ALZHEIMER, ANTEA, AVFPF, GIROTONDO, AUSER, AVA, VIOLA, AVP , CVS, DIAKONIA, DIAPSI, L’AMITIE’, L’ASCOLTO, LILT, TELEFONO AMICO .

Si ipotizza di coinvolgere nelle attività di progetto circa 150 persone tra operatori, volontari altri attori intermedi e semplici cittadini, con riferimento ai riferimenti organizzativi riportati nella tabella seguente. Per compilarla abbiamo tenuto conto degli impegni della partnership e di una stima ragionevole di possibili altre forme di partecipazione, non precisamente prefigurabili in questa fase.

Come si può vedere, in seconda colonna facciamo riferimento alle diverse tipologie di azione, e quindi – per un’efficace lettura – si proceda nella lettura del formulario fino alle parti che descrivono l’articolazione dell’intervento.

Può essere utile rilevare la tipologia anche dei partecipanti identificati dai partner, che prefigura un impegno mirato alla natura del progetto.

Soggetto organizzato	Numero di operatori	Tipologia
Comune di Aosta	• 1 persona quale Referente di Progetto	Assistente sociale
	• 1 operatore partecipanti al percorso di 80 ore	Assistenti sociali
	• 1 operatore partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Assistente sociale
Azienda USL	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Referenti servizi socio-sanitari territoriali
	• 1operatore partecipante al percorso di 80 ore	
	• 1 operatore partecipante al gruppo di studio sul volontariato	
CSV e singole associazioni di volontariato	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Responsabili CSV e singole associazioni
	• 1 + 2 volontari partecipanti al percorso di 80 ore	
	• 1 + 3 volontari partecipanti al gruppo di studio sul volontariato	
Consorzio Trait d'Union	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Responsabili consortili e referenti area anziani
	• 1 operatore partecipante al percorso di 80 ore	
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	
La Sorgente	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Rappresentante cooperativa
	• 1 persona partecipante al percorso di 80 ore	Coordinatore servizi area anziani
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Rappresentante cooperativa
Esprit à l'Envers	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Rappresentante cooperativa
	• 1 persona partecipante al percorso di 80 ore	Coordinatore servizi area anziani
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Rappresentante cooperativa
Indaco	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Rappresentante cooperativa
	• 3 persone partecipanti al percorso di 80 ore	Figure di coordinamento servizi area anziani
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Rappresentante cooperativa
Pro-Ges	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Rappresentante cooperativa
	• 5 persone partecipanti al percorso di 80 ore	Figure di coordinamento servizi area anziani
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Rappresentante cooperativa
Arc-en-Ciel	• 1 persona nel Gruppo di Coordinamento	Rappresentante cooperativa
	• 2 persone partecipanti al percorso di 80 ore	Educatori e figure di coordinamento servizi area anziani
	• 1 referente partecipante al gruppo di studio sul volontariato	Rappresentante cooperativa
Altri soggetti (RAVA, ...)	• 1 persona partecipante al percorso di 80 ore	Assistente sociale
	• 5 persone partecipanti ad altre attività previste	Operatori sociali di territorio
Altre aggregazioni	• 15-20 pp. circa ³²	Testimoni privilegiati (singoli cittadini interessati)

³² Non sono qui compresi i potenziali partecipanti agli eventi pubblici di sensibilizzazione/incontro con la cittadinanza, che stimiamo in circa 80 persone aggiuntive

6) DESCRIZIONE DEL PROGETTO e FINALITÀ GENERALI

Il problema/fenomeno su cui si intende agire

A partire dalla Relazione di sintesi del sub-ambito 2 Città di Aosta (ora sub-ambito 5), redatta nel 2008, il Gruppo Tecnico di Aosta ha constatato che il problema emerso in modo rilevante in tutti i Tavoli Tematici è stato l'*isolamento* di persone in situazioni o fasi della vita di particolare fragilità (es. anziani soli, giovani non ben inseriti nella società, famiglie in difficoltà, ecc.).

Sul fronte delle persone anziane, Il PdZ ha individuato, a fronte dei problemi legati alle dinamiche demografiche, nel tema dell'*isolamento* una questione cruciale, una sorta di "nodo" ove si addensano una pluralità di fattori critici. La sua importanza deriva, in buona sostanza, dal porre in chiara evidenza la questione del "disallineamento" tra bisogni – sempre più "numerosi" ma soprattutto più diversificati – e risposte che le politiche assistenziali tradizionali, pur improntate a logiche territoriali, riescono oggi a garantire.

E' come se – a fronte di una realtà di servizi relativamente ricca di offerte (di cui tutti riconoscono la qualità) – si manifestasse comunque un'area di scollamento diffuso. A fronte dell'articolazione e della complessità dei bisogni, l'individuo, come abbiamo rappresentato nell'analisi di contesto (vedi mappe di sintesi), si trova di fronte a:

- la rarefazione delle reti di protezione sociale spontanea, dove qui intendiamo per "protezione" non solo forme diverse e naturali di supporto nella quotidianità, ma anche le opportunità sociali di espressione personale e relazionale;
- il mutamento tendenziale della famiglia (culture, strutture, pratiche) e la sollecitazione critica dei *care-givers*;
- le rappresentazioni culturali dei servizi, che ancora rendono non immediato l'accesso.

Il senso di isolamento (solitudine, perifericità, perdita di un ruolo attivo riconosciuto, perdita di significato) sembra in questa prospettiva quasi una conseguenza automatica.

Questa forma strutturale di disallineamento interroga evidentemente i servizi, mettendone in discussione le logiche di produzione e minandone alla base le aspettative di piena rispondenza ed efficacia. Ma tale "interrogazione" curiosamente si sposa con la constatazione di un'emblematica *risonanza*, posto in evidenza dal Gruppo Tecnico già nel progetto di massima, tra la "solitudine" individuale dell'anziano o del disabile e quella *organizzativa* dell'operatore.

Lo stesso problema di "isolamento", infatti, viene segnalato, anche se con sfaccettature differenti, da enti, servizi e soggetti impegnati sul territorio in campo socio-assistenziale, e si manifesta nell'assenza dei necessari collegamenti tra gli stessi e gli altri soggetti attivi. Dal lavoro dei Tavoli Tematici abbiamo visto come emerge la necessità di creare "sinergie tra servizi, enti, volontariato, cooperative" e di ampliare la conoscenza reciproca rispetto a *chi* si è e *cosa* si fa.

Nell'analisi di contesto abbiamo cercato di approfondire questo tema. Come sintetizzato nelle mappe, la *solitudine* di chi opera nella rete dei servizi è innanzitutto legata alla circostanza che spesso ciascuno "fa il suo pezzo"; tra operatori si sviluppano tutt'al più forme di coordinamento *sequenziale* (nel tempo e/o nelle dimensioni/spazi del presente), mentre più raramente si praticano forme di coordinamento *intensivo*, dove si ragiona insieme e ci si muove come una squadra (una vera e propria "organizzazione temporanea" di presa in carico). Le reti – intese come forme/pratiche/procedure di collegamento già in parte ci sono – ma mancano forse ancora adeguati momenti/luoghi/contesti dove si possono stringere "nodi" locali di attivazione condivisa.

All'interno di questo quadro, poi, esiste una problematica tuttora irrisolta, ma sempre presente, che vede il

volontariato vivere una condizione che potremmo definire paradossale; esso è infatti interessato, da un lato, da richieste esogene di collaborazione e forme endogene di protagonismo e – dall'altro – lasciato in una condizione di indefinita "incorporazione" del suo ruolo e contributo nelle logiche di produzione del servizio. Ne scaturisce un'ulteriore forma di disagio, che si ripercuote sull'impegno e sui vissuti dei singoli, ma anche sulla solidità e sulla legittimazione dell'organizzazione. E anche questa è una forma di solitudine, tutta particolare.

Un ulteriore aspetto da cogliere, a nostro avviso, è l'intensità con la quale si presenta il problema della insoddisfacente conoscenza (intercettazione) della molteplicità dei bisogni/problemi del *target*. L'operatore/l'organizzazione fornitrice di servizi/la rete paiono quasi in affanno, in questa sensazione di non capire e in questo desiderio di monitorare... Gli stessi echi si presentano nella ricorrente e richiamata esigenza di *prossimità*, che sembra rivelare la condizione attuale di percepita distanza dai bisogni che si *trasformano*, rispetto ai quali invece si vorrebbe una maggiore vicinanza. Il "professionista" (l'oggetto delle "deleghe" assistenziali) è qui di nuovo troppo "solo", anche nella relazione con le persone di cui si prende cura, non sempre riconosciuto, spesso "strumentalizzato" – e quindi trasfigurato – nelle domande che gli vengono fatte, al di là delle quali pare solo di intravedere i problemi e meno ancora i bisogni (di nuovo qui appare simbolicamente rilevante la lamentata "assenza" dei cittadini dai tavoli!).

Le questioni che qui stiamo ripercorrendo sono state oggetto di attente riflessioni ed analisi del Gruppo Tecnico. I singoli componenti del Gruppo stesso, nella duplice veste di operatori e di rappresentanti delle Istituzioni di appartenenza, riscontrano nella loro attività quotidiana il senso di "isolamento" sopra indicato. Al fine di approfondire il problema individuato, il Gruppo Tecnico ha anche inteso raccogliere il contributo del Terzo Settore, attraverso l'organizzazione di alcune iniziative:

- momento informativo rivolto ad associazioni di volontariato sul procedere dei lavori del Piano di Zona;
- incontri tra Gruppo Tecnico, associazioni di volontariato e cooperative finalizzati a condividere il problema individuato dal Gruppo Tecnico e a raccogliere esperienze, rappresentazioni e proposte;
- ulteriori incontri con associazioni e cooperative per approfondire l'argomento e per raccogliere adesioni e impegno nel progetto.

Le organizzazioni di volontariato e le cooperative coinvolte nel lavoro di preparazione della proposta progettuale (operanti in Aosta e impegnate a sostenere persone in condizioni di non autosufficienza) hanno confermato l'analisi di cui sopra:

- da un lato hanno evidenziato una diffusa condizione di "solitudine" di persone o famiglie in difficoltà (persone adulte con disabilità per le quali nella società non sono previste tante opportunità di sostegno e socializzazione; persone, in particolare anziani, senza un nucleo familiare cui appoggiarsi; *care-giver* con grandi impegni di cura per i quali non sono previste forme di "sollievo", né supporti specifici in momenti particolarmente complessi dell'assistenza, come ad esempio la gestione di episodi violenti derivanti da specifiche patologie);
- dall'altro hanno fatto presente che non si sentono parte di un sistema integrato di risorse e servizi, ma hanno manifestato la piena disponibilità a coinvolgersi nella costruzione di una rete che fornisca interventi efficaci e ottimizzi le risorse.

Motivazioni della scelta

Il Gruppo Tecnico ha riflettuto sugli aspetti che portano all'isolamento delle persone in situazioni di difficoltà, sottolineando che la condizione di solitudine è l'esito di un processo graduale di allentamento, a volte fino ad

arrivare alla perdita, di legami significativi. Perché il processo sia evitato, o quanto meno contenuto, si rende necessario un sostegno complesso e articolato, che i singoli soggetti presenti sul territorio, pubblici e privati, non sono in grado di fornire, se non integrandosi.

E' quindi qui lo *snodo progettuale* su cui si basa l'itinerario di lavoro che presentiamo: l'impianto progettuale si centra sul *legame* tra diverse "solitudini". Al di fuori delle metafore evocative, e più pragmaticamente, l'idea è che il manifestarsi di forme di disallineamento potenzialmente crescenti debba essere colmato attraverso un ripensamento delle logiche di produzione del servizio, che rafforzino da un lato gli spazi di integrazione e condivisione (di problemi e soluzioni) e che alimentino la rete di aiuto attraverso forme nuove di partecipazione e contributo attivo della collettività, attraverso le risorse che essa può spendere (il volontariato, le forme di aiuto informale, il contributo più o meno organizzato degli stessi fruitori dei servizi).

Alla domanda relativa al *perché* lavorare sulle reti e non sperimentare nuove forme di intervento o di servizio, ci siamo risposti che la natura dei problemi che abbiamo oggi di fronte non richiede tanto nuove "offerte" (sempre comunque utili), quanto piuttosto *l'alimentare nuovi processi*.

L'esperienza condotta nei tavoli di costruzione del piano di zona, da questo punto di vista, ha dimostrato come le prospettive attuali di "governance" delle politiche sociali costituiscono oggi una sfida importante, anche nella prospettiva di "capacitare" reali processi *bottom-up*. Il piano di zona certamente è intervenuto su scala più ampia, ma il metodo sperimentato di costruzione "dal basso" e di valorizzazione delle risorse dei contesti è senz'altro coerente con l'impianto che intendiamo adottare.

Il tema della programmazione partecipata ha peraltro una tradizione consolidata, sia nella letteratura in merito agli approcci di comunità (utilizzati dalle discipline sociali e psicologiche), sia nelle pratiche di progettazione, come dimostrano – ad esempio – le esperienze di sviluppo locale, messe in atto anche in Valle d'Aosta nell'ambito dei programmi a finanziamento comunitario (approccio Leader, creazione di Gruppi di Azione Locale, PIC, ecc.). Si tratta di approcci che risultano funzionali ad una ottimizzazione delle risorse e all'innovazione, questioni queste quanto mai attuali, se pensiamo da un lato al periodo di recessione cui siamo di fronte, dall'altro alle prospettive socio-demografiche che le statistiche ci propongono³³

Come è indicato nella relazione di sintesi del sub-ambito 5, peraltro, si tratta per il futuro *"di mantenere e salvaguardare il coinvolgimento di tutti i soggetti operanti nell'ambito comunale, nonché di stabilizzare i tavoli costituiti, rendendoli partecipi dell'attività di verifica, controllo e proposta rispetto ai contenuti del Piano di Zona"*. Nei suggerimenti già avanzati a suo tempo, inoltre, si propone di *"affidare ai Tavoli Tecnici non solo il ruolo di esecutori locali, ma anche un più ampio ruolo decisionale sull'organizzazione dei Tavoli Tematici. Questi ultimi potrebbero essere coinvolti con metodologia diversa, a volte con incontri a tema, altre volte con incontri su target e potrebbero rivolgersi ad ambiti anche variabili, che coinvolgono, come ora, tutto o parte di un distretto, oppure più distretti. La scelta sul modo di coinvolgere le zone dovrebbe essere presa a livello locale e l'Ufficio di Piano svolgere una funzione più di coordinamento che direzionale, peraltro, importante, quanto il supporto logistico e amministrativo dei consulenti senior e junior (da valorizzare)"*.

Un secondo aspetto che ci preme chiarire riguarda le ragioni della scelta del target finale di riferimento (persone di età avanzata, anche con patologie invalidanti). *Perché concentrarsi su questa area problematica?*

I motivi sono essenzialmente i seguenti: a causa dell'entità prospettica del fenomeno dell'invecchiamento, per la natura sfaccettata e strutturale dello stesso, per l'oggettivo peso economico della spesa socio-assistenziale (anche

³³ Come ricordato nelle pagine introduttive della citata Proposta di Piano 2010-2012 le previsioni demografiche ISTAT stimano per il 2025 una forte contrazione della popolazione fino a 14 anni (-20%) ed un'espansione di quella oltre i 65 (+35%)

per il bilancio comunale), per l'elevata coerenza tra target e competenze istituzionali dell'ente capofila, con conseguenti ampie opportunità di trasferibilità degli esiti del progetto.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, soprattutto la qualità e la velocità con la quale esso si sta proponendo, unito ai cambiamenti nella struttura familiare, pone dunque notevoli nodi aperti e nuovi scenari ai *policy makers* e ai soggetti che offrono servizi di cura.

Si tratta, infatti, di una condizione esistenziale – quella dell'invecchiamento – che espone il soggetto alla necessità di fronteggiare processi di natura involutiva, di tendenziale riduzione dello spazio vitale³⁴, che sono però fortemente influenzati dalle risorse contestuali disponibili (familiari ed ambientali) e che sono conseguentemente suscettibili di esprimersi in bisogno e domande in forme estremamente variegate, in cui la “vicinanza” dei servizi e la loro capacità di attivare reti di sostegno naturali e/o di collegare in modo mirato e precoce l'emergere di difficoltà con la complessa realtà di risposte istituzionali presenti nel territorio, consente di:

- accrescere la capacità di rispondere in modo situato e locale all'insorgere dei bisogni, rafforzando le condizioni che consentono, come di norma si cerca di fare, la “permanenza” dell'anziano al proprio domicilio;
- ridurre tendenzialmente la necessità di interventi specialistici o strutturati di carattere tradizionale e quindi il carico assistenziale complessivo.

I dati a disposizione sulla condizione anziana, sia a livello nazionale che locale, segnalano peraltro una prevalenza di anziani in buona salute, per i quali si allunga il periodo di vita pienamente autosufficiente. Ciò porta necessariamente ad ampliare lo “sguardo” di istituzioni e servizi, in un'ottica preventiva e di crescita collettiva.

Appare utile investire anche nell'attivazione di nuove forme di “ascolto” dei bisogni della popolazione, per intercettare “da vicino” le situazioni di disagio e facilitare l'attivazione di risposte complementari ed integrate a quelle dei servizi esistenti, rafforzando quindi complessivamente le forme territoriali di supporto (prospettiva della *community care*).

Sempre con riferimento alle motivazioni, vorremmo qui richiamare anche alcuni *aspetti programmatici*. Senza voler qui ripercorrere i numerosi ancoraggi di questa natura, ci sembra importante però tenere presente alcuni punti contenuti in documenti di programmazione regionale ai quali il servizio può offrire un qualche contributo.

L'intervento proposto innanzitutto si ancora ad orientamenti tradizionali che sottolineano la necessità di::

- migliorare, quantitativamente e qualitativamente, l'offerta dei servizi, avvicinandola il più possibile al domicilio delle persone e integrandola, sia sotto l'aspetto operativo che organizzativo;
- sperimentare soluzioni d'intervento che possano prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza.

L'impianto proposto contribuisce in particolare alle seguenti finalità generali del Piano di Zona:

- promuovere la cultura dell'incontro tra persone, gruppi e comunità, nell'ottica della valorizzazione dello scambio sociale tra soggetti della comunità;
- promuovere la cultura della domiciliarità come prospettiva entro cui collocare gli interventi a supporto delle persone che hanno difficoltà sociali e che si rivolgono ai servizi sociali.

³⁴ Ricordiamo ancora che condizioni di disabilità e di limitazione all'attività quotidiana diventano più frequenti al crescere dell'età, in entrambi i generi; tra gli anziani, infatti, l'11,5 degli uomini e quasi il 20% delle donne dichiara una forma di disabilità, mentre il 30,8% degli uomini e il 36,1% delle donne pone in evidenza una qualche limitazione della propria attività per problemi di salute (cfr. OREPS, *Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari, in Valle d'Aosta, Aosta, 2009, p. 53*)

- promuovere la cultura dell'ascolto sociale nella direzione di far crescere la capacità del sistema dei servizi di cogliere l'emergere di nuove domande e problematiche sociali.

Vale la pena di ricordare anche il "Piano per la salute e il benessere sociale 2010-2012", che contiene alcune suggestioni di forte interesse e che il progetto cerca di interpretare. Nella tabella qui di seguito proponiamo alcuni spunti che abbiamo ripreso dal documento programmatico quali *temi* rilevanti, riferiti alle diverse *direttive strategiche* di piano:

Equità	Tema dell'accessibilità e dell'analisi dei bisogni
Creare alleanze responsabili tra tutti gli attori del sistema	Tema delle "alleanze di progettualità sociale responsabile" con riferimento al "favorire forme di programmazione partecipata alle scelte di gestione delle priorità nei bisogni comunitari"
Valorizzare le competenze dei cittadini	Tema degli "anziani attivi"
Creare ambito territoriale sempre più interprete e attore del bisogno	Tema del "segretariato sociale", con particolare riferimento al punto sui servizi di prossimità, aventi caratteristiche d'intervento non solo recettivo delle istanze, ma anche propositivo ed interattivo con la persona e con la famiglia" nella risposta
Tutelare la fragilità	Tema dell'individuazione nei distretti i gruppi di anziani a rischio tra la popolazione, per prevederne i bisogni assistenziali e monitorarne gli andamenti.

Riportiamo qui di seguito anche le indicazioni strategico-operative emerse nel Piano di Zona, che ci sembrano rappresentare riferimenti puntuali di contenuto per orientare gli interventi:

In merito all'esigenza di conoscere meglio i bisogni della popolazione, anche a fini preventivi, sono emerse le seguenti annotazioni: *"conoscere, quantificare, tipicizzare, monitorare la popolazione anziana con figli disabili a carico e quella sola e/o non conosciuta dai servizi, individuando le cause di solitudine"*; *"sonda[re] i bisogni dell'anziano con la metodologia "porta a porta"*; *"censire la perdita di autonomia nella fase iniziale dell'invecchiamento o della disabilità"*; *"fare in modo che i Comuni monitorino gli anziani soli"*.

In merito all'esigenza di nuove forme di servizio: *"diversificare l'assistenza"*; *"diffonde[re] ed incrementa[re] 'servizi di prossimità' con una forte componente di volontariato"*; *"istitu[re] la figura dell'operatore visitatore o dell'adest di quartiere"*, *"ripensare il sistema dell'Assistenza domiciliare"*.

In merito alla promozione di reti sociali di supporto: *"crea[re] una rete di auto-mutuo aiuto di quartiere o di villaggio"*; *"favorire i rapporti di vicinato, dove esistenti"*; *"attiva[re] forme di sostegno attraverso il volontariato, le parrocchie e gli anziani stessi"*; *"sensibilizzare i medici di base affinché segnalino ai servizi le situazioni di disagio conosciute"*.

Rispetto alle tipologie di attività/interventi da realizzare: *"garantire l'informazione e promuovere la conoscenza dei servizi sul territorio"*; *"promuovere l'incontro e la socializzazione"*; *"creare/ampliare i luoghi e gli spazi di incontro e socializzazione in collaborazione con gli enti istituzionali e non, ad esempio le parrocchie"*; *"promuovere attività di socializzazione atte a favorire l'inserimento dell'anziano nella vita sociale"*; *"mantenere un ruolo e relazioni sociali significative all'interno della famiglia e/o con le giovani generazioni, al fine anche di garantire la trasmissione generazionale"*; *"promuovere una nuova cultura della Terza Età atta a superare i pregiudizi associati all'invecchiamento ed a valorizzare l'anziano come risorsa, favorendone l'inserimento sociale e l'autostima"*; *"facilitare l'accesso ai servizi, compresi quelli destinati all'incontro e alla socializzazione"*; *"facilitare la costituzione di gruppi di auto mutuo-aiuto [tra familiari]"*; *"attivare servizi ... di pronto intervento sociale"*

Finalità generali (a lungo termine) che si intendono perseguire

La prospettiva di lavoro che proponiamo tiene conto di recenti suggestioni in merito al tema delle reti nelle politiche sociali, così come ci sembra efficacemente delineato in una nota di un conosciuto studioso di settore:

“Le reti devono essere curate affinché curino, affinché diventino davvero opzioni strategiche superiori nella realtà sfaccettata degli attuali sistemi di welfare”

(Folgheraiter, 2007)

Nel riquadro qui di seguito sono presentate le finalità generali cui il progetto contribuisce.

Finalità generali	<ul style="list-style-type: none">• Rafforzare le reti di protezione sociale rivolte alla tutela delle condizioni di benessere delle persone anziane e non (aumento della capacità della comunità di lavorare insieme per risolvere problemi collegati), in particolare attraverso:<ul style="list-style-type: none">a) l’ottimizzazione e la valorizzazione delle risorse esistentib) il coinvolgimento e la partecipazione della comunità
--------------------------	--

Come si vede, si tratta di operare nella direzione di una crescita sistemica complessiva, agendo in particolare su due fronti tra loro intrecciati (che possono essere interpretati come *sub-finalità*), ossia quello della “messa a punto” delle condizioni di efficacia/efficienza delle reti di supporto e quello della promozione di un maggiore coinvolgimento delle risorse comunitarie nei processi di aiuto.

Parliamo naturalmente di *contributo* perché:

a) le condizioni di benessere della popolazione e dei beneficiari finali di riferimento sono influenzate da macro-variabili socio-culturali, demografiche ed economiche il cui andamento non è evidentemente sotto il controllo del progetto;

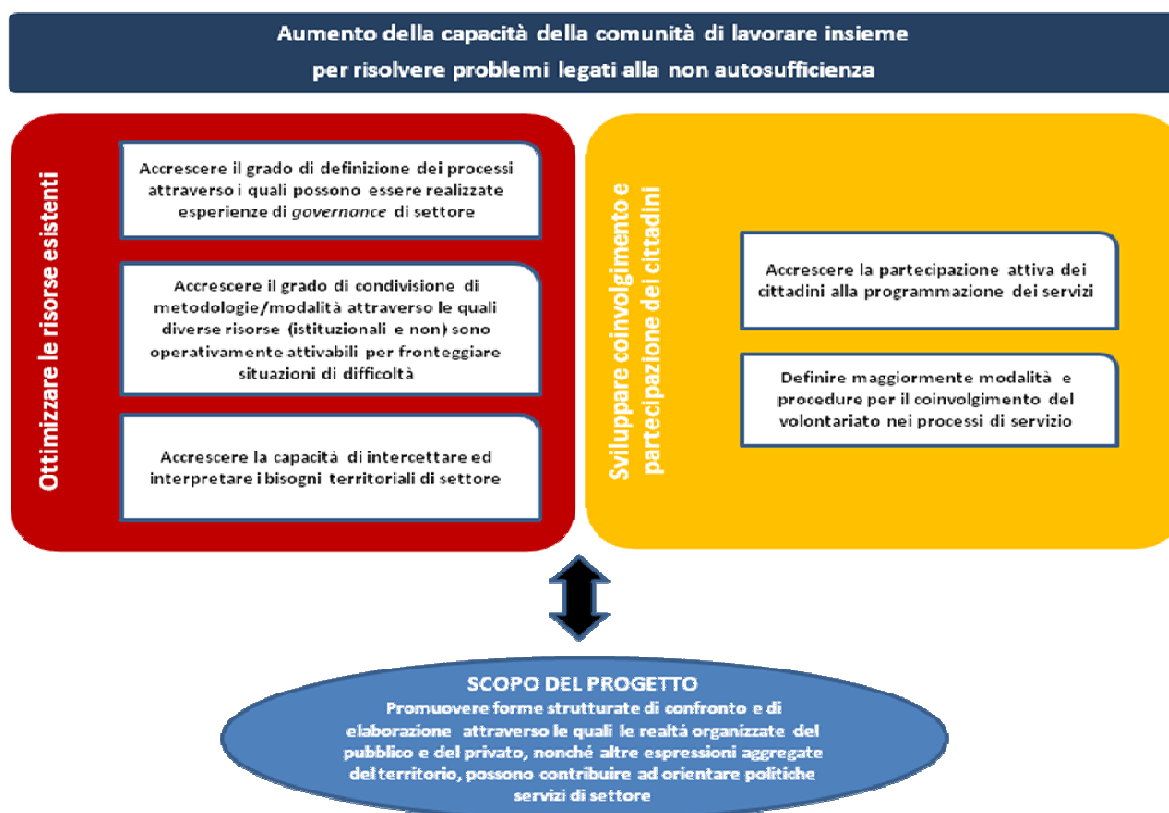
b) la capacità di fronteggiamento di bisogni/problemi delle reti di formali e comunitarie, con riferimento in particolare all’ottimizzazione delle risorse e al coinvolgimento delle reti di comunità, è influenzata da altre ipotesi e condizioni (dinamiche politiche, pluralità di variabili che intervengono nei processi di programmazione, relazioni interistituzionali, quadro complessivo di offerta di servizi ed opportunità – non solo compresi nell’area delle politiche sociali -, consistenza e legittimazione sociale complessiva del Terzo Settore, dimensioni più ampie di relazione sociale nella comunità allargata, ecc.) che concorrono a rafforzare (o meno) scopo, obiettivi e risultati del progetto.

In più, in una logica di *priorità*, nel progetto ci si concentra tendenzialmente (vedi parte sui destinatari) sulle componenti della popolazione anziane e/o non autosufficiente maggiormente “a rischio”, ossia su quelle fasce d’età rispetto alle quali più frequenti sono le esigenze di cura e supporto.

Le finalità generali si collegano direttamente al tema del “disallineamento” evidenziato nell’analisi di contesto, quale questione di fondo oggi al centro dell’attenzione, in relazione all’*intensità* con cui si presentano le trasformazioni socio-demografiche contemporanee. La relativa debolezza delle reti di fronteggiamento rispetto ai problemi emergenti (cfr. MAPPA DEI PROBLEMI DELLA RETE DI SERVIZI), induce a porsi nella direzione di un rafforzamento interistituzionale, in un’ottica di *capacity building*. Questa finalità riteniamo possa essere gradualmente avvicinata articolandola in due sub-prospettive, ossia quella dell’OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE e quella del MAGGIOR COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ. Come ripreso alla fine dell’analisi di contesto, tali prospettive raccolgono specifici aspetti problematici (“questioni aperte”) che riteniamo possano essere “aggremiti” in termini di obiettivi specifici dal nostro progetto.

Per completare dunque il quadro dell’architettura “direzionale” del progetto, nella figura seguente

riportiamo (in blu in alto) la *finalità*, le *due sub-finalità* (quadri in rosso e in giallo) e gli *obiettivi specifici* (caselle di testo in bianco) di cui il progetto è direttamente responsabile.



Nel cerchio in basso è proposta una definizione - aggiuntiva a quanto richiesto dal formulario – dello *scopo* di progetto, inteso come finalizzazione convergente degli obiettivi specifici. In altre parole, il raggiungimento dei 5 obiettivi specifici è orientato a raggiungere un preciso risultato, che ne qualifica e caratterizza il significato. Esso si concretizza nella identificazione di “forme strutturate” (contesti e processi) attraverso i quali gli attori interessati alle politiche per anziani ed inabili della Città di Aosta potranno, al termine dell’esperienza progettuale, fornire il proprio contributo attivo alla *governance* delle politiche di settore. In altri termini, ci si attende che, al termine del progetto, gli *attori chiave della rete di servizi identifichino concrete modalità attraverso le quali condividere problemi e strategie di settore.*

Presentazione del progetto (tipologia di azioni)

Il progetto si concretizza prevalentemente in azioni di costruzione di reti interorganizzative. Si tratta, da un lato, di attivare un processo di cooperazione, che richiede sia di esplorare/chiarire i metodi (il *come* questo possa anche in prospettiva essere operativamente realizzato, a livello di procedure, tempi, attori, risorse...) sia di sperimentare direttamente l’elaborazione di contenuti (ossia di affrontare degli argomenti, delle “questioni” aperte), per circoscrivere ciò di cui ci si può occupare (il *cosa*).

Da questo punto di vista (cfr. da qui in avanti il testo con la tabella di seguito che indica le diverse azioni previste e le riconduce agli obiettivi specifici), che si inquadra dentro la sub finalità relativa

all'ottimizzazione delle reti, si tratta di avviare un "meccanismo" di analisi, valutazione, identificazione di problemi rilevanti e di possibili strategie di soluzione, che interessa il campo d'intervento preso a riferimento

Ciò ha a che fare in particolare con l'obiettivo specifico relativo al ACCRESCERE IL GRADO DI DEFINIZIONE DEI PROCESSI ATTRAVERSO I QUALI POSSONO ESSERE REALIZZATE ESPERIENZE DI GOVERNANCE DI SETTORE), che potrà però essere utilmente implementato in stretta relazione non solo ad un approfondimento metodologico e procedurale (attraverso specifiche azioni dedicate), ma anche rispetto ad una contemporanea sperimentazione applicativa, che riguarderà questioni/problemi di ampia portata che sono stati identificati nelle fasi preliminari di progettazione e di analisi del contesto all'interno del quale ci muoviamo. Ci riferiamo, qui, al tema della presa in carico integrata (sinergie/coordinamento operativo delle micro-reti da attivare rispetto ai singoli casi, con riferimento all'obiettivo ACCRESCERE IL GRADO DI CONOSCENZA E CONDIVISIONE DI METODOLOGIE/MODALITÀ ATTRAVERSO LE QUALI DIVERSE RISORSE (ISTITUZIONALI E NON) SONO OPERATIVAMENTE ATTIVABILI PER FRONTEGGIARE SITUAZIONI DI DIFFICOLTÀ e a quello dell'intercettazione dei bisogni (obiettivo ACCRESCERE LA CAPACITÀ DI INTERCETTARE ED INTERPRETARE I BISOGNI TERRITORIALI DI SETTORE), la cui centralità risulta evidente (orientare le scelte significa partire da una costruzione "sociale" dei problemi, per nulla scontata ed automatica). Nelle azioni di progetto sono dunque contemplati riferimenti operativi dedicati.

Obiettivi Specifici	Azioni
1. Accrescere il grado di definizione dei processi attraverso i quali possono essere realizzate esperienze di <i>governance</i> di settore	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione ed attivazione di un TAVOLO di progettazione partecipata (trasversale all'intero percorso progettuale) • Realizzazione con i referenti coinvolti nel Tavolo di un intervento di "action learning" • Azioni di accompagnamento (progettazione, elaborazione di documenti, promozione)
2. Accrescere la capacità di intercettare ed interpretare i bisogni territoriali di settore	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento di "action learning" • Azioni di accompagnamento (progettazione, elaborazione di documenti)
3. Accrescere il grado di conoscenza e condivisione di metodologie/modalità attraverso le quali diverse risorse (istituzionali e non) sono operativamente attivabili per fronteggiare situazioni di difficoltà	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento di "action learning" (vedi sopra) • Azioni di accompagnamento (progettazione, elaborazione di documenti)
4. Accrescere la partecipazione attiva dei cittadini alla programmazione dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Eventi pubblici di sensibilizzazione/dialogo con i cittadini su bisogni e servizi di settore • Promozione e facilitazione di circoli/laboratori di approfondimento (su temi inerenti il funzionamento e/o il miglioramento dei servizi) • Promozione e facilitazione iniziale di gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti a beneficiari finali
5. Definire maggiormente modalità e procedure per il coinvolgimento del volontariato nei processi di servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppo di studio sul volontariato di settore, • Elaborazione di documenti/proposte operative
<ul style="list-style-type: none"> • Accrescere efficacia ed efficienza del progetto 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento • Monitoraggio & Valutazione • Comunicazione

Sempre nella logica di costruzione di reti interorganizzative con funzioni di “governance” dei problemi, una seconda area d’intervento del progetto si colloca all’interno della sub-finalità relativa al coinvolgimento/partecipazione della comunità (ottica della *community care*). Si tratta di una dimensione, in realtà, complementare ed intrecciata alla prima, che abbiamo tenuto concettualmente distinta per dedicare ad essa particolare attenzione, in virtù di una condizione di partenza che vede particolarmente debole questo versante. Non si tratta solo, in questo caso, di “ottimizzare” e/o di mettere a punto dei meccanismi sinergici. Occorre, quasi preliminarmente, consentire a queste potenziali di risorse di *fare parte* del sistema, a pieno titolo e in forma sufficientemente compiuta. Per il volontariato, c’è appunto un problema di legittimazione/riconfigurazione (vedi obiettivo DEFINIRE MAGGIORMENTE MODALITÀ E PROCEDURE PER IL COINVOLGIMENTO DEL VOLONTARIATO NEI PROCESSI DI SERVIZIO), mentre per le reti informali c’è il problema di aprire la strada a forme di attivazione/partecipazione, sostenendo – come cercheremo di fare – forme di auto-organizzazione e/o di espressione aggregata (obiettivo di ACCRESCERE LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI ALLA PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI).

Il progetto poggia dunque su tre piste di lavoro:

- l’attivazione di un “tavolo”, composto da referenti degli *stakeholders*, che seguirà un percorso di “action learning” della durata complessiva di 80 ore (10 incontri), ossia un’iniziativa di sviluppo interorganizzativo all’interno del quale si alterneranno momenti impostati in termini “formativi”, con la partecipazione di esperti, centrati sull’acquisizione di conoscenze utili ai “compiti” del gruppo, e fasi di elaborazione e progettazione, pensate come una sorta di “laboratorio”³⁵; all’interno del percorso saranno affrontate questioni collegate ai diversi obiettivi del progetto, ossia da un lato il tema stesso dei processi di *governance* (OB1), da precisare e in prospettiva stabilizzare, dall’altro gli aspetti problematici di tipo contenutistico di cui agli obiettivi dal 2 al 5. Si prevede una partecipazione al percorso almeno di 15-20 persone, inviate dai partners ed identificate tra funzioni di coordinamento e responsabilità di servizi
- la realizzazione di azioni (comunque da riportare all’interno del percorso di AL del Tavolo), specificatamente orientate al tema della promozione di forme di “dialogo”/coinvolgimento della comunità allargata, con riferimento a:
 - o l’attivazione di un gruppo di studio che avrà il compito di approfondire le specificità delle questioni che interessano e rendono oggi problematica la piena integrazione del volontariato all’interno delle logiche di produzione dei servizi (lettura dei bisogni, sostegno a servizi); sono previsti 10 incontri da 2 ore, con partecipanti stimati in numero di 12, di cui 4 appartenenti alle reti del volontariato e 8 ad altre entità;
 - o la realizzazione di “eventi” pubblici di incontro/sensibilizzazione, aperti all’intera cittadinanza, pensati come situazioni-stimolo di confronto sui servizi attuali, finalizzati a proporre e produrre condizioni di “lancio” di ulteriori iniziative di aggregazione (1 giornata ciascuno, con partecipazione allargata, stimata all’incirca in 40 persone non addette ai lavori per evento);
 - o la promozione e facilitazione iniziale di gruppi di cittadini, centrati sia sull’approfondimento di problemi di settore (tendenzialmente quindi con una durata più limitata) sia sull’attivazione di forme di auto-mutuo aiuto (4 gruppi complessivi).
- Il supporto mirato “a latere” delle azioni di cui ai punti precedenti, attraverso azioni di accompagnamento, finalizzate a riprendere/approfondire elementi emergenti (progettazione), a

³⁵ L’*action learning* è una metodologia di apprendimento e sviluppo organizzativo basata sull’azione, attraverso la quale un gruppo di partecipanti s’impegna per capire ed agire rispetto a problemi significativi e, attraverso questo impegno comune, al tempo stesso impara (cfr. ad esempio Cecchinato e Nicolini, *Action Learning*, Istud-Il Sole 24 ore, 2005)

elaborare documenti da discutere, a sostenere le dinamiche in atto attraverso contatti e quant'altro si renderà necessario.

L'utilizzo di una struttura d'intervento ispirata all'*action learning* è motivata dall'idea che gli attori del sistema debbano essere protagonisti di un percorso reale di riflessione ed attivazione comune, al fine anche di mettere a fuoco le modalità per continuare a lavorare in una prospettiva di *governance* e "co-interessamento" rispetto ai temi oggetto d'interesse, capace di sostenere anche l'innovazione delle reti di servizio.

La tabella su obiettivi specifici e tipologie di azioni propone anche – nell'ultima riga – un riferimento alle funzioni trasversali di supporto alla conduzione del progetto e al raggiungimento degli obiettivi. Queste comprendono le azioni di il coordinamento di progetto, il monitoraggio & valutazione e la comunicazione.

Il coordinamento di progetto è affidato ad una figura di raccordo interno e ad una "struttura di governo", che comprende – oltre allo stesso Gruppo Tecnico e alla richiesta figura del "Referente del progetto" – un Gruppo di Coordinamento, composto da rappresentanti della partnership, oltre che una figura di coordinamento operativo (Coordinatore Tecnico). Funzioni e compiti di questi organismi e figure sono descritti nell'Accordo di Cooperazione allegato alla presente documento e delineate già nel punto 4 del Formulario.

Il monitoraggio e la valutazione di progetto sono illustrati in modo articolato nel successivo punto 11. Anticipiamo qui che abbiamo voluto rivolgere a questa funzione una particolare attenzione, perché ci sembra strettamente funzionale alle logiche di costruzione in atto e al rafforzamento delle condizioni di sostenibilità e trasferibilità del percorso. Se si intende per valutazione la formulazione di un giudizio motivato e strutturato rispetto ad un evento/percorso/fenomeno, le attività ad esso rivolte appaiono centrali per consentire anche una ricostruzione ponderata di significato rispetto all'itinerario che sarà realizzato. Sempre in relazione a questa prospettiva, s'intende dare ampio spazio a logiche valutative di tipo qualitativo. Dati gli elementi di incertezza/criticità definiti nella tabella riportata nelle righe finali della parte c del punto 2 del formulario (pag.13), particolare attenzione è stata rivolta anche al monitoraggio, al fine di verificare in itinere come il progetto sta andando avanti, in termini di attività realizzate e risorse impiegate (monitoraggio di *efficienza*), in termini di acquisizioni graduali (monitoraggio di *efficacia*), in termini di elementi generali che possono influire sul progetto (monitoraggio di *contesto*).

Un ruolo importante è attribuito al Gruppo di Coordinamento, in quanto organismo rappresentativo dei partners e quindi "risorsa" rilevante in un ottica di valutazione partecipata. Riferimento centrale per tutte le attività valutative è comunque il Gruppo Tecnico di Zona, che – anche sulla base degli elementi emergenti in Gruppo di Coordinamento – potrà esprimere valutazioni in particolare in merito a:

- a) capacità del progetto di trasformare attività in risultati
- b) capacità del progetto di acquisire sostenibilità
- c) capacità del progetto di contribuire agli obiettivi generali di riferimento (finalità).

Il piano di comunicazione, come si potrà vedere nel punto 12, è stato costruito in funzione dell'opportunità di sostenere il percorso in modo mirato, rivolgendo a questi aspetti un'attenzione non residuale e/o semplicemente routinaria.

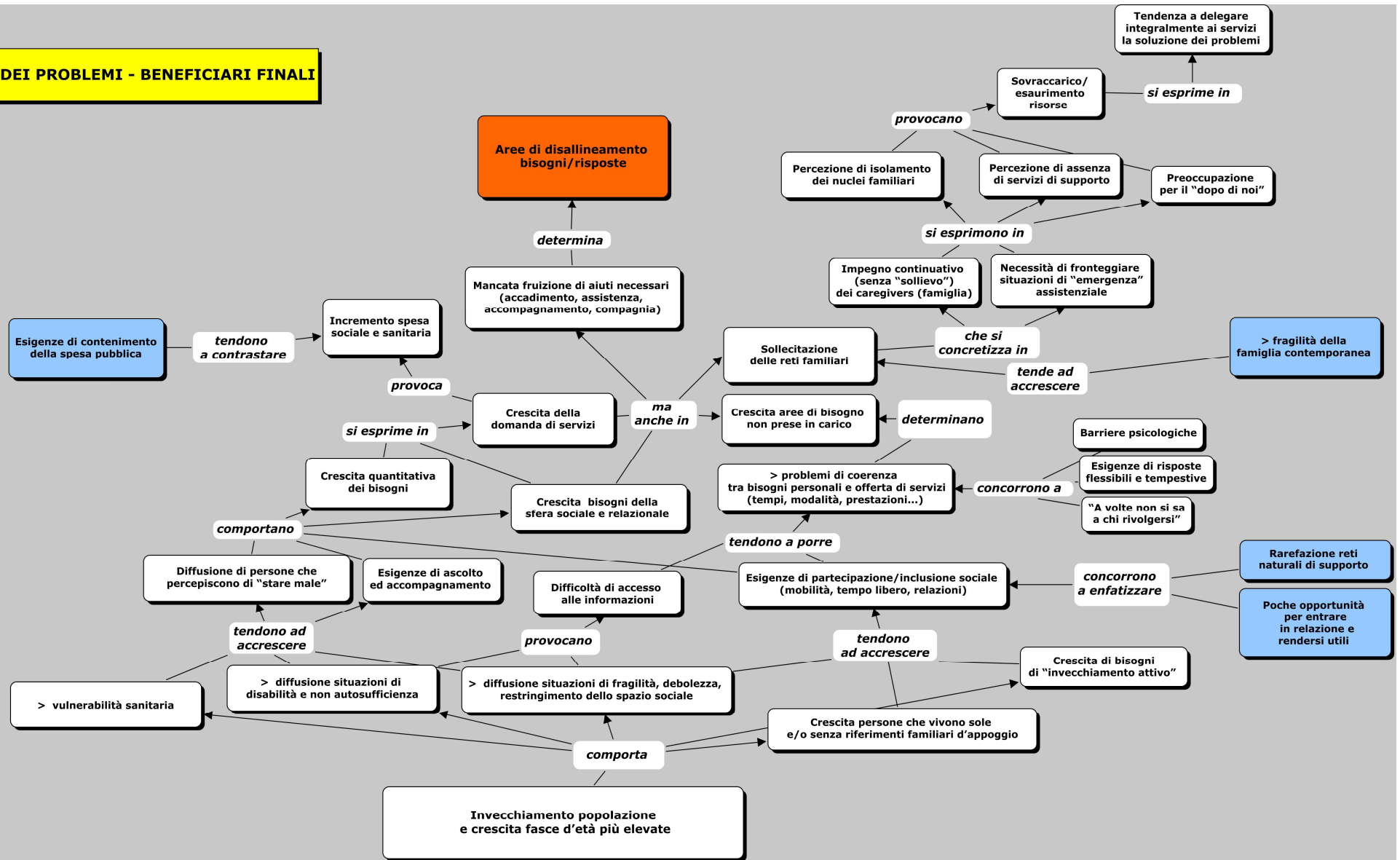
Nel campo 9 del formulario le diverse tipologie di azioni sono ulteriormente dettagliate. Sono altresì raggruppate per fasi logico-temporali, che offrono uno spaccato su come concretamente il progetto avanzerà, indicando anche le diverse tempistiche. In sostanza, come si vedrà, nell'ipotesi di un avvio progetto previsto per il 1/3/2011, si è prefigurata una scansione dell'attività in quattro fasi: attività

preliminari di avvio/attivazione, realizzazione di un primo “troncone” di attività nel periodo aprile-giugno e di un secondo dopo la pausa estiva, da settembre a novembre, con una quarta ed ultima fase di chiusura nel mese di dicembre.

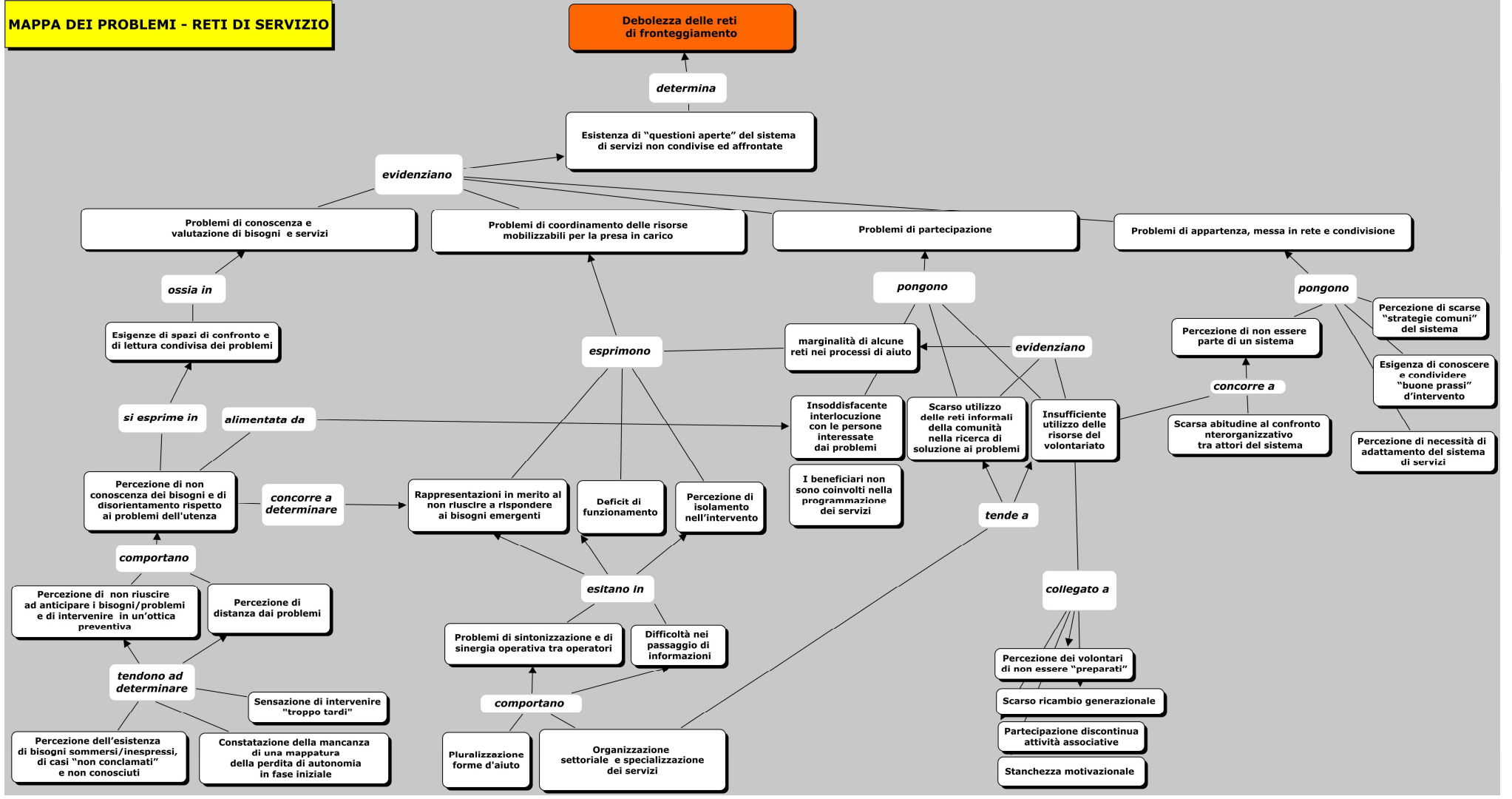
Tipologia di progetto

Con riferimento alla tipologia proposta dal formulario, si ritiene che l’iniziativa possa essere compresa all’interno del punto b). Il progetto, infatti, si presenta come una sorta di *start-up* potenziale di architetture che s’ipotizza di continuare a sostenere, utilizzando gli esiti del progetto come *input* per una taratura mirata delle attività del TAVOLO di cui abbiamo parlato, da stabilizzare e rendere permanenti.

MAPPA DEI PROBLEMI - BENEFICIARI FINALI



MAPPA DEI PROBLEMI - RETI DI SERVIZIO



7) INTEGRAZIONI CON ALTRE INIZIATIVE TERRITORIALI

Il progetto che abbiamo inteso formulare si caratterizza per la forte tensione verso ciò che è comunità, territorio, relazione. Nasce dalla necessità di “tornare” ad una visione della comunità capace di esprimere un alto potenziale nel farsi carico dei propri problemi e nell’individuare in sé le risposte.

Da questo punto di vista le aree di collegamento sono rintracciabili nell’insieme di politiche e servizi di settore, espressi sia a livello regionale che comunale, alle quali si è fatto cenno nel punto del formulario dove abbiamo ripreso alcune motivazioni progettuali, ancorandole ai riferimenti programmatici presenti nel nostro territorio.

Dentro questa logica generale, una particolare importanza è attribuita a questi servizi (nel nostro caso comunali, ma esternalizzati nella gestione ed affidati a cooperative sociali, presenti peraltro nella partnership) che meglio esprimono una vocazione territoriale, ossia quelli di assistenza domiciliare (sono anche in questi servizi che abbiamo identificato l’universo di riferimento dei destinatari di progetto, nell’apposito campo del formulario).

Un cenno particolare va tuttavia fatto allo stretto collegamento che il progetto propone con un altro servizio del Comune di Aosta già citato, il servizio di assistenza domiciliare di quartiere (ADQ).

Il servizio, presente in tre zone della città, si pone alcune finalità: l’emersione dei bisogni non ancora conosciuti, lo sviluppo di relazioni tra le persone che condividono l’abitare nello stesso quartiere in quanto strumento per far fronte e risolvere determinati problemi, l’individuazione e l’emersione delle risorse di uno specifico territorio aumentare la conoscenza di una determinata zona della città al fine di progettare servizi più vicini alle persone e maggiormente in grado di rispondere ai loro bisogni.

Il servizio si esprime attraverso la presenza nelle tre zone di due operatori (adest di quartiere) in movimento nella zona individuata, presenti nei punti nevralgici della zona (negozi, mercato, ecc.) oltre che in una sede aperta al pubblico. Gli operatori entrano in contatto con chi vive nel quartiere o vi lavora, si fanno conoscere, si rendono disponibili per piccoli ed estemporanei interventi, intanto parlano, ascoltano le persone, mappano le risorse, registrano i bisogni espressi o meno, mettono in collegamento bisogni e disponibilità, favoriscono la conoscenza tra le persone. Il servizio è destinato a tutta la popolazione, prioritariamente alle persone anziane, con l’obiettivo anche di vincere la solitudine e superare la condizione di isolamento caratteristici di questa fascia d’età.

Questo servizio, come anche il nostro progetto, intende superare la logica di “a domanda rispondo” che ha caratterizzato i servizi istituzionali negli ultimi anni, per arrivare ad una logica che prevede come punto di partenza l’espressione di un bisogno, in forma diretta o indiretta, una sua analisi per arrivare alla costruzione congiunta di una risposta, che può sì arrivare dai servizi, ma anche, e forse prioritariamente, dalla comunità stessa. Costruire insieme risposte ha un valore diverso dall’offrire risposte standardizzate che non tengono conto dell’individualità, dà, al contrario, un senso diverso al nostro vivere, sposta l’accento sulla persona piuttosto che sull’istituzione, rende la persona protagonista del suo percorso piuttosto che mero ricevente di una prestazione. Il tema forte poi, comune ad entrambi, è quello della prevenzione, azione agita dalla comunità stessa e non calata dall’alto. Perché se la comunità, fatta da chi ci vive, ma anche dal terzo settore, dai servizi è in grado di cogliere un bisogno e di farvi fronte attingendo le risorse da tutte queste componenti, allora davvero si può fare prevenzione.

L’ADQ e il nostro progetto sono strettamente connessi tra loro, da questa esperienza si parte cercando di inserire in questo percorso altre figure, già presenti sul territorio in modi e forme diverse, al fine di

sviluppare una consapevolezza diversa, l'idea che prima di una risorsa istituzionale, o accanto ad essa, ci possono essere altre risposte.

Le logiche del servizio e la sua esperienza, relativamente recente, ma riferibile anche ad altre esperienze di prossimità (vedi ad esempio il custode sociale nell'area milanese), saranno specificatamente analizzate all'interno del percorso di action learning.

Un ulteriore e specifico raccordo da sottolineare è quello con le attività di sostegno al volontariato che sono portate avanti da uno dei partners di progetto, ossia il Coordinamento Servizi per il Volontariato (CSV). All'interno delle attività del CSV sono, infatti, già strutturate e organizzate diverse proposte, alcune delle quali direttamente utilizzabili, come ad esempio:

- lo Sportello orientamento che si propone di coinvolgere nuovi volontari, sostenendone l'orientamento e l'accoglienza. Inoltre, lo sportello, offre sostegno alle organizzazioni per l'inserimento degli stessi nelle attività e nei servizi svolti.
- il programma di attività 2011, ove si prevedono numerose iniziative rivolte al coinvolgimento della comunità al tema del volontariato ("Incontrare il territorio") e alcune specifiche ideate per il coinvolgimento dei giovani ("Stage estivo di volontariato" "Stage di volontariato durante l'anno", "Sportello giovani e volontariato", "radioweb").

Il 2011 è l'anno Europeo del volontariato e il CSV prevede l'organizzazione di eventi, manifestazioni, conferenze e spettacoli di sensibilizzazione sui temi del volontariato e della solidarietà, alcune di queste iniziative saranno direttamente o indirettamente utili anche alle finalità del progetto.

Il CSV, tra le sue attività istituzionali, prevede tutta una serie di supporti specifici destinati alle organizzazioni di volontariato, per la loro costituzione o finalizzate ad una migliore gestione e funzionamento. Questa importante risorsa potrà essere impiegata anche per gli obiettivi del progetto in quanto il CSV è soggetto prossimo alle organizzazioni di volontariato e potrà supportarle durante la fase di realizzazione del progetto, ma anche nella fase di crescita e sviluppo successiva.

E' in questa veste che il CSV, peraltro, si propone all'interno della partnership, quale organizzazione di secondo livello che rappresenta le diverse realtà associative interessate, integrandone le istanze e le proposte.

All'interno di questo quadro, può essere anche evidenziato che l'interesse del progetto per la promozione di forme di aiuto-mutuo-aiuto, come strumento di auto-organizzazione e di cittadinanza attiva, si collega ad iniziative e sperimentazioni di diverse associazioni di volontariato (si pensi qui, a titolo esemplificativo, all'associazione malati di Alzheimer). Queste esperienze, peraltro, interessano anche il mondo della cooperazione sociale, laddove la cooperativa sociale Esprit à l'Envers è attualmente impegnata in un progetto volto alla nascita di gruppi di auto mutuo aiuto per persone con patologia psichiatrica, finanziato dall'Amministrazione regionale della Valle d'Aosta ai sensi della DGR 3800/2009.

Il progetto, quindi, potrà efficacemente dialogare con alcuni primi approcci a questa filiera ed agire in stretta complementarietà di intenti.

8) OBIETTIVI SPECIFICI e RISULTATI ATTESI

OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI
1. Accrescere il grado di definizione dei processi attraverso i quali possono essere realizzate esperienze di <i>governance</i> di settore	1. Gli attori coinvolti identificano contesti/assetti stabili e legittimati di scambio, con relative modalità/procedure di impegno comune
	2. Sono coinvolti i diversi <i>stakeholders</i> (operatori/tecnici del pubblico e del privato, utenti/familiari, volontari altri gruppi ...)
	3. I referenti degli attori coinvolti possiedono un quadro di conoscenze comuni che li aiuta a sostenere i processi in atto ("saperi " di integrazione)
2. Accrescere la capacità di intercettare ed interpretare i bisogni territoriali di settore	1. Gli attori chiave della rete di servizio identificano e condividono: <ul style="list-style-type: none"> a. luoghi organizzativi, procedure e strumenti dedicati alla raccolta, analisi e interpretazione b. modalità operative per facilitare la partecipazione dei beneficiari finali al processo c. conoscenze sui bisogni e sulla loro evoluzione
3. Accrescere il grado di conoscenza e condivisione di metodologie/modalità attraverso le quali diverse risorse (istituzionali e non) sono operativamente attivabili per fronteggiare situazioni di difficoltà	1. Gli attori chiave della rete di servizio identificano e condividono : <ul style="list-style-type: none"> a. elementi di conoscenza relativi a "buone pratiche" esistenti (esperienze locali e non) e condizioni chiave di trasferibilità b. risorse attivabili, loro ruolo e relative modalità/condizioni di mobilitazione c. ipotesi operative spendibili (protocolli, indicazioni)
4. Accrescere la partecipazione attiva dei cittadini alla programmazione dei servizi	1. Gruppi di cittadini (famiglie, fruitori di servizi, altri cittadini interessati e/o comunque coinvolti) si aggregano e coinvolgono in attività di analisi/confronto sui problemi dei servizi e di auto-mutuo aiuto
	2. Singoli cittadini interessati partecipano a momenti di confronto e programmazione comune con gli attori organizzati
	3. Gli attori della rete di servizi identificano metodi, strumenti e canali di confronto con la cittadinanza
5. Definire maggiormente modalità e procedure per il coinvolgimento del volontariato nei processi di servizio	1. Le componenti chiave del volontariato e gli altri attori chiave della rete di servizio identificano e condividono: <ul style="list-style-type: none"> a. problematiche organizzative e operative del volontariato di settore b. forme di raccordo tra volontariato organizzato e reti di servizio c. linee operative e itinerari spendibili di lavoro
6. Garantire condizioni di efficacia ed efficienza al progetto	1. I diversi stakeholders di progetto mantengono sotto controllo l'andamento del progetto e hanno la possibilità di monitorare e valutare processi ed esiti 2. Le attività del progetto sono conosciute dai principali stakeholders 3. Le attività del progetto sono adeguatamente organizzate e coerenti

9) FASI, AZIONI E TEMPI DI REALIZZAZIONE³⁶

FASE	AZIONI	TEMPI (2011)
AVVIO PROGETTO	Attività preliminari di coordinamento	Marzo
	Progettazione di dettaglio impianto di monitoraggio & valutazione	
	Predisposizione piano operativo comunicazione	
	Attivazione partnership	
ATTIVITÀ TAVOLO/ACTION LEARNING (5 INCONTRI) ³⁷	Incontro n.1 – Avvio percorso	Aprile
	Incontro n.2 – Tema: analisi dei bisogni/incontri con esperti (OB2) ³⁸	Aprile
	Incontro n.3 – Tema: analisi dei bisogni/laboratorio (OB2)	Maggio
	Incontro n.4 – Tema: micro-reti/incontri con esperti (OB3)	Maggio
	Incontro n.5 – Tema: micro-reti/laboratorio (OB3)	Giugno
	Progettazione, elaborazione di documenti, attività di supporto (relativi sia all’OB2 sia all’OB3)	Aprile-giugno
PROMOZIONE PARTECIPAZIONE COMUNITÀ ³⁹	Evento di sensibilizzazione 1 (OB 4)	Aprile
	Evento di sensibilizzazione 2 (OB 4)	Settembre
	Promozione e attivazione circoli e gruppi AMA (OB 4)	Maggio-novembre
	Gruppo di studio sul volontariato (OB5)	Aprile-giugno
	Progettazione/elaborazione documenti OB 5	Aprile-luglio
ATTIVITÀ TAVOLO/ACTION LEARNING (5 INCONTRI) ⁴⁰	Incontro n.6 – Integrazione volontariato/sintesi (OB5)	Settembre
	Incontro n.7 – Partecipazione cittadinanza/sintesi (OB4)	Ottobre
	Incontro n.8 – Processi di governance /incontri con esperti (OB1)	Ottobre
	Incontro n.9 – Processi di governance/laboratorio(OB1)	Novembre
	Incontro n.10 – Chiusura percorso	Novembre
	Progettazione, elaborazione di documenti, attività di supporto	Settembre-Novembre
CHIUSURA PROGETTO	Valutazione finale	Dicembre
	Diffusione risultati	Dicembre
	Accompagnamento per trasferibilità/sostenibilità progetto	Dicembre
	Chiusura aspetti amministrativi e documentali	Dicembre

³⁶ Nella presente tabella non sono comprese le attività di monitoraggio e valutazione, che sono riprese nel punto 11 del formulario

³⁷ L’attivazione del tavolo attraverso un percorso di “action learning” prevede un impegno di **10 incontri** da 8 ore per complessive **80 ore**; nel periodo aprile-giugno si è ipotizzato di mantenere un’intensità media di *un incontro ogni 18 gg. circa*. Dopo l’avvio del percorso (incontro 1), nella prima fase si affronteranno le tematiche relative agli obiettivi 2e 2. Per tutto il trimestre aprile-giugno il percorso sarà affiancato “a latere” da attività di accompagnamento (approfondimento di specifiche questioni, progettazione, elaborazioni di documenti, incontri collaterali con attori della rete, ecc.)

³⁸ OB2= obiettivo 2 (cfr. tabella riportata nel punto 8, con la declinazione degli obiettivi e i risultati attesi)

³⁹ Questa fase , collaterale nei tempi agli incontri del tavolo, sarà rivolta a realizzare azioni che perseguono gli obiettivi 2 e 3

⁴⁰ In questa fase, gli incontri sono dedicati ad affrontare le tematiche relative all’obiettivo 1, ad analizzare gli esiti delle azioni di cui agli obiettivi 4 e 5, a riprendere/sintetizzare approfondimenti relativi agli obiettivi 2 e 3.

10) PIANO DELLE RISORSE PROFESSIONALI, STRUTTURALI ED ECONOMICHE.

RISORSE	DESCRIZIONE	FINANZIATE DA FONDI PDZ	MESSE A DISPOSIZIONE DA
PROGETTAZIONE GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione di dettaglio 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
PERCORSO AL		<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Aule attrezzate per attività di <i>action-learning</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Aula con videoproiettore, lavagne e collegamento ad internet, per 80 ore complessive 		<ul style="list-style-type: none"> CSV
<ul style="list-style-type: none"> Partecipanti alle attività di action-learning (referenti entità interessate) 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede la partecipazione di operatori retribuiti di enti pubblici e del privato sociale 		<ul style="list-style-type: none"> Comune, USL, cooperative (costo del lavoro)
<ul style="list-style-type: none"> Esperti 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede la partecipazione di esperti/testimoni/docenti per 40 ore (50% del percorso) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso e rimborso spese (viaggi, ecc.) 	
<ul style="list-style-type: none"> Tutor 	<ul style="list-style-type: none"> Previsto per 40 ore di presenza in aula 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Facilitatore 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede la partecipazione di un facilitatore delle attività di laboratorio (durata: 40 ore, compresi avvio e chiusura percorso) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Progettisti 	<ul style="list-style-type: none"> Progettisti per elaborazione documenti (240 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Coordinamento 	<ul style="list-style-type: none"> Progettazione e coordinamento del percorso (120 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso (40 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> ENAIP (80 ore)
EVENTI			
<ul style="list-style-type: none"> Salone attrezzato per eventi 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede di utilizzare una struttura ampia, attrezzata con videoproiettore e lavagna a fogli mobili, che dia anche la possibilità di attivare dei sottogruppi di lavoro (per 2 gg.) 		<ul style="list-style-type: none"> CSV/Comune di Aosta
<ul style="list-style-type: none"> Materiali 	<ul style="list-style-type: none"> Pennarelli, fogli, lucidi, fogli mobili, 	<ul style="list-style-type: none"> Acquisto 	
<ul style="list-style-type: none"> Manifesti/locandina e altri strumenti di promozione 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede, per gli eventi, una diffusione ampia e capillare (target: cittadinanza) 	<ul style="list-style-type: none"> Stampa ed affissione/diffusione 	
<ul style="list-style-type: none"> Facilitatori/esperti 	<ul style="list-style-type: none"> 2 conduttori/facilitatori per 2 giornate 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Coordinatore 	<ul style="list-style-type: none"> 1 coordinatore per realizzazione delle diverse sub-attività (80 ore) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
GRUPPI OB4			
<ul style="list-style-type: none"> Aula per incontri 			<ul style="list-style-type: none"> CSV
<ul style="list-style-type: none"> Facilitatori 	<ul style="list-style-type: none"> Si prevede 1 facilitatore per gruppi/circoli di "studio" (16 ore x 2 gruppi; + 8 ore per attività di attività collaterali x 2 gruppi) 1 Facilitatore per gruppi AMA (2 ore x 10 incontri per 2 gruppi=40 ore; + 16 ore di attività collaterali) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso 	
<ul style="list-style-type: none"> Consulenti 	<ul style="list-style-type: none"> 3 giornate di supporto metodologico (associazione AMA Trento) 	<ul style="list-style-type: none"> Compenso e rimborso spese 	
<ul style="list-style-type: none"> Coordinamento 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinamento dell'attività (50 ore) 		<ul style="list-style-type: none"> CSV

GRUPPO VOLONTARIATO OBS			
• Partecipanti al gruppo di studio sul volontariato	• referenti delle associazioni attive nel settore,		
	• 1 referente del CSV		• CSV
	• referenti di altre entità interessate		• Comune, USL, cooperative
• Spazi e materiali di lavoro	• Aula (10 incontri da 2 ore)		• CSV
• Facilitatori/esperti	• 20 ore di facilitazione	• Compenso	
• Progettisti	• Progettista per elaborazione documenti (80 ore)	• Compenso	
• Coordinamento	• Coordinamento attività previste (50 ore)		• CSV
COORDINAMENTO GENERALE			
• Ufficio	• Sede fisica attrezzata (PC, fax, fotocopiatore)		• Comune di Aosta, CSV, altri partner (voci non valorizzate nel preventivo dei costi)
• Sala riunioni			
• Utenze	Fotocopie, luce, riscaldamento		
• Coordinatore tecnico	• (40 settimane x 10 ore/sett = 400 ore)	• Compenso	
• Referente di progetto			• Comune di Aosta
• Gruppo tecnico di zona			
• Gruppo di coordinamento			• Comune, USL, cooperative (voce non valorizzata)
• Valutatore	• Progettazione di dettaglio (elaborazione strumenti, organizzazione attività); supervisione raccolta dati ed elaborazione; reporting intermedio e finale (80 ore totali)	• Compenso	
COMUNICAZIONE			
• Agenzia stampa	• Predisposizione testi (comunicati stampa, aggiornamento siti, inviti, articoli) • Manifesti per eventi		• Comune di Aosta e mette a disposizione sito internet, "Aosta informa", comunicati e conferenze stampa • TDU, CSV e azienda USL mettono a disposizione proprio siti web e news (voci non valorizzate)
• Evento finale	• Costi organizzativi vari	• Compenso	

11) PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

RISULTATI ATTESI ⁴¹	INDICATORI DI RISULTATO	TEMPI, STRUMENTI E MODALITÀ ⁴²	SOGGETTO/I CHE VALUTA ⁴³
1.1 Gli attori identificano contesti/assetti stabili e legittimati di scambio, con relative modalità di impegno comune	<ul style="list-style-type: none"> Variazione positiva delle rappresentazioni della rete come risorsa, ovvero del capitale sociale di contesto (indice globale, ricavabile dal questionario, accresciuto del 50% ed espressione da parte del 75% degli interessati di valutazioni positive) 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: all'inizio (fase di avvio del progetto e del percorso di AL), alla fine del primo step (giugno) e al termine del progetto Strumenti: interviste di gruppo (focus group) interviste individuali, questionario strutturato; schede di monitoraggio Modalità: il valutatore in fase di avvio del progetto conduce una sessione valutativa nel Gruppo di Coordinamento; nell'ambito del percorso di AL conduce tre sessioni valutative (in avvio, al primo step e al termine⁴⁴); a tutti i referenti coinvolti somministra un questionario strutturato pre-post⁴⁵; al termine conduce anche un'intervista individuale ad un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro)⁴⁶; durante il percorso di AL e nel corso di altre azioni tutor e/o altre figure coinvolte compilano le schede di monitoraggio⁴⁷ (monitoraggio di efficacia) 	<ul style="list-style-type: none"> Il valutatore analizza gli elementi emersi dalle schede di monitoraggio, dal questionario e dalle interviste il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito agli elementi emersi
	<ul style="list-style-type: none"> Sottoscrizione al termine del progetto di accordo di cooperazione continuativa da parte del 75% degli attori interessati (organizzazioni) 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: alla conclusione del progetto Strumenti: Scheda di monitoraggio finale Modalità: il responsabile tecnico del progetto predispose la scheda, sulla base dei processi in atto al termine del progetto 	<ul style="list-style-type: none"> Il responsabile tecnico rileva lo stato di avanzamento Il valutatore integra gli elementi nel quadro delle evidenze valutative emergenti Il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito agli elementi emersi
	<ul style="list-style-type: none"> Espressione da parte del 75% degli interessati di valutazioni/aspettative positive rispetto alle potenzialità (al significato) dell'Accordo 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: alla conclusione del progetto Strumenti: interviste individuali e di gruppo Modalità: il valutatore conduce una sessione valutativa al termine del percorso di AL e intervista individualmente un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> Il valutatore analizza gli elementi emersi il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito

⁴¹ I diversi risultati attesi sono numerati allo stesso modo che nella tabella del punto 8.

⁴² Tempi, strumenti e modalità sono presentati analiticamente, con riferimento ad ogni indicatore di risultato, ma sono poi in realtà "aggregati" ed quindi operativamente assai *semplificati* e nella gran maggioranza dei casi (a parte le interviste individuali) assolutamente *integrati* nelle attività progettuali ordinarie – Vedi anche la tabella degli step valutativi riportata nella [nota 43](#)

⁴³ Si interpreta questa colonna indicando i soggetti che intervengono per gradi nel processo valutativo; non è qui indicata, perché trasversale all'intero percorso valutativo, la *sintesi complessiva* degli elementi emergenti, che sarà operata dal valutatore/responsabile dell'impianto di valutazione e compresa all'interno di un **REPORT FINALE**, consegnato al Gruppo Tecnico di Zona, quale "committente" di riferimento del progetto

⁴⁴ Si ipotizza qui l'utilizzo di uno strumento-stimolo (tipo test di reazione) e successiva discussione mirata

⁴⁵ Si ipotizza qui di utilizzare un questionario mutuato da esperienze di marketing territoriale, centrato su dimensioni di finalismo convergente, equità/trasparenza, fiducia e competenza, opportunamente adattato.

⁴⁶ Si ipotizza un campionamento ragionato per "tipologia" di attore (un interlocutore per tipo di attore); le interviste individuali saranno condotte in base ad una traccia di contenuti-tipo, proposti come domande aperte, per consentire sia la piena espressione di opinioni ed atteggiamenti, sia la possibilità di ricondurre l'interpretazione ad aree di significato confrontabili

⁴⁷ Le schede di monitoraggio sono strumenti tipo *check list* che consentono di rilevare la presenza o meno di una serie di elementi prefigurati

1.2 Sono coinvolti i diversi <i>stakeholders</i> (operatori/tecnici del pubblico e del privato, utenti/familiari, volontari altri gruppi ...)	<ul style="list-style-type: none"> Tasso di partecipazione (frequenza) alle riunioni del Gruppo di Coordinamento, del percorso di AL e del gruppo di studio sul volontariato almeno del 75% del "volume di attività" previsto/realizzato, da parte di tutte le tipologie di attori (escluso singoli cittadini – vedi <u>oltre</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: in itinere (presenze mensili) e alla conclusione del progetto Strumenti: Schede di monitoraggio in itinere e finali Modalità: figure di coordinamento predispongono le schede, sulla base delle risultante documentali (fogli firma, verbali, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Figure di coordinamento rilevano elementi necessari Il valutatore integra gli elementi nel quadro delle evidenze valutative emergenti Il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
	<ul style="list-style-type: none"> Espressione da parte del 75% degli interessati di rappresentazioni positive in merito al grado di coinvolgimento realizzatosi 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: in itinere (alla fine del primo step di giugno) e alla conclusione del progetto Strumenti: interviste individuali e di gruppo Modalità: il valutatore conduce una sessione valutativa alla conclusione del primo step e al termine del percorso di AL; al termine, intervista anche un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> Il valutatore analizza gli elementi emersi il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
1.3 I referenti degli attori possiedono un quadro di conoscenze comuni che li aiuta a sostenere i processi in atto ("saperi" di integrazione)	<ul style="list-style-type: none"> Variazione positiva della percezione di condividere un quadro di conoscenze comuni 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: all'inizio (fase di avvio del progetto e del percorso di AL) e al termine del progetto Strumenti: questionario strutturato Modalità: il valutatore a tutti i referenti coinvolti somministra un questionario strutturato pre-post (vedi <u>nota 38</u>); 	<ul style="list-style-type: none"> Il valutatore analizza gli elementi emersi il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
	<ul style="list-style-type: none"> Il 75% dei referenti esprime valutazioni positive sulle conoscenze acquisite durante il percorso di AL 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: alla fine del primo step e al termine del percorso di AL Strumenti: questionario di gradimento e di autovalutazione del raggiungimento di obiettivi di conoscenza Modalità: il valutatore somministra un questionario intermedio e finale 	
2. Gli attori chiave della rete di servizio identificano e condividono metodi e riferimenti operativi l'analisi comune dei bisogni	<ul style="list-style-type: none"> Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive su: a) miglioramento del grado di conoscenza e condivisione sui bisogni; b) identificazione di metodi comuni di analisi; c) identificazione di metodi per facilitare la partecipazione dei beneficiari finali al processo 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi: alla fine del primo step e alla conclusione del progetto Strumenti: interviste individuali e di gruppo Modalità: il valutatore conduce una sessione valutativa al termine del primo step e dell'intero percorso di AL; intervista anche, alla fine, un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> Il valutatore analizza gli elementi emersi il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
3. Gli attori chiave della rete di servizio identificano e condividono metodi e riferimenti operativi per il miglioramento della presa in carico integrata e comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive sull'identificazione di metodi e riferimenti operativi 		

<p>4.1 Gruppi di cittadini si aggregano e coinvolgono in attività di analisi/confronto sui problemi e di auto-mutuo aiuto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso di partecipazione (frequenza) alle attività (circoli/gruppi AMA) almeno del 75% del "volume di attività" progettuale previsto (vedi parte 6), da parte di tutte le tipologie di attori • Erogazione di almeno l'80% delle ore previste per attività di promozione ed accompagnamento 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tempi</u>: in itinere (presenze mensili) e alla conclusione del progetto • <u>Strumenti</u>: Schede di monitoraggio in itinere e finali, questionari di reazione/gradimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Il coordinatore dell'azione rileva gli elementi necessari • Il valutatore integra gli elementi nel quadro delle evidenze valutative emergenti
<p>4.2 Singoli cittadini interessati partecipano a momenti di confronto e programmazione comune con gli attori organizzati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione di almeno 80 persone (non addetti ai lavori o volontari) agli eventi di sensibilizzazione organizzati • Partecipazione di singoli cittadini ad almeno il 30% delle ore del percorso AL • Tasso di soddisfazione dei partecipanti di almeno il 75% 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Modalità</u>: il coordinatore dell'azione del progetto predispone le schede, sulla base delle risultante documentali (fogli firma, verbali, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
<p>4.3 Gli attori della rete di servizi identificano metodi, strumenti e canali di confronto con la cittadinanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% dei referenti esprime valutazioni positive sul grado di partecipazione dei cittadini alle attività progettuali e sull'identificazione da parte della rete di servizi di soddisfacenti canali di comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tempi</u>: alla fine del primo step e al termine progetto • <u>Strumenti</u>: interviste individuali e di gruppo • <u>Modalità</u>: il valutatore conduce una sessione valutativa al termine del percorso di AL; intervista anche al termine un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, compresi eventuali cittadini, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il valutatore analizza gli elementi emersi • il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
<p>5. Le componenti chiave del volontariato e gli altri attori chiave della rete di servizio identificano e condividono problematiche di raccordo e soluzioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive sull'identificazione di un più chiaro raccordo tra volontariato e servizi 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tempi</u>: alla conclusione del gruppo di studio e alla fine del progetto • <u>Strumenti</u>: interviste individuali e di gruppo • <u>Modalità</u>: il valutatore conduce una sessione valutativa al termine del percorso del gruppo di studio; intervista anche al termine del progetto un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il valutatore analizza gli elementi emersi • il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
<p>6.1 I diversi stakeholders di progetto mantengono sotto controllo l'andamento del progetto e hanno la possibilità di monitorare e valutare processi ed esiti⁴⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive sulle attività valutative stesse e sugli elementi informativi emergenti dal monitoraggio • Rispetto del 90% degli step valutativi previsti⁴⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tempi</u>: alla termine del primo step e alla conclusione del progetto • <u>Strumenti</u>: interviste individuali e di gruppo • <u>Modalità</u>: il valutatore conduce una sessione valutativa al termine del primo step e alla fine del percorso di AL; intervista, al termini, anche un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) • <u>Tempi</u>: in itinere e alla conclusione del progetto 	<ul style="list-style-type: none"> • Il valutatore analizza gli elementi emersi • il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito • Il coordinatore rileva gli elementi

⁴⁸ Con riferimento all'obiettivo specifico 6, e ai risultati attesi di riferimento, di carattere trasversale e strumentale al raggiungimento dei primi 5, gli indicatori di risultato sono qui (6.1, 6.2, 6.3) prevalentemente di natura processuale.

⁴⁹ VEDI TABELLA PAGINA SEGUENTE

		<ul style="list-style-type: none"> • Strumenti: Schede di monitoraggio in itinere e finali • Modalità: il coordinatore del progetto compila le schede, sulla base delle risultante documentali (fogli firma, verbali, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il valutatore integra gli elementi nel quadro delle evidenze valutative emergenti • Il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
6.2 Le attività del progetto sono conosciute dai principali stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive sulle attività di diffusione delle attività di progetto e sul grado di circolazione delle informazioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi: in itinere (alla conclusione di ogni attività) e alla conclusione del progetto • Strumenti: interviste individuali e di gruppo, questionari • Modalità: Sono somministrati questionari di reazione al termine delle attività; il valutatore conduce una sessione valutativa a metà e al termine del percorso di AL; intervista anche un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Figure di coordinamento delle singole azioni rilevano dati • Il valutatore analizza gli elementi emersi • il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito agli elementi emersi
6.3 Le attività del progetto sono percepite come adeguatamente organizzate e coerenti	<ul style="list-style-type: none"> • Il 75% dei referenti coinvolti esprime valutazioni positive sull'organizzazione delle attività 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi: in itinere (alla conclusione di ogni attività) e alla conclusione del progetto • Strumenti: interviste individuali e di gruppo, questionari • Modalità: Sono somministrati questionari di reazione al termine delle attività; il valutatore conduce una sessione valutativa a metà e al termine del percorso di AL; intervista anche un campione di referenti degli stakeholders coinvolti (partecipanti al percorso, componenti del Gruppo di Coordinamento, altro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Figure di coordinamento delle singole azioni rilevano dati • Il valutatore analizza gli elementi emersi • il Gruppo di Coordinamento e il Gruppo Tecnico di Zona esprimono un giudizio in merito
	<ul style="list-style-type: none"> • Le attività di progetto sono coerenti almeno al 75% con le prefigurazioni del progetto esecutivo (rapporto tra ore di attività delle risorse umane coinvolte e ore realizzate, tra impegni di spesa previsti e rendiconto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi: in itinere e alla conclusione del progetto • Strumenti: Schede di monitoraggio in itinere e finali • Modalità: il coordinatore del progetto predispose le schede, sulla base delle risultante documentali (fogli firma, verbali, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il coordinatore rileva gli elementi • Il valutatore integra gli elementi Il GC e il GTZ esprimono un giudizio in merito

Step valutativo	Attività	Soggetti coinvolti
Avvio progetto	Progettazione di dettaglio impianto di monitoraggio & valutazione: messa a punto e costruzione/taratura strumenti (anche in relazione al punto immediatamente sotto)	Valutatore, Gruppo Tecnico di Zona
	Sessione valutativa con Gruppo di Coordinamento (focus group e somministrazione questionario sulla rete (capitale sociale di contesto)	Valutatore, Gruppo di Coordinamento
Avvio percorso di AL	Sessione valutativa iniziale e somministrazione questionario sulla rete	Valutatore e partecipanti al percorso
Prime attività di progetto (eventi, gruppi)	Predisposizione schede di monitoraggio e somministrazione questionari reazione/gradimento	Figure di coordinamento, partecipanti vari alle attività

Valutazione intermedia (maggio)	Sintesi elementi emersi, stesura report intermedio	Valutatore, Gruppo di Coordinamento, Gruppo Tecnico di Zona
Fine prima fase percorso AL e gruppo di studio volontariato	Sessione valutativa intermedia, questionario di gradimento e di autovalutazione del raggiungimento di obiettivi di conoscenza, sessione valutativa finale con gruppo di studio sul volontariato	Figure di coordinamento, valutatore e partecipanti al percorso e al gruppo di studio
Valutazione intermedia (periodo estivo)	Sintesi elementi emersi, stesura report intermedio	Valutatore, Gruppo di Coordinamento, Gruppo Tecnico di Zona
Continuazione attività di progetto (eventi, gruppi)	Predisposizione schede di monitoraggio e somministrazione questionari reazione/gradimento	Figure di coordinamento, partecipanti vari alle attività
Valutazione intermedia (ottobre)	Sintesi elementi emersi, stesura report intermedio	Valutatore, Gruppo di Coordinamento, Gruppo Tecnico di Zona
Fine percorso di AL	Sessione valutativa finale, somministrazione questionario sulla rete, integrato con items di gradimento e di autovalutazione del raggiungimento di obiettivi di conoscenza	Valutatore, partecipanti al percorso, Gruppo di Coordinamento
Valutazione finale	Interviste finali ad un campione di stakeholders	Valutatore, referenti vari di rete
	Raccolta dati monitoraggio finale	Valutatore, Figure di coordinamento
	Elaborazione e diffusione Report Valutativo	Valutatore, Gruppo Tecnico di Zona, stakeholders interessati

12) PIANO DI COMUNICAZIONE

FASE	DESTINATARI	AZIONI, STRUMENTI E MODALITA'	TEMPI (2011)	SOGGETTO RESPONSABILE
AVVIO PROGETTO	Operatori/volontari	Realizzazione di un dépliant contenente le informazioni necessarie (tema degli incontri, date, luoghi, ecc.)	Marzo	Ente capofila
AVVIO PROGETTO	Operatori/volontari	Incontri specifici in cui sarà presentato il progetto, gli obiettivi, le finalità e le attività previste	Marzo	Ente capofila
AVVIO PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> - Cittadinanza - Utenti dei servizi e loro familiari coinvolti 	Per la presentazione generale del progetto e delle sue diverse iniziative si prevedono le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> - Conferenza stampa (predisposizione di materiali) - Elaborazione di articoli realizzati dal GT (Aostainforma, Entraide,) - Richiesta spazio ad emittenti (Tg3 regionale, ecc.) - Predisposizione di uno spazio dedicato al progetto sui siti dei partner coinvolti (Azienda Usl, Comune di Aosta, CSV e OdV, Cooperazione, ecc.) 	Marzo (con aggiornamenti periodici)	Ente capofila
ACTION LEARNING	<ul style="list-style-type: none"> - Partnerships - Altri soggetti potenzialmente interessati 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione programma diretta (mailing list) - Utilizzo spazi comunicativi dei partner 	Marzo	ENAIP/TDU

PROMOZIONE E PARTECIPAZIONE COMUNITÀ/GRUPPO VOLONTARIATO	- Partnerships	- Comunicazione programma diretta (mailing list) - Utilizzo spazi comunicativi dei partner	Marzo	CSV
PROMOZIONE E PARTECIPAZIONE COMUNITÀ/EVENTI	Cittadinanza	- Comunicati stampa - (evento di sensibilizzazione 1) - Pubblicazione dell'iniziativa sui siti internet dei partner	Aprile	CSV
PROMOZIONE E PARTECIPAZIONE COMUNITÀ/EVENTI	Cittadinanza	- Comunicati stampa - (evento di sensibilizzazione 2) ¹ - Pubblicazione dell'iniziativa sui siti internet dei partner	Settembre	CSV
	Organizzazioni/Enti non coinvolti direttamente dal progetto	Incontro specifico di presentazione dei processi messi in atto e la sua trasferibilità ad altri ambiti	Novembre Dicembre	Ente capofila
CHIUSURA PROGETTO	Organizzazioni/Enti Cittadinanza	- Incontro pubblico - Predisposizione di articoli - Aggiornamento siti	Dicembre	Ente capofila

¹ Si ipotizza che l'incontro possa essere inserito nel programma di iniziative per l'Anno Europeo del Volontariato

13) PROSPETTIVE DI SVILUPPO dell'iniziativa e TRASFERIBILITÀ.

Ipotesi di sviluppo

Come abbiamo già evidenziato in più punti del formulario, il progetto si basa sull'ipotesi che, al termine dell'esperienza, siano individuate modalità concrete attraverso le quali possa essere "tradotta in pratica" l'idea di una *governance* di settore (i servizi per anziani ed inabili).

Tale prospettiva nasce dalla constatazione che le politiche in questo particolare ambito abbiano di fatto alimentano la formazione di una sorta di "territorio", abitato da una pluralità di attori, che sembra porre in evidenza la formazione di un vero e proprio "campo organizzativo" (cfr. su questo Pichierri, *La regolazione dei sistemi locali*, Il Mulino, 2002).

L'ambito dei servizi per gli anziani si propone come un *insieme* costituito da attori direttamente o indirettamente coinvolti, che tendono a configurare, di fatto, un'entità che è utile osservare nella sua globalità ed organicità, nel suo essere formata da parti differenziate, le quali possono tuttavia garantire maggiore efficienza ed efficacia nella misura in cui il riconoscimento di essere parte di un ambiente comune può dare il via all'attivazione di *strategie territoriali integrate*, capaci di attivare e mantenere aperte nel tempo logiche di rete.

La complessità delle problematiche evidenziate nell'analisi di contesto può essere affrontata proprio attraverso una più chiara identificazione degli elementi di "condivisione", al fine di "generare ed alimentare interazioni strutturate (non casuali) tra attori interdipendenti, intese come modello stabile di transazioni cooperative per produrre un nuovo attore collettivo" (Devastato, "Dalla programmazione strategica alla gestione operativa: il passaggio all'azione nei piani sociali di zona", in *Animazione Sociale*, giugno-luglio, 2003, pp.73-81)

Questa prospettiva sembra costituire un implicito richiamo ai diversi approcci (il lavoro di comunità, la strategie delle connessioni, ecc.) che in questi anni hanno rappresentato i principali riferimenti

metodologici utilizzati dagli operatori per attrezzarsi ad affrontare la quotidianità delle proprie pratiche professionali. Rappresenta anche una sollecitazione a tenere conto dei limiti dell'autoreferenzialità e dell'intrinseca insufficienza (razionalità limitata) di ogni attore nell'affrontare i problemi.

Le logiche di azione integrata, tuttavia, sottolineano la necessità di un passaggio da forme spontanee di attivazione convergente a "strutture" deliberatamente orientate a produrre risultati, vale a dire ad una rete *"che abbia maturato una certa consapevolezza di essere tale e agisca con una qualche intenzionalità e quindi possa fare ciò che deve fare con maggiore probabilità ed efficienza"* (Folgheraiter, "La community care nella prospettiva del lavoro di rete", in Mozzanica, Granata e Castelli (a cura di), *Disagio giovanile negli itinerari di community care*, Franco Angeli, Milano, 1997).

Tale passaggio, come è emerso in molte esperienze, richiede l'avvio di processi consensuali (produzione di significato, identificazione di contesti di scambio, mutui adattamenti, ecc.) attraverso i quali giungere alla costruzione di nuovi "ambienti", di contesti per l'azione che ciascun attore contribuisce a produrre ma dai quali è contemporaneamente sollecitato al cambiamento. Di qui una serie di nodi critici su cui nel corso dell'esperienza progettuale cercheremo di riflettere mettendo in dialogo eventi, sequenze e risultati.

Come abbiamo evidenziato nella *parte 6* del formulario, relativa alle finalità, i diversi obiettivi specifici che le azioni di progetto perseguono, convergono nel raggiungimento di uno *scopo*, che è appunto – lo riprendiamo – la messa a fuoco di forme strutturate di confronto e di elaborazione attraverso le quali le realtà organizzate del pubblico e del privato, nonché altre espressioni aggregate del territorio, possono contribuire ad orientare politiche e servizi di settore.

Dunque, utilizzando il progetto come una sorta di *start-up* d'impresa, ci si aspetta fondamentalmente di raggiungere due "condizioni" d'uscita del progetto:

1. Sono identificate forme di sostenibilità organizzativa per la stabilizzazione di un tavolo permanente che costituisca un riferimento per il confronto tra i diversi attori
2. il Comune di Aosta e gli altri attori coinvolti si impegnano a dar seguito alle prefigurazioni dell'impianto progettuale, attraverso la stipula di un ulteriore Accordo di Cooperazione (o protocollo d'intesa), a carattere permanente e non centrato su di un'esperienza progettuale a termine.

Queste risultano essere, quindi, le ipotesi di sviluppo attese.

Trasferibilità

Riteniamo sin d'ora che le attenzioni da prestare durante il percorso progettuale siano almeno tre.

Un primo aspetto riguarda l'attenzione alla dimensione *processuale*. Nonostante le reti possiedano contenuti e determinanti in grado di alimentare una sorta di auto-organizzazione, ci pare tuttavia necessaria la presenza di una funzione di *accompagnamento*, che fornisca l'impulso per la prima attivazione e la ricerca di soluzioni ai problemi, che garantisca la significatività degli scambi e il funzionamento dei meccanismi di feedback. Tale funzione – nel corso del progetto ed in prospettiva futura – dovrà confrontarsi e sostenere una sorta di tensione tra:

- a) gli elementi di varietà e dinamismo, nonché di autonomia e protagonismo dei vari attori, in grado di generare effetti moltiplicatori (ogni nodo costituisce in sé una sorta di mente in grado di percepire, valutare, decidere nei differenti livelli delle situazioni);

b) le aspettative di integrazione, di parziale “chiusura”, di strutturazione, seppur blanda.

Laddove le interazioni tra le parti non sono in qualche modo forzate da una qualche obbligo strutturale marcato (com'è e come presumibilmente rimarrà), il concreto manifestarsi di dinamiche di rete ci pare debba essere ricostruito attraverso un *paziente lavoro di ricomposizione e manutenzione*, rivolto a promuovere e consolidare interdipendenze che tutelino le identità organizzative. Occorre in altri termini porre attenzione alle peculiarità della gestione di *organizzazioni reticolari a legame debole* (Weick).

Un secondo snodo concerne l'adozione di una prospettiva “culturale”, quale opzione che più agevolmente può supportare la pratica operativa in contesti caratterizzati da elevata discrezionalità. E' infatti attraverso *l'interazione ricorsiva*, la *negoziazione*, la *pratica conversazionale*, giocata all'interno di luoghi e contesti mutuamente individuati, che è possibile giungere a *rappresentazioni comuni* degli eventi, a comprendere il loro manifestarsi come oggetti socialmente costruiti, ad identificare itinerari di lavoro riconosciuti come sufficientemente condivisi e plausibili. La rinuncia a “tecnologie” forti e l'orientamento verso forme “lasche” di integrazione pone tuttavia un problema di competenza. Occorre cioè chiedersi a quali condizioni una rete costituita da attori diversi ed eterogenei possa rivelarsi una “struttura collettiva” capace, in grado di affrontare più efficacemente un problema.

La terza questione che ci sembra dunque di poter anticipare riguarda proprio l'ipotesi che la definizione di una qualche *funzione di integrazione/coordinamento* e delle sue condizioni reali di esercizio rappresentino una dimensione cruciale, una “questione” strettamente collegata alle forme in cui appare la rete e ai processi che accompagnano il suo manifestarsi.

L'esperienza progettuale, grazie anche alle attività di valutazione, riteniamo possa dunque porre in evidenza alcuni aspetti che saranno certamente specifici, ma che potranno comunque utilmente delineare elementi chiave nei *processi di costruzione di reti territoriali*, da tenere presente laddove si cerchi di alimentare percorsi simili (*networking organizzativo*)

Vi sono oggi ambiti diversi delle politiche sociali dove modelli d'intervento analoghi possono essere applicati, laddove si preveda una valorizzazione “intenzionale” ed organizzata delle reti tra attori che di fatto condividono un qualche ambito d'azione.

Nel sub-ambito 5, l'esperienza progettuale è esplicitamente stata delineata dal Gruppo Tecnico come sperimentazione “pilota”, applicata ad un contesto specifico individuato in funzione di criteri di priorità, ma con l'intento di “trasferirla” ad *altri* contesti d'azione. Ulteriori ambiti che le politiche sociali comunali hanno identificato come promettente, in prospettiva futura, sono quelli delle *politiche per l'infanzia* e quelli per l'integrazione delle *persone migranti*.

Laddove, quindi, in altri sub-ambiti, ci si proponga di lavorare nella stessa direzione qui intrapresa, riteniamo che l'esperienza progettuale potrà fornire utili elementi di riflessione ed indicazioni operative.

Le ipotesi di trasferibilità e di confronto, peraltro, possono riguardare anche ambiti diversi dalle politiche sociali in senso stretto, contribuendo a delineare le criticità dei processi partecipati (in ambito produttivo, economico, nella gestione delle città e/o dei quartieri, ecc.), in una prospettiva di *public value management*. Se da un lato, infatti, il valore e le potenzialità dei percorsi di programmazione partecipata sono ormai largamente condivisi, dall'altro la loro concreta attuazione (la gestione dei processi a “più voci”) pone molti problemi attuativi, come abbiamo poc'anzi provato minimamente a delineare.

Buone pratiche

Con riferimento alle questioni metodologiche, ed anche “politiche”, di cui sopra, ci sembra che il percorso progettuale possa consentire di evidenziare condizioni facilitanti e/o viceversa di ostacolo a percorsi di concertazione.

Riprendendo quanto sopra, in particolare, riteniamo che elementi di “buona pratica” potranno delinearsi su due diverse dimensioni, ossia quella delle *architetture* (le forme strutturali che la rete può darsi) e quella dei *processi* (i modi attraverso i quali le strutture funzionano concretamente). Nel prospetto seguente cerchiamo di delinearne alcune, che al momento sono rilevabili dalla prefigurazioni progettuali che hanno accompagnato il percorso sinora realizzato.

Anche in relazione alle richieste di approfondimento dell’Ufficio di Piano, le attività di monitoraggio e valutazione consentiranno di rilevare elementi riconducibili ai punti evidenziati e/o ad altri aspetti emergenti. Il report finale raccoglierà, oltre che i risultati delle attività, anche le acquisizioni che il progetto potrà presentare quali “lezioni apprese” più generali, in un’ottica di patrimonializzazione delle esperienze che complessivamente immaginiamo vengano condotte all’interno del Piano di Zona.

Architetture

- Modalità di alimentazione/regolazione della rete
- Grado di “strutturazione”/formalizzazione della rete (“struttura di governo”, funzioni di coordinamento/presidio, organizzazioni temporanee attivabili)
- Circolazione delle informazioni
- Ruolo delle istituzioni (nel promuovere/sostenere i processi di governance e condizioni sistemiche che premiano la cooperazione tra gli attori)

Processi

- Costruzione della domanda (marketing interno ed esterno) rispetto alle logiche di rete
 - Rappresentazioni dei problemi e condivisione di letture ed interpretazioni
 - Partecipazione, coinvolgimento
 - Percezione tra attori, riconoscimento e legittimazione dell’altro
 - Cura e manutenzione delle relazioni
 - Modalità di dialogo tra attori istituzionali e reti del terzo settore e/o informali (rispetto alla funzione di programmazione: allocazione delle risorse, costruzione dell’offerta di servizio, monitoraggio generale, innovazione, articolazione degli strumenti);
 - Attenzione alle forme di generazione e circolazione delle conoscenze (formazione comune, comunità di pratiche, ecc.)
-

14) PREVENTIVO DI TUTTE LE SPESE

Descrizione spese per il progetto	Importo 2010	Importo 2011	Importo totale
Spese generali di progettazione, avvio e divulgazione		4.984,00	4.984,00
A.1 - Progettazione di dettaglio		4.284,00	4.284,00
A.2 - Promozione eventi		350,00	350,00
A.3 - Altre spese di comunicazione (elaborazione/diffusione testi, evento finale) - forfait		350,00	350,00
Spese per risorse umane		106.461,12	106.461,12
B.1 Costo del lavoro personale retribuito per AL (80 h*costo h*n. 16 pp)		34.176,00	34.176,00
NB=Riferimento costo h centr. cooperative per 7° liv. - coordinatore di servizi (26,70)			
B.2 - Esperti/docenti percorso AL (40 ore, pari al 50% del percorso, per 150 euro lordi)		6.000,00	6.000,00
B.3 - Tutor d'aula ed organizzativo AL (40 h*32,52 euro lordi)		1.289,92	1.289,92
B.4 - Facilitatore per percorso AL (65 euro lorde*40 h)		2.600,00	2.600,00
B.5 - Progettisti per elaborazione documenti (80 h*3 obiettivi*42,7 euro lorde)		10.248,00	10.248,00
B.6 - Coordinatore percorso AL (37,44 euro lorde*60 ore)		2.246,40	2.246,40
B.6 - Coordinatore percorso AL (37,44 euro lorde*80 ore) - disponibilità ENAIP		2.995,20	2.995,20
B.7 - Facilitatori ed esperti per eventi (70 euro lorde*16*2)		2.240,00	2.240,00
B.8 - Coordinamento per realizzazione eventi (27,60*80 ore)		2.760,00	2.760,00
B.9 - Facilitatore gruppi/circoli cittadini (16 h in presenza + 8 in back*2 gruppi*65 e/h lordi)		3.120,00	3.120,00
B.10 - Facilitatore gruppi AMA (2 h* 10 incontri per 2 gruppi + 16 ore di attività in back)		3.640,00	3.640,00
B.11 - Consulenza metodologica Associazione AMA Trento (3 gg. + 960 euro lordi)		2.880,00	2.880,00
B.12 Coordinamento per attività gruppi (27,60*50ore)		1.380,00	1.380,00
B.13 Costo lavoro personale partecipante gruppo volontariato (20 h*26,70*9 pp.)		4.806,00	4.806,00
B.14 - Facilitatore gruppo volontariato (20 h*65 euro)		1.300,00	1.300,00
B.15 - Progettisti per elaborazione documenti (80 h*42,7 euro lorde)		3.416,00	3.416,00
B.16 - Coordinamento per attività gruppo volontariato (27,60*50ore)		1.380,00	1.380,00
B.17 - Coordinatore tecnico del Progetto (400 ore*42,7 euro)		17.080,00	17.080,00
B. 18 - Valutatore per conduzione attività valutative (42,7 euro lordi ora*68 ore)		2.903,60	2.903,60
Spese per arredi ed attrezzature			
Spese per affitto locali, utenze relative e materiale di consumo		5.850,00	5.850,00
D.1 - Aule attrezzate per percorso di AL (80 h*25 euro)		2.000,00	2.000,00
D.2 Salone per eventi (2 gg.*500)		1.000,00	1.000,00
D.3 - Materiali di consumo per eventi (forfait)		300,00	300,00
D.4 - Aule per incontri gruppo sul volontariato (10 incontri da 2 ore)		500,00	500,00
D.5 - Sale riunioni 50 ore*20		1.250,00	1.250,00
D.6 - Materiali vari di consumo (forfait)		800,00	800,00
Spese di trasporto		1.600,00	1.600,00
E.1 - Rimborsi spese esperti percorso AL (200 euro forfettarie *5 gg)		1.000,00	1.000,00
E.2 - Rimborsi spese consulenza AMA (200 euro forfettarie *3 gg)		600,00	600,00
Altre voci di spesa			
	Totale 2010	Totale 2011	Totale
Voci ENAIP	0,00	118.895,12	118.895,12
Voci CSV			
Voci TDU			
Contributi Partners			

15) COSTO COMPLESSIVO

Totale budget di progetto:	euro	118.895,12	di cui:	
a) Quota del Piano di Zona:	euro	69.407,92		
b) Cofinanziamento pubblico		3.670,00	da parte di	Comune Aosta
		2.670,00	da parte di	Azienda USL
c) Cofinanziamento privato	euro	9.180,00	da parte di	CSV
	euro	2.670,00	da parte di	TDU
	euro	31.297,20	da parte di	Altre cooperative (1)

(1) Enaip, La Sorgente, Esprit à L'Envers, Indaco, Proges, Arc-en-ciel



Comune di Aosta

Assessorato alle Politiche Sociali
Corso Padre Lorenzo, 29
11100 Aosta
Tel. 0165/300200
e-mail: anziani@comune.aosta.it



Comune di Aosta

Pizza Chanoux, 1
11100 Aosta
Tel. 0165/300446 e 0165/300476
e-mail: pianodizona@comune.aosta.it

Il progetto è stato elaborato e redatto dal Gruppo Tecnico e dal Dott. Jean Paul FRASSY incaricato dal Comune di Aosta con Determinazione Dirigenziale nr. 1561 del 03/12/2010.

Per il Gruppo Tecnico di Zona del Sub-ambito 5 – Città di Aosta:

IL COORDINATORE - Sig.ra Barbara GRIVA

Aosta, _____