UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dottorato di ricerca in Lavoro, Sviluppo e Innovazione

Ciclo XXXV

Traiettorie di digitalizzazione nel welfare italiano: uno studio comparato tra Emilia-Romagna e Lombardia

Candidata: Dott.ssa Nicoletta Manzini

Relatore (Tutor): Prof. Tommaso Fabbri

Correlatore (Co-Tutor): Prof. Matteo Rinaldini

Coordinatrice del Corso di Dottorato: Prof. ssa Tindara Addabbo

INDICE

ABSTRACT ……4

INTRODUZIONE ……..7

CAPITOLO 1 - LA SFIDA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEL CONTESTO DELL'EMERGENZA COVID-19 ……14

1.1. Introduzione……..14
1.2. Regionalizzazione e localizzazione delle politiche socio-sanitarie alla luce della crisi pandemica……....15
1.3. Il quadro di riferimento normativo e programmatico per la governance socio-sanitaria……..18
1.3.1. La normativa nazionale: dalla Legge n.328/2000 all'attuale Riforma del Terzo Settore……18
1.3.2. Normative e programmazioni regionali: Emilia-Romagna e Lombardia a confronto……20
1.4. L'innovazione sociale all'interno della governance dei servizi socio-sanitari dell'Emilia Romagna e della Lombardia……..23
1.5. Metodologia……...26
1.6. Risultati……..28
1.6.1. Analisi di primo livello……29
1.6.2. Analisi di secondo livello…….61
1.7. Discussione dei risultati……...63
1.8. Conclusioni……65

Bibliografia ……66

CAPITOLO 2 - L'IMPATTO DELLA GOVERNANCE SOCIOSANITARIA SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI EROGATI DAL PRIVATO SOCIALE NEL CONTESTO DELL'EMERGENZA COVID-19. DUE CASI DI STUDIO A CONFRONTO ……..69

2.1. Introduzione…….69
2.2. Enti erogatori di servizi socio-sanitari come organizzazioni organiche ……..71
2.3. Cooperativa CORESS e Cooperativa Namasté: l'oggetto e il metodo di analisi ……....76
2.4. Risultati……...84
2.5. Discussione dei risultati e conclusioni……..120

Bibliografia……...124

CAPITOLO 3 - TECNOLOGIA E DIGITALIZZAZIONE IN ERA COVID-19: SFIDE ED OPPORTUNITÀ PER IL TERZO SETTORE IN AMBITO SOCIOSANITARIO ……...125

3.1. Introduzione……..125
3.2. La digitalizzazione nel settore sociosanitario italiano…….127
3.3. Tecnologie digitali e cambiamento organizzativo ……...134
3.4. Cooperativa CORESS e Cooperativa Namasté: l'oggetto e il metodo di analisi……...136
3.5. Risultati ……143
3.6. Discussione dei risultati e conclusioni……...161

Bibliografia……..165

Conclusioni generali……..168

Bibliografia integrativa……..173

Abstract

Da decenni le trasformazioni del welfare socio-sanitario italiano sono al centro di studi e ricerche accademiche, di interventi legislativi e di disegni programmatici da parte dei diversi governi che si sono succeduti. In questa cornice, la digitalizzazione del welfare è il tema di più recente attenzione, intorno al quale si sta sviluppando un dibattito - accademico e professionale - ancora limitato nelle fonti e dai contorni poco definiti. Sebbene non vi siano posizioni polarizzate al suo interno, sembra esserci una certa ambivalenza rispetto ai potenziali ruoli e impatti della tecnologia all'interno di questo settore: la digitalizzazione viene riconosciuta come rilevante, sotto alcuni aspetti chiave come l'adeguamento e l'innovazione dei servizi, nonché la razionalizzazione e l'efficientamento delle risorse. Tuttavia, permangono alcune criticità significative, basti pensare a tutti i rischi connessi al *digital divide*.

A prescindere da quelle che possono essere le diverse posizioni all'interno del dibattito, è un dato di fatto che le tecnologie abbiano fatto il loro ingresso nel settore, impattando i modelli organizzativi dei diversi soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi alla persona.

Rispetto a quest'ultimo aspetto - ossia la dimensione organizzativa degli enti erogatori - il dibattito sembra attribuire una scarsa considerazione al possibile condizionamento agito anche dal contesto (il quadro normativo e pianificatorio discendente dalla governance socio-sanitaria regionale di afferenza) sulla digitalizzazione dei singoli enti. Alla luce della titolarità non concorrente in capo alle regioni (*welfare regions*) e dei processi di welfare-mix che si sono andati affermando in misura diversa nella gestione dei servizi di ciascuna regione, è, infatti, innegabile che esista una relazione tra i modi in cui le regioni regolano e governano l'area dell'integrazione socio-sanitaria e i processi organizzativi delle imprese profit e no profit coinvolte, non ultimo le scelte adottate, o meno, in ambito digitale.

E' in questo vuoto che la presente ricerca si colloca, con l'obiettivo di individuare le dimensioni inter-organizzative (ossia le componenti della governance socio-sanitaria regionale di afferenza) aventi un maggiore impatto sulle traiettorie di digitalizzazione di enti erogatori del Terzo Settore.

Tale rapporto assume particolare rilevanza nello scenario attuale, caratterizzato da un mutamento delle sfide sociali, a cui il COVID-19 - assunto come shock esterno - risulta aver contribuito in maniera considerevole.

A tal fine si è reso necessario uno studio comparato tra enti appartenenti a diverse regioni, preceduto da uno studio preliminare, volto ad attualizzare l'assetto delle governance sociosanitarie delle due regioni selezionate, Emilia-Romagna e Lombardia.

A livello metodologico, la ricerca è stata strutturata in due fasi. La prima fase - finalizzata ad una definizione operazionale delle dimensioni organizzative ed interorganizzative che inquadrano l'agire quotidiano degli enti erogatori nel contesto dei sistemi regionali di governance a cui afferiscono (funzionale alla successiva fase di costruzione di studi di caso) - ha visto una significativa raccolta di dati qualitativi attraverso venti interviste semi-strutturate a *key informants*. La seconda fase si è focalizzata sulla realizzazione dei due studi di caso, attraverso diciassette interviste a

figure apicali e intermedie appartenenti alle due organizzazioni selezionate, seguite da una codifica del corpo testuale, con il supporto del software Atlas.ti.
I risultati evidenziano l'esistenza di vincoli e opportunità derivanti in particolare da due dimensioni della governance socio-sanitaria: il modello di presa in carico e la relazione con la committenza intermediata dalla contrattazione.
Mentre la prima dimensione sembra agire direttamente sulle scelte risguardanti le singole tecnologie adottate delle due cooperative, la seconda dimensione sembra avere un'influenza, di più ampio respiro, sugli obiettivi strategici generali dell'organizzazione, di cui le scelte tecnologiche sono un riflesso.
Pur trattandosi di uno studio circoscritto, dai risultati è possibile desumere anche alcune traiettorie generali che possono arricchire il dibattito in corso.
In particolare, in relazione alla sfida dell'integrazione socio-sanitaria emerge come la digitalizzazione costituisca un'opportunità per ricomporre governance molto frammentate. I processi di digitalizzazione identificati renderebbero, infatti, evidente la necessità di trovare nuovi spazi per una re-istituzionalizzazione del welfare. Lungi dall'essere utilizzate in una logica predittiva, ma impiegate per una più celere ed estesa lettura dei bisogni, le tecnologie potrebbero effettivamente sostenere una programmazione condivisa, capace di maggiore prontezza nel dare risposta ai bisogni emergenti.

Parole chiave: welfare italiano, welfare mix, digitalizzazione, innovazione, COVID-19

Over the last decades, the Italian welfare system has been the focus of attention of academic studies, legislative interventions and programmatic plans.
In this context, the digitalisation of welfare has recently gained attention. An academic and professional debate on this matter – with limited sources and still undefined contours- is developing around this topic. Although there are no polarized positions within it, there seems to be some ambivalence regarding the potential roles and impacts of technology within this sector: digitisation is recognised as relevant, in relation to some key aspects such as adaptation and innovation of services, as well as the rationalisation and efficiency of resources. However, some significant critical issues remain, like all the risks associated with the digital divide.
Regardless of what the positioning in the debate may be, it is a fact that technologies have entered the sector, impacting the organisational models of the various subjects involved in the provision of services to the person.
Concerning this last aspect, i.e. the organisational dimension of the supplying bodies, the debate seems to overlook the possible conditioning of the context (the regulatory and planning framework deriving from the regional social-health governance of reference) on the digitisation of the service providers.

In light of different regional welfare systems and the welfare-mix based processes, varying from region to region, the existence of a relationship between the ways each region regulates the socio-health integration, on the one side, and private profit and non profit suppliers' organisational processes (included the choices adopted, or not, in the digital field), on the other side, is undeniable.
The present research tries to place this void with the aim of identifying the inter-organisational dimensions most impacting the digital trajectories of Third Sector providers.
This relationship takes on particular relevance in the current scenario, expressing new and different social challenges, to which COVID-19 - taken as an external shock - appears to have contributed considerably.
To this end, a comparative study between third sector providers operating in different regions was necessary. This comparative study was preceded by a preliminary study, aimed at updating the social and health governance structure of the two selected regions, Emilia-Romagna and Lombardia.
At the methodological level, the research was articulated in two phases. The first phase, functional to the subsequent phase of construction of case studies, aimed at an operational definition of the organisational and interorganisational dimensions that frame the daily action of service suppliers in the context of the two affiliate regional systems. In this phase significant qualitative data were collected through twenty semi-structured interviews to key informants. In the second phase two case studies, based on two selected non profit service providers, respectively operating in Emilia-Romagna and Lombardia, were carried out. The case studies analyse qualitative data collected through seventeen interviews to the top and middle managers of the two selected organisations, followed by a text coding implemented with the support of the Atlas.ti software.
The results highlight the existence of constraints and opportunities deriving in particular from two dimensions of social and health governance: the taking charge model and the relationship with the public buyer.
While the first dimension seems to act directly on the choices concerning the individual technologies adopted by the two cooperatives, the second dimension seems to have a wider influence on the general strategic objectives of the organization, reflected within the technological choices.
Although it is a limited study, some general trajectories can be deduced from the research results, enriching the current debate. In particular, the digitalisation in the welfare sector seems to represent an opportunity to recompose very fragmented governance systems. In fact, the identified digitalisation processes make evident the need to find new spaces for a re-institutionalisation of the welfare system. Far from being used in a predictive way, but used for a more rapid and extensive reading of the needs, the technologies could actually support a better integrated and shared programming, able to ensure prompt answers to such needs.

Keywords: Italian welfare,, welfare mix, digitalisation, innovation, COVID-19

Introduzione

Il presente progetto intende esplorare le dinamiche organizzative che caratterizzano il welfare socio-sanitario italiano, nella sua attuale configurazione e strutturazione, con particolare attenzione alla digitalizzazione dei processi organizzativi di enti del privato sociale specializzati nell'erogazione di servizi socio-sanitari per la non autosufficienza.

Circoscrivendo la propria analisi al privato sociale (data la tradizionale presenza di organismi non lucrativi nell'area dei servizi socio-assistenziali rispetto ai privati 'for profit', abituati ad operare in ambiti di rilevanza economica) e ai servizi per la non-autosufficienza (essendo quest'ultimo l'ambito prevalente di messa in pratica dell'integrazione socio-sanitaria) la presente ricerca analizza il rapporto tra modelli di governance regionali e processi organizzativi sottesi all'erogazione della prestazione, con l'obiettivo di individuare le dimensioni inter-organizzative maggiormente impattanti sui processi interni agli enti erogatori del Terzo Settore. All'interno di questo obiettivo generale, la ricerca ha come obiettivo ultimo e specifico quello di analizzare tale rapporto in relazione ai processi di digitalizzazione di tali enti.

Questo obiettivo specifico porta a collocare la ricerca all'interno dell'attuale dibattito sulla digitalizzazione del welfare, un dibattito alquanto recente, per cui limitato nelle fonti e dai contorni ancora poco definiti. Sebbene non vi siano posizioni particolarmente polarizzate al suo interno, sembra esserci una certa ambivalenza rispetto ai potenziali ruoli e impatti della tecnologia all'interno di questo settore: alcuni autori enfatizzano il potenziale trasformativo delle tecnologie rispetto ai tradizionali modelli di servizio, attraverso una ridefinizione dei luoghi e delle modalità erogative, incluso il ruolo di utenti e operatori, in una visione di innovazione dirompente (tra cui Busemayer 2020, 2022; Perobelli e Rotolo, 2019); altri autori, pur riconoscendo opportunità e potenziali benefici connessi ad una crescente digitalizzazione del welfare, si concentrano sugli aspetti di maggiore criticità. Tra quest'ultimi spicca, con una certa preoccupazione, il tema di una possibile disuguaglianza sociale digitale (Halford e Savage, 2010), frutto non solo di un'esclusione dalle tecnologie digitali, il cosiddetto *digital divide* (tra cui Van Dijk, 2020; Ragnedda e Muschert, 2013; Tarallo, 2003; Rogers, 2001), ma del combinarsi di questo fattore con lo svantaggio sociale (per es. Pilkington, 2019, Palmiero, 2020). Altro

elemento che genera allarmismo è la tendenza ad introdurre tecnologie dall'alto impatto sociale senza un reale dibattito pubblico (Palmiero, 2020).

Entrando poi nel campo specifico del Terzo Settore, tale dibattito si accentua: da una parte, si attribuisce alle tecnologie il grande vantaggio di potenziare le connessioni umane (per es. Barillà e Locatelli, 2013), dall'altra le tecnologie sono percepite come antitetiche alla relazione umana, mettendone in luce gli impatti sulla gestione del lavoro e sulla spersonalizzazione della relazione con l'utente (tra cui Curcio, 2012).

A prescindere da quelle che possono essere le diverse posizioni nel dibattito, è un dato di fatto che le tecnologie abbiano fatto il loro ingresso nel settore socio-sanitario e nel Terzo Settore, impattando i modelli organizzativi dei diversi soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi alla persona.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, ossia la dimensione organizzativa degli enti erogatori, il dibattito sembra trascurare il possibile condizionamento del contesto (il quadro normativo e pianificatorio discendente dalla governance socio-sanitaria regionale di afferenza) sulle traiettorie di digitalizzazione dei singoli enti.

Alla luce della titolarità non concorrente in capo alle regioni (*welfare regions*) e dei processi di welfare-mix che si sono andati affermando in misura diversa nella gestione dei servizi di ciascuna regione, è, infatti, innegabile che esista una relazione tra i modi in cui le regioni regolano e governano l'area dell'integrazione socio-sanitaria e i processi organizzativi delle imprese profit e no profit coinvolte, non ultimo le scelte adottate, o meno, in ambito digitale.

E' in questo vuoto che la presente ricerca si colloca con l'obiettivo di individuare le dimensioni inter-organizzative (ossia le componenti della governance socio-sanitaria regionale di afferenza) maggiormente impattanti le traiettorie di digitalizzazione di enti erogatori del Terzo Settore, per comprendere quanto queste siano effettivamente influenzate dalla governance socio-sanitaria di afferenza.

Per rispondere a tale obiettivo la ricerca necessita di tenere insieme due livelli di analisi: il livello organizzativo degli enti del privato sociale e il livello della governance socio-sanitaria regionale all'interno delle quali tali enti si collocano.

In relazione a questa seconda dimensione, il disegno di ricerca non può, dunque, trascurare l'evoluzione del welfare italiano, oggi fortemente localizzato, in quanto attento ai bisogni sociali che ogni territorio esprime, ed improntato su dinamiche multi-attore, grazie all'immissione di nuovi soggetti

territoriali (provenienti dalla sfera del mercato, delle associazioni intermedie, del Terzo Settore, dalle associazioni di volontariato ai soggetti della cooperazione sociale, della famiglia e delle reti informali), in una logica di sussidiarietà verticale.

Sebbene l'evoluzione del welfare state italiano affondi le sue radici negli anni 70, con l'effettivo avvio di un processo di delega di competenze alle regioni, è con la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n.328/2000 che si assiste a quel cambio di paradigma che prepara la strada alla partecipazione di soggetti non pubblici.

In attuazione del principio di sussidiarietà, tale legge sposta il suo baricentro sul livello locale, conferendo un certo protagonismo ad enti locali, tra loro legati in una gestione che si può definire a doppio binario: mentre alle regioni vengono affidate funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo; i comuni diventano titolari, insieme alle AUSL, della gestione degli interventi, attraverso un'erogazione diretta o, in alternativa, attraverso un ricorso al mercato (profit e non).

Quest'ultima modalità di erogazione dei servizi, di carattere indiretto, trova una sua razionalità nel contesto delle misure di austerity, introdotte a partire dalla fine degli anni 90. La recessione economica iniziata in quegli anni e acuitasi con la crisi economica e finanziaria del 2009, unita alla crisi fiscale dello Stato, segnano la fine del trend espansivo delle politiche di protezione sociale. È in questo quadro che i diversi governi, succedutisi da quel momento, scelgono di dispiegare tutta una serie di interventi per tenere sotto controllo le minacce di crisi, inclusa una significativa riduzione della spesa pubblica.

Se meccanismi di compresenza tra settore privato e settore pubblico, finalizzati alla produzione e distribuzione di beni e servizi fondamentali, sono sempre esistiti, a cambiare è il peso della componente privata. L'aumento della forbice generata da un significativo incremento della domanda di assistenza (spiegata da fattori demografici), da una parte, e la riduzione delle risorse pubbliche, dall'altra, trova, infatti, un tentativo di soluzione in una privatizzazione crescente, che vede riconoscere ad attori del privato profit e del no profit una funzione integrativa, se non addirittura sostitutiva, rispetto al pubblico.

Pur collocandosi all'interno di uno specifico dibattito, quello relativo alla digitalizzazione del welfare, l'analisi del legame tra le traiettorie di digitalizzazione di enti del Terzo Settore e il sistema di governance socio-sanitaria all'interno del quale si trovano ad operare, richiede di tenere

sullo sfondo il più ampio dibattito sul welfare italiano e sul suo futuro, rinvigorito in occasione della riforma del Terzo Settore[1]. Pur risultando articolato e composito, tale dibattito evidenzia una certa polarizzazione tra quanti vedono nel protagonismo crescente del Terzo Settore, e in particolare nella riforma, l'occasione per rafforzare la legittimità e la rilevanza economica del privato sociale (per es. Zamagni, 2018; Venturi e Bassi, 2007), dall'altra quanti vedono nella crescente delega di competenze ad attori non pubblici una deresponsabilizzazione della politica, e in particolare una destrutturazione del presidio pubblico nel garantire diritti fondamentali in nome di una razionalità economica (tra cui De Leonardis, 1998, Fosti et al., 2018). Pur riconoscendo alla società civile un'effettiva capacità di autorganizzazione e autoregolazione, questo secondo filone di dibattito sembra invocare una sorta di re-istituzionalizzazione del welfare, interrogandosi su come lo stato di diritto possa effettivamente garantire il suo ruolo di mediazione di relazioni sociali (De Leonardis, 1998).

Un dibattito che chiama in causa una possibile ridefinizione del ruolo dell'attore pubblico e i meccanismi che regolano l'erogazione dei servizi, non può prescindere dal concetto di 'quasi mercato' e di come questo modello di gestione del welfare, di matrice anglosassone, si sia affermato, sebbene in misura più o meno estensiva, nei diversi sistemi socio-sanitari regionali (*in primis* la Lombardia).

L'appellativo di 'quasi mercato (su cui esiste un'estesa letteratura, avente anche uno sguardo piuttosto critico, tra cui Marinò, 2014; Donati, 2001; Giovannetti, 2001; Fazzi, 2000; Klein, 1993), deriverebbe dal tentativo di mutuare i principi del libero mercato, congiuntamente allo sforzo di attenuarne gli effetti più negativi grazie al mantenimento di una regia pubblica (da qui il prefisso 'quasi'). In termini strettamente pratici, la funzione di erogazione dei servizi viene separata dalle altre funzioni e contesa dal privato in una dinamica concorrenziale. I principi del libero mercato si ritroverebbero, dunque, nel principio di autodeterminazione della scelta del *provider*, rimessa al cittadino. Questa facoltà comporterebbe, almeno in via teorica, la possibilità per il cittadino di orientare l'offerta verso una maggiore attenzione a suoi bisogni, con il risultato di una maggiore efficienza operativa per i produttori ed erogatori, nonché una maggiore efficienza allocativa per il mercato stesso, il tutto

[1] La Riforma del Terzo Settore è stata avviata nel 2016 con la legge 6 giugno 2016 n. 106 *"Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale".*

all'interno di una serie di vincoli di tipo normativo-regolamentare definiti dall'attore pubblico (Marinò, 2014).

La compenetrazione di diversi attori, propria dell'assetto organizzativo dei diversi modelli di welfare mix territoriali, incanalate in dinamiche di quasi mercato, richiama per la loro diversa natura il pensiero polanyiano.

La possibilità di leggere ogni fenomeno socio-economico (espresso in termini di azioni, sistemi, etc. e letto a livello macro, meso e micro) come il risultato di una diversa combinazione tra i tre principi individuati dall'autore (reciprocità, redistribuzione, scambio di mercato), sembra spiegare il suo elevato richiamo in numero studi afferenti a diversi ambiti: dalla sharing economy (Pais e Provasi, 2017), passando per le imprese sociali (Roy e Hackett, 2017), fino ad includere l'analisi dello stesso Stato sociale (De Leonardis, 1998). Comprendere l'evoluzione dello Stato sociale sotto la lente di queste tre forme, risulta alquanto utile per la presente ricerca, poiché tali principi si ricompongono nella governance socio-sanitaria che fa da sfondo all'analisi organizzativa: se la pubblica amministrazione richiama il principio polanyiano della redistribuzione, e il privato profit e sociale richiamano il principio del mercato, il restante mondo di stampo volontaristico risulterebbe rispondere al terzo principio della reciprocità. Oltre a essere riflessi nella natura dei diversi attori della governance, tali principi emergono anche come dimensioni di analisi nella parte di ricerca empirica, come si avrà occasione di riscontrare nella lettura dei tre saggi.

Tenendo, dunque, sullo sfondo il dibattito sul futuro del welfare, ma in primo piano il dibattito sulla digitalizzazione del welfare, e nella cornice teorica di Polanyi, le dimensioni del welfare prese in esame nel corso dell'analisi sono triplici: innanzi tutto, la dimensione della regolazione, da intendersi come governo pubblico dei processi legati alla realizzazione del welfare mix (tra cui Lumino e Pirone, 2013; Bertin, 2012; Fazzi, 2014, 2013, 2001, 1998); in secondo luogo, la dimensione organizzativa interna agli enti gestori e/o erogatori di servizi socio-sanitari per la non autosufficienza del privato sociale, di cui non si trova molta traccia nella ricca letteratura sul Terzo settore, fatto salvo studi volti ad inquadrare le diverse forme organizzative degli ETS, specialmente nel contesto della recente riforma (tra cui Lori e Zamaro, 2019) e la ricca letteratura sulle condizione del lavoro sociale (tra cui Busso e Gargiulo, 2016, 2017); infine, la dimensione della prestazione, come "attività di output" (Thompson, 1991) dei suddetti enti.

Rispetto a queste tre dimensioni, l'analisi si colloca, dunque, principalmente nella seconda dimensione (qualificandosi come studio organizzativo), ma coinvolge al tempo stesso la prima dimensione (dati i possibili condizionamenti sull'organizzazione derivanti dalla governance sociosanitaria di afferenza) e la terza (vedendone gli effetti sull'azione erogativa).

Per rispondere alla domanda di ricerca, relativa ai vincoli e alle opportunità generati dal modello di governance sociosanitaria di afferenza e agenti sui processi di digitalizzazione delle organizzazioni, oggetto di studio, si è reso necessario uno studio comparato tra enti appartenenti a diverse regioni.

Per poter esaminare in profondità l'azione organizzativa (Thompson, 1991) di enti erogatori di servizi socio-sanitari del privato sociale, l'analisi è stata circoscritta a due soli oggetti, ossia due cooperative sociali tra loro simili, ma rispettivamente afferenti a regioni con sistemi socio-sanitari molto diversi: Emilia-Romagna e Lombardia.

Per comprendere e gestire nella comparazione degli enti la diversità dei due modelli regionali, è stato in precedenza condotto uno studio preliminare, realizzato attraverso un'analisi dei principali documenti programmatici e i contributi di esperti del settore (*key informants*), avente come finalità quella di attualizzare l'assetto della governance socio-sanitaria delle due regioni, un passaggio fondamentale per poter poi comprendere vincoli e opportunità emergenti nei due differenti contesti spaziali, ma contestualizzati in una comune dimensione temporale (il periodo pandemico). ll primo saggio illustra le risultanze di questo studio.

I risultati della comparazione tra i due oggetti di studio (una cooperativa sociale di Reggio Emilia e una cooperativa sociale di Bergamo) sono invece oggetto del secondo e del terzo saggio. Mentre il secondo saggio prende in esame l'insieme dei processi organizzativi dei due enti, analizzando vincoli e opportunità rispetto alle principali variabili organizzative afferenti alla proposta teorica di J. Thompson (1991), il terzo saggio si concentra solo sui processi digitali, consentendo così di entrare nel vivo dell'obiettivo di ricerca, ossia indagare possibili vincoli e opportunità sui processi di digitalizzazione delle due organizzazioni, derivanti dai due differenti contesti regionali di appartenenza.

Nel suo complesso, la ricerca si è sviluppata in due fasi. La prima fase di ricerca, finalizzata ad una definizione operazionale delle dimensioni organizzative ed inter-organizzative che inquadrano l'agire quotidiano degli

enti erogatori nel contesto dei sistemi regionali di governance a cui afferiscono (funzionale alla successiva fase di costruzione di studi di caso) e confluita nel primo saggio, ha visto una significativa raccolta di dati qualitativi attraverso una serie di interviste semi-strutturate a *key informants,* seguita da una codifica a diversi livelli del corpo testuale dei materiali di policy e delle interviste.

Specularmente alla prima, la seconda fase di ricerca (le cui risultanze sono confluite nel secondo e terzo saggio) ha generato i due studi di caso, attraverso cui è stato possibile dare risposta alla domanda di ricerca. Sono state realizzate 17 interviste a figure apicali e intermedie, seguite, come per la prima fase, da una codifica, con il supporto del software Atlas.ti, sia del loro corpo testuale, sia dei principali documenti gestionali in uso all'interno delle due organizzazioni.

L'esperienza pandemica è assunta nel corso di tutta la ricerca come fattore esterno, in quanto le viene riconosciuto, come sottolineato da un'ampia letteratura (tra cui Galera, 2020; Arlotti e Ranci 2021), una funzione di messa a fuoco del funzionamento dei sistemi esistenti.

La lettura dei tre saggi è possibile come lettura singola e indipendente, avendo formulato per ciascuno obiettivi e risultati specifici, nonché un framework teorico di riferimento. Tuttavia, esiste un chiaro filo conduttore che li unisce e che segue, come evidenziato, l'implementazione della ricerca nelle sue diverse fasi. La struttura di questa tesi, per capitoli-saggi, è organizzata per dimensioni d'indagine: macro nel primo saggio, meso nel secondo e micro nel terzo. Questo consente al lettore di entrare progressivamente nei casi di studio e fare proprie le conoscenze prodotte (non necessariamente connesse al tema tecnologico, per esempio assente nella trattazione dei risultati del secondo capitolo) per poi addentrarsi nell'ultimo saggio dove la domanda di ricerca trova, al culmine della trattazione, una sua risposta.

CAPITOLO 1

La sfida dell'integrazione socio-sanitaria nel contesto dell'emergenza COVID-19

1.1. Introduzione

Da decenni il welfare socio-sanitario italiano è al centro dell'attenzione di studi e ricerche, di interventi legislativi e di disegni programmatici di cambiamento da parte dei diversi governi che si sono succeduti. Tuttavia, significative restano le sfide organizzative derivanti dall'elevata frammentazione istituzionale che connota questo settore, nonostante gli sforzi compiuti nella direzione di una maggiore integrazione tra attori e servizi (sforzi che variano da regione a regione), in linea con il paradigma dell'integrazione socio-sanitaria, introdotto dalla Legge 328/2000.

Se l'attuale concorso di attori non pubblici (singoli cittadini, corpi intermedi e terzo settore), protagonisti indiscussi del nuovo modello di welfare partecipativo (il cosiddetto *community welfare*), costituisce una potenziale soluzione per fronteggiare le sfide derivanti dalla crescita e differenziazione della domanda di cura, tale partecipazione immette nel funzionamento di questo settore ulteriori elementi di complessità.

A sfide, dunque, sistemiche, in quanto legate al sistema di governance socio-sanitaria adottato da ciascuna regione, si aggiungono poi sfide più contingenti e inattese, legate all'attuale situazione emergenziale generata dal COVID-19. Sebbene la pandemia abbia immesso nel sistema socio-sanitario nuove problematiche e abbia generato nuovi bisogni, soprattutto di natura sociale, è opinione largamente condivisa che il COVID-19 non sia altro che una cartina tornasole di criticità presenti nel sistema già da lungo tempo.

Nell'illustrare i risultati preliminari di una ricerca sulle ricadute organizzative di due modelli di integrazione socio-sanitaria, il modello lombardo e il modello emiliano-romagnolo, il presente paper affronta alcune di queste criticità, in particolare dalla prospettiva del privato sociale, attore chiave nell'erogazione di servizi socio-sanitari[2].

[2] Nel corso dell'articolo si utilizzerà il termine ente erogatore, in virtù delle funzioni erogative che gli sono riconosciute e per evitare confusione con il termine ente gestore, utilizzato in Lombardia per qualificare un ente a cui, oltre l'erogazione di servizi, è riconosciuta anche la funzione di presa in carico (l.r. 23/2015).

Obiettivo del paper è ricostruire l'attuale assetto della governance socio-sanitaria nelle due regioni e le dimensioni di analisi più rilevanti, attraverso un'analisi dei principali documenti programmatici e i contributi di esperti del settore (*key informants*).

Nel presentare le risultanze di questo studio preliminare, il paragrafo successivo è dedicato ad un'analisi di contesto, realizzata attraverso una ricostruzione della principale letteratura e attraverso un richiamo alle normative e agli strumenti regolatori che più hanno plasmato la governance socio-sanitaria delle due regioni, oggetto di analisi. Il terzo paragrafo illustra la metodologia seguita, tanto nell'identificazione dei soggetti da intervistare, quanto nell'analisi dei documenti programmatici e nella codifica dei testi delle interviste realizzate. Il quarto paragrafo presenta i risultati di questo studio, attraverso un'analisi di primo livello, di carattere descrittivo, ed un'analisi di secondo livello, volta ad evidenziare le relazioni emerse tra le dimensioni identificate e descritte nella prima analisi. Nel quinto paragrafo si discutono i risultati descritti e si valuta l'utilizzo di tali risultati per la continuazione della ricerca.

1.2. Regionalizzazione e localizzazione delle politiche socio-sanitarie alla luce della crisi pandemica

L'attuale crisi pandemica ha spinto governi nazionali e comunità territoriali ad interrogarsi in merito alla tenuta dei rispettivi sistemi di welfare (Cantillon et al., 2021). In Italia questa riflessione ha portato ad una maggior presa di consapevolezza delle disparità esistenti a livello territoriale, interpretate come conseguenza della riorganizzazione amministrativa degli anni '90 e 2000 e dal contestuale processo di crescente privatizzazione dei servizi (Armocida et al., 2020; Galera, 2020).

Se al Terzo Settore va riconosciuto un significativo protagonismo nella gestione dell'attuale emergenza sanitaria e sociale (report SRM, 2020), tale protagonismo va letto alla luce delle funzioni che in ambito socio-sanitario vengono ad esso attribuite, ad integrazione o in sostituzione di funzioni tradizionalmente pubbliche (INAPP, 2017). In linea con quanto avvenuto nel resto dell'Europa (Ranci Ortigosa, 2010), in Italia i cambiamenti socio-economici che caratterizzano la seconda parte del secolo scorso e che accompagnano questo primo quarto di secolo vedono, attraverso le riforme introdotte per farvi fronte, un importante ridimensionamento della funzione pubblica in capo al governo nazionale, con deleghe di funzioni programmatorie e gestionali ai

livelli inferiori di governo (regioni e comuni) e deleghe di funzione erogative a nuovi attori non pubblici (Gori e Gessner, 2018), in applicazione del principio di sussidiarietà (Ranci Ortigosa, 2017; Bertotti et al., 2017).

Il moltiplicarsi degli attori coinvolti nella formazione e attuazione delle politiche di welfare, unito ai processi di ibridazione che l'integrazione socio-sanitaria della Legge 328/2000 sottende, è generativo di nuove dinamiche interistituzionali, che cambiano da territorio a territorio, portando alla creazione e riconfigurazione di sistemi di governance locali tra loro molto diversificati (Kazepov e Barberis, 2013).

Se l'unità territoriale di riferimento è la Regione, in virtù delle funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo che gli competono e come "raccordo istituzionale fondamentale nelle trasformazioni normative, finanziarie e organizzative che tengono assieme anche gli altri livelli territoriali" (Kazepov e Barberis, 2013: 15), tanto da poter parlare di venti modelli regionali di governance socio-sanitaria, significative restano le differenze territoriali interne a ciascuna regione: la gestione degli interventi in capo ai comuni e alle AUSL, in risposta a domande territorialmente molto diversificate, si riflette in forme di coordinamento tra attori, non sempre di immediata lettura (Fargion, 1997; Kazepov, 2009) e diverse da territorio a territorio. Il risultato è una consolidata frammentazione inter e infraregionale (Kazepov e Barberis, 2013), caratterizzata da una crescente importanza della dimensione locale delle politiche socio-sanitarie, poiché la sola capace di leggere i bisogni della cittadinanza e di trovare le risposte più efficaci in un'ottica di prossimità (Kazepov e Barberis, 2013; Andreotti, Mingione e Polizzi, 2012; Andreotti e Mingione, 2016; Bifulco 2015; Bifulco, Bricocoli e Monteleone, 2008).

In questo scenario, il coordinamento tra i diversi livelli di governo e tra la pluralità di attori, pubblici e non, che vi afferiscono, diventa l'elemento cruciale e determinante per la buona riuscita delle politiche socio-sanitarie e l'efficacia dei servizi erogati. La frammentazione e diversificazione territoriale delle dinamiche interistituzionali si traduce in un evitabile abbandono, anche solo parzialmente, del "tradizionale modello burocratico-gerarchico, basato su catene di comando lineare e sulla separazione delle competenze e responsabilità" per integrare nuove forme di coordinamento basate su "modelli e strumenti di rete (negoziali, indiretti, deliberativi, che implicano la capacità di adattarsi e di mettere in relazione diverse risorse e competenze) e di mercato" (Kazepov e Barberis, 2013: 15).

Alla luce di tutte queste considerazioni, risulta chiaro come non vi siano modalità standard di coinvolgimento dell'attore privato, in particolare del privato sociale. Al di là di un inquadramento normativo comune e dispositivi standard (discendenti dalla Legge 328/2000 e dalla più recente riforma del Terzo Settore), ruoli e modalità di ingaggio variano a seconda del modello regionale e territoriale di governance socio-sanitaria di riferimento: da forme più clientelari a forme di maggiore autonomia e avanzata sperimentazione di servizi o interventi da parte del settore non profit, fino ad approcci di tipo managerialista e corporativo (Kazepov, 2009).

Una simile pluralità di approcci ha inevitabili implicazioni di natura organizzativa per l'ente privato a cui è affidata l'erogazione del servizio.

Un possibile vincolo derivante dall'ambiente esterno sembra derivare dall'effettivo livello di interdipendenza con il pubblico. Una forte interdipendenza funzionale con il pubblico sembrerebbe mettere a rischio l'autonomia dell' Ente del Terzo Settore e il suo ruolo identitario di *advocacy*, poichè reso più esposto alla ricerca di finanziamenti e convenzioni, in adeguamento alle condizioni contrattuali imposte dall'ente pubblico locale (affidamenti al massimo ribasso, incarichi ad tempora con proroghe limitate nel tempo, pagamenti ritardati ecc.), (Streek 2004). Opportunità di collaborazione e forme di ibridazione con il profit, collettori di progetti sociali ed erogatori di finanziamenti anche verso l'ente pubblico, tendenzialmente (ma non esclusivamente) incentivate in contesti territoriale meno presidiati dal pubblico, come in Lombardia, potrebbero portare il privato sociale verso una ridefinizione della propria finalità pubblica, per facilitarne il posizionamento in una sorta di quasi mercato, portandolo ad adeguarsi - su un piano organizzativo - di conseguenza (Kazepov e Barberis, 2013). Lo scenario che la letteratura ricostruisce è, quindi, quello di un privato sociale chiamato a confrontarsi con dinamiche interistituzionali diverse, a seconda del territorio regionale e locale in cui si sceglie di operare. Quello che la letteratura non sembra analizzare sono invece le dimensioni organizzative dell'ente erogatore del privato sociale, su cui tali dinamiche interistituzionali risultano agire, oggetto del presente studio.

1.3. Il quadro di riferimento normativo e programmatico per la governance socio-sanitaria

1.3.1. La normativa nazionale: dalla Legge n.328/2000 all'attuale Riforma del Terzo Settore

Il processo di riforma delle politiche sociali e sanitarie affonda le sue radici nella metà degli anni '60 del secolo scorso, a partire dalla creazione del sistema previdenziale alla nascita dei consultori e dei centri di igiene mentale, culminando nel 1978 nella creazione del sistema sanitario nazionale (Kazepov e Barberis, 2013). Tuttavia, è solo con la legge n.328/2000, intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e con la conclusione della Riforma costituzionale del titolo V, l'anno seguente, che ha avvio il processo di costituzione di un welfare locale, avente come colonna portante gli enti territoriali, ossia regione e comuni.

La legge 328 segna una svolta molto importante, poiché in essa si meglio sostanzia il ruolo atteso dal Terzo Settore. Nell'identificare gli attori legittimati ad operare e nel definire rispettivi ruoli e responsabilità, la norma è chiara: il privato sociale non svolge solo funzioni esecutive di carattere erogativo, ma è chiamato a partecipazione anche alla fase programmazione. Nell'art.56 della citata legge si parla, infatti, esplicitamente di "attività di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali in rete, attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento del Terzo settore". Un coinvolgimento che va ben oltre la sola realizzazione del servizio (affidamento), come suggerisce l'utilizzo del termine 'coprogettazione': "favorire forme di coprogettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali" (art.1, DPCM 30 marzo 2001). Non si tratta di retorica o di semplice dichiarazione di intenti, ma di un vero e proprio istituto, ripreso anche dalla più recente riforma del Terzo Settore (art. 55-57, CTS), alternativo all'appalto nella misura in cui l'Ente del Terzo Settore (ETS) è chiamato a compartecipare alle risorse necessarie ad attuare l'intervento. Viceversa, in assenza di questa compartecipazione di risorse, l'intervento è da intendersi come appalto o concessione di servizi e, come tale, deve sottoporsi al regime del Codice degli Appalti (Delibera ANAC n. 32 del 20

gennaio 2016). Richiamando la normativa sugli Enti locali (legge n. 241/1990), il CTS definisce la co-progettazione quale strumento finalizzato "alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione" (art. 55.3, CTS).

Se il dispositivo dell'accreditamento[3] può costituire un possibile canale di identificazione del partner, non può essere un criterio preferenziale, in quanto l'identificazione deve avvenire "nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner" (art.53.4, CTS). Il principio per cui gli ETS devono essere coinvolti dalle amministrazioni pubbliche per la co-progettazione e la co-programmazione delle politiche sociali, ivi inclusa la predisposizione dei piani sociali di zona è stato, dunque, in questo primo ventennio di secolo un principio cardine della normativa sul welfare. Dall'interpretazione normativa sono poi discese prassi territoriali diversificate, una diversità di metodi e approcci che nel tempo può avere contribuito in maniera significativa allo strutturarsi di modelli territoriali di governance così differenti.

[3] Il dispositivo dell'accreditamento viene introdotto nelle strutture sanitarie con il D. Lgs. n. 502/92, successivamente modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 517/93 e dalla L. 724/94. Nel trasferimento di competenze socio-sanitarie alle Regioni, l'accreditamento diventa oggetto di disposizioni normative regionali. Con i processi di integrazione socio-sanitaria successivi alla Legge n.328/2000, l'utilizzo del dispositivo viene esteso anche a strutture socio-sanitarie.

1.3.2. Normative e programmazioni regionali: Emilia-Romagna e Lombardia a confronto

Il progressivo trasferimento di competenze e funzioni dal governo centrale a regioni ed enti locali, culminante nella riforma del titolo V del 2001, inaugura una stagione di normative regionali, volte a riordinare il settore dell'assistenza e a disciplinarne gli aspetti organizzativi: dall'autorizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, alla definizione di procedure per l'accreditamento dei servizi o dei profili professionali sociali (FORMEZ, 2006). Il risultato è quello di un'estrema eterogeneità degli assetti normativi e degli strumenti regolativi prescelti (Lumino e Pirone, 2017).

Il caso Lombardo

La legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1, intitolata "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112", è la legge che avvia l'opera di strutturazione del welfare lombardo, con una ridefinizione dei ruoli e delle competenze di ASL e comuni, in attuazione del decentramento amministrativo. Dal 2000 ad oggi il sistema viene plasmato da diversi interventi normativi, ancorati fino al 2015 ad una sorta di logica a doppio binario: alla l. r. 33/2009 fa riferimento la materia sanitaria, mentre alla l. r. 3/2008 quella sui servizi sociali.

La l. r. 23/2015, proponendo una riorganizzazione istituzionale e organizzativa del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, modifica in maniera significativa l'assetto di governance precedentemente delineatosi. Oltre a sostanziare il principio di integrazione socio-sanitaria nella creazione di un unico assessorato regionale ('Assessorato alla salute e politiche sociali Welfare') e a favorire il processo di territorializzazione dei servizi, attraverso la creazione di nuovi enti (le 'Agenzie di Tutela della Salute' (ATS) e le 'Aziende Socio Sanitarie Territoriali' (ASST), a sostituzione delle ASL), con cui tutti gli altri attori (incluso il Terzo Settore) devono imparare a relazionarsi, un cambiamento significativo introdotto, avente implicazioni organizzative per il soggetto privato (sia esso profit o meno), è la traduzione del principio di "presa in carico della persona nel suo complesso" nella distinzione tra ente erogatore ed ente gestore. La possibilità di esternalizzare la gestione della presa in carico ad una pluralità di soggetti in concorrenza tra loro, secondo il principio del quasi mercato interno, vede riconosciuto a quanti riescono ad aggiudicarsi questo

ruolo la dicitura di ente gestore, mentre, in assenza della funzione di presa in carico, il soggetto privato si qualifica come semplice soggetto erogatore.

In merito al Terzo Settore, la regione si dà, con la l.r. 23/2015, il compito di favorire la "crescita e sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo".

Sebbene la riforma non risulti, ad oggi, ultimata, essendo la fase sperimentale dell'assetto istituzionale conclusasi solo di recente[4], è possibile valutarne l'impatto organizzativo e interorganizzativo: un'eccessiva frammentazione della governance, con gravi conseguenze per l'operato dei diversi soggetti erogatori (AGENAS, 2020).

Per quanto riguarda gli strumenti regolativi, il dispositivo principe di ogni regione è senza dubbio il piano socio-sanitario regionale, istituito inizialmente come solo piano sanitario dal d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e, dalla 328 in poi, come piano socio-sanitario, con l'obiettivo di definire per ogni regione gli indirizzi di sviluppo e di gestione del proprio sistema sociosanitario. La Regione Lombardia ha, dal 2002 ad oggi, elaborato tre piani socio-sanitari regionali[5]. La struttura dei piani socio-sanitari lombardi prevede, per ciascun ambito che compone il sistema dei servizi sociosanitari a livello regionale, l'individuazione delle aree di priorità e le principali direzioni di sviluppo.

L'ultimo piano socio-sanitario (2019-2023) sembra allinearsi con il dibattito sul sistema lombardo di quest'ultimo ventennio. Tre temi vengono in più passaggi sottolineati come prioritari: la domiciliarità, la presa in carico globale e la governance istituzionale. La domiciliarità è letta come l'approccio che garantisce la maggiore integrazione dei servizi e, quindi, una risposta ai bisogni più efficace e sostenibile. La presa in carico globale, integrata e flessibile, dovrebbe consentire di sostenere la domiciliarità, oltre alla residenzialità. Infine, la governance istituzionale è vista come lo strumento attraverso cui riorganizzare le risposte e guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili (PSSR, 2019-2023).

In sintesi, dall'*excursus* normativo e regolativo sopra tracciato emerge come il sistema lombardo si caratterizzi per una centralità del sistema sanitario, fortemente attenzionato dai documenti di programmazione regionale, a

[4] A fine Dicembre 2020 AGENAS ha pubblicato il report in cui approfondisce i punti deboli della riforma del 2015 e avanza le proprie proposte in vista della revisione che la Regione, conclusasi la fase sperimentale, è chiamata ad elaborare entro fine Aprile 2021.

[5] Piano socio-sanitario regionale 2002-2004, Piano socio-sanitario regionale 2010-2014 e Piano socio-sanitario regionale 2019-2023

discapito della componente sociale: i piani di zona, identificati dalla legge 328 come dispositivi di definizione delle politiche sociali a livello locale, sembrano mantenere una posizione subalterna ed esecutiva (Avanzini, Ghetti, 2011). Altre peculiarità, identificabili tanto nella normativa quanto nei diversi documenti programmatici, sono: l'orientamento a favore del mercato quale istituzione centrale nell'allocazione delle risorse, con una chiara distinzione della funzione di raccolta delle risorse e di programmazione, che si mantiene pubblica, da quella di produzione degli interventi, affidata a soggetti privati accreditati; il principio di autodeterminazione della scelta del servizio per il cittadino, autogenerativa di una competizione tra produttori pubblici e privati (Tosi, 2007; Villa, 2008).

Il caso Emiliano-Romagnolo

Diversamente dalla Lombardia, la Regione Emilia-Romagna ha da subito messo al centro dei suoi interventi legislativi e programmatori il tema della governance, facendone oggetto di tre specifiche leggi regionali, adottate nell'arco di un quinquennio[6]. Il principio di integrazione socio-sanitaria, discendente dalla legge 328/2000, non tarda poi ad essere recepito, attraverso la legge quadro 12 marzo 2003, n. 2, 'Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali'. Il fatto che il primo piano socio-sanitario regionale sia adottato solo nel 2008[7] va interpretato, in un'ottica di riflessività, come una strategia di implementazione dal basso, intesa a recepire gli orientamenti dei primi piani sociali di zona, a valorizzazione delle diverse esperienze territoriali (Lumino e Pirone, 2017).

In una governance così strutturata il Terzo Settore si trova ad interfacciarsi con il livello regionale attraverso approcci e metodi a valenza prevalentemente consultiva, in una governance di tipo concertativo-negoziale (Dall'Agata et al., 2010), e con il livello territoriale in modalità più concertativa, per quanto attiene alla programmazione, l'erogazione e la valutazione dei servizi sanitari (Lumino e Pirone, 2017).

Tratti caratteristici del sistema emiliano romagnolo, richiamati nei documenti programmatici che dal 2008 ad oggi si sono succeduti, sono: l'enfasi sulla continuità assistenziale, anche in un'ottica di forte valorizzazione della

[6] Si fa riferimento alle leggi regionali della Regione Emilia-Romagna 21 aprile 1999, n. 3, Riforma del sistema regionale e locale; 26 aprile 2001, n. 11, Disciplina delle forme associative e altre disposizioni in materia di enti locali; 24 marzo 2004, n. 6, Riforma del sistema regionale amministrativo locale.

[7] Delibera di Giunta Regionale (D.G.R.) Emilia-Romagna n. 2961/175 del 22 maggio 2008, Piano sociale e sanitario 2008-2010.

prossimità; l'approccio di rete, con una cabina di regia pubblica tesa a valorizzare il ruolo dei soggetti pubblici e privati, profit e no profit, nella loro funzione di erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie; un protagonismo degli enti locali, cui è delegata ampia autonomia nelle proprie funzioni di indirizzo e coordinamento, nel quadro di una vision costruita a livello centrale (Carli, Carpani, Siniscalchi, 2006). Costituisce un tratto distintivo dell'ultimo piano socio-sanitario regionale (2017-2019), il taglio trasversale presente nelle sue schede attuative del piano, volto a favorire una maggiore integrazione degli interventi, in una logica di pianificazione per 'setting', sostitutiva della tradizionale logica per 'target'. Tale pianificazione per setting dovrebbe aiutare i territori ad ideare e implementare azioni di carattere innovativo, nuove o già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi (PSSR, 2017-2019).

L'Emilia-Romagna è, dunque, una regione, che vede i territori come laboratori di politiche e pratiche, generative di innovazioni che occorre mettere in circolo e replicare secondo un approccio sistemico, e da cui occorre trarre tutti gli insegnamenti necessari per adeguare la programmazione in un'ottica di riflessività (PSSR, 2017-2019).

1.4. L'innovazione sociale all'interno della governance dei servizi socio-sanitari dell'Emilia Romagna e della Lombardia

Il quadro teorico finora tracciato, in particolare il susseguirsi delle diverse normative regionali di cui si è tentato di ricostruire il quadro, evidenzia come il cambiamento sia un elemento intrinseco alle politiche sociali. Le grandi trasformazioni sociali e demografiche degli ultimi decenni, tra cui la nuova partecipazione femminile al mercato del lavoro, l'aumento dell'instabilità lavorativa accentuata dalle crisi internazionali che si sono susseguite, l'invecchiamento della popolazione e la diversificazione dei modelli di famiglia, hanno modificato in maniera significativa l'insieme dei bisogni, intorno a cui i precedenti assetti di welfare state si erano configurati (Naldini, 2006; Ranci Ortigosa, 2004).

La complessità che caratterizza le società attuali, frutto del combinarsi di tutte queste trasformazioni, sembra mettere in crisi uno dei principi cardine dei sistemi tradizionali di welfare, ossia la tendenza a costruire risposte intorno a rischi concentrati nelle fasi iniziale e finale del ciclo di vita della persona. Gli individui dell'età post-moderna non sono fragili solo in giovane età e in

vecchiaia, ma lo sono in via potenziale in qualsiasi fase della propria vita, tanto che l'autore Lee Combrinck-Graham, già nel 1985, parlava di "spirale di vita", in sostituzione al concetto di "ciclo di vita", invitando a guardare ai cambiamenti nella situazione degli individui come il prodotto delle interrelazioni e interdipendenze nelle catene che connettono la vita della persona con gli eventi del contesto e l'instabilità che caratterizza l'evoluzione delle famiglie (Combrinck-Graham, 1985).

La riduzione delle risorse pubbliche, l'aumento e la diversificazione dei rischi sociali, cambiamenti inattesi (come la recente pandemia) si qualificherebbero come fattori capaci di rendere i welfare "instabili" e "fluidi" (Bertin, 2012: 32), determinando non solo un bisogno di ricalibratura, vale a dire di ri-orientamento delle risorse dai vecchi ai nuovi rischi sociali, ma anche di ampliamento dello spettro di rischi.

E' in questo scenario di cambiamento e trasformazione, che va affermandosi, con sempre più crescente incisività, il concetto di innovazione sociale. Molteplici sono le definizioni di innovazione sociale esistenti in letteratura. Tali definizioni sono accomunate dal qualificare come innovazioni sociali tutte quelle nuove idee (contenute in prodotti, servizi e modelli) in grado non solo di soddisfare bisogni sociali, in modo più efficace rispetto alle alternative esistenti, ma anche di creare nuove relazioni e nuove collaborazioni (Murray et. al, 2009).

L'aspetto collaborativo sembra essere una componente fondamentale dell'innovazione sociale, in linea con il paradigma dell'*open innovation* (Chesbrough et al., 2008; Chesbrough, 2003): l'innovazione difficilmente viene portata avanti dagli attori delle politiche sociali in autonomia, perché costosa e complessa. Non è un caso che l'innovazione sociale oggi avvenga per lo più attraverso l'ausilio di piattaforme digitali, o in spazi fisici, caratterizzati da una natura collaborativa, come ad esempio gli incubatori ed i coworking, le università, ma anche luoghi di aggregazione più informali, come biblioteche, luoghi di culto, etc. (Montanari e Mizzau, 2018). A tali spazi fisici viene attribuito un importante ruolo moltiplicatore del patrimonio cognitivo, umano e sociale (Montanari e Mizzau, 2018) presente in un territorio, poiché capaci di coniugare azioni di carattere sperimentale con apporti diretti della cittadinanza in un framework collaborativo (Montanari, Mizzau, 2018) e in un'atmosfera creativa (Bertacchini e Santagata, 2012).

L'aprirsi delle politiche sociali a processi di innovazione sociale comporta un ripensamento del contesto istituzionale per un'effettiva capitalizzazione di

tali processi collaborativi. La città, nella sua multifunzionalità (non solo come elemento insediativo ed economico, ma anche come realtà politica e culturale), diventa l'unità territoriale di riferimento entro cui riscrivere il modello tripolare di relazione tra stato, mercato e comunità, attribuito al modello di "Città Collaborativa"(Arena e Iaione, 2015). La localizzazione delle politiche sociali non è, dunque, solo il risultato di un quadro normativo, ma è anche sostenuta dal combinarsi di relazioni e collaborazioni tra attori fortemente ancorati a dinamiche territoriali.

Da questa prospettiva si coglie come l'innovazione sociale possa essere considerata a tutti gli effetti l'asse portante del nuovo modello di welfare comunitario, così definito in quanto integrativo di iniziative e attività promosse, a livello locale, da soggetti non-pubblici e costruite il più delle volte in rete fra loro nell'intento di offrire congiuntamente risposte innovative (Colozzi, 2012), anche a sostegno della competitività dei territori (Venturi e Sturabotti, 2018).

Inquadrato il tema dell'innovazione sociale, seppure a grandi linee (non costituendo il focus primario della ricerca), è importante, ai fini della presente analisi, comprendere come la tematica viene recepita e inquadrata all'interno della programmazione degli interventi socio-sanitari delle due regioni.

Nell'ultimo piano socio-sanitario della Regione Emilia-Romagna, il termine innovazione viene citato quattordici volte e con declinazioni diverse: in alcuni passaggi si parla di innovazione dei servizi, in altri di innovazione tecnologica, in altri ancora di innovazione clinica, etc. Il concetto di innovazione sociale viene, invece, citato una sola volta e in relazione al soggetto pubblico, invitato ad avere "un ruolo di attivatore e facilitatore di processi capaci di innovazione sociale" (PRSS 2017-2019: p. 20).

Passando all'analisi dell'ultimo piano socio-sanitario della Regione Lombardia, ben più recente in quanto relativo ad un periodo ancora in corso (2019-2023), il termine innovazione viene citato otto volte, talora con espliciti riferimenti all'innovazione tecnologica, in altri passaggi con rimandi più generici all'innovazione in sanità. E' interessante notare come il termine specifico di innovazione sociale non compaia nemmeno una volta.

Questo non significa che le due regioni non riconoscano il valore dell'innovazione sociale e non abbiano attivato processi per sostenerla. La stessa Regione Lombardia avrebbe lanciato la piattaforma Open Innovation, proprio con l'intento di raccogliere e mettere a sistema soluzioni tecnologiche sviluppate dai diversi attori dell'ecosistema della ricerca e dell'innovazione, compresi i cittadini e le loro associazioni, per l'attivazione di processi

collaborativi. L'idea alla base della piattaforma, realizzata grazie a risorse provenienti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) è, infatti, quella di facilitare l'incontro tra attori artefici di iniziative e progetti ad elevato impatto sociale sul territorio e fornitori di soluzioni tecnologiche, potenzialmente integrabili all'interno di quei progetti.

In Emilia-Romagna, la "funzione di attivazione e facilitazione dei processi di innovazione sociale", rimessa all'attore pubblico (PRSS 2017-2019:20), si sostanzierebbe nell'applicazione del metodo Community Lab, su cui esiste una discreta letteratura (tra cui Navarro et al. 2012, Machado et al. 2020). Concepito come un metodo trasformativo e partecipativo di prassi e politiche, in grado, attraverso l'attivazione di spazi dialogici con la comunità, i servizi, e i corpi intermedi, di produrre riflessività, conoscenza e consapevolezza, il Community Lab rientra a pieno a titolo nelle dinamiche di welfare comunitario e innovazione sociale aperta sopra descritte.

In particolare, i Community Lab, avviati dalla Regione Emilia-Romagna in tutto il territorio regionale, a partire dal 2012 (e tuttora in corso), sembrano voler incentivare una piena partecipazione della cittadinanza alla programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria locale, a partire dalla definizione delle priorità fino alla progettazione e realizza gli interventi successivi.

Il quadro ricostruito riconosce, dunque, l'innovazione sociale come una componente fondamentale dei nuovi assetti di governance regionale e territoriale. Se l'innovazione sociale di cui è protagonista il Terzo Settore sia effettivamente sostenuta dalla governance socio-sanitaria di afferenza è qualcosa che la letteratura sembra trascurare e a cui il presente studio potrebbe contribuire, anche se in minima parte non essendo il focus di ricerca.

1.5. Metodologia

Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di interviste semi-strutturate a *key informants* (USAID Center for Development and Information Evaluation, 1996), identificati attraverso il metodo del campionamento a valanga, cosiddetto '*Snowball Sampling*' (Goodman, 1961) e previa definizione di alcuni criteri chiave per la loro selezione, in particolare: compresenza di profili dirigenziali e profili operativi e partecipazione delle diverse organizzazioni che compongono la governance socio-sanitaria nelle due regioni.

Dei ventiquattro intervistati, quattordici ricoprono ruoli direttivi o altre funzioni dirigenziali, otto rappresentano figure tecniche di pubbliche amministrazioni, i restanti due sono operatori socio-sanitari. La prevalenza dei primi rispetto a questi ultimi è intenzionale: alle figure operative risulta, infatti, mancare una visione organizzativa complessiva, fondamentale per le finalità di questa fase di ricerca. Rispetto alle organizzazioni di provenienza, sono rappresentati: assessorati e agenzie regionali, uffici di piano degli enti locali, erogatori pubblici e privati di servizi, inclusi enti del Terzo Settore (anche in forma associativa). La tabella che segue illustra il profilo di ciascun soggetto intervistato.

TABELLA 1.1. – Profilo degli intervistati

Emilia-Romagna			**Lombardia**		
Codice Intervista	**Posizione**	**Organizzazione**	**Codice Intervista**	**Posizione**	**Organizzazione**
Int. 1 (1)	Vicepresidente	Ente erogatore	Int. 11 (1)	Coordinatore di struttura	Ente erogatore
Int. 2 (1)	Coordinatore	Ente erogatore	Int. 12 (1)	Infermiere	Ente erogatore
Int. 3 (1)	Direttore generale	Consorzio di enti gestori	Int. 13 (1)	Responsabile di area	Ente erogatore
Int. 4 (1)	Ex Dirigente comunale e Vicepresidente	Ente locale (Assessorato Welfare) e Associazione di famiglie di disabili	Int. 14 (1)	Presidente	Coordinamento Enti Accreditati e Autorizzati
Int. 5 (1)	Dirigente Comunale (Responsabile Ufficio di Piano)	Ente locale (Assessorato Welfare)	Int. 15 (3)	Dirigente comunale; funzionari pubblici	Ente locale (Assessorato welfare)
Int. 6 (2)	Funzionario pubblico	Ente regionale (Agenzia socio-sanitaria)	Int. 16 (2)	Presidente; Direttore	Ente erogatore
Int. 7 (1)	Responsabile di area	Agenzia tecnica regionale	Int. 17 (1)	Presidente	Associazione
Int. 8 (1)	Articolo 90	Ente locale (Assessorato Welfare)	Int. 18 (1)	Psicologa	Ospedale
Int. 9 (1)	Funzionario pubblico	Ente regionale	Int. 19 (1)	Direttore generale	Ente erogatore
Int. 10 (1)	Funzionario pubblico	Ente regionale	Int. 20 (1)	Responsabile di area	Ente gestore

Documenti programmatori e normative vigenti nelle due regioni (leggi e piani socio-sanitari regionali, piani di zona territoriali, progetti partecipativi) sono stati analizzati preliminarmente alla realizzazione delle interviste, al fine di costruire interviste semi-strutturate sulla base dei concetti chiave emersi da tale analisi. Il COVID-19 non è stato oggetto di domande specifiche, affinché, assunto dalla ricerca come shock esterno, potesse così emergere spontaneamente dalla narrazione degli intervistati.

Una volta trascritte tutte le interviste, si è entrati nella fase di codifica (Marradi, 2007). Una prima lettura ha consentito di selezionare le parti di testo contenenti le informazioni più significative e di attribuirvi un topic. I topic ricorrenti in più interviste sono stati poi aggregati (dove possibile) e tradotti, a seguito di un ulteriore processo di astrazione, in dimensioni di analisi. Le undici dimensioni emerse sono state suddivise in due sottogruppi, a seconda della loro natura organizzativa (in quanto afferente all'organizzazione interna) o interorganizzativa (in quanto connesse al modello di governance regionale) e su di esse è stata realizzata una prima analisi, di carattere descrittivo, e una seconda analisi, volta ad individuare possibili relazioni. Le undici dimensioni saranno oggetto di indagine di due casi studio, riguardanti due enti erogatori del privato sociale (uno lombardo e uno emiliano-romagnolo), che verranno condotti in una fase successiva.

1.6. Risultati

Il principale risultato prodotto dallo studio riguarda l'identificazione di undici dimensioni di analisi, in cui si articola la pianificazione e l'erogazione della prestazione socio-sanitaria, necessarie al prosieguo della ricerca. La tabella le mette in evidenza, attraverso una ripartizione tra dimensioni di natura organizzativa e dimensioni interorganizzative.

TABELLA 1.2. – Dimensioni organizzative ed interorganizzative

Dimensioni Organizzative	1. Mindset imprenditoriale	Dimensioni interorganizzative	7. Programmazione
	2.Innovazione organizzativa		8. Collaborazioni orizzontali/peer
	3.Turnover e competenze del personale		9. Partecipazione dell'utenza e della famiglia
	4.Partecipazione interna		10. Contrattazione
	5.Maturità digitale		11. Presa in carico
	6.Diversità del personale		

1.6.1. Analisi di primo livello

Il primo livello di analisi è quello che, da una prima codifica dei testi delle interviste, ha fatto emergere le dimensioni organizzative ed interorganizzative, illustrate nella tabella 1.2. Di seguito si presentano i risultati emersi in relazione a ciascuna dimensione.

1.mindset imprenditoriale

Come si è visto in introduzione, il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari comprende un insieme variegato di servizi (di tipo non ospedaliero) cui concorrono all'erogazione una pluralità di soggetti pubblici e privati, sia profit che non. Alla luce della loro natura non pubblica, questi ultimi possono scegliere di concorrere per l'affidamento di servizi pubblici e/o erogare servizi privati entrando così in dinamiche di libero mercato. La crescita della domanda di servizi privati, a fronte di bisogni sempre più numericamente consistenti e complessi, spesso non coperti (quantomeno integralmente) dalla programmazione pubblica per le ragioni poc'anzi illustrate (variabile in intensità da territorio a territorio a seconda di scelte politiche e programmatorie) potrebbe incentivare il privato sociale ad operare anche a libero mercato. Tuttavia, dall'analisi condotta emerge come non tutti gli enti erogatori del Terzo Settore siano propensi ad aprirsi a questa possibilità: alcuni ETS si sentono deficitari di quelle competenze imprenditoriali e della struttura organizzativa necessaria per competere in un libero mercato di servizi. Il diverso contesto istituzionale e regolativo sembra, inoltre, incentivare, o al contrario disincentivare, il ricorso al libero mercato, come illustrato di seguito. Tuttavia, la scelta finale di operare a libero mercato rimane una scelta interna all'ente. Di seguito vengono riprese i principali fattori di influenza, messi in luce dall'analisi.

- Il livello di specializzazione dell'offerta.

In Emilia-Romagna l'offerta degli enti erogatori risulta fortemente standardizzata. L'invio automatico dell'utenza da parte dei servizi di segretariato sociale sembrerebbe disincentivare ogni sforzo volto a diversificare e specializzare la propria offerta.

> "Un focus particolare su delle attività, per dire sportive, mentre un altro centro si specializza su attività artistiche, sarebbe una cosa interessante, cosa che oggi non

accade da noi. Le attività che vengono programmate dall'equipe sono generiche." (Int. 1)

In Lombardia la possibilità per l'utente non autosufficiente e la sua famiglia di scegliere l'unità di offerta a cui affidarsi sembra spingere l'ente erogatore a cercare di essere più attrattivo.

"Lo standardizzare sicuramente ha dei vantaggi in termini di riconoscibilità, quant'altro, ma rischia e ha rischiato quantomeno di giocare un po' al ribasso su alcune progettualità e opportunità per le persone e le famiglie." (Int. 16)

- Continuità di fatturato.

In Emilia-Romagna la creazione di servizi a libero mercato da parte degli enti erogatori sembrerebbe essere disincentivata dalla garanzia del finanziamento pubblico, dal momento che anche i posti accreditati, ma non utilizzati, vengono rendicontati.

"Di questi posti accreditati convenzionati, pagati dal fondo per la non autosufficienza perché rispondono a determinati criteri, l'ufficio di piano può decidere di toglierne, per esempio perchè c'è un trend di posti vuoti che dura da anni. Però, anche se non usufruiti, li compensiamo." (Int.5)

In Lombardia il sistema dei budget tenderebbe ad erodere il finanziamento pubblico. Namastè testimonia come, in casi di ipo-produzione, la quota messa a budget fatichi a ripristinarsi sui valori iniziali.

"Se io un anno vado in ipo-produzione, l'anno dopo il mio budget assegnato è al ribasso, e se quello dopo vi è una iperproduzione, questa iperproduzione non si consolida mai. Il budget si costruisce su quello effettivamente utilizzato nell'anno precedente, se per un qualsiasi motivo un anno vado in ipo-produzione, l'anno successivo riflette quel budget con una quasi impossibilità a tornare al valore di partenza." (Int. 16)

- Competizione tra pubblico e privato.

In Emilia-Romagna, soprattutto nell'area della non autosufficienza, il privato profit risulta essere quasi assente. L'ente erogatore, espressione del privato sociale, è considerato alla stregua di un ente parastatale. La presa in carico è solo di natura pubblica e la copertura dei posti in accreditamento è garantita dall'invio diretto dell'utenza, a seguito della valutazione fatta all'interno delle equipe di valutazione multidisciplinari (UVH/UVM).

> "La cooperazione sociale è pubblica, vive delle risorse che il pubblico trasferisce quindi non c'è in realtà un privato vero e proprio, se non appunto Anni azzurri, ma che viene vista sempre con un po' di diffidenza, tant'è che il privato profit non ha spazio qui. Il sociale è tutto pubblico e la cooperazione sociale raramente esprime, come posso dire, dei filoni di lavoro autonomi, privati, e vive all'ombra del pubblico." (Int. 4)

In Lombardia la libera scelta dell'unità di offerta da parte dell'utenza apre spazi di concorrenza tra enti erogatori, ampiamente presenti sia nella forma del privato sociale no profit e del privato profit. La stessa presa in carico può avere, come prima porta di accesso per l'utente, il privato, nel suo ruolo di ente gestore.

> "La Lombardia è l'unico esempio nazionale che permette anche a soggetti privati di accreditare servizi ambulatoriali per le dipendenze. Oltre ai SerD esistono anche gli SMI (servizi multidisciplinari integrati), i quali riescono a incontrare le persone in un modo più flessibile e più veloce rispetto ai tempi del servizio pubblico." (Int.14)

Questo cosiddetto 'quasi mercato', al di là di quelle che possono essere dinamiche di carattere strettamente competitivo (comunque limitate dal fatto che la domanda risulta sempre eccedere l'offerta), ha portato nel tempo a forme di integrazione ed ibridazione tra privato profit e no profit. Sono diversi i casi di enti gestori ed enti erogatori del privato sociale che hanno esternalizzato parte dei loro servizi, affidandoli al privato profit, o che, viceversa, hanno acquisito a loro volta servizi tradizionalmente gestiti dal profit, fino alla creazione di nuove strutture a partecipazione congiunta.

> "Il poliambulatorio che ti citavo prima è nato come un servizio della cooperativa. Da un anno e mezzo l'abbiamo esternalizzato e abbiamo fatto nascere una srl impresa sociale in cui la cooperativa è una dei soci. Abbiamo trovato dei finanziatori, altri imprenditori del territorio e quant'altro, per cui la società è una società altra dalla cooperativa sociale. In questo caso ci siamo accorti negli anni che quel tipo di servizio, molto legato alla sanità, deve essere condotto da medici, non da cooperatori, ha bisogno di una forma diversa, cioè crediamo che la cooperativa sociale sia una buona forma per fare alcune cose, per altre ci vogliono anche forme diverse." (Int. 16)

In Lombardia si possono più facilmente incontrare forme di ibridazione tra pubblico e privato, anche all'interno di uno stesso servizio erogato da un ente gestore o ente erogatore. Il dispositivo dei voucher sembra sostenere questa domanda, dal momento che viene maggiormente (ma non esclusivamente) impiegato in ambiti in cui il bisogno dovrebbe trovare una risposta attraverso interventi temporanei di carattere risolutivo. Il voucher trova così un

corrispettivo in pacchetti (per es. organizzati per sedute), con il risultato che spesso il numero di incontri risultano insufficienti. La continuazione del servizio, se la famiglia lo desidera, può così trovare una risposta nell'utilizzo di risorse economiche proprie. La pandemia risulta aver accelerato questo processo, dal momento che ha generato dei nuovi bisogni (e/o avvicinato una nuova utenza) che non trovano ancora piena risposta nel finanziamento pubblico.

> "Questo secondo voucher [progetto adolescenti] in alcune situazioni sta andando molto bene, tanto che stavamo pensando proprio di utilizzare la creazione di un servizio ad hoc nostro anche a pagamento perché soprattutto questa situazione di pandemia nelle fasce preadolescenziale e adolescenziale sta creando dei disagi enormi." (Int. 13)

Dalle interviste condotte in Lombardia emergono anche forme di libero mercato transitorie, vale a dire servizi creati all'interno di vuoti programmatori ben precisi, nella speranza che il pubblico ne riconosca il valore e decida di integrarli nella successiva programmazione.

> "C'è un'interlocuzione un po' faticosa nell'intenderci che cos'è essenziale e cosa non lo è, con a volte uno spostamento forte sul termine assistenzialistico, per cui laddove riesco a identificare delle azioni legate alla cura primaria delle persone per capirci o a quei sistemi familiari che non stanno più in piedi riesco a farmelo finanziare, molto poco invece in termini di prevenzione sulla salute e sulla cura o anche su attività educative che non facciano arrivare il sistema ad un punto di collasso. Questo ci ha spinto a provare a trovare una terza via, costruiamo un servizio privato andando poi a valle per tentare di recuperare un pezzo di finanziamento pubblico... se tu comune ti riconosci lì dentro co-costruiamo." (Int. 16)

- Risorse proprie per l'innovazione.

In Emilia-Romagna, dove l'ente erogatore dipende quasi esclusivamente da risorse pubbliche, l'innovazione risulta essere assente, se non limitata, da risorse proprie inesistenti o comunque scarse.

> "Bisognerebbe mutuare appunto un pochino di più il libero mercato, aprirsi a delle logiche di mercato dirette con il singolo cittadino e non solo mediate dalle istituzioni dove magari l'istituzione può in qualche modo monitorare, verificare, costruire delle condizioni ma lasciare anche un pochino più di imprenditività al Terzo Settore e quindi uscire da queste maglie dell'accreditamento, che imbrigliano e censurano qualunque forma di creatività." (Int. 5)

In Lombardia gli enti erogatori del privato sociale risultano essere in grado di mobilitare tante risorse private, non solo attraverso servizi a pagamento, ma anche attraverso azioni di fundraising. Queste risorse tendono ad essere reinvestite in sperimentazioni finalizzate alla creazione di nuovi servizi (non contemplati dalla programmazione regionale) e nella rigenerazione dei luoghi.

> "Sono tante forme no che ti aprono al profit, tra cui il fundraising, la capacità, come dire no, di rendersi appetibili rispetto al mercato che può investire, può donare. E' molto difficile perché spesso hai una reazione molto difensiva cioè che se ti apri al profit ti snaturi, anche in un'ottica di capacità di governo interna. Mettersi in una forma organizzativa da profit implica temporizzare il tuo lavoro per diventare più efficace e più efficiente. invece non è vero cioè puoi tranquillamente farlo e produrre un doppio valore, in termini di economicità nelle risorse, ma non è che investi di meno, investi meglio, è una questione del meglio." (Int. 13)

> "Occorre riconfigurare le cose e i luoghi. Noi crediamo fortemente che sono i luoghi che si adattano ai bisogni delle persone, non viceversa, per cui ho bisogno io stesso di potermi muovere, di poter trasformare, di poter intervenire con tempi e modalità molto diverse." (Int. 16)

- Livello di istituzionalizzazione della governance.

In Lombardia dove il libero mercato trova vuoti programmatori all'interno dei quali svilupparsi, un vincolo alla sua espansione sembra provenire dalla governance, ossia dalla presenza più o meno radicata di attori istituzionali con cui l'unità di offerta è chiamata ad interfacciarsi. Il libero mercato risulta attecchire dove c'è un vuoto istituzionale.

> "I settori in cui è più difficile sono quelli più istituzionalizzati, per la scuola ci si mette il comune, il provveditorato, la neuropsichiatria infantile, dove hai a che fare con colossi di questo genere anche solo sperimentare è faticoso. Se apri un nido è un discorso, ma se lavori dentro la scuola è un altro, sono settori molto codificati su cui si fa fatica a ragionare in maniera diversa. La governance influisce su questa spinta al privato." (Int.16)

- Storicità del servizio.

Gli intervistati che hanno riportato esperienze di apertura al libero mercato, ad integrazione dei servizi pubblici da tempo erogati, hanno come elemento comune quello di aver attivato questo processo nei servizi in cui storicamente possono vantare maggiore esperienza, non solo per beneficiare di eventuali economie di scala ma anche per limitare il rischio di impresa.

> "Sul pezzo della disabilità che è uno dei due settori su cui è nata la cooperativa nel 2001, credo anche per competenza interna nel senso che laddove è più storicizzato l'intervento, fai anche meno fatica a sperimentare mettiamola così." (Int. 16)

- Competenze del personale.

In Lombardia, dove dalle interviste condotte con gli enti erogatori e gestori emergono esperienze di servizi a libero mercato, un fattore determinante in questa scelta sembra essere il livello di competenza del personale in organico. Un ente erogatore ripiegato solo su servizi pubblici, in accreditamento o in appalto, sembrerebbe ritrovarsi con un personale atrofizzato e assuefatto da una certa standardizzazione.

Aprirsi al mercato implica una propensione al rischio (sebbene vi sia un rischio anche nel rimanere nel tracciato del pubblico, dal momento che le gare e gli appalti si possono perdere), alla sperimentazione, a tempi di lavoro scanditi diversamente. Un ente erogatore con servizi a libero mercato ha dichiarato di aver assunto personale ad hoc e di aver mantenuto separati i dipendenti e collaboratori rispettivamente impiegati nei servizi finanziati dal pubblico e nei servizi a libero mercato.

> "La cooperativa ha dovuto un pochino infrastrutturarsi anche dal punto di vista dell'organigramma. Se per l'appalto dell'assistenza scolastica mi basta mettergli il coordinatore del servizio che si occupa dall'interlocuzione con l'assessore, l'assistente sociale a sentire le famiglie, a organizzare i turni dei propri lavoratori e basta perché tanto il confine è molto chiaro e molto definito, è evidente che invece su un'altra serie di servizi il coordinatore non mi basta più, per cui per esempio ho bisogno di alcuni responsabili di area che lavorino più in maniera trasversale, perché lavorare sul privato vuol dire lavorare un po' di più sull'innovazione, sulla sperimentazione, cose di questo genere, per cui devo distinguere chi si occupa molto di più dell'ordinario da chi ha l'energia il tempo per ragionare un pochino più di sviluppo e consolidamento di alcune cose." (Int. 16).

Dalle interviste condotte in Emilia-Romagna con gli enti erogatori del privato sociale non emergono esperienze di servizi a libero mercato. Una testimonianza Tuttavia riporta come un'eventuale crescita del proprio ente, anche attraverso un'apertura al mercato, troverebbe l'organizzazione priva di alcune competenze chiave, soprattutto a livello gestionale.

> "Dovremmo essere più imprenditivi/imprenditoriali, proviamo a fare i bravi gestori, ma quando poi si tratta veramente anche di leggere dei bilanci non è semplice. Dobbiamo immaginare che i nuovi ruoli che possiamo avere

> all'interno della nostra organizzazione non per forza debbono provenire da corsi di studi Scienze dell'Educazione, psicologia eccetera. Oggi siamo tutti educatori, psicologi, OSS, infermieri o terapisti occupazionali, diciamo dell'area educativa, sanitaria e sociosanitaria. Fino a quando sei una piccola cooperativa probabilmente te lo puoi permettere, quando poi inizi ad avere dei numeri grandi hai bisogno di altre figure professionali, che oggi non abbiamo." (Int. 1)

In conclusione, dalle interviste emerge come molti enti del privato sociale, sebbene non si siano ancora aperti a nuove forme di libero mercato, abbiano quantomeno preso consapevolezza dell'importanza di sviluppare stili e approcci di tipo imprenditoriale, che consentano loro di offrire servizi privati a soddisfazione di bisogni, non coperti dalla programmazione pubblica, e/o bisogni coperti solo in parte (per esempio per un monte ore inferiore all'effettivo bisogno della famiglia). Erogare servizi privati comporta tempi di organizzazione ed erogazione dell'offerta più celeri rispetto al canale pubblico, adattabilità e flessibilità dell'offerta, in altri termini un mindset imprenditoriale.

In Emilia-Romagna questa consapevolezza è presente anche nella parte pubblica, avente funzioni di programmazione e vigilanza. L'apertura al libero mercato non è vista dall'attore pubblico come sostitutiva di un coordinamento e finanziamento pubblico, ma come integrativa di questo. Il privato puro pone, infatti, un problema di sostenibilità, soprattutto in ambito di cronicità e disabilità, dal momento che un servizio per un determinato utente può durare decenni. Il libero mercato non può, dunque, esaurire tutto il bisogno. Tuttavia, consente di introdurre forme di flessibilità, che prima non erano possibili a fronte della standardizzazione che l'iter pubblico impone, a partire da una personalizzazione dell'offerta.

Il COVID-19 sembra aver accelerato questo processo di sviluppo di un mindset imprenditoriale da parte degli enti erogatori, dal momento che la pandemia ha fatto emergere nuovi bisogni a cui la programmazione pubblica sembra non avere ancora risposto (per es. sul fronte disagio giovanile). Gli enti erogatori e gestori della Lombardia sembrano essere più pronti a cogliere queste opportunità, inclusi quegli enti gestori che non hanno mai offerto servizi a mercato prima di oggi. L'operare all'interno di dinamiche caratteristiche di un quasi mercato sembrerebbe facilitare questo passaggio.

1. *Innovazione organizzativa*

La maggior parte degli esempi di innovazione organizzativa riportati dagli intervistati sono contestuali all'attuale periodo pandemico, dato che per i servizi

convenzionati è la programmazione pubblica a definire come si deve strutturare un servizio. La chiusura, anche se solo temporanea, dei centri residenziali e semi-residenziali, inclusi gli spazi utilizzati per attività altre (per es. socio-occupazionali), ha spinto molti degli enti gestori intervistati a riorganizzare i servizi in modalità a distanza e, in alcuni casi, a valorizzare la prossimità all'indomani della fine del primo *lockdown* con nuovi servizi a domicilio.

> "Una volta che hanno deciso il lockdown e la chiusura dei centri diurni, gli operatori del socio-occupazionale, non accreditato, in soli tre giorni avevano messo su otto ore al giorno di contenuti a distanza. Ordinavamo gli Alexa e li portavamo insieme a casa dei ragazzi per configuraglieli. La scuola ci ha messo molto di più." (Int.3)

> "Ad inizio marzo abbiamo chiuso, a metà marzo eravamo già operativi, con attività in remoto. Non ci aspettavamo che fosse possibile, ma lo è stato. La prima cosa che abbiamo attivato quando abbiamo iniziato a svolgere le attività in presenza è stata andare in prossimità, vicino a casa delle persone che solitamente accoglievamo nei nostri spazi. Allora per cominciare a rivederci, parlo di Maggio e Giugno, siamo andati noi da loro facendo di fatto attività nei pressi di casa, cosa che prima non avevamo mai fatto. Sappiamo quanto a livello informale la comunità possa essere importante negli aspetti di cura." (Int.1)

La riorganizzazione ha visto tempi diversi a seconda del tipo di servizio (più lenta per i servizi in accreditamento e più veloce per quelli non in accreditamento), evidenziando un vincolo derivante dalla contrattazione. In generale l'innovazione organizzativa sembra risentire del limitato coinvolgimento dell'ente erogatore nel disegno del servizio, e dunque nella programmazione.

> "Siamo noi [pubblico] a definire come si deve strutturare un servizio, per esempio, un centro diurno. Sono pochissime le realtà che si sono inventate. È un tema molto dibattuto con la cooperazione sociale, in particolare in questo periodo dove con il covid molte organizzazioni si sono dovute un po' reinventare." (Int. 8)

La riorganizzazione da parte degli enti erogatori dell'Emilia-Romagna sembra essere avvenuta con più rapidità e fluidità, a fronte disposizioni normative regionali e distrettuali più chiare e di una maggiore flessibilità da parte della committenza nel riconoscere comunque il servizio erogato. In Lombardia ha invece prevalso una maggiore confusione nell'interpretazione normativa da parte degli enti predisposti alla vigilanza, le ATS, con il risultato che alcuni enti erogatori sono ancora ad oggi in dubbio se avessero dovuto chiudere o meno.

> "Il nostro centro diurno anziani l'abbiamo chiuso noi d'ufficio a marzo dell'anno scorso, Io sto ancora aspettando ad oggi una risposta rispetto al fatto posso chiudere non posso chiudere. è un servizio essenziale per cui se lo chiudo rischio l'interruzione di pubblico servizio perché stiamo ragionando di queste cose qui con degli interlocutori che non mi danno risposte di nessun genere o quando me le danno me le danno in termini di maggior controllo, non in termini di trovare soluzioni alternative." (Int.16)

Proposte di riorganizzazione, anche in chiave innovativa, avanzate dagli enti erogatori hanno trovato poi, in alcuni casi, forme di resistenza da parte della committenza.

> "Mi è capitato appunto a Dicembre di avere una call con la direzione famiglia, che è la stessa che in regione gestisce i POR, quando appunto io come consulente tecnico dicevo al direttore regionale guardi che ci dovete dare la possibilità di rivedere le progettazioni perché di fatto la situazione è cambiata, quindi noi non stiamo facendo le cose che abbiamo detto perché non ci sono i contesti. Intanto però ho individuato altre fragilità su cui piegare queste risorse e mi sento dire dall'organo di controllo che non si può perché i progetti approvati non lo prevedono. Però noi siamo qui a dirci che tutto il mondo sta rivedendo le regole di vita, perché questa pandemia ha travolto tutti, e quando questo non può essere compreso mi sembra che si stia quantomeno tenendo un confronto surreale." (Int. 13)

Dalle interviste condotte in Emilia-Romagna è emersa, inoltre, la volontà di mantenere alcune prassi organizzative introdotte durante la pandemia, per esempio parte del lavoro a distanza e/o in presenza ma fuori dalle proprie sede (più prossimo all'utenza) e non più vincolato agli orari dei centri, e attivando collaborazioni con università in un'ottica professionalizzante.

> "Del lavoro a distanza è probabile che rimanga, anche perché di fronte a un interesse specifico si possono organizzare delle cose per grandi numeri di ragazzi con risorse contenute fra virgolette. Quindi è una chiave di lettura interessante quella del fare attività a distanza. Per esempio uno dei grandi limiti del sistema è che alle 4:30 i centri chiudono. chi ha una famiglia a quell'orario non è scontato che abbia qualcuno, dato che è anche orario lavorativo e poi non siamo tanto presenti nel weekend. Il nostro servizio è attivo 5 giorni per 49 settimane, fine. La modalità a distanza, con dei costi relativamente bassi, ti consente di intervenire anche in quei periodi dove il servizio non c'è fisicamente perché altrimenti costerebbe troppo ma può essere comunque presente nella vita dei ragazzi perché l'abbiamo visto con il lockdown. Uno dei tanti fraintendimenti: a distanza non vuol dire standard, cioè si può personalizzare anche lavorando a distanza." (Int. 3)

La spinta all'innovazione, soprattutto nell' attuale contesto pandemico, sembra fare leva su competenze digitali e competenze trasversali (*soft skills*) proprie dei

lavoratori più giovani. All'interno degli enti gestori la riorganizzazione dei servizi nella modalità a distanza è il risultato della proattività dei più giovani. In nessun dei casi analizzati risulta essere calata dall'alto. Da alcuni contesti associativi sono poi nati nuovi servizi, attualmente oggetto di processi di scalabilità orizzontale.

> "In questo periodo abbiamo trovato dei nuovi volontari, persone in cassa Integrazione o studenti che non potevano frequentare l'università, che si sono resi disponibili per fare questo tipo di attività e quindi gli abbiamo inseriti nella nostra schiera di volontari. Due ragazze del mantovano hanno proposto l'iniziativa "Adotta un nonno", per cui un singolo studente si mette in contatto telefonico con una persona anziana, prendendo non dico le veci, ma sviluppando un rapporto intergenerazionale che spero sfoci sempre di più in rapporti di amicizia e di un fruttuoso scambio reciproco di esperienza. Questa iniziativa che è nata a Mantova e a Terni, vediamo di svilupparla insieme ad Auser Nazionale su tutto il territorio nazionale." (Int. 17)

Si lega fortemente al tema della programmazione e si svincola dalla contingenza COVID-19, l'esperienza di una ONLUS della Regione Lombardia, la cui offerta integrata di servizi, costruita nel tempo, sembra consentire alla sua utenza (anziani) di trovare una qualsiasi risposta ai propri bisogni. Invece di specializzarsi su servizi specifici, questa Fondazione ha scelto di occuparsi di tutto quello che può potenzialmente riguardare la sua utenza, recependo il principio di integrazione socio-sanitaria tra attori diversi, come principio guida interno.

> "Con questa Fondazione ho realizzato un modello integrato, perché credo nel bisogno di un equilibrio tra ospedale e territorio. Ho cercato di realizzare in un'unica struttura l'integrazione che manca a livello regionale. Io sono un ente che ha spostato una filosofia di questo genere: nella legge 23 l'abbiamo chiamata bene, ma poi ci siamo persi. Io sono un teorico vero e l'ho anche messa in pratica di quella che è la presa in carico della persona fragile e sono assolutamente convinto che gli enti gestori dovrebbero essere obbligati ad occuparsi di tutto, perché è il solo modo di garantire la presa in carico. Se io sono una cooperativa che fa l'assistenza domiciliare, fino ad un certo punto posso arrivare, poi quando i bisogni diventano più complessi, li devo scaricare su qualcun'altro, lasciando all'utente l'onere di informarsi. Io sono convinto assertore del principio secondo cui il soggetto erogatore deve essere in grado di garantire tutti i servizi della presa in carico, in modo tale da poter garantire il passaggio di assistenza in base all'evoluzione dei bisogni." (Int. 19)

2. *Turnover e competenze del personale*

Le competenze oggi necessarie agli enti gestori risultano essere più diversificate che in passato, in quanto il livello di complessità della domanda, e di conseguenza della risposta in termini di servizi, è cresciuto. Il Covid-19 ha messo in evidenza questa realtà, accelerando lo sforzo volto al reperimento delle competenze mancanti.

> C'è anche il tema della velocità, le cooperative qui da noi tendenzialmente negli anni avevano dei processi molto lenti sia decisionali che d'innovazione. Adesso come dire dove ti viene richiesto di adattare anche le proposte sui bisogni nuovi, un'organizzazione deve essere capace di reinventarsi. il nostro organigramma è particolare perché noi lo cambiamo ogni 4-5 mesi: entra una persona ne esce un'altra, le sposti tra servizi, perché le competenze che andavano bene prima non vanno più bene adesso. Vi è quindi il tema dello stare in sistema complessi e la capacità di poter modificare la direzione (Int.16)

Tra i fattori che risultano spingere verso una maggiore diversificazione e professionalizzazione dei servizi vi è l'introduzione e l'adeguamento delle norme relative all'accreditamento. Nel regolare gli standard legati al personale, l'accreditamento sembra avere elevato i livelli di professionalità richiesta, tanto che mansioni che in passato potevano essere gestite da personale senza titoli di studio e con competenze generaliste, oggi vedono procedure molto codificate, affidate a figure specializzate.

> "In Emilia-Romagna la disabilità è poco sanitarizzata, ci sono poche ore di infermieristica, non c'è un medico di struttura e questo ha dimostrato tutte le sue difficoltà in questo periodo. L'emergenza ha gravato su figure professionali non sanitarie. I centri diurni non sono dopo scuola, dove si eroga intrattenimento. Prima dell'accreditamento ci si comportava come se si fosse casa propria, l'educatore come un fratello dava il farmaco, ma quel tempo è finito." (Int. 2)

La diversificazione delle competenze risulta poi essere direttamente proporzionale alla diversificazione dei servizi erogati dall'ente: più i servizi sono diversificati, maggiori sono le competenze necessarie e di conseguenza le figure professionali richieste.

> "La nostra ricerca è molto diversificata a seconda del ruolo e anche dell'ambito di lavoro, perché ci sono cinque aree di lavoro e in ognuna servono poi competenze e professionalità diverse. Abbiamo per dirti ventiquattro profili professionali nel nostro insieme: dall'educatore, il fisioterapista, l'infermiere all'addetta alle pulizie." (Int. 16)

In un'ottica di diversificazione delle competenze, in entrambe le regioni emerge chiaro il bisogno di competenze plurali, non solo di natura socio-sanitaria, ma anche profili economici/gestionali: più si sale di livello e più l'esigenza sarebbe quella di avere competenze socio-sanitarie e competenze gestionali integrate nella medesima persona. Questo sembra spiegare in parte i motivi per cui il privato sociale sembra offrire maggiori opportunità di crescita interna, rispetto a quanto avviene nel profit.

> "Nella mia esperienza, sono partito come volontario del servizio civile, poi sono stato assunto come educatore, poi sono diventato socio della Cooperativa, mi sono così potuto candidare e sono stato eletto nel consiglio di amministrazione della cooperativa, e poi hai un'impresa da amministrare dove ci lavorano 300 persone, hai un fatturato oggi che si aggira intorno ai 10 milioni di euro, ma il tuo mestiere è di fatto fare l'educatore e ti ritrovi questo ruolo non semplice. Dobbiamo immaginare che i nuovi ruoli che possiamo avere all'interno della nostra organizzazione non per forza debbono provenire da corsi di studi Scienze dell'Educazione, psicologia eccetera oggi siamo tutti educatori, psicologi, OSS, infermieri o terapisti occupazionali, diciamo dell'area educativa, sanitaria e socio sanitaria." (Int.1)

> "Quest'anno ci è capitato di cercare dei responsabili d'area che stanno sopra i coordinatori. È difficile trovare persone che abbiano tutte le competenze che a noi servirebbero, quindi abbiamo deciso di concentrarci solo su alcuni e poi le altre di farle crescere internamente perché chi ha grande competenza sull'aspetto educativo e sociale, spesso ha delle grosse carenze sull'aspetto economico, gestionale e finanziario dei servizi e viceversa. Queste sono le due anime grosse su cui noi sempre confliggiamo." (Int. 16)

Competenze plurali non solo devono essere integrate dentro l'organizzazione, ma dovrebbero dialogare maggiormente tra loro in un'ottica di multidisciplinarità, soprattutto in Lombardia dove la presa in carico dell'utenza prevede diverse porte d'ingresso. Secondo gli intervistati, l'equipe multidisciplinare non dovrebbe essere solo un dispositivo della governance, ma essere riprodotta anche internamente.

> "Se vogliamo che il socio sanitario e sociale si integrino veramente anche il sociale ha bisogno di nuove figure professionali. Non possiamo pensare di andare avanti solo ed esclusivamente con assistenti sociali, non possono reggere un sistema un sistema che è diverso da trent'anni fa, non è più neanche il sistema della 328: oggi come oggi i comuni devono iniziare a pensare a nuovi tipi di persone, professionisti che peraltro il contratto collettivo non prevede neanche. La sanità è fatta di medici, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, sociologi, assistenti sociali, educatori. Noi siamo fatti solo di assistenti sociali, al netto dell'educatore che però è sempre più

una figura della Cooperazione, del Terzo settore. L'equipe multidisciplinare oggi come oggi non c'è." (Int.15)

Dalle interviste condotte in Emilia-Romagna emerge in maniera molto forte la percezione che il personale socio-educativo non debba essere composto da tuttologi, ma debba limitarsi al suo campo d'azione, anche in un'ottica di maggiore riconoscimento di professionalità. Questo orientamento porta l'ente erogatore ad esternalizzare competenze più specifiche (per es. sportive e artistiche).

"L'educatore non deve saper fare tutto. Se c'è un progetto sportivo, chiamerai ad esempio un allenatore di calcio. Se c'è un progetto artistico, non è che un educatore si improvvisa, chiamerai un artista per condurre il laboratorio. È un problema in primis di risorse. Non ci apriamo, ognuno è ripiegato su sé stesso e questo ha fatto sì, nel tempo, che la nostra professione non venisse riconosciuta. Se apriamo e altri vedono cosa facciamo nel nostro quotidiano, c'è più consapevolezza del nostro lavoro, che ci auspichiamo possa tradursi in maggiore valorizzazione." (Int.1)

"Non ci si aspetta che gli educatori sappiano fare tutto, ma si attivano collaborazioni con esterni, per esempio artisti e sportivi." (Int. 3)

Rispetto al turnover, se si restringe il focus all'area della non autosufficienza, in entrambe le regioni l'area anziani risulta essere quella più colpita, rispetto all'area disabili. Questo gap tra le due aree risulta influenzato da fattori motivazionali, condizioni contrattuali e di logorio psico-fisico.

"È molto difficile reperire personale. Per noi è un lavoro grossissimo quello di avere sempre curriculum da ricevere, colloqui di conoscimento e cercare di sostituire tutte le malattie con persone che devi tutte le volte chiamare, affiancare, integrare e istruire. Anche i medici sono quasi tutti in libera professione, non c'è nessuno dipendente. Siamo sempre un po' sul chi va là, perché non sai mai con certezza se avrai sempre lo stesso staff di medici ed infermieri. Noi abbiamo un contratto che è un contratto uneba (tutte le case di riposo lo stanno adottando) che non è vantaggiosissimo quindi anche gli infermieri vengono da neo laureati, si fanno un po' di esperienza e poi giustamente quando vincono il concorso nel pubblico se ne vanno." (Int. 11)

"Oggi abbiamo pochi infermieri, li abbiamo avuti quando i concorsi pubblici erano fermi, adesso improvvisamente la pubblica amministrazione si è svegliata ha detto che ha tagliato troppo quindi se li mangia tutti lei. L'infermiere torna a lavorare nelle case di riposo più avanti, dopo i 40 anni. Dai 20 ai 40 vuole andare a lavorare in ospedale per fare un mestiere più specialistico. Dopodiché quando capisci che i luoghi dove puoi fare meglio l'assistenza sono dov'è l'assistenza fa da padrona, torni nelle case di riposo. In inglese suona bene: negli ospedali fa da padrone il "cure", nel privato sociale e nel mondo dell'assistenza agli anziani il "care"." (Int. 19)

Da considerare, infine, come nella disabilità l'introduzione dell'accreditamento abbia inchiodato diversi educatori senza titolo di laurea. In assenza di una qualifica, la legge Iori (DDL 2443 del 2018) riconosce l'esperienza maturata nella stessa organizzazione: se un educatore si licenzia e va a lavorare per un altro ente, in assenza del relativo titolo di studio, perde la possibilità di esercitare questa professione. Infine, i dati raccolti mostrano come il turnover nella disabilità sia minore rispetto all'area anziani, alla luce di una condizione lavorativa meno logorante.

3. Partecipazione interna

Negli enti erogatori della cooperazione sociale il tema della partecipazione interna ha come immediato riferimento l'adesione sociale. In tutti gli enti intervistati, aventi la forma giuridica di cooperativa sociale, tale adesione risulta essere libera da vincoli. A fronte dei pensionamenti, del turnover del personale e dei processi di fusione tra cooperative, la sfida che si pone per l'ente è quella di motivare i nuovi arrivati rispetto allo scopo mutualistico. Ne derivano percorsi di accompagnamento e momenti di confronto, anche finalizzati a costruire documenti condivisi attraverso processi partecipativi. Questi processi tendono ad avvalersi del supporto di facilitatori esterni, in alcuni casi scelti consapevolmente nell'ambito profit, con l'obiettivo di sostenere lo sviluppo di un mindset imprenditoriale.

> "Abbiamo voluto costruire questa carta dei valori in maniera partecipata, in modo che potesse rappresentare un po' tutti. Unitamente a questo, abbiamo chiesto anche di lavorare su una sorta di [...] questo principalmente rivolto ai soci, un piano strategico pluriennale, figlio di quella carta dei valori. Quindi faremo, di fatto, dei focus group, con una società di consulenza, abituata a lavorare più col profit che non il non profit per cui questa è stata una scelta ideologica, sganciarsi dai soliti riferimenti del nostro mondo cooperativo." (Int. 1).

> "Nel passaggio dall'ultimo consiglio amministrazione a questo, abbiamo creato un documento identitario con tutti i valori e un po' quella che è la visione della Cooperativa, ma declinata. Chi arriva e diventa socio adesso si riconosce in questo documento e si impegna in prima persona, ma lo fanno anche quelli che non sono soci, per cui le persone vanno accompagnate perché non facendo differenze uno non capisce perché devi diventare socio, solo per mettere il capitale sociale? quindi stiamo cercando adesso di lavorare perchè il sociale diventi sempre più giovane come pensiero, perché le persone di oggi non hanno la stessa testa dei soci più storici." (Int. 16)

Oltre al principio mutualistico, la partecipazione di lavoratori e volontari è risultata essere decisiva in alcuni dei processi di innovazione raccontati dagli intervistati. Tali processi avrebbero portato alla creazione di nuovi servizi, nella consapevolezza che chi lavora a contatto con l'utenza può meglio cogliere l'evoluzione dei bisogni.

> "A noi capita nella costruzione di un'idea di coinvolgere personale di diverso tipo anche di diversa formazione per mischiare un po' quelle che sono sia le idee che punti di vista. quindi si creano un come dire tavoli temporanei che mettono insieme delle idee e poi le costruiscono, poi c'è una persona a cui è affidato il progetto e che lo porta avanti. Stiamo ragionando molto anche dopo questa formazione sul fatto che in questi tavoli di pensiero dobbiamo coinvolgere ancora di più quelli che sono i nostri utenti che altri portatori di interesse, potenziarla un po' perché lo facciamo ogni tanto ma vorremmo che diventasse come dire più un metodo della Namastè." (Int. 16)

Le stesse risposte organizzative al COVID-19, che hanno visto una riorganizzazione dei servizi in remoto, in molti casi si sono originate dal basso, facendo leva sulla proattività dei lavoratori.

> "Durante il COVID, quando abbiamo incominciato a fatturare? Quando l'educatore X ha proposto di inventare un'attività in remoto. È partita dal basso, dopo è diventata strutturale, l'abbiamo portata alla committenza che ha capito il valore della proposta tecnica." (Int. 1)

4. *Maturità digitale*

Il tema della digitalizzazione e della maturità digitale dei vari attori che compongono la governance è emerso a due livelli: a livello di infrastruttura digitale per la condivisione dei dati (fascicolo sanitario, incluse sperimentazioni di fascicoli socio-sanitari in Lombardia) e a livello di erogazione del servizio (digitalizzazione del processo di cura e attività in remoto). Un terzo livello vede nella digitalizzazione, e in particolare nell'*Internet of Thing*, la possibilità di facilitare la partecipazione e la comunicazione con la propria utenza.

> "Abbiamo iniziato un progetto molto bello con ASPHI, fondazione di Bologna che si occupa di strumenti e tecnologie per l'inclusione, sono nati su disabilità ma si sono specializzati anche su anziani e con loro abbiamo fatto un bel progetto nel 2019 dove ci hanno spiegato come si usano le diverse attrezzature, una Wi, una LIM, i microchip/sensori da mettere in una pallina, il disabile la strizza e parte la musica nello stereo." (Int.2)

Rispetto al primo livello, il COVID-19 ha accelerato la presa di coscienza dell'importanza di una infrastruttura digitale, capace di produrre e processare

una grande quantità di dati integrati (*big data*), da utilizzarsi per una programmazione più efficiente e tempestiva dei servizi in base ai bisogni messi in evidenza da tali dati, cosa che oggi non avviene dal momento che il lasso di tempo tra la raccolta e l'analisi è così lungo da rendere i dati, al momento del loro utilizzo, già obsoleti.

> "C'è una continua richiesta di dati, ma non sempre sappiamo che fine fanno. Questa richiesta arriva spesso e volentieri dal settore della sanità e questo ci impegna parecchio. Magari poi esce una legge che fa riferimento ai dati raccolti, ma magari sono trascorsi tre quattro anni e magari quel problema che prima era di 3-4 anni fa non esiste più o ne esistono altri. Secondo me dovrebbe essere velocizzata la raccolta, lo studio e l'immediata azione di chi poi dovrebbe intervenire." (Int.15)

Nonostante questa esigenza la digitalizzazione dei dati resta un processo lungo e complesso, poiché teso alla ricerca di un difficile equilibrio tra: sicurezza e privacy, da una parte, e accessibilità, dall'altra.

> "Il fascicolo sanitario esiste in realtà da diversi anni, ma è diventato fruibile nel 2018-2019. E' seguita un'importante azione di comunicazione ai cittadini nel 2018-2019. E' stato un processo lungo in quanto occorreva assicurare al cittadino un'interfaccia sicura e *friendly*. Prima dello SPID era più facile accedervi. Oggi è più complicato per l'aumento degli standard di accesso, Il tutto si gioca su un difficile equilibrio tra: sicurezza e privacy, da una parte, e accessibilità, dall'altra." (Int. 7)

Su questo primo livello di infrastruttura digitale per la condivisione dei dati, la Lombardia risulta essere ad uno stadio più avanzato rispetto all'Emilia Romagna.

> "Non siamo arrivati a rendere strutturato, funzionante, agile il sistema di raccolta e organizzazione dati dell'ente locale. quando puoi questo debba matchare con quello sanitario è ancora tutto da venire proprio. per ora i dati che transitano sono i dati relativi alle fatturazioni, relativi alla rendicontazione dei finanziamenti e quindi la gestione del fondo prioritariamente poi ci sono una pluralità di dati che però non sono organizzati e che devono trovare una collocazione." (Int.6)

In Lombardia la digitalizzazione dei dati sanitari risulta ben consolidata, tanto da aver portato ad alcune prime sperimentazioni di integrazione con i dati sociali, sebbene nessuna di queste sia stata finalizzata.

> "Nel nostro piccolo Comune di Bergamo e provincia si è sperimentata una scheda sanitaria sociale che doveva essere tutta un'unica scheda dove all'interno venivano riportate tutte quelle informazioni che poi potevano

> servire e anche quello sta andando scemando perché non essendoci l'obbligo dell'utilizzo ogni comune fa l'essenziale." (Int. 15)

Rispetto al secondo livello, i processi di cura sono ormai digitalizzati in tutti i servizi di natura sanitaria. Il sociale è stato fino ad oggi abbastanza refrattario rispetto a questo, in quanto il digitale è percepito come antitetico alla relazione. Tuttavia, Il Covid-19, portando con sé un'esigenza di riorganizzazione dei servizi a distanza, ha dimostrato che non è così.

> "Se la prestazione è di carattere sanitario al 90%, allora il welfare digitale ha un senso, ma se parliamo di prestazione in cui vi è un processo educativo di accompagnamento all'autonomia con le persone bisogna starci." (Int.3)

> "Prima non c'era il pensiero del digitale. Abbiamo visto che le attività in remoto piacciono, motivano, hanno uno scopo riabilitativo." (Int.1)

In conclusione, se si guarda alla maturità digitale del settore socio-sanitario nel suo complesso, la Lombardia risulta essere ad uno stadio più avanzato. Tuttavia, se si circoscrive il focus all'ente erogatore del privato sociale, le realtà interviste riportano opportunità e criticità affini. Tra i fattori che sembrano influire sul processo emergono in particolare: le competenze digitali dei lavoratori o comunque agli investimenti fatti in termini formativi.

> "Avere la cartella digitale non vuol dire essere digitalizzati. Il processo di cura digitalizzato, l'operatore è dotato di smartphone che 'flegga' quello che ha fatto, ma altra cosa è quello che emerso nel COVID: gli operatori hanno competenze digitali per gestire *device* che mettono in collegamento gli utenti con le famiglie, ma altre competenze sono manchevoli." (Int. 2)

> "Sono processi sicuramente complessi. Due mesi fa abbiamo abbinato una mail aziendale a ogni dipendente per le comunicazioni e quant'altro. Il 25% dei dipendenti non ha ancora fatto il primo accesso per dirti. Poi quando lavori con alcune figure professionali tipo badanti o assistenti familiari, con persone straniere con basso livello di competenze legate al tema digitale, ma anche al tema linguistico per capirci, non è così facile muovere questi processi, per cui per esempio soltanto il tema della rilevazione delle presenze su abbiamo spinto molto negli ultimi anni perché se no annegavamo nella carta è stato molto faticoso seppur abbiamo creato un software con un'altra cooperativa di Brescia molto semplice e fruibile, accessibile da ovunque." (Int. 15)

> "Le cooperative che lavorano con imprese profit hanno una buona maturità digitale." (Int.3)

5. *Diversity del personale*

In tema di diversità del personale e sua gestione/valorizzazione, le interviste fanno emergere un quadro affine tra le due regioni.

In termini di genere, sono le donne a prevalere numericamente, nonostante un recruitment sempre più orientato verso figure maschili per colmare il gap presente. Il genere gioca un ruolo importante nei servizi di cura, in quanto c'è un'utenza che necessita di un'assistenza maschile e, viceversa, un'altra che vuole essere assistita solo da donne.

> "C'è una presenza significativa del genere femminile. Sebbene nell'ultimo periodo sia aumentata quella maschile, rimane un gap importante. Mi sono trovato a lavorare con adolescenti su autismo, attività dove bisogna essere uomini per gestire la cosa. Ci sono servizi più idonei alle donne e altri agli uomini." (Int. 1)

L'età è un fattore di diversità abbastanza considerato e valorizzato: sono emersi casi di trasmissione di conoscenze ed esperienze, sia attraverso pratiche di mentoring, sia attraverso la costruzione di equipe intergenerazionali.

> "Nel Consiglio di Amministrazione c'è una sorta di mentoring. All'interno di focus gruppi per la carta dei valori, l'idea è proprio quella di fare dei match intergenerazionali, inserire persone di fasce d'età diverso proprio per stimolare questo scambio intergenerazionale." (Int.1)

> "Noi tendiamo nell'equipe ad avere sempre degli operatori esperti, qualche operatore molto esperto a partire dalla consapevolezza che il lavoro educativo e di cura affatica, non stacchi mai. Quindi se a 60 anni a qualcuno piace ancora fare quel lavoro, viene valorizzato. È quasi strutturale. È una prassi abbastanza consolidata." (Int.3.)

La diversità geo-culturale è quasi assente nei servizi per la disabilità, mentre è presente nei servizi per gli anziani (in Lombardia anche con numeri significativi, per via di figure professionali a bassa specializzazione, come gli ASA). Qualche presenza la si riscontra anche tra il personale infermieristico, a prevalenza proveniente dall'Est.

> "Nella disabilità non si trovano persone straniere, negli anziani molti infermieri (per esempio dalla Romania che essendo dentro UE ha permesso l'equipollenza dei titoli). Prima ondata di persone che con accreditamento hanno beneficiato di corsi OSS, anche neoarrivati, Ora devono pagare di tasca loro e il titolo di OSS costa 3.000 euro. Ora a seguito emergenza ho sentito dire che si sta valutando di offrire dei corsi OSS. In Lombardia dove ci sono anche

gli ASA ci siano moltissimi più stranieri. Dentro un servizio con 60-70 operatori trovi i gruppi su base nazionale." (Int.2.)

"L'assistenza agli anziani è dove ci sono anche la maggior parte di persone che vengono da altri paesi del mondo." (Int. 16)

La diversità culturale non pone problemi di carattere gestionale. Tuttavia, si possono incontrare resistenze da parte dell'utenza dove la diversità è visibile, ma essendo un lavoro di relazione, il tempo contribuisce a creare un clima di fiducia.

"Quello su cui fanno ancora un po' fatica alcuni anziani è relazionarsi con la gente di colore, su quello la persona anziana fa fatica perché non è abituata, non è nella sua cultura. le operatrici che sono lì da una vita ormai le hanno accettate, però su quelle nuove fanno sempre un po' fatica." (Int.11)

Nei singoli servizi si possono trovare piccole pratiche di valorizzazione, di tipo soft, vale a dire senza implicazioni di natura organizzativa (per esempio attraverso la raccolta di ricette e altri contributi di carattere culturale, da pubblicare in magazine o newsletter interne e da socializzare in momenti collettivi come feste di struttura, etc.), Sono, tuttavia, pratiche informali ed estemporanee, non strutturate a livello dell'ente gestore nel suo complesso.

"In una newsletter ho visto che in un centro disabili hanno fatto la festa con il platano fritto perché l'operatrice ha condiviso una sua ricetta. Nei servizi piccoli c'è un'attenzione alla valorizzazione dei singoli, con cene a tema, canzoni, etc." (Int.2)

"Facciamo un giornalino semestrale dove sono valorizzate, abbiamo condiviso alcune loro ricette perché così loro le spiegano alle nostre anziane e abbiamo condiviso alcune tradizioni dei loro paesi e messi in comune con le tradizioni nostre." (int.11)

Da un punto di vista delle competenze, la diversità geo-culturale non viene valorizzata, se non in quei servizi che hanno come target persone con background migratorio. In alcuni di questi contesti è stata in parte superata la logica del mediatore esterno e si trovano figure con background migratorio anche tra il personale strutturato (dagli educatori fino alle figure di coordinamento). A questi lavoratori vengono, infatti, riconosciute alcune soft skills connesse al loro background migratorio (per es. capacità di leggere e interpretare situazioni e contesti).

"Nei servizi per stranieri sono coinvolti operatori che riescono a valorizzare anche la propria provenienza culturale. Si era partiti con i mediatori, ma oggi molti educatori sono stranieri, nelle parti di inserimento lavorativo ci sono dei coordinatori che sono stranieri perché capaci di intervenire sulle

> dinamiche che altrimenti per noi sarebbero più difficili da comprendere e quindi da gestire. però si è una cosa che sta succedendo proprio da poco." (Int.3)

In antitesi a questo approccio di matching culturale tra operatore e utenza, ci sono realtà che vedono questo matching come uno svantaggio.

> "Questo è un tema delicato perché non è sempre accettato da parte delle persone migranti il fatto che un altro migrante ce l'abbia fatta. le nostre mediatrici nigeriane nei primi anni normalmente si sentivano dire e chiedere dalle ragazze che incontravamo in strada:" Tu fino a quando hai fatto la prostituta?" non l'hai mai fatta? allora forse non mi fido di te". Alla luce di questo abbiamo dovuto adeguare le nostre strategie." (Int. 20)

A livello di programmazione, diversamente dalla Lombarda, in Emilia-Romagna il tema del Diversity Management (DM) trova un'attenzione da parte dell'Agenzia socio-sanitaria. Ci sono riferimenti nell'undicesima scheda del piano socio-sanitario regionale, nel cosiddetto '*framework equity*'. La Regione ha fatto un tentativo di superare il pensiero di un DM legato alla tutela delle vulnerabilità (donne e disabili), proponendolo come qualcosa da valorizzare, non soltanto, dunque, capace di rispondere al bisogno di gestire degli impatti potenzialmente negativi sull'organizzazione. Il contesto di riferimento è ad oggi solo quello sanitario, in quanto l'agenzia è partita dal settore che per storicità meglio conosce. Il focus è sulle diversità introdotte da momenti di transizione della persona (per es. avvicinamento al pensionamento, passaggi generazionali) piuttosto che dell'organizzazione (la costruzione di una nuova identità organizzativa, a seguito dei processi di fusione aziendali tra ASL e strutture ospedaliere, e tra singoli ospedali).

> "Partendo dal presupposto che ragionare di Diversity Management per noi significa ragionare di approccio di equità all'interno del sistema, ci siamo collegati con un'idea che avevamo attiva in quel periodo, di superare il concetto di DM come tutela della disabilità e garanzia di pari opportunità, che sono un po' i bersagli grossi, per collegarlo alle diversità introdotte da momenti di transizione della persona piuttosto che dell'organizzazione." (Int.6)

C'è stato un tentativo di introdurre il tema della diversità geo-culturale, ma non ci sono stati significativi riscontri. Ci sono timide esperienze di cosiddetto '*task shifting*' (per esempio in termini di utilizzo delle competenze linguistiche-culturali di un operatore al bisogno), ma mancando un quadro valorizzante, questo si traduce il più delle volte in maggiore carico lavorativo, tanto che l'operatore, portatore di queste competenze, finisce con il tenerle per

sé. Il limite del settore sanitario è che c'è poca spinta alla sperimentazione e all'innovazione, si promuovono azioni di DM solo all'interno degli istituti normativi esistenti (per es. conciliazione vita/lavoro): le pratiche implementate sono, dunque, tutte di natura compensativa, non c'è nulla di valorizzante.

> "L'idea nostra è quella di ragionare sul DM anche come qualcosa che valorizza, non soltanto che risponde al bisogno di gestire degli impatti potenzialmente negativi sulle organizzazioni. il punto è che dentro le organizzazioni sanitarie e anche sociali, mi verrebbe dentro gli enti pubblici e la pubblica amministrazione, non solo della Regione Emilia-Romagna ma a livello nazionale, è già tanto se si parla di diversità al di fuori di quello che riguarda la disabilità e le pari opportunità. Ci sono tutta una serie di istituti normativi che fanno azioni di Diversity Management, la flessibilità per i rientri dalla maternità per dirne una, l'erogazione di sostegni economici per il caregiving. Ci sono gli istituti normativi e si seguono quelli lì, ma è tutto compensativo." (Int. 6)

6. Programmazione

Gli enti erogatori incrociano la fase programmatoria più a livello territoriale, che a livello regionale. Rispetto alla programmazione regionale, non ci sono dispositivi in grado di normare l'interlocuzione tra amministrazione ed ente gestore. Fatta eccezione per quelle poche e grandi realtà che, per storicità e peso politico, hanno un'interlocuzione diretta con gli assessorati regionali, la relazione viene solitamente mediata dagli organi di rappresentanza. Molti degli intervistati (soprattutto in Lombardia), le cui risposte hanno toccato questo specifico aspetto, lamentano un eccessivo verticalismo nella relazione (un dialogo '*top down*') e una limitata riflessività da parte delle autorità regionale, in termini di un possibile adeguamento della programmazione rispetto a dinamiche osservate e innovazioni da essi esperite.

> "Il tipo di rapporto con regione Lombardia da parte del CEAL è il presidio della tutela massima degli interessi degli enti gestori. noi rincorriamo sistematicamente regione Lombardia affinché regione ci coinvolga nelle fasi programmatorie e di monitoraggio rispetto al sistema attuale, ma regione Lombardia non ci sente più di tanto." (Int. 14)

> "Ho visto più tavole di rappresentanza in cui i nostri rappresentanti andavano ad ascoltare delle comunicazioni più che una volontà di co-costruire un pezzo di sistema." (Int. 16)

> "Noi riusciamo ad incidere sulla programmazione solo sulla carta. La legge 23 prevede che ci sia una sorta di sentite, sentite, sentite… Dopodiché sentite, sa cos'è? ci danno l'informativa due ore prima della delibera." (Int.19)

La rappresentanza trova, tuttavia, un limite significativo in quella che è l'eterogeneità degli enti erogatori rappresentati.

> "Nella rappresentanza il problema è che gli obiettivi e i bisogni degli enti gestori grossi a volte divergono da quelli piccoli." (Int. 19).

> "La diversità che a sua volta sembra essere azzerata dalla stessa programmazione regionale, dal momento che nel dare seguito al principio di integrazione socio-sanitaria ha di fatto trasposto metodi e strumenti (come quello dell'accreditamento) da un settore all'altro, così come da un ambito tematico all'altro (per esempio la normativa sui servizi accreditati per disabili spesso è costruita pensando alle RSA, sono il copia-incolla di quello che era stato pensato sulla RSA con degli evidenti problemi nella traduzione perché ovviamente un conto avere strutture con 200 ospiti, un conto è avere una comunità di 10 posti. È pensata su enti che globalizzano l'offerta quando la realtà territoriale è una realtà molto diversa." (Int. 16)

Per quanto riguarda la Lombardia, nello specifico, alcuni intervistati hanno riferito di tentativi di coprogrammazione con la regione, resi possibili grazie a fonti di finanziamento non regionali (ministeriali ed europei), ma le loro aspettative sono state del tutto (o quantomeno in parte) disattese.

> "Abbiamo partecipato ai tavoli di lavoro per la stesura di questi format, di fatto poi ci siamo ritrovati a vederli trasformati in un avviso che aveva dei dettagli che non erano stati proprio condivisi o comunque poi incastrati nelle rigidità di un fondo che poco si adatta ad esempio alla situazione di pandemia." (Int. 13)

> "La sperimentazione del primo FAMI è stata portata ad ATS che l'ha inserita nelle sue linee guida. Quindi è una voce di spesa adesso, ma non è a budget. Questo è il modello, il modus operandi, di utilizzare i fondi ministeriali ed europei per attivare sperimentazioni che poi possono essere portate a sistema, comunque essere nella programmazione successiva." (Int. 18)

La programmazione diventa più permeabile ad una partecipazione dell'ente erogatore quando si scende di un livello e dalla programmazione regionale si passa a quella territoriale. L'accordo di programma, attraverso cui i piani di zona vengono adottati (art. 19 della Legge 328 del 2000), è il dispositivo istituzionale attraverso cui l'ente gestore può contribuire alla programmazione territoriale. Nella prassi descritta dagli intervistati questa partecipazione vede,

tuttavia, una certa discontinuità tanto nello spazio (con livelli di coinvolgimento molto diversi da territorio a territorio), quanto nel tempo (esperienze di partecipazione passate poi abbandonate).

> "Questo territorio ha cercato sempre di allestire dei gruppi di lavoro col privato sociale sia nella fase della gestione dei servizi come anche nella fase della programmazione. Il gruppo GRI (gruppo degli accordi interistituzionali) doveva essere appunto il luogo dove i soggetti gestori e i soggetti pubblici si confrontavano sulle modalità di accompagnamento, sul sistema dei servizi, sul rapporto con le famiglie." (Int. 8)

La Regione Emilia-Romagna, consapevole di uno stallo nei processi partecipativi, ha tentato di aiutare i territori a rivitalizzare la partecipazione della cooperazione sociale attraverso il progetto Community Lab.

> "Questa programmazione partecipata si era un po' standardizzata, seduta con un confronto con i soliti noti, non era più così tanto co- costruita, tant'è che c'erano in passato addirittura dei protocolli di adesione attraverso i quali il Terzo Settore diceva "sì a me quello che è scritto nel piano di zona del Comune di Bologna mi interessa, aderisco", cioè erano previste proprio delle forme di sottoscrizione del piano di zona, poi ci sono perse perché probabilmente erano diventate più un rito che una sostanza." (Int. 10)

Al di là di quelle che possono essere forme di apertura a discrezione dei diversi territori, è la divisione di competenze discendente dalla 328, incluso il principio di presa in carico dell'utenza che in Emilia-Romagna è tutto spostato sul pubblico, a circoscrivere il margine d'azione dell'ente gestore, anche in chiave programmatoria.

> "La necessità che il livello decisionale sia tutto pubblico, fa sì che tu, figura di prossimità, porti delle considerazioni, delle ipotesi, ma tanto viene tutto deciso da qualcun altro che magari non ti conosce. l'interpretazione del bisogno è totalmente terza rispetto al portatore del bisogno, c'è un problema di distacco tra il servizio e il bisogno, perché poi il bisogno è quasi mai un bisogno di accudimento in senso stretto. c'è un verticismo decisionale, tutto appoggiato sul sistema pubblico che è secondo me estremamente delimitante delle dinamiche innovative." (Int. 3)

> "La cooperativa sociale, che prende in carico l'utenza, recepisce il PAI – lo fa il pubblico - e poi elabora il proprio piano di intervento. La cartella passa con il punteggio dell'anziano e la struttura fa la rivalutazione. I gestori non sono dunque scollati dal pubblico rispetto alla presa in carico e valutazione del caso. Il problema è che si lamentano che non vengono invitati nei tavoli della programmazione. Noi essendo l'ultimo tassello capiamo meglio i bisogni dell'utente e della famiglia e non veniamo chiamati nei tavoli di concertazione dove si decidono i progetti da inserire nel piano di zona." (Int. 9)

Dalle interviste emerge, inoltre, come un ente gestore, che decida di rimanere nella traiettoria della pubblica assistenza, senza aprirsi a dinamiche di libero mercato, rischi che le sue innovazioni non vedano la luce, se il livello programmatorio non le riconosce ed integra.

> "Ti faccio l'esempio dei facilitatori sociali, un progetto che è partito proprio nel 2009 basato sull'utilizzo di dinamiche d'aiuto tra pari nella salute mentale. anni di formazione, anni di attività, e solo il primo gennaio 2021, quindi l'altro ieri abbiamo cominciato a erogare per la prima volta un servizio di salute mentale con operatori alla pari.ci sono voluti solo 13 anni. è un'innovazione che davvero richiedeva 13 anni?" (Int. 3)

Su un piano più strettamente organizzativo la programmazione socio-sanitaria non sembra penetrare. Dalle interviste effettuate con il livello più operativo emerge quanto questo livello sia ignaro, tanto della governance socio-sanitaria all'interno della quale operano, quanto degli strumenti di programmazione. Se questo gap sia intenzionale o meno e se e quanto si rifletta sull'organizzazione non è stato approfondito.

> "La programmazione coinvolge solo il vertice organizzativo dell'ente gestore. Il livello operativo non conosce il sistema di governance, all'interno del quale il proprio lavoro si inserisce ("Noi veniamo invitati a partecipare ai piani di zona. A volte ci va il rappresentante legale, a volte delega il responsabile d'area o il direttore. Sono i quadri della cooperativa. Il piano di zona si trasforma poi in una gara, in un appalto per cui noi operativamente lo vediamo alla fine. L'operatore fa riferimento al capitolato tecnico di servizio." (Int. 1)

In conclusione, in entrambe le regioni gli enti erogatori lamentano un limitato coinvolgimento nella programmazione, tanto a livello regionale quanto territoriale. Nel dare enfasi alla prestazione, l'ente viene considerato per la sua sola funzione erogatoria.

> "Finché si tratta di fare il piano di zona cosa vuoi mai, quello non è stato - per quello che mi riguarda - nulla di complesso. Quello che diventa più faticoso invece è creare dei processi di partecipazione, non tanto in termini prestazionali, ma fare stare le comunità, gli operatori insieme in una logica trasversale nella lettura dei bisogni, non solo in una lettura dei vuoti, in termini di cosa ci serve. Ognuno fa un pezzo. Noi siamo più orientati in una logica di prestazioni, a lavorare per giustapposizione, un po' per sommatorie." (Int 8)

Se questa distribuzione dei servizi a macchia di leopardo trova in Emilia-Romagna delle corrispondenze, in Lombardia la possibilità della presa

in carico da parte del privato sembra aver determinato una maggiore concentrazione di servizi in una stessa organizzazione (come dimostrato dalle organizzazioni del privato sociale intervistate). Con la riforma del 2015, Regione Lombardia ha separato la dicitura di 'ente gestore' da quella di 'ente erogatore'. Mentre all'ente erogatore è affidata la sola erogazione del servizio, l'ente gestore si contraddistingue come tale per la responsabilità della presa in carico. Come tale, garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura. Questo fa sì che in Lombardia si osservi una minore dispersione dei servizi, spesso integrati all'interno di uno stesso ente gestore, o gestiti in rete con altri enti erogatori.

A complicare la partecipazione degli enti gestori/erogatori alla programmazione territoriale vi sono le significative differenze territoriali. Più l'organizzazione interviene in territori diversi, più aumenta il carico di lavoro legato al coordinamento con gli enti pubblici competenti. Il grado di coinvolgimento varia, dunque, da territorio a territorio, in relazione alla governance istituitasi in ogni realtà territoriale.

> "E' come se ci fosse un federalismo dei distretti, ogni distretto ragiona in maniera autonoma. Noi afferiamo a diversi distretti e questo complica le cose. Anche perché poi in ogni distretto c'è un bisogno diverso, una modalità di risposta al bisogno specifica, un'utenza molto diversa, un'infrastruttura sociale molto diversa, anche una condizione economica diversa ed è come se ogni distretto fosse un po' un suo modello." (Int.1)

La governance territoriale non è, dunque, di immediata lettura. Le diverse geografie territoriali che i due ambiti, sociale e sanitario, spesso disegnano, complicano il quadro. In Emilia-Romagna questo si traduce con una mancata corrispondenza, in alcuni territori, tra le aree territoriali delle unioni dei comuni (componente sociale) e dei distretti (componente sanitaria), oggetto per l'appunto di una legge di riordino regionale finalizzata ad una convergenza. In Lombardia lo stesso vale per gli ambiti (corrispettivo dell'unione e dunque ambito sociale) e distretti (componente sanitaria). A complicare il quadro in Lombardia, lo sdoppiamento delle funzioni precedentemente in capo alle ASL, sostituite, nella riforma del 2015, da AST e ASST.

> "La provincia di Bergamo ha tre distretti e la AST ha anche lei ha una sua organizzazione all'interno dei medesimi distretti, senza capire agli inizi se alcune prestazioni le doveva fare l'ATS o la ASST. Tutta la grande discussione sulla prevenzione che è venuta fuori, si è preso tutto il personale di ASST e quando è arrivato il COVID ci si è accorti che nessuno si occupava

più di igiene pubblica. È difficile trasformare la prevenzione in una prestazione, cioè l'istituzione deve avere un territorio ben preciso poi discuteremo se i territori devono essere grandi e piccoli." (Int. 19)

.

7. Collaborazioni orizzontali/peer

Gli intervistati della Lombardia hanno riportato esperienze di collaborazioni/alleanze informali tra organismi di pari livello, al di là della presenza ed operato degli organi di rappresentanza. Non emerge nulla di simile dalle interviste realizzate in Emilia-Romagna, ma non significa che non ci siano esperienze simili in questa direzione.

> "L'unica cosa che ci accomunava sono le direttive dell'ATS che sono uguali per tutti. è partito da uno dei coordinatori ed è una cosa molto libera, non c'è nessun obbligo di frequenza, tanti coordinatori di strutture qua del Mantovano non partecipano. È come una sorta di scambio tra pari. abbiamo un gruppo WhatsApp attraverso cui ci scambiamo le informazioni che sono arrivate anche durante il COVID." (Int. 11)

La finalità di queste collaborazioni risulta essere quella di orientarsi insieme rispetto ad interpretazioni normative difformi da parte dei diversi organi di vigilanza territoriali (le singole ATS) e/o di sfruttare il maggiore peso politico di alcune controparti.

> "Le tossicodipendenze non muovono le economie che muove la disabilità, perché non muovono numeri di persone come le muovono le RSA per cui dal punto di vista elettorale non fanno gola a questo o quel politico. Le dipendenze strategicamente hanno deciso di coordinarsi al meglio e fare massa critica anche con le altre aree di intervento che hanno a che fare con regione Lombardia, per cui ultimamente il raccordo è con Confcooperative piuttosto che con LegaCoop, piuttosto che con i gestori delle RSA piuttosto che con il mondo della disabilità." (Int. 14)

In alcuni territori sono state poi riportate esperienze di collaborazione orizzontale, spesso con un ruolo di regia affidato all'ente locale, con l'obiettivo di dare risposte congiunte a bisogni non coperti dalla programmazione regionale.

> "La nostra provincia ha avviato da tempo un lavoro congiunto insieme all'Associazione dei familiari, promosso da ATS e consiglio di rappresentanza dei sindaci, insieme ai sindacati e insieme agli ambiti appunto per favorire un processo che faccia crescere il territorio e le risposte per la disabilità perché di fatto le delibere regionali e la loro attuazione lasciano grossi vuoti rispetto alle risposte da dare ai cittadini. Per esempio Il tema della residenzialità leggera è assolutamente assente

> nelle norme regionali nonostante siano servizi che noi riteniamo maggiormente all'avanguardia e meno costosi." (Int.15)

La libera scelta dell'unità di offerta da parte della cittadinanza consente agli enti erogatori della Lombardia di regolare la domanda, attraverso invii reciproci in caso di saturazione dei propri posti. Collaborazioni tra pari sono poi più consolidate nei servizi in cui la Cooperazione sociale vanta maggiore storicità, come la disabilità.

> "Sul pezzo della disabilità c'è una storia molto più consolidata della Cooperazione sociale su questo territorio per cui il lavoro di rete tra enti accreditati, enti gestori e quant'altro è molto più consolidato, anche in termini di scambiarsi esperienze, e quando non ho posto Io so chiedere da un'altra parte se ce n'è. Nell'informalità, nel senso che non c'è un contratto di rete, ma ci sono stati talmente tanti tavoli di lavoro e ci si conosce, è una cosa molto consolidata." (Int. 16)

8. Partecipazione dell'utente e della famiglia

La partecipazione dell'utente e della famiglia alla definizione del percorso di cura e/o di assistenza sembra essere influenzata da alcuni fattori, tra cui:

- le aspettative, per cui la partecipazione risulta essere maggiore nell'ambito disabilità rispetto all'ambito anziani, in quanto le aspettative di normalità nei confronti dei figli sono elevatissime.

> "Quando ho iniziato a lavorare le famiglie più anziane che vivevano ancora un po' lo stigma del figlio disabile quasi con timidezza e reverenza ti chiedevano del proprio figlio, la possibilità di avere un servizio eccetera. le famiglie giovani no, hanno un approccio completamente diverso, hanno delle aspettative di normalità nei confronti dei loro figli che sono elevatissime: desiderano per i loro figli il meglio, vogliono che loro possano fare quello che fanno tutti e quindi il lavoro, la scuola e gli amori, gli affetti, i divertimenti e si aspettano che i servizi possano andare in questa direzione e quindi ecco la richiesta del tempo libero, la richiesta di questo e di quell'altro... i servizi hanno cercato di andare in questa direzione." (Int. 8)

- Il grado di libertà di scelta dei servizi, secondo cui risulta esserci un ruolo più attivo in Lombardia, dove la scelta del servizio è libera e supportata, in diverse situazioni, dal meccanismo del voucher. Questa libera scelta sembra, tuttavia, non creare dinamiche di competitività tra le unità di offerta. Nei fatti, la scelta, sebbene libera, risulta comunque

essere accompagnata e condizionata dal criterio di economicità e prossimità territoriale. Allo stesso tempo risultano assenti dispositivi e meccanismi di valutazione in capo alla famiglia.

> "Nella scelta di una struttura incidono le rette. Ci sono differenze importanti tra le rette. È la struttura che le decide. Ci si deve promuovere un po' sul territorio, però la richiesta generalmente è abbastanza alta. La casa di riposo ha sempre posti letto al completo" (Int 11).

> "Il voucher consente di variegare l'offerta di servizi, ma poi fine la scelta del cittadino è sempre accompagnata, non è mai non è autonoma quando invece la logica dovrebbe essere quella di un'autonomia, si dovrebbe scegliere in base alla qualità che ti offre l'ente gestore, ma non è mai così. La scelta è molto legata al territorio." (Int. 15)

- Presenza di figure di raccordo e grado di raccordo, per cui, in assenza di queste, il ruolo della famiglia diventa compensativo.

> "Il case manager è quello concentrato sul caso in un dato momento e mette insieme tutti i professionisti. Il care manager invece segue il processo di cura. Nella disabilità, a 18 anni il care manager è l'assistente sociale che attiva i servizi di cura, il case manager si trova ad essere la famiglia, in quanto l'assistente sociale non è in grado di mettere insieme tutti gli specifici bisogni sanitari, per es. andare dall'ortopedico, dal logopedista. Questa parte la gestisce il familiare con gli specialisti che ha attivato nel tempo. In questa situazione l'integrazione socio-sanitaria la fa la famiglia. Le famiglie compensano perché c'è un grosso turnover legato ad esempio alle maternità degli assistenti sociali. Dipende poi da come sono organizzati i comuni, ci sono casi di assistenti sociali con mandati molto ampi, abituate a lavorare in queste reti, ma non è sempre così." (Int. 2)

9. Contrattazione

Entrambe le regioni hanno conosciuto un processo di progressivo accreditamento dei servizi di carattere socio-sanitario. All'ambito sociale sono state applicate logiche sanitarie (dove l'accreditamento era già in essere da tempo), non sempre coerenti con quelle che sono le dinamiche sociali.

> "Chi viene a fare l'ispezione da noi è quadrato come, nel senso che tante volte che ti chiedono cose assurde, del tipo quantificare quanto beneficia una persona dell'approccio con l'educatrice, come fai a quantificare su una persona non so demente quanto ne beneficia, ma se calcoli che c'è bisogno di più ore poi loro non te le riconoscono." (Int.11)

> "L'accreditamento dei servizi risponde ad una logica sanitaria, applicata a delle strutture che invece sono socio-sanitarie. La traduzione fatta qui è sanitaria e questo ha inibito ogni pensiero di adattamento di uno strumento molto burocratico a quelle che sono le reali esigenze." (Int.4)

> "In questo territorio si è tradotto tutto in una collaborazione dai tratti meramente commerciali. ci guida il codice degli appalti, i margini sono abbastanza risicati, c'è come uno spartiacque: da una parte l'accreditamento e per tutto il resto le gare. È tutta una negoziazione giocata attraverso questi criteri amministrativi. nell'ambito degli interventi sociali diventa difficile regolare tutto in questo modo. ciò che può valere per un fornitore di arredi da ufficio non è detto che valga per chi fa progettazione sociali, per chi fa interventi con le persone, non è che un professionista è come un altro solo perché ha lo stesso titolo di studio, la stessa esperienza in termini di anni, ci sono delle competenze che non si misurano secondo le logiche dell'accreditamento." (Int. 8)

Se da una parte l'accreditamento ha creato una cornice di maggiori garanzie e continuità del servizio, con conseguente riduzione del rischio di impresa (rispetto alle incertezze create dalle gare d' appalto, dove vigono criteri come la rotazione della gestione e dove la territorialità non è riconosciuta come valore aggiunto), dall'altro ha irrigidito standard di prestazione e standard di professionalità. Il risultato è quello di una generale omologazione delle unità di offerta, a scapito di sperimentazioni e dinamiche innovative. L'accreditamento non impedisce la sperimentazione e l'innovazione, ma le limita, poiché non c'è margine economico per fare degli investimenti in questa direzione. Gli enti erogatori che vogliono fare innovazione se la devono finanziare da sé, motivo per cui in Lombardia, dove gli enti erogatori hanno nel tempo diversificato le proprie fonti di finanziamento (con azioni di crowdfunding e di vendita dei propri servizi a libero mercato) troviamo un maggior numero di esperienze.

> "Sui servizi non accreditati c'è molta più possibilità di sperimentare dinamiche di innovazione sociale. L'omologazione dei servizi è un grande difetto del nostro sistema territoriale che non dipende dall' accreditamento in sé. L'accreditamento è semplicemente dire: se hai certi requisiti tu mi fai da fornitore. non è sbagliato in sé, è che l'accreditamento sui centri disabili è decisamente minuzioso." (Int. 3)

> "Puoi provare a fare innovazione nei servizi in accreditamento avendo però dei finanziamenti dedicati, basta che stai all'interno degli standard e le puoi fare, però te le devi finanziare. Ad esempio in Lombardia, se io voglio sperimentare un modello di terapeutico residenziale per un giocatore d'azzardo patologico devo dichiarare che se ho un budget assegnato per X (per es.12) posti accreditati, per questa sperimentazione devo rinunciare e a X (per

> es. 3) posti in accreditamento. Quindi perchè perdere 3 posti di budget per buttarmi in una cosa che è pagata di meno?" (Int. 13)

L'accreditamento, occupandosi di requisiti strutturali, funzionali e di personale, vincola non tanto le pratiche organizzative, ma le condizioni entro cui le pratiche si devono esercitare.

> "Sono regole prioritariamente di natura sanitaria, di natura igienico-sanitaria, non tanto di natura organizzativa dell'organizzazione. Definisce la composizione del personale e le regole, ma non come svolgere il lavoro oppure solo parzialmente, per esempio può dire che l'anziano deve essere sollevato solo attraverso il sollevatore, può di può dare delle indicazioni di questa natura." (Int.5)

Tuttavia, integrazioni normative successive, come per esempio l'introduzione del requisito dell'appropriatezza (attraverso implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi, etc.), hanno finito per condizionare anche i processi di lavoro.

> "Nel 2014 viene applicata quest'altra DGR (2569) che integra la vigilanza con l'appropriatezza. Quindi non soltanto tutto il sistema relativo al possedere e a mantenere in maniera adeguati requisiti strutturali e gestionali per le unità di offerta, ma si entra nel merito dei processi di lavoro, cioè se effettivamente i casi e le cartelle vengono costruite in maniera congrua, se vengono definiti i piani di monitoraggio etc. Le strutture vengono quindi sottoposte a due valutazioni specifiche: quella della vigilanza e quella dell'appropriatezza, questo richiede un'attenzione e una mole di lavoro per i soggetti abilitati enorme." (Int. 13)

Inoltre, l'aumento dei requisiti senza adeguare la tariffazione si è riflesso sul fatturato degli enti erogatori, con un significativo aumento dei costi gestionali. Questo trattamento spinge, dunque, l'organizzazione del privato sociale a ricercare forme di maggiore autonomia (quantomeno in Lombardia), attraverso l'erogazione di servizi a libero mercato.

> "A questo maggior onere viene corrisposto negli anni un aumento in percentuale delle rette. le rette sono sempre state quelle, ma tu hai dei costi di gestione che sono decisamente esplosi per tutte queste richieste." (Int.13)

> "Tutto il sistema dell'accreditamento, per esempio, parte da una fragilità di base che è proprio endemica, ad esempio sul tema dei budget. Il budget si costruisce su quello effettivamente utilizzato nell'anno precedente, se per un qualsiasi motivo un anno vado in ipo-produzione, l'anno successivo riflette quel budget con una quasi impossibilità a tornare al valore di partenza, poi è raro perché spesso hai delle liste d'attesa però può succedere che ci siano dei posti non utilizzati." (Int. 16)

La normazione dell'accreditamento per legge ha anche posto, in entrambe le regioni, dei problemi di carattere interpretativo, con enti di vigilanza territoriale operanti nella più assoluta discrezione e interpretazione della norma.

> "Siamo soggetti ad interpretazione a seconda di chi arriva, della direzione che la vigilanza prende in quel momento, un'interpretazione perché ovviamente le norme sono state scritte in un determinato contesto, soprattutto quella del 99. Nel frattempo, tante cose sono cambiate e quindi c'è anche un'interpretazione delle norme perché alcune cose le dicono in maniera chiara, altre in maniera molto superficiale se non addirittura confusa e quindi a seconda di chi ti fa la vicinanza tu puoi rischiare di dover aumentare gli standard di personale a tariffa sempre standard." (Int. 13)

> "In passato abbiamo avuto vigilanze di ATS che si sono fatte vive martellando le unità d'offerta chiedendo la compresenza notturna, quando le due DGR, la 12621 e la 48 (non mi ricordo più il nome), non citano queste cose. Abbiamo poi vigilanze che chiedono la compresenza in diurna anche nelle fasce dalle 7 alle 9. Cioè noi abbiamo dovuto metterci a testa bassa per convincere la regione a dire la propria e chiudere la bocca a queste vigilanze, facendo valere non tanto una posizione nostra ma le disposizioni regionali." (Int. 14)

I vincoli dell'accreditamento sono stati percepiti e vissuti con maggiore consapevolezza e criticità durante la fase pandemica, in quanto la necessità di servizi più flessibili ed elasticità non ha trovato una piena corrispondenza nei servizi già attivi, fortemente standardizzati.

> "La situazione di pandemia ha messo in evidenza come occorra essere flessibili ed elastici per poter andare incontro ai bisogni delle persone, e questo è trasversale all'età e alle fasce sociali. L'aver pensato ad un sistema che è poco permeabile a un ripensamento radicale, a ripensare le cose in modo diverse, rende tutto altamente complicato." (Int. 13)

La contrattazione pubblica, in altri termini, garantisce l'ente gestore, ma irrigidisce il sistema, privilegiando la regola rispetto al bisogno.

> "E' un sistema molto rigido e molto poco flessibile nella sua capacità di intercettare la domanda e di poterci quindi adeguare a quelli che sono I mutamenti o i diversi accenti che le persone ti portano nel corso del tempo." (Int. 13)

10. Presa in carico

Il percorso di presa in carico dell'utente, portatore di un bisogno socio-sanitario, presenta nelle due regioni, tanto elementi di affinità, quanto considerevoli differenze. La porta di accesso è generalmente quella del segretariato sociale, previsto come dispositivo discendente da normativa nazionale, in quanto

incluso nei Livelli essenziali di assistenza (LEA)[8], a prescindere dal nome che tale dispositivo assume nei diversi territori (per es. PASS nel Comune di Bergamo). A questa pre-valutazione segue l'invio dell'utente nelle equipe multidisciplinari per la valutazione del bisogno e la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), e la successiva presa in carico da parte dell'ente erogatore del servizio, a cui compete la stesura del piano di intervento. In Emilia-Romagna, come si è già visto, è l'assistente sociale associato all'utente ad indirizzare questo verso un determinato ente, mentre in Lombardia vige il principio della libera scelta tra le unità di offerta esistenti, al punto che l'ente erogatore ha la libertà di rifiutare una determinata domanda se lo ritiene opportuno (anche se ha posti in accreditamento liberi) e di fissare criteri d'accesso integrativi per la costruzione e gestione della propria graduatoria interna.

> "Il cittadino con bisogno si reca dai servizi sociali territoriali, dove viene fatto un progetto sul cittadino. Questo progetto, tipicamente socio-sanitario, viene elaborato all'interno di un UVH nel caso di un disabile o di un UVM nel caso in anziano, sono unità di valutazione comunque integrate dove c'è sia la componente sanitaria che la componente sociale. Queste unità decidono se la domanda di quel cittadino può essere accolta oppure no e se accolta come (si propone una struttura piuttosto che un'altra, un centro diurno piuttosto che qualcos'altro) e l'assistente sociale si preoccupa poi in quanto case manager di restituire al cittadino il progetto." (Int.5)

> "Non è automatico, inizia un iter. Se non lo sei già, vieni preso in carica dal servizio sociale territoriale, fai un primo colloquio con lo sportello e poi ti viene assegnato un assistente sociale della non autosufficienza che attiva l'unità di valutazione multiprofessionale." (Int.8)

Gli iter procedurali seguiti dalle due regioni si differenziano ben prima della presa in carico da parte dell'unità di offerta, dal momento che la valutazione del bisogno e la definizione del PAI può essere fatta anche dal privato, se riconosciuto come ente gestore[9] con una successiva erogazione del servizio (se presente nella sua offerta) o invio ad altre unità di offerta.

Sostenuta come opportunità da chi la pratica, la possibilità di una presa in carico privata non è esente da critiche da chi la guarda dall'esterno.

> "C'è una funzione molto forte del servizio sociale territoriale nella nostra regione, che è pubblico, È assolutamente da difendere proprio adesso che arriveranno risorse dal livello nazionale per potenziare il servizio sociale

[8] "porta unitaria di accesso" come definita dalla L. 328/00 e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.

[9] Si veda la distinzione tra "ente gestore" ed "ente erogatore", introdotta dalla Riforma del 2015

> professionale. Vanno a premiare coloro che hanno in particolare un numero di assistenti sociali che si avvicina a livelli essenziali delle prestazioni: 1 a 5000 abitanti piuttosto che 1/4000. Se tu hai esternalizzato servizio sociale professionale, cioè hai dato fuori la tua presa in carico, chiaramente non ti è riconosciuto per cui sei penalizzato nell' accedere a questi contributi. Io trovo che sia molto corretto perché è un passo avanti nei confronti del fatto di dire che il servizio sociale professionale deve essere pubblico e stabile." (Int.9)

Certo è che la possibilità di una presa in carico integrata privata ha delle inevitabili ripercussioni di natura organizzativa, tanto sulla governance (depotenziando il ruolo dell'ente pubblico), quanto sulla dimensione organizzativa interna all'ente (il quale dovrà dotarsi dell'infrastruttura e delle competenze necessarie per svolgere tale ruolo).

1.6.2. Analisi di secondo livello

Una volta descritte le 11 dimensioni, per ciascuna delle dimensioni analizzate si è tenuto traccia di tutti i riferimenti fatti dagli intervistati (le cui risposte afferivano a quella specifica dimensione) rispetto alle restanti 10 dimensioni. La tabella 1.3. restituisce questa fotografia, mostrando il dettaglio della regione a cui tali riferimenti afferiscono (in giallo riferimenti comuni ad entrambe le regioni, in rosso solo Emilia-Romagna (non applicabile), in verde solo Lombardia).

TABELLA 1.3. – RELAZIONI TRA LE DIMENSIONI IDENTIFICATE

		Dimensioni correlate										
		DIMENSIONI ORGANIZZATIVE						DIMENSIONI INTERORGANIZZATIVE				
		1. mindset imprenditoriale	2. Innovazione organizzativa	3. turnover e competenze del personale	4. Partecipazione interna	5. Maturità digitale	6.Diversità del personale	7. Programmazione	8. Collaborazioni orizzontali/peer	9.Partecipazione dell'utenza e della famiglia	10.Contrattazione	11. Presa in carico
Dimensione analizzata	1. mindset imprenditoriale			■							■	■
	2. Innovazione organizzativa			■		■	■	■			■	
	3. turnover e competenze del personale	■					■				■	
	4. Partecipazione interna	■	■	■								
	5. Maturità digitale	■		■			■					
	6. Diversità del personale			■								
	7. Programmazione		■						■		■	■
	8. Collaborazioni orizzontali/peer							■			■	
	9.Partecipazione dell'utenza e della famiglia											■
	10. Contrattazione	■	■									
	11. Presa in carico		■							■		

1.7. Discussione dei risultati

La prima azione di codifica dei testi delle interviste e dei documenti programmatici (analisi di primo livello) ha portato ad un'identificazione delle dimensioni organizzative ed interorganizzative di maggiore rilevanza. Tale codifica ha, inoltre, consentito di realizzare un'analisi descrittiva di ciascuna dimensione, rispetto all'operato degli enti gestori/erogatori, oggetto della presente ricerca.

Dall'analisi dei dati raccolti emerge come il COVID-19 abbia avuto un impatto simile sull'agire degli enti gestori/erogatori di entrambe le regioni e su poco più della metà delle dimensioni analizzate (sei su undici), di cui cinque afferenti all'organizzazione interna agli enti gestori: mindset imprenditoriale, innovazione organizzativa, turnover e competenze del personale, partecipazione interna e maturità digitale.

Dai risultati relativi a queste cinque dimensioni, emerge come, al di là di un evidente stress organizzativo per tutti i soggetti erogatori di servizi socio-sanitari, il COVID-19 abbia agito anche come fattore di stimolo per un ripensamento del proprio modello organizzativo.

Rispetto alle cinque dimensioni di natura interorganizzativa, il COVID-19 risulta aver interferito solo con la dimensione della contrattazione, risultato del tutto prevedibile data l'inevitabile necessità di rivedere, alla luce delle misure di distanziamento, i termini pattuiti nella relazione committente-commissionario. La governance socio-sanitaria delle due regioni, tra le più colpite dalla COVID-19, sebbene sia stata fortemente messa in discussione dalla pandemia, non risulta avere, ad oggi, modificato il suo assetto.

Quest'analisi di primo livello, nel suo intento descrittivo, consente, inoltre, di vedere in quali dimensioni sono presenti le maggiori differenze tra le due regioni e in quali le maggiori similitudini. Le differenze più rilevanti sono emerse in cinque dimensioni: imprenditorialità/mindset imprenditoriale, innovazione organizzativa, programmazione, presa in carico e collaborazioni orizzontali/peer[10].

La seconda azione di codifica (analisi di secondo livello) ha fatto emergere alcune relazioni tra le dimensioni identificate. Come illustrato dalla tabella 1.3., i rapporti emersi dalla narrazione degli intervistati toccano entrambe le regioni, con la sola eccezione dell'ottava dimensione (collaborazioni orizzonatali/peer), dimensione risultata rilevante solo in Lombardia. La tabella evidenzia, inoltre,

[10] In riferimento alla dimensione collaborazioni orizzontali/peer, gli unici dati emersi dalle interviste riguardano la Lombardia.

come in ciascuna delle undici dimensioni analizzate (riportate in riga) siano emersi riferimenti ad almeno una delle restanti dieci dimensioni.

E' importante sottolineare come tali riferimenti non siano a doppia direzione: una dimensione altra, richiamata nel corpo testuale attribuito ad una determinata dimensione, non sempre vede riportati, a sua volta, riferimenti a quella dimensione. A titolo di esempio, la dimensione "turnover e competenze del personale" costituisce un topic che ha una sua rilevanza nell'analisi della dimensione "innovazione organizzativa" ma, viceversa, nella sua analisi il topic "innovazione organizzativa" non trova alcun richiamo. Tali relazioni offrono, dunque, informazioni interessanti in un'ottica di analisi di fattori facilitanti e ostacolanti lo sviluppo di un determinato ambito, ma non possono essere interpretate in chiave deterministica

Un'ulteriore evidenza è quella che vede una maggiore concentrazione numerica di queste relazioni nel primo quadrante in alto a sinistra, dunque tra dimensioni di natura organizzativa. Tuttavia, questa valutazione numerica non ha alcuna significanza, in quanto non dice nulla della natura e della forza del legame.

Se si sposta l'attenzione sulle dimensioni interorganizzative, che vengono richiamate nelle dimensioni organizzative analizzate (secondo quadrante in alto a destra), si può vedere come la dimensione interorganizzativa più richiamata sia quella della contrattazione, seguita a pari richiamo da programmazione e presa in carico. Sebbene non si possano stabilire delle correlazione, come già sottolineato, tale attenzione consente, comunque, di compiere un passo nella direzione della domanda di ricerca complessiva, poiché dall'analisi descrittiva delle dimensioni organizzative emergono alcune prime indicazioni di possibili vincoli e opportunità attribuibili a dimensioni interorganizzative (per es. il ruolo facilitante della presa in carico in Lombardia sullo sviluppo di un mindset imprenditoriale, grazie alle opportunità offerte da una presa in carico privata (ma convenzionata) e ai meccanismi competitivi innescati dalla libera scelta dell'unità di offerta da parte dell'utenza, all'opposto di quello che avviene in Emilia Romagna, dove l'invio automatico dell'utenza alle diverse unità di offerta da parte dei servizi di segretariato sociale sembra disincentivare negli enti erogatori scelte di diversificazione e specializzazione della propria offerta, probabilmente anche sostenuta da altre variabili di contesto (come l'assenza di *competitor* significativi nei meccanismi di selezione pubblica, gare e appalti) e da variabili interne all'organizzazione (come la scelta di differenziare la committenza) in grado di dare sostenibilità all'organizzazione.

1.8. Conclusioni

Pur non potendo generalizzare i risultati, alla luce di un numero di interviste così contenuto, sebbene rappresentativo dei diversi attori che compongono le due governance socio-sanitarie regionali, l'analisi svolta sembra confermare, per la Lombardia, il quadro delineato dalla letteratura richiamata. In particolare, si evince la presenza di enti gestori/erogatori, agenti nella maggior parte dei casi, e indipendentemente dalla forma giuridica, come "imprese di mercato", con un processo orientato ad un'innovazione di prodotto, poiché rimesso alla scelta dell'utente (innovazione che sembra anche colmare vuoti programmatori).

In Emilia-Romagna, dove il pubblico ha mantenuto nel tempo il suo ruolo di regia, l'analisi delle interviste conferma quei fenomeni di isoformismo, messi in luce da alcuni autori (tra cui Albano e Dellavalle, 2003). Gli enti erogatori del privato sociale appaiono privati nella natura giuridica, ma con un *mindset* e un *modus operandi* che rispecchia quanto avviene all'interno della pubblica organizzazione.

Diversamente da quanto evidenziato dalla letteratura, quello che oggi sembra mancare in Emilia-Romagna è un'adeguata infrastruttura di coordinamento (a seguito di un suo progressivo logoramento), che non sia di natura puramente burocratica, ma che renda la risposta ai bisogni più efficiente ed integrata in quel processo di riflessività a cui la Regione Emilia Romagna si appella.

Inoltre, dall'analisi condotta risulta come il maggiore vincolo per gli attori che operano all'interno delle due regioni si giochi sulla dimensione della contrattazione, i cui dispositivi (in particolare l'accreditamento) sembrano esacerbare sia le mancanze della pubblica amministrazione, ma anche la natura delle organizzazioni stesse.

Infine, il tema dell'innovazione, posto all'attenzione degli intervistati non è stato affrontato tanto in chiave di innovazione sociale, come ci si attendeva, ma in termini di innovazione organizzativa, contestualizzata alla fase pandemica. La pandemia ha, infatti ,spostato l'attenzione degli intervistati sulle innovazioni organizzative introdotte, dai singoli soggetti erogatori, per garantire continuità assistenziale. Rispetto al tema dell'innovazione sociale, i pochi riferimenti emersi tendono a ridimensionare quel ruolo di attivazione e facilitazione rimesso all'attore pubblico: le esperienze di innovazione sociale sembrerebbero trovare un terreno più fertile negli ambiti in cui il Terzo Settore agisce in piena indipendenza dal pubblico.

Bibliografia

ALBANO R., DELLAVALLE M., (2013), *Organizzare il servizio sociale. Nodi interpretativi e strumenti di analisi per gli assistenti sociali*, Milano, Franco Angeli.

ANDREOTTI A., MINGIONE E., POLIZZI E., (2012), "Local welfare systems and social cohesion", *Urban Studies,* 49(9), pp. 1925–1940.

ARENA G., IAIONE C., (2015), *L'età della condivisione. La collaborazione tra cittadini e amministrazione per i beni comuni,* Roma, Carocci Editore.

ARMOCIDA B., FORMENTI B., USSAI S., PALESTRA F., MISSONI E., (2020), "The Italian health system and the COVID-19 challenge", *Lancet Public Health*, 5, e235.

AVANZINI K., GHETTI V., (2011), "La programmazione territoriale", in Gori (2011), *Come cambia il welfare lombardo: una valutazione delle politiche regionali*, Rimini, Maggioli, pp. 105-129.

BERTIN G. (2012), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizione Ca Foscari.

BERTACCHINI E., SANTAGATA W., (2012), *Atmosfera creativa. Un modello di sviluppo sostenibile per il Piemonte fondato su cultura e creatività*, Bologna, Il Mulino.

BERTOTTI T., FACCHINI C., ROSSI P., (2017), "Traiettorie d'innovazione nel welfare locale. La riconfigurazione del settore politiche sociali del comune di Milano, nel parere degli operatori", *Autonomie locali e servizi sociali*, n.2, pp.275-298

BIFULCO L., (2005), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci.

BIFULCO L., BRICOLI M., MONTELEONE R., (2008), "Activation and Local Welfare in Italy: Trends and Issues", *Social Policy and Administration*, 42 (2), pp. 143-159.

CANTILLON B., SEELEIB-KAISER M., VAN DER VEEN R., (2021), "The COVID-19 crisis and policy responses by continental European welfare states", *Social Policy & Administration*, 55, 2, pp: 326-338.

CARLI M., CARPANI G., SINISCALCHI A., (2006), *I nuovi statuti delle regioni ordinarie*, Bologna, il Mulino.

CHESBROUGH H., (2003), *Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology*, Cambridge, Harvard Business School Press

CHESBROUGH H., VANHAVERBEKE W. WEST, J. (2008), *Open Innovation: Researching a New Paradigm*, Oxford, Oxford University Press.

COMBRINCK-GRAHAM L. (1985), "A Developmental Model for Family Systems", Family Process, 24/2, pp. 139-150.

COLOZZI I. (2012), *Dal vecchio al nuovo welfare. Percorsi di una morfogenesi,* Milano, Franco Angeli.

CORBETTA P., (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.

FORMEZ (2006). *Valutare gli effetti delle politiche pubbliche. Metodologie e applicazioni al caso italiano.*

DALL'AGATA C., LATELLA L., PEDRINI S., RAGO S. (a cura di) (2010), *Piano territoriale regionale dell'Emilia-Romagna. Documento di approfondimento tematico,* Centro studi Assemblea legislativa Regione Emilia-Romagna, Documento n. 19.

GALERA G., (2020), Verso un sistema sanitario di comunità, *Impresa Sociale*, 2, pp. 88-122.

GOODMAN L.A., (1961), "Snowball Sampling", *Annals of Mathematical Statistics*, 32 (1), pp.148-170.

GORI C., GESSNER G.C., (2018), "Casi sempre più gravi e bisogni in competizione. La definizione degli interventi nel welfare locale sotto pressione", *Etnografia e ricerca qualitativa*, 11, n.1, pp.142-164

INAPP (2017), *Terzo Settore e servizi di welfare. Indagine sui provider non profit di servizi sociali*.

KAZEPOV Y., EDUARDO BARBERIS E., (2013), *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Roma, Carocci.

KAZEPOV Y., (2013), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci.

LUMINO R., PIRONE F., (2013), I sistemi regionali di assistenza sociale: governance, organizzazione dei servizi, strumenti e modalità operative, in Il welfare frammentato: Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane, in Y. Kazepov, E. Barberis (a cura di), *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Roma, Carocci, pp. 45-70.

MACHADO F.v., ET AL., (2020), "Participatory governance and the expansion of the health concept in the community lab experience in Italy", Revista Psicologia Política, 20/49, pp. 735-750.

MADAMA I., (2010), *Le politiche di assistenza sociale,* Bologna, Il mulino.

MARRADI A., (1997), "Casuale e rappresentativo: ma cosa vuole dire?", in P. Ceri (a cura di), *La politica e i sondaggi*, Torino, Rosenberg & Sellier, , pp. 9-52.

- (2007), *Metodologia delle scienze sociali*, Bologna, Il Mulino.

MONTANARI F., MIZZAU L., (2018), "I luoghi di innovazione: un primo modello organizzativo per fenomeni emergenti", *Impresa Sociale,* Novembre 11.

MURRAY R., Caulier-Grice J., Mulgan G., (2009), *The open book of social innovation*, Londra, The Young Foundation.

NALDINI M., (2006), *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy,* Roma, Carocci Editore.

NAVARRO, L., ET AL., (2012), "Community-Lab: Overview and invitation to the research community. A: International Conference on Peer-to-Peer Computing", 2012 IEEE 12th International Conference on Peer-to-Peer Computing (P2P), pp. 71-72.

RANCI ORTIGOSA C., (2017). "Pubblico e privato nell'ambito dei servizi sociali. Il welfare mix negli anni della grande recessione, in Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia", in U. Ascoli, E. Pavolini (a cura di), *Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia,* Bologna, Il Mulino, pp. 85-110.

- (2004), *Politica sociale: bisogni sociali e politiche di welfare,* Bologna, Il Mulino.

SRM (2020), *I nuovi scenari economici di fronte alla sfida del Covid-19. Il ruolo dell'economia sociale in Italia e nel Mezzogiorno.*

STREECK W., THELEN K., (2005), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies,* Oxford, Oxford University Pres,.

TOSI S., (2007), "La riorganizzazione dei servizi socio-sanitari in Lombardia. Le nuove politiche sociali e la via del mercato", in R. Monteleone (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali. Forme ed effetti*, Roma, Officina, pp. 27-42.

USAID Center for Development Information and Evaluation (1996), "Conducting Key Informant Interviews", *USAID Performance Monitoring and Evaluation TIPS*, Vol. 2.

VENTURI P., STURABOTTI D. (2018), "Imprese coesive. Relazioni e territorio come leve della competitività", Rapporto Coesione è Competizione – Le nuove geografie della produzione del valore in Italia, AICONN

VILLA M., (2007), *Dalla protezione all'attivazione. Le politiche contro l'esclusione tra frammentazione istituzionale e nuovi bisogni*, Milano, Franco Angeli.

Riferimenti normativi

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE Lombardia 10 luglio 2018, n. XI/64, Piano sociale e sanitario 2019-2023.

DELIBERAZIONE ASSEMBLEARE Emilia-Romagna 17 Luglio 2017, n. 120, Piano sociale e sanitario 2017-2019.

DECRETO LEGISLATIVO 3 luglio 2017, n. 117, Codice del Terzo settore.

DELIBERA ANAC 20 gennaio 2016, n.32, Determinazione Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del Terzo Settore e alle cooperative sociali.

LEGGE REGIONALE Lombardia 11 Agosto 2015, n.23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al titolo I e titolo II della Legge regionale del 30 Dicembre 2009 n.33.

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE Lombardia 17 Novembre 2010, n. IX /0088, Piano sociale e sanitario 2010-2014.

LEGGE REGIONALE Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

DELIBERAZIONE ASSEMBLEARE Emilia-Romagna 22 Maggio 2008, n. 175, Piano sociale e sanitario 2008-2010.

LEGGE REGIONALE Lombardia 12 Marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale.

LEGGE REGIONALE Emilia-Romagna 24 marzo 2004, n. 6, Riforma del sistema regionale amministrativo locale.

LEGGE REGIONALE Emilia-Romagna 12 marzo 2003, n. 2, Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

LEGGE REGIONALE Emilia-Romagna 26 aprile 2001, n. 11, Disciplina delle forme associative e altre disposizioni in materia di enti locali.

LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n. 3, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.

LEGGE 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

LEGGE REGIONALE Lombardia 5 gennaio 2000, N. 1, Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112.

LEGGE REGIONALE Emilia-Romagna 21 aprile 1999, n. 3, Riforma del sistema regionale e locale.

LEGGE 7 agosto 1990, n. 241, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

CAPITOLO 2

L'impatto della governance sociosanitaria sull'organizzazione dei servizi erogati dal privato sociale nel contesto dell'emergenza COVID-19. Due casi di studio a confronto

2.1. Introduzione

Il concorso di attori non pubblici all'erogazione di servizi socio-sanitari, in una logica di corresponsabilità e partnership con il pubblico, è da decenni un tratto costitutivo e rappresentativo di diversi sistemi di welfare in Europa (Ascoli e Ranci, 2003; Ascoli e Pavolini 2015). In Italia il passaggio da un modello tradizionale di *welfare state* a questo nuovo assetto compartecipato (il cosiddetto *welfare mix* o comunitario*)* avviene proprio in concomitanza con l'ingresso del paese nel nuovo secolo, nella cornice normativa della legge 328/2000 e della riforma costituzionale del titolo V dell'anno successivo.

Se al soggetto pubblico rimangono attribuite, in via esclusiva, funzioni di regolazione e controllo del mercato dei servizi, a mescolarsi, in una misura concorrenziale che varia di intensità da regione a regione in virtù della regolazione in essere, sono le modalità di erogazione dei servizi. Tra i due poli opposti che vedono, da una parte, l'ente pubblico erogare in piena autonomia servizi propri (per es. servizi di assistenza domiciliare) e, dall'altra, servizi privati senza alcun rapporto finanziario con il pubblico, si collocano una pluralità di possibili integrazioni tra pubblico e privato. Nella maggior parte dei casi questa integrazione tende a prendere la forma di servizi pubblici gestiti interamente o in parte da privati, ma finanziati dagli enti pubblici attraverso appalti e convenzioni, oppure servizi privati a cui l'ente pubblico concorre sempre finanziariamente, attraverso la copertura delle rette degli aventi diritto (per es. strutture residenziali per anziani, tossicodipendenti etc.).

Alla luce di processi di mescolamento così variegati, non sorprende come la dimensione organizzativa del servizio finisca per assumere una così forte rilevanza, in quanto in grado non solo di condizionare l'esito della prestazione, ma anche di determinare retroattivamente la struttura organizzativa e i processi organizzativi del soggetto erogatore (Thompson, 1991).

Nell'illustrare i risultati di una comparazione tra due studi di caso, riguardanti due enti del privato sociale erogatori di servizi socio-sanitari (rispettivamente ubicati in Emilia-Romagna e Lombardia), oggetto di una

ricerca sulle ricadute organizzative dei modelli di integrazione socio-sanitaria delle due regioni, il presente paper prende in esame le principali variabili organizzative costituenti l'azione organizzativa teorizzata da James T. Thompson (razionalità organizzativa, campo di azione organizzativa, disegno organizzativo, struttura organizzativa e valutazione dell'azione organizzativa), evidenziandone i condizionamenti derivanti dall'ambiente di riferimento (in termini di vincoli ed opportunità) e dalla contingenza COVID-19.

Vengono scelte organizzazioni del Terzo Settore, alla luce della tendenziale preferenza, da parte degli enti locali, di avvalersi per l'erogazione delle prestazioni sociali di soggetti del privato sociale, piuttosto che di attori profit. Tale scelta è originata sia da questioni di contenimento di costi, sia dalla tradizionale presenza di organismi non lucrativi nell'area dei servizi socio-assistenziali rispetto ai privati 'for profit', abituati ad operare in ambiti di rilevanza economica.

Definita la tipologia di ente, la scelta delle due organizzazioni da comparare è ricaduta su realtà rispettivamente afferenti a Regione Lombardia e Regione Emilia-Romagna, selezionate come rappresentative di due modelli socio-sanitari aventi differenze significative. Per comprendere e gestire nella comparazione degli enti la diversità dei due modelli regionali, è stato in precedenza condotto uno studio preliminare, realizzato attraverso un'analisi dei principali documenti programmatici e i contributi di esperti del settore (*key informants*), avente come finalità quella di attualizzare l'assetto della governance socio-sanitaria delle due regioni, un passaggio fondamentale per poter poi comprendere vincoli e opportunità emergenti in due differenti contesti spaziali, ma contestualizzati in una comune dimensione temporale (il periodo pandemico).

Lo studio conferma tendenzialmente il quadro tracciato dalla letteratura (tra cui Carabelli e Facchini, 2010; Gori, 2020) ossia la presenza in Lombardia di enti gestori/erogatori, agenti, indipendentemente dalla forma giuridica, come "imprese di mercato", con un processo orientato ad un'innovazione di prodotto. Al contrario, in Emilia-Romagna, dove il pubblico ha mantenuto nel tempo il suo ruolo di regia, prevalgono fenomeni di isoformismo (Albano e Dellavalle, 2003), che vedono il privato sociale adeguare i propri processi organizzativi a quelli della pubblica amministrazione.

Nel presentare le risultanze di questa analisi comparata, il capitolo successivo è dedicato ad un'analisi di contesto: viene presa in esame la letteratura relativa ai processi e ai sistemi organizzativi più rilevante per la tipologia di organizzazione, oggetto di analisi; vengono, inoltre, richiamate le

normative e gli strumenti regolatori aventi maggiori implicazioni organizzative. Il terzo capitolo illustra la metodologia seguita, tanto nell'identificazione delle due organizzazioni da studiare, quanto nella codifica e analisi dei testi delle interviste realizzate. Il quarto capitolo presenta i risultati di questo studio, attraverso un'analisi descrittiva delle due organizzazioni in relazione a ciascuna variabile assunta dalla proposta teorica di Thompson (1991). Nel quinto e ultimo capitolo si discutono i risultati descritti.

2.2. Enti erogatori di servizi socio-sanitari come organizzazioni organiche

Enti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie del privato sociale sono per loro natura organizzazioni complesse, nella misura in cui riflettono la complessità dei contesti sociali all'interno dei quali operano (Callini, 2010).

A complessificare il contesto, il rapido, e talvolta inaspettato (come dimostra il COVID-19), cambiamento dei rischi sociali, derivante dai significativi cambiamenti socio-demografici di questi ultimi decenni. Questi cambiamenti, insieme al moltiplicarsi delle opportunità rispetto a scelte di vita, hanno portato alla messa in discussione di un principio organizzativo cardine dei sistemi di welfare tradizionali, ossia il costruire risposte intorno a rischi concentrati nelle fasi iniziale e finale del ciclo di vita. Gli individui dell'età post-moderna non sono più fragili solo in giovane età e in vecchiaia, ma lo sono in via potenziale in qualsiasi fase della propria vita, tanto da portare alcuni autori (Combrinck-Graham, 1985) a coniare il termine "spirale di vita", in sostituzione del concetto di "ciclo di vita" intorno a cui si è tradizionalmente organizzata l'offerta dei servizi socio-sanitari, con l'invito a guardare ai cambiamenti nella situazione degli individui come il prodotto delle interrelazioni e interdipendenze nelle catene che connettono la vita della persona con gli eventi del contesto e l'instabilità che caratterizza l'evoluzione delle famiglie.

Alla luce di un contesto sociale che è cambiato e che continuerà a cambiare, e alla conseguente emersione di nuovi rischi sociali a cui dare risposta, i soggetti titolati ad erogare prestazioni socio-sanitarie sono chiamati ad adeguare la propria offerta, e ove necessario, le modalità erogative (Bertin, 2007, 2012). La spinta verso questo adeguamento risulta essere più evidente nella realtà del privato sociale, rispetto all'erogatore pubblico, in quanto insita nella sua mission e facilitata dalla sua natura privata, meno soggetta a vincoli strutturali. Non è un caso che il processo di outsourcing dei servizi a imprese

profit e non profit, insito nel modello di welfare mix, abbia portato ad "un alleggerimento, anche in termini finanziari, dei servizi intesi come strutture – cioè come apparati fisici e organizzativi – a favore di servizi e interventi intesi come processi di organizzazione sociale" (Bifulco e Vitale, 2005: 95-96), in virtù della centralità che la componente umana e relazionale assume. Per sfruttarne a pieno il potenziale generativo, vengono favoriti cambiamenti organizzativi in grado di agevolare processi di integrazione nel territorio e di capacitazione dei destinatari (Bifulco e Vitale, 2005).

L'agire in un sistema aperto, caratterizzato, come si è accennato, da incertezza e indeterminatezza sembrerebbe qualificare l'ente gestore del privato sociale come un'organizzazione informale, poiché chiamato ad adattarsi al contesto e ai suoi bisogni (Gouldner, 1957; Roethlisberger e Dickinson, 1939; Thompson, 1991), ma come processo d'azione orientata secondo razionalità intenzionale e limitata (Thompson, 1991). L'ente gestore del privato sociale ha infatti ben chiaro quale sia il suo scopo: pur agendo nell'ottica della realizzazione di un welfare sussidiario, che vede il pubblico delegare al privato l'erogazione dei servizi quando ne risulti evidente l'equivalenza e la fungibilità delle prestazioni (Gualdani, 2018), sono sempre più i soggetti che integrano la propria offerta tradizionale di servizi erogati per conto del pubblico con servizi propri in una dinamica di libero mercato, svincolata dunque dalla programmazione pubblica e sfruttandone i vuoti programmatori (Conti, 2018)

Al di là di possibili margini di autonomia, il livello di incertezza a cui queste organizzazioni informali sono confrontate rimane elevato: nell'afferire a governance istituzionali territoriali, addirittura plurime nel caso di gestione di servizi afferenti a diversi territori, queste organizzazioni si trovano a dover gestire fattori ambientali sui quali hanno limitato controllo. La natura dei servizi offerti porta, infatti, l'ente gestore del privato sociale a rispondere a norme generalizzate imposte dal diritto (per es. normative sull'autorizzazione al funzionamento), dall'autorità pubblica (per es. nella sua funzione di committente) e da tutti quei fattori sottesi all'interesse pubblico a cui, per sua natura, è chiamato a rispondere. Tuttavia, le diverse modalità erogative che si prospettano come possibilità per l'ente (la scelta tra il libero mercato e la sottoscrizione di contratti con la committenza pubblica), inclusa la scelta dei territori in cui intervenire, suggerisce il fatto che l'ambiente non sia dato una volta per tutte, ma sia scelto dall'azione organizzativa. Sono gli elementi rilevanti (*task environment*) dell'ambiente che l'organizzazione ha scelto (campo o *domain*) a determinare gli ostacoli al conseguimento degli obiettivi (Thompson, 1991). E', dunque, il pensiero thompsoniano ad inquadrare la

ricerca e, come verrà illustrato nella parte metodologica, a guidare l'analisi. Sebbene sia consapevole che Thomposon viene talvolta incluso tra gli autori contingentisti, per i condizionamenti da lui attribuiti all'ambiente con cui l'organizzazione si trova ad interagire, è il concetto di *task enviroment* ad orientarmi verso quanti lo collocano al di fuori contingentismo (tra cui Maggi, 1991). Il concetto di *task environment* non riguarda tutto l'ambiente, ma solo quei settori dell'ambiente che risultano rilevanti o potenzialmente rilevanti per la definizione degli scopi dell'organizzazione e per il loro raggiungimento (per es. clienti, fornitori, concorrenti sia per i mercati sia per le risorse, enti regolatori etc.). Thompson ci ricorda come la scelta del campo (*domain*), ossia del settore all'interno del quale operare (nel caso delle organizzazioni oggetto di studio, l'area dei servizi che l'organizzazione sceglie di erogare) sia rimessa alla razionalità organizzativa dell'organizzazione. Tuttavia, il campo diventa operativo per quest'ultima, se e solo se la sua rivendicazione da parte dell'organizzazione è riconosciuta da coloro che possono fornirle il supporto necessario (il *task environment*).

La domanda di ricerca riguardante l'esistenza di possibili vincoli derivanti dal modello regionale di governance socio-sanitaria di appartenenza e in grado di condizionare i processi organizzativi interni all'ente gestore del privato sociale emerge, dunque, da questa visione thompsoniana. Frutto di un'apertura dell'organizzazione alle influenze ambientali, e dunque originato al di fuori dei suoi confini, il vincolo diviene un elemento costitutivo dell'azione organizzativa, in quanto condizione fissa (quantomeno per un significativo periodo di tempo) a cui l'organizzazione deve adattarsi. I vincoli, unitamente all'interdipendenza che lega l'organizzazione agli altri soggetti esterni (nel caso dell'ente erogatore del privato sociale, gli altri attori che compongono il quadro della governance socio-sanitaria a cui afferisce), porterebbero l'ente a definire e ridefinire continuamente il proprio campo d'azione, adeguando il proprio disegno organizzativo di conseguenza (Thomspon, 1991). Adattarsi diviene possibile, nella misura in cui nei contesti in cui operano e a cui devono adeguarsi sono, al tempo stesso, presenti le risorse di cui hanno bisogno per trasformarsi (Bifulco, 2012). In questo scenario le scelte di struttura si qualificano come il principale strumento di razionalità organizzativa, in quanto in grado di consentire all'organizzazione di fronteggiare l'incertezza, riducendo la propria dipendenza dall'ambiente (Maggi, 1991).

Adattabilità all'ambiente, e di conseguenza flessibilità organizzativa, come precondizione del processo di adeguamento, sembrano qualificare l'ente del privato sociale come un'organizzazione organica, ossia come un'organizzazione

vivente, in grado di reagire agli stimoli dell'ambiente e di mutare di conseguenza attraverso un processo di riorganizzazione interno, tale da generare una modificazione delle proprie strutture organizzative (Burns e Stalker, 1961). Negli enti gestori del privato sociale è, infatti, possibile trovare diversi tratti definenti l'organizzazione organica come tale, in particolare: la presenza di una rete di individui dai molti talenti, chiamati a svolgere diversi compiti quando necessario; la spinta all'orizzontalità, alla trasversalità e alla partecipazione e tutti gli elementi che concorrono al consolidamento di un senso di proprietà (*ownership*) condiviso e ad un allinearsi degli obiettivi individuali con quelli organizzativi (Burns e Stalker, 1961).

La sfida per organizzazioni, chiamate ad erogare servizi complessi ad alto contenuto relazionale, avvalendosi del fattore umano come principale risorsa, risiede dunque nella capacità di dotarsi di strutture organizzative in grado di sostenere tali processi, guardando all'incertezza derivante dalle contingenze esterne (Lawrence e Lorsch, 1967) non come vincolo, ma come campo di opportunità per sostenere interazioni strategiche, scambi, cooperazione, pur nella conflittualità che l'intersoggettività può generare (Bifulco, 2012).

Un ulteriore elemento di complessità che contraddistingue questa particolare tipologia di organizzazione organica è la dimensione reticolare, a cui è esposta in virtù del proprio *core business*, vale a dire la funzione erogativa di servizi socio-sanitari, tanto su un piano interorganizzativo, quanto organizzativo: i servizi, a prescindere dal possibile alternarsi di soggetti gestori, rimangono ancorati a determinati contesti fisici, in virtù della loro ubicazione spaziale, rendendo l'organizzazione che li gestisce sensibile alle forme che assumono i confini fisici tra lei e il contesto (Bifulco e Vitale, 2003). Su un piano organizzativo, inoltre, è come se ciascun servizio erogato costituisse un'organizzazione minore, agente in autonomia ma sotto il coordinamento amministrativo di un'organizzazione superiore, rappresentata dalla tecnostruttura di affiliazione. L'evolvere dell'offerta, attraverso l'attivazione di un nuovo servizio (o la dismessa di un servizio in essere), così come il modificarsi di uno stesso servizio nel tempo, comporta inevitabili modifiche organizzative, nella logica adattativa menzionata.

In linea con il quadro teorico delineato è possibile comprendere come la stessa azione erogativa retroagisca sull'organizzazione, modificandola anche in funzione dell'effettiva interdipendenza esistente tra i diversi servizi erogati, qualificabili come nodi componenti questa struttura reticolare. In un'organizzazione in cui il coordinamento fra e dentro questi nodi (i servizi) non è incardinato sulle macchine e sulle procedure ma sulla condivisione degli

obiettivi, e dunque sulla comunicazione, sulla trasmissione e sull'elaborazione di informazioni, conoscenze e significati, in una dimensione di forte intersoggettività, risulta di estremo interesse osservare possibili differenze di azione organizzativa (nell'accezione thompsoniana) tra enti erogatori tra loro affini (per esempio per natura giuridica, dimensione, e offerta di servizi).

Aggiungendo a questi fattori interni di natura processuale, il necessario adattarsi alle caratteristiche di una determinata situazione, le cosiddette contingenze, di cui si è fatto cenno, diventa impossibile immaginare un unico tipo di organizzazione, stabile nel tempo e valido in tutte le situazioni (Burns e Stalker, 1961).

L'adozione di tale framework teorico assume specifico valore se si tiene in considerazione la recente esperienza pandemica. Fenomeno inatteso, il COVID-19 ha messo il mondo intero, e in particolare l'Italia, di fronte ad una serie di sfide sanitarie, sociali, etiche ed economiche inedite. Non si tratta di sfide nuove ma di antiche criticità, a cui la pandemia ha fatto da cassa di risonanza, acuendo preesistenti situazioni di vulnerabilità, emarginazione e sofferenza (Galera, 2020).

Nella gestione pandemica il Terzo Settore, e la società civile più in generale, hanno giocato un ruolo chiave, sebbene con intensità diverse a seconda dei luoghi: se in alcune regioni si è assistito, almeno in una prima fase, ad una paralisi di alcuni servizi socio-sanitari esternalizzati, in altre regioni capacità adattive mostrate dal privato, profit e non, sono state fondamentali nel garantire una continuità erogativa. Al di là questa ambivalenza, frutto delle diverse contingenze territoriali risultanti da politiche territoriali diverse, la società civile ha dato prova, anche in questa situazione emergenziale, della sua capacità di mobilitazione di soggetti e reti collaborative in percorsi di co-progettazione (Ascoli e Campedelli, 2021). Ne sono una dimostrazione le numerose iniziative, fondate su una cooperazione tra attori diversi, che hanno portato alla sperimentazione di soluzioni inedite, tra cui lo sviluppo di nuovi servizi sociosanitari per rispondere a bisogni insoddisfatti, inclusa la creazione di piattaforme digitali volte a favorire l'incontro tra volontari e persone bisognose di aiuto (Galera, 2020).

Nella sua variabilità, non soggetta ad alcun controllo arbitrario da parte delle organizzazioni, la pandemia può, dunque, essere considerata come la più significativa contingenza (nell'accezione thompsoniana) del momento presente. Per molti enti gestori il COVID-19 ha comportato una significativa riorganizzazione dei propri servizi erogati: fatto salvo la temporanea

sospensione di alcune attività a fronte delle misure restrittive imposte dalla normativa, diverse attività sono state riprogettate in modalità a distanza, grazie al supporto di strumenti informatici, per molte organizzazioni introdotti contestualmente alla pandemia (Galera, 2020). L'utilizzo di queste tecnologie non si è, tuttavia, rivelato poi contestuale al solo periodo pandemico, ma è penetrato in processi organizzativi più strutturali, consolidandosi in nuove prassi organizzativi considerate più efficienti (come per esempio il mantenimento delle riunioni di staff a distanza, anche a seguito della cessazione delle misure restrittive, per eliminare i costi di spostamento).

Ulteriori e significative implicazioni organizzative per gli enti erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie afferiscono al mercato del lavoro delle professioni socio-sanitarie: il cospicuo trasferimento di lavoratori professionalizzati dal Terzo Settore alla sanità pubblica e le difficoltà nel reperire nuove risorse a sostituzione dei fuoriusciti non solo ha fatto sì che numerosi servizi rimanessero scoperti ma ha comportato una perdita di *know-how* (Ascoli e Campedelli, 2021).

Muovendo da alcuni concetti propri della teoria della contingenza (Burns e Stalker, 1961; Lawrence e Lorsch, 1967) al concetto chiave thompsoniano di azione organizzativa, frutto del combinarsi di scelte strutturali, tecniche e ambientali (Maggi, 1991), il quadro teorico brevemente tracciato sosterrebbe, dunque, l'ipotesi di ricerca, secondo cui contesti territoriali diversi, in quanto plasmati da sistemi normativi e di governance socio-sanitaria diversi, contribuirebbero a spiegare significative differenze riscontrate nella struttura organizzativa dei due enti, oggetto di studio, e nella diversa messa in opera delle politiche, in maniera però non deterministica, ma come parte di scelte, in particolare quelle dettate da fattori ambientali. In tale contesto, l'attuale contingenza pandemica, assunta come schock esterno, rappresenterebbe un significativo fattore di accelerazione di cambiamenti organizzativi introdotti precedentemente all'emergenza o in concomitanza con essa.

2.3. Cooperativa CORESS e Cooperativa Namasté: l'oggetto e il metodo di analisi

L'analisi che segue è il risultato di una comparazione tra due studi di caso, aventi rispettivamente come oggetto due cooperative sociali, Cooperativa CORESS di Reggio Emilia e Cooperativa Namasté, selezionate in virtù del sussistere di elementi chiave di omogeneità, quali pari dimensioni in termini di

addetti e di volume di mercato, e per la loro appartenenza a regioni con assetti di governance socio-sanitaria molto differenti, ossia Emilia-Romagna e Lombardia.

La scelta dello studio di caso è giustificata dal sussistere, nella presente ricerca, di due elementi, considerati funzionali a questo approccio metodologico: l'ipotesi che il contesto contenga importanti variabili esplicative del fenomeno indagato (da qui l'importanza di includere nella ricerca sia il fenomeno che il contesto all'interno del quale si manifesta), e la contemporaneità di tale fenomeno (Yin, 1981a, 1981b).

I due studi di caso sono, dunque, contestualizzati nel tempo presente, rappresentato dall'emergenza pandemica, e nei confini territoriali dei due modelli regionali di governance socio-sanitaria selezionati, così da consentire do indagare possibili ricadute organizzative dei due modelli sulle attività erogativa di tali enti.

Cooperativa CORESS è stata scelta come oggetto dello studio di caso afferente al sistema socio-sanitario emiliano romagnolo. Operante sul solo territorio della Provincia di Reggio Emilia dal 1982, CORESS dichiara di agire il proprio modello imprenditoriale e di sviluppo in azione sinergica e di totale reciprocità con il contesto territoriale dal quale è nata e nel quale è a tutt'oggi saldamente radicata per legami, senso di appartenenza e storia.

Il core business della Cooperativa è legato al tema della disabilità, a cui è destinato più del 90% dei servizi. Attualmente la Cooperativa gestisce per conto del pubblico sette centri diurni e tre centri residenziali (a cui si aggiunge un centro residenziale per anziani di proprietà e gestito a libero mercato), oltre alla significativa fetta di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Altrettanto significativo è l'investimento in ambito socio-occupazionale, con servizi finalizzati a sostenere lo sviluppo di capacità relazionali e personali per una maggiore autonomia della persona.

L'ambito socio-occupazionale è senz'altro l'ambito che più consente alla cooperativa di sperimentarsi in proposte nuove e innovative. A titolo di esempio si segnala il progetto "Week-End in autonomia", sviluppato al di fuori dei confini tracciati dalla committenza pubblica, e dunque erogato a libero mercato, con l'obiettivo di consentire a persone con disabilità di fare esperienze di vita in luoghi diversi dalla propria casa, per periodi definiti e programmati e mediante percorsi educativi personalizzati attraverso i quali sperimentarsi mantenendo le principali attività abituali. Altro esempio significativo dell'innovazione sociale di cui la cooperativa si è resa capace è il progetto Polveriera, realizzato in sinergia con altri enti del privato sociale, con i quali

CORESS era già solita lavorare in rete sotto il cappello del Consorzio Oscar Romero, costituito per facilitare un coordinamento strategico degli atti di programmazione del Comune di Reggio Emilia riguardanti le fragilità. Unendo esigenze di riqualificazione e rigenerazione urbana alla necessità di spazi condivisi per garantire una continuità di accesso a servizi tra loro integrabili in una logica intersezionale e intersettoriale, la Polveriera, articolata in cinque edifici, costituisce il primo polo cittadino di servizi innovativi per il territorio, creato dal basso e dunque frutto delle capacità delle imprese sociali coinvolte, tra cui CORESS, di generare inclusivi modelli di relazione con la comunità territoriale (cittadini, imprese, istituzioni).

La legittimità e l'apprezzamento di cui CORESS gode presso le istituzioni locali è molto forte, non solo per l'expertise che gli è riconosciuta, anche a livello regionale, da 40 anni di lavoro sulla disabilità, ma anche per la crescita dimensionale avvenuta negli ultimi anni a seguito di processi di fusione con altre cooperative minori. Nel 2017 avviene una prima fusione con la Cooperativa Piccolo Principe, seguita nel 2019 da una seconda fusione con la Cooperativa Anemos. CORESS esce da questi processi di fusione notevolmente accresciuta, raggiungendo all'indomani della seconda fusione un fatturato di 8,5 milioni di Euro e circa 330 lavoratori.

Più giovane di CORESS, in quanto nata circa vent'anni dopo, nel 2001, Cooperativa Namastè è uno degli enti gestori del privato sociale più conosciuto nel panorama bergamasco. Diversamente da CORESS, specializzata su un settore chiave, la disabilità, Namasté ha negli anni perseguito strategie di diversificazione dei propri servizi, rese possibili anche dalle scelte di autonomia che la cooperativa ha compiuto rispetto alle possibilità di gestire servizi per conto del pubblico (quota minoritaria rispetto ai servizi erogati a libero mercato). Questa diversificazione si riflette oggi in cinque aree di intervento (area anziani, cura e salute, disabilità, nuove generazioni, ristorazioni), con servizi distribuiti lungo quattro distinte linee strategiche, corrispondenti ai bisogni fondamentali delle persone: abitare, educare, curare e lavorare.

Per un anno (2015) la cooperativa ha sperimentato la funzione di responsabile di strategie, una figura inquadrata al pari del responsabile di area ma con diversi compiti, in particolare quello di stimolare e garantire che ciascuna area fosse portata avanti quella strategia. Per motivi di sostenibilità economica la funzione di responsabile di strategia è stata rimossa ma sono state mantenute le quattro strategie come visione e questo ha portato incrementato la trasversalità tra le aree. Da allora tutti i progetti nuovi e innovativi vengono attivati all'interno di una determinata strategia (e non più in un'area, come

avveniva tradizionalmente), nella consapevolezza che le persone fragili sono spesso portatrici di un mix di fragilità. La scelta di diversificare i servizi in una sorta di *continuum* della presa in carico scaturisce dunque da questa visione. La cooperativa si dota nel tempo di un modello organizzativo che le consente di accompagnare la persona nel suo intero percorso di cura. Una presa in carico globale gli è resa possibile dall'agire al di fuori dei confini delle committenze pubbliche e in sinergia con attori del privato profit: la sua partecipazione alla S.r.l. che gestisce il centro medico polispecialistico e odontoiatrico di Gorlago ne è un esempio.

Diversamente da CORESS, Namasté si qualifica anche come cooperativa di tipo B, con un servizio di ristorazione in loco e a domicilio (progetto "Asporto Solidale"), oltre alla fornitura a mense scolastiche, aziendali e a Residenze Sanitarie per Anziani (Rsa). Come CORESS, Namasté affronta nel 2014 un significativo processo di fusione con due cooperative, Servire e La Magnolia, raggiungendo così l'attuale dimensione di 280 dipendenti e 7 milioni e mezzo di fatturato annuo.

Per rispondere alla domanda di ricerca, se esistono vincoli (e in caso positivo quali) derivanti dal modello regionale di governance socio-sanitaria di appartenenza, in grado di condizionare i processi organizzativi interni all'ente gestore del privato sociale, la scelta di quest'ultimi si è fondata su alcuni criteri definiti a , a cui sia Namastè che CORESS

L'idea di porre Cooperativa CORESS e Cooperativa Namastè al centro dell'analisi nasce dall'esigenza di individuare oggetti con caratteristiche simili, così da poter annullare alcune possibili differenze di carattere organizzativo che, se presenti, avrebbero potuto interferire con le variabili interorganizzative di contesto che la ricerca esplora. A tal fine sono stati identificati alcuni criteri chiave di idoneità, soddisfatti da entrambe le cooperative, a partire dal fattore dimensionale. Nel variegato panorama degli enti gestori del privato sociale, si è scelto di concentrarsi su realtà di medie dimensioni (circa 300 lavoratori), in quanto, rispetto alle più grandi, ancora forti di un senso di appartenenza al territorio. I due enti condividono poi la stessa natura giuridica, ossia l'essere entrambe cooperative sociali di tipo A, in quanto impegnate nella gestione dei servizi socio-sanitari, con la sola differenza che Namasté, come si è visto, è anche cooperativa di tipo B, grazie al suo progetto di ristorazione che le consente di inserire persone svantaggiate come lavoratori (artt. 2511 – 2548, Codice Civile). I due enti sono inoltre accomunati dall'avere una committenza mista, pubblica (attraverso il meccanismo delle esternalizzazione, regolate dai vari dispositivi contrattuali previsti da legge (D.lgs. n. 50/2016, D. lgs 502/92,

etc.)) e privata (attraverso l'accesso diretto del cittadino ad un'offerta erogata dall'ente a libero mercato, sebbene per Coress questa costituisca una parte estremamente residuale). Infine, fattore chiave nella scelta dei due oggetti è stata l'affinità riscontrata nei servizi erogati: in entrambe le cooperative è, infatti, possibile ritrovare la classica offerta di servizi per la non autosufficienza, da servizi domiciliari a servizi residenziali e semiresidenziali.

L'indagine è stata condotta utilizzando lo strumento dell'intervista in profondità: sono state intervistate tutte le figure apicali e intermedie (responsabili di tutte le aree riguardanti la non autosufficienza e alcuni coordinatori), oltre a figure tecniche chiave (come il tecnologo), per un totale di 17 interviste, di cui 8 afferenti a CORESS e 9 a Namastè.

La tabella che segue illustra il profilo di ciascun soggetto intervistato.

TABELLA 1.1. – Profilo degli intervistati

1	Coordinatrice struttura anziani	CORESS
2	Responsabile RU	CORESS
3	Vicepresidente e Responsabile Progettazione e Innovazione	CORESS
4	Presidente e Direttore dei servizi	CORESS
5	Direttrice amministrativa	CORESS
6	Responsabile Area Domiciliari	CORESS
7	Responsabile servizi accreditati - socio assistenziali	CORESS
8	Tecnologo	CORESS
9	Presidente	Namasté
10	Direttore generale	Namasté
11	Direttore struttura	Namasté
12	Tecnologo	Namasté
13	Responsabile comunicazione e marketing	Namasté
14	Ufficio Risorse Umane	Namasté
15	Responsabile Area Disabilità	Namasté
16	Responsabile Area Anziani e 2 Coordinatrici di servizio	Namasté
17	Responsabile ADI	Namasté

La traccia dell'intervista, comune nella sua struttura a tutti gli intervistati, è stata costruita a partire dalle risultanze dello studio preliminare realizzato in precedenza: in una parte introduttiva, si è chiesta la descrizione delle funzioni svolte (in caso di ruoli multipli, processi di integrazione/armonizzazione tra i

diversi ruoli ricoperti), il raccordo con eventuali livelli superiori ed inferiori in un'ottica di governance interna e un breve excursus sul proprio percorso di carriera interno all'organizzazione; nella seconda parte ci si è focalizzati su dimensioni organizzative, con domande personalizzate in funzione delle mansioni svolte (per es. eventuali tecnologie digitali utilizzate, strumenti di monitoraggio adottati, dispositivi di partecipazione etc.); infine, una terza e conclusiva batteria di domande ha toccato dimensioni interorganizzative, nell'intento di cogliere il livello di permeabilità del ruolo alla programmazione delle politiche e degli interventi sociosanitari (per es. si è chiesto con quali attori esterni l'intervistato si interfaccia; se, in una qualche forma e misura, l'intervistato partecipa alla programmazione territoriale e come la programmazione territoriale impatta il suo lavoro, nello specifico, e l'organizzazione, nel suo insieme). Il COVID-19 non è stato oggetto di domande specifiche, affinché, assunto dalla ricerca come shock esterno, potesse così emergere spontaneamente dalla narrazione degli intervistati.

Una volta trascritte tutte le interviste, si è entrati nella fase di codifica (Marradi, 2007), attraverso il supporto del software Atlas.ti, sia del corpo testuale delle interviste, sia della documentazione fornita[11] dalle due organizzazioni.

Una prima codifica ha ripreso le undici etichette relative alle undici dimensioni emerse dallo studio preliminare condotto in precedenza. Lo studio aveva, infatti, l'obiettivo di generare una definizione operazionale (funzionale ai casi studio) delle dimensioni rilevanti a livello organizzativo di ricaduta della governance regionale. Questa codifica di primo livello ha consentito di aggiornare le dimensioni rispetto ai temi emersi nelle risposte degli intervistati: la maggior parte delle dimensioni sono state confermate (10 su 11); alcune sono state rinominate per integrare significati più ampi rispetto a quelli emersi nello studio preliminare; è emersa, inoltre, l'esigenza di scomporre alcune dimensioni, particolarmente articolate, in sottodimensioni per meglio organizzarne i contenuti; infine, nuovi temi (difficilmente incorporabili nelle dimensioni preesistenti) hanno portato alla definizione di nuove dimensioni per un totale di 14 dimensioni, come mostra la tabelle che segue.

[11] Oltre a tutta la documentazione disponibile nei rispettivi siti internet (bilanci sociali, carta dei servizi, etc,), entrambe le cooperative hanno fornito copia dei rispettivi organigrammi aggiornati. Namastè ha, inoltre, condiviso un documento di lavoro interno (Documento Identitario di Namasté), esito di un percorso partecipativo che ha visto coinvolti tutti i suoi membri, realizzato alla viglia della pandemia.

TABELLA 1.2. – Dimensioni emerse dalla codifica di primo livello

Dimensione originaria (studio preliminare)	**Dimensione emersa (casi studio)**	**Eventuali sotto-dimensioni**
1. Mindset imprenditoriale	1. Mindset imprenditoriale	
2.Innovazione organizzativa	2. Innovazione organizzativa e/o di prodotto	
3. Turnover e competenze del personale	3. Gestione RU	3.1. Competenze del personale, turnover e carriere
4. Partecipazione interna	4. Governance interna	
5. Maturità digitale	5. Maturità digitale	
6. Diversità del personale	6. Diversità del personale	
7. Programmazione	7. Governance esterna	
8.Collaborazioni orizzontali/peer	8. Collaborazioni orizzontali/peer	
9. Partecipazione dell'utenza e della famiglia	*Dimensione non emersa*	
10. Contrattazione	9. Contrattazione	
11. Presa in carico	10. Presa in carico	
	11. Strutturazione organizzativa	11.1 Evoluzione organizzativa
	12. Gestione economico finanziaria	
	13. Monitoraggio	
	14. Visioni, strategie e approcci organizzativi	

La dispersione dei dati in quattordici dimensioni ha reso necessaria un'operazione di riorganizzazione e aggregazione dei topic in macro dimensioni, attraverso una seconda operazione di codifica. Diversamente dallo studio preliminare, la scelta qui compiuta è stata quella di utilizzare dimensioni di analisi già esistenti, in particolare le dimensioni che è possibile desumere dall'analisi di Thompson (1991), in quanto quadro teorico di riferimento. In quest'analisi di secondo livello le quattordici dimensioni, emerse dalla prima codifica, sono state disaggregate e riaggregate sotto cinque etichette corrispondenti alle seguenti cinque dimensioni thomposiane: razionalità

organizzativa, campo di azione organizzativa, disegno organizzativo, struttura organizzativa e valutazione dell'azione organizzativa. La tabella riportata di seguito evidenzia il percorso e i suoi risultati.

TABELLA 1.3. – Dimensioni emerse dalla codifica di secondo livello

Nuove dimensioni	**Dimensioni integrate**
1. ***Razionalità organizzativa*** Insieme delle strategie e degli approcci che portano l'organizzazione verso il raggiungimento dei suoi obiettivi. L'analisi di questa dimensione include l'analisi della relazione tra nucleo tecnico, attività di input e output, e le strategie di gestione dei vincoli e delle contingenze derivanti dall'ambiente.	1.Mindset imprenditoriale; 3.Gestione RU (incluso 3.1); 5. Maturità digitale; 6. Diversità del personale 12. Gestione economico finanziaria 10. contrattazione (come vincolo) 11. Presa in carico (come vincolo) COVID (come contingenza)
2. ***Campo di azione organizzativa (domain)*** Attribuzioni che l'organizzazione rivendica in termini di oggetto ("tecnologia" in gioco), target/territorio di riferimento e servizi offerti. Un campo diventa operativo solo se la sua rivendicazione da parte dell'organizzazione è riconosciuta da coloro che possono fornirle il supporto necessario ("task environment"). L'analisi di questa dimensione include l'identificazione dei confini attuali del campo, degli elementi costitutivi il *task environment* e dei vincoli derivanti dal *task environment*. Inoltre, vengono prese in esame possibili strategie cooperative con altre organizzazioni che affrontano stessi vincoli e contingenze derivante da comuni *task environment*.	8. Collaborazioni orizzontali peer; 7. programmazione (come vincolo); 11. Presa in carico (come vincolo); 10. Contrattazione (come vincolo); COVID (come contingenza)
3. **Disegno organizzativo** Permette di ridurre i vincoli e le contingenze portate dalla tecnologia e dal task environment. Attraverso il disegno organizzativo l'organizzazione pianifica una possibile espansione di campo. La crescita è motivata dalla necessità di incorporare quelle attività che se lasciate al task environment sarebbero contingenze critiche. L'analisi di questa dimensione prende in esame l'evoluzione organizzativa dell'organizzazione (per es. fusioni, modifiche nella struttura) per concentrarsi sull'attuale disegno organizzativo. L'analisi include il tema dell'innovazione come leva di cambiamento del disegno organizzativo.	2. Innovazione organizzativa; 14. Visioni, strategie e approcci organizzativi 10. Contrattazione (come vincolo) 11. Presa in carico (come vincolo), COVID (come contingenza)

4. Struttura organizzativa Insieme delle componenti segmentati/settorializzate di un'organizzazione (componenti organizzative) e la configurazione delle relazioni tra queste componenti. Facilita l'azione coordinata di elementi interdipendenti. La complessità della struttura (numero e varietà delle unità) rifletta la complessità dell'ambiente. L'analisi di questa dimensione si focalizza sull'attuale assetto organizzativo e sulla gestione delle interdipendenze tra le sue componenti.	4. Governance interna 11. Strutturazione organizzativa (incluso 11.1) 9. Contrattazione (come vincolo) 10. Presa in carico (come vincolo), COVID (come contingenza)
5. Valutazione dell'azione organizzativa Trattandosi di organizzazioni naturali, la valutazione viene fatta in termini di soddisfacimento (standard di desiderabilità, bisogni), di motivazione e senso di adeguamento al futuro, nella sua incertezza. Dove l'interdipendenza è controllata tramite programmazione, le unità sono misurate in termini di quota di contribuzione. Questa dimensione prende in esame le componenti della valutazione (soggetti preposti, strumenti di valutazione e monitoraggio, etc.)	3.Turnover e competenze del personale come input 13. Monitoraggio 10. Contrattazione (come vincolo) COVID (come contingenza)

2.4. Risultati

L'analisi di secondo livello comprende le variabili su cui è stata condotta la comparazione tra le due cooperative. Accorpando le dimensioni emerse nell'analisi di primo livello ed identificando per ciascuna delle cinque variabili vincoli e contingenze (come illustrato nella tabella 1.3), tale analisi consente, infatti, di vedere come tali vincoli e contingenze influenzano l'azione organizzativa dei due oggetti di studio.
Nel presentare i risultati, viene dunque descritto in chiave comparativa lo stato dell'arte delle due cooperative rispetto a ciascuna delle cinque dimensioni thompsoniane prese in esame. Data la vastità di informazioni emerse, vengono riportati solo (e in via non esaustiva) i risultati considerati più rilevanti.

1. Razionalità organizzativa

In qualità di attori del Terzo settore, le due cooperative sono per natura orientate al perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Entrando poi nello specifico della funzione intorno a cui si sono costituite, erogazione di servizi sociosanitari (in particolare per la non autosufficienza),

tali finalità generiche si traducono in aspettative di soddisfacimento dei bisogni di cura e di assistenza, di cui sono portatori i target a cui hanno deciso di rivolgersi (in particolare disabili e anziani). La complessità e unicità dell'essere umano e dei suoi bisogni di cura pone la relazione tra servizio (in particolare nella persona dell'operatore/i coinvolto/i) e utente al di fuori di ogni possibile azione di standardizzazione, privilegiando una selezione, combinazione e sequenza di operazioni, determinate, nell'avanzare del percorso assistenziale, dai feedback provenienti dall'oggetto stesso (Thompson, 1967, trad. it. 1994), ossia la persona e i suoi progressi.

Rispetto alle possibili varietà tecnologiche descritte da Thompson, alla luce del ruolo chiave che la relazione tra l'operatore e utente gioca sull'esito del percorso di cura e/o assistenza, si attribuisce ad entrambe le cooperative l'impiego, in via prevalente, di una tecnologia di natura intensiva, ossia non ripetitiva, in quanto il suo riuscito utilizzo dipenderebbe "da un'adeguata combinazione abituale di capacità selezionate in accordo alle necessità del caso" (Thompson, 1967, trad. it. 1994, 88).

Poiché razionalità organizzativa è per Thompson il risultato della relazione tra nucleo tecnico, attività di input e output (incluse le strategie di gestione dei vincoli e delle contingenze derivanti dall'ambiente), in questo paragrafo vengono messe in evidenza le principali differenze tra le due organizzazioni riguardanti queste tre componenti. In particolare si va a verificare se i vincoli e contingenze, associati a questa prima variabile (ossia contrattazione, presa in carico e COVID-19, come illustrato nella tabella 1.3) effettivamente emergono nella comparazione tra le due cooperative rispetto a questo topic, e in caso positivo quale influenza esercitano su ciascuna realtà.

Applicato al comparto sociosanitario, il concetto thomposiano di nucleo tecnico rimanda al sistema di credenze e pratiche, consolidatosi nel tempo e nei diversi contesti territoriali intorno al tema della cura e dell'assistenza, di cui si trova evidenza nella relazione con l'utenza, poiché è intorno alla valutazione del suo bisogno che si costruisce il servizio. Per capire come tale nucleo agisce all'interno delle due organizzazioni, occorre vedere, a monte, come è organizzata la filiera assistenziale dei servizi sociali e socio-sanitari nei sistemi sociosanitari regionali a cui le due cooperative afferiscono, in particolare in che nodo interorganizzativo si colloca la presa in carico. Una presa in carico collocata al di fuori dell'organizzazione, oggetto di studio, evidenza come la tecnologia intensiva sia condivisa con altri soggetti; al contrario una presa in carico, collocata al suo interno, limita possibili interferenze esterne. Lo stesso PAI (Piano di Assistenza Individualizzato), il documento di sintesi attraverso

cui si manifesta questa tecnologia intensiva, in quanto è lo strumento che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative al singolo soggetto in condizione di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto personalizzato di cura e assistenza che possa favorirne la migliore condizione di salute e benessere, aiuta a ricomporre la governance in termini di titolarità e responsabilità

Circoscrivendo l'analisi al target non autosufficienza, e ricordando che in Emilia Romagna la presa in carico è collocata nella pubblica amministrazione (ente locale o AUSL), a cui compete il riunire presso di sè tutte le competenze necessarie (inclusi attori esterni al proprio ente) alla valutazione del bisogno del singolo utente e alla definizione del suo PAI, è possibile affermare che la titolarità dell'utente resta in capo all'attore pubblico, mentre la responsabilità rispetto all'esito del percorso di cura/assistenza viene di fatto condivisa tra committenza e soggetto erogatore.

Pur non pre-determinandone l'azione organizzativa, la razionalità organizzativa di CORESS (i cui servizi, come si è visto, sono gestiti in larga misura per conto del pubblico) risulta, in una qualche misura, condizionata dal ricevere la propria utenza in automatico (su invio diretto da parte del servizio pubblico competente) e recepirne le indicazioni assistenziali riportate in un PAI, definito al di fuori della propria organizzazione. L'invio diretto a determinati servizi sembra agire, inoltre, come vincolo o opportunità (a seconda di come lo si interpreti) su quelle che sono le attività di input e di output della cooperativa: contrariamente ad ogni logica di integrazione e messa a sistema di risorse (soprattutto umane), i servizi vengono gestiti come unità del tutto indipendenti con risorse umane dedicate (attività di input) e beneficiari ben divisi tra i servizi (attività di output), a scapito di quella trasversalità che si è visto essere il punto di forza (e il cuore della razionalità organizzativa) di Namastè.

> "La governance socio-sanitaria influisce indirettamente servizi socio-riabilitativi di diurni e residenziali: i servizi accreditati seguono una normativa regionale, mentre i servizi socio-occupazionali sono erogati direttamente dai comuni con i contributo da ausl ma sono regolamentati dai comuni. I servizi domiciliari seguono la normativa regionale per l'autismo, che prevede determinate cose ma non ti specifica come devono essere i servizi e quindi viene gestita dall'asl con appalti in cui ti chiede cosa vogliono, etc.Ti ho fatto l'esempio di tre servizi completamente diversi: se io pretendo di avere una persona che gli organizza tutti e tre, non credo di fare la cosa giusta" (Int. 4)

La recente scelta di avviare un'integrazione tra i servizi accreditati e i servizi socio-occupazionali, risultato di un dialogo con la committenza, costituisce al momento l'unica eccezione a questa divisione organizzativa. Nel cogliere il carattere innovativo e trasformativo dei servizi socio-occupazionali (visto anche il grado di autonomia raggiunto dell'utenza nel prosieguo del percorso), CORESS e il suo committente hanno intravisto l'opportunità di una contaminazione positiva tra questi diversi servizi. Ne è conseguito un cambiamento sostanziale a livello di "attività di input" (Thompson, 1967): per facilitare il raccordo tra le due tipologie di servizi è stato nominato un unico responsabile con il compito di facilitare un lavoro trasversale tra le equipe afferenti ai singoli servizi.

Cooperativa Namastè gode di maggiori margini di discrezionalità, nella misura in cui, in qualità di ente gestore, la presa in carico avviene al suo interno. In generale, il fatto che in Lombardia il match tra servizio e utente non venga mediato dall'attore pubblico, ma utente e famiglia abbiano, in una logica autodeterminante, la facoltà di scegliere l'ente a cui rivolgersi, influisce sull'agire degli enti erogatori: se da una parte permette di allargare il bacino di utenza, dall'altra, attivando dinamiche competitive tra enti, richiede a questi standard qualitativi elevati (inclusi investimenti in azioni di marketing) per risultare maggiormente attrattivi nei confronti di potenziali utenti, di fatto considerabili come acquirenti. Per Namastè attrattività si è tradotta in diverse scelte strategiche, tra cui, sul piano delle cosiddette "attività di input", l'introduzione, attraverso una persona dedicata, della funzione di comunicazione e marketing, invece assente in CORESS.

> "La prima consulenza è stata nel 2014. Namasté si stava fondendo con la cooperativa servire, quindi stava diventando una cooperativa di medie dimensioni, con circa 300 dipendenti e con diversi servizi, con una parte di tipo B e quindi esposta al mercato. In qualche modo si sarebbero dovuti rivolgere a qualcuno. La mia figura si è sempre più sviluppata, un po' anche a cavallo del marketing, perché Namastè ha una serie di servizi, diciamo più privati, dove serve una figura di comunicazione e di marketing. Sono passato dalla consulenza a 7 ore settimanali, un piccolo part-time che andava a completamento di un altro lavoro che avevo, a 24 ore, fino arrivare a 34 ore settimanali. Prima che io arrivassi non c'era una vera e propria attività di comunicazione, c'era il bilancio sociale ma veniva fatto in modo totalmente diverso rispetto a come lo facciamo adesso. Veniva fatto da un coordinatore con formazione da educatore e veniva subappaltata diciamo la parte grafica a uno stampatore che non è nemmeno

> un'agenzia grafica. Erano degli A4 impostati malissimo, così come i volantini. Quando li ho conosciuti, non avevano un sito internet prima perché non ne vedevano l'utilità, gliel'ho proposto io. I tempi sono maturati man mano (Int.13)".

Un esito di quella che è la razionalità organizzativa di Namastè, in parte condizionata dal meccanismo appena descritto, è la scelta di candidarsi come ente gestore unico, all'indomani della riforma del sistema sociosanitario lombardo del 2015. Introducendo la distinzione tra ente gestore ed ente erogatore, Regione Lombardia consente ad enti non pubblici di qualificarsi come l'uno o l'altro, o addirittura come entrambi. Come gestore, l'ente deve garantire tutta la filiera erogativa dei servizi necessari per i livelli e le aree di patologia per cui ci si candida. La presa in carico viene fatta dall'ente, il quale deve assicurare tutte le prestazioni del set di riferimento, anche se non direttamente da esso erogate. Come erogatore, l'ente si deve assicurare al gestore le prestazioni richieste e comprese tra quelle per le quali si è accreditati e/o a contratto. Diventare ente gestore unico ha offerto a Namasté tutti i vantaggi derivanti dall'opportunità di effettuare un'unica iscrizione al registro regionale delle strutture accreditate: attraverso la firma di un unico contratto con ATS (e non uno per ogni singola unità d'offerta come avviene nel caso della sola erogazione), Namastè è oggi nelle condizioni di fare aggiustamenti di budget tra unità di offerta differenti.

> "Fino all'anno scorso l'ente aveva la possibilità, su unità d'offerta simili (es. due centri diurni anziani), di fare spostamenti di budget dall'uno all'altro. In quest'anno post pandemico addirittura l'ente può fare spostamenti di budget su unità di offerta differenti. Per dire, ho avuto un'iper-produzione sull'ADI, cosa che generalmente la regione riconosce in percentuali bassissime, quella posso spostarla su un centro anziani che è stato chiuso per mesi o che ha avuto molti meno anziani perché hanno paura ad uscire di casa. Questo dovrebbe garantire un riequilibrio maggiore, ma agevola le grandi realtà. Chi è piccolo prima o poi verrà mangiato. Ci sono già diversi grandi gestori che mi hanno chiesto di comprare il nostro accreditamento". (Int.10)

Un ulteriore esito di quella che è la razionalità organizzativa delle due cooperative è la scelta di operare o meno a libero mercato e l'incidenza dei servizi a libero mercato sul totale dei servizi erogati, leggibile come "attività di output" (Thompson, 1991). Su tale scelta agiscono senz'altro fattori interni

all'organizzazione e di natura soggettiva, in particolare la propensione o meno dei decisori ad esporsi al cosiddetto rischio di impresa. Ma al di là di questa soggettività, il concetto stesso di rischio di impresa può essere anche considerato come costitutivo o meno della natura dei due enti, in una qualche misura determinato dalle caratteristiche dei 'mercati' all'interno dei quali le due cooperative operano. Le scelte compiute all'interno della cooperativa CORESS confermano quanto emerge dalla letteratura, ossia il fatto che il sistema emiliano-romagnolo, avendo mantenuto nel tempo la regia dei servizi in capo al pubblico, abbia innescato fenomeni di isoformismo (Albano e Della Valle, 2003), interpretabile come risultato di un processo di adattamento degli enti erogatori privati ai vincoli di contesto posti dal sistema di welfare regionale di afferenza. In molte organizzazioni del Terzo Settore e privato sociale hanno, infatti, avuto luogo processi di convergenza verso il modello di organizzazione pubblica.

L'invio diretto dell'utenza da parte della pubblica amministrazione, caratteristico del sistema emiliano-romagnolo, rappresenta un ulteriore elemento di contesto capace di influire sulle scelte della cooperativa reggiana. Il fatto di non dover attirare l'utenza, in quanto inviata direttamente dal committente pubblico, potrebbe ad un primo sguardo rappresentare un vantaggio in una logica di contenimento del rischio di impresa, dal momento che viene garantita continuità nella fruizione dei servizi. Tuttavia, tale sicurezza è relativa nella misura in cui copre solo un periodo definito, che è quello del contratto. Il rischio di impresa delle realtà che operano in Emilia-Romagna, così come le scelte che ne derivano, non sono, dunque, tanto legate a questo meccanismo della presa in carico, ma piuttosto alla possibilità di diversificare le commesse (riducendo, per esempio, i rischi connessi alla perdita di grandi appalti) e alla presenza di *competitor* sugli oggetti degli affidamenti pubblici.

Il fatto che CORESS abbia, fino ad oggi, avuto pochi competitor nel territorio in cui opera e che agisca per conto di diversi committenti pubblici vede il suo rischio di impresa ridotto. La cooperativa ha sempre operato a libero mercato, ma in maniera del tutto residuale, a completamento di servizi già esistenti ma considerati insufficienti dalle famiglie. Non sempre però questa domanda trova soddisfazione: a detta di CORESS l'attuale infrastruttura risulterebbe inadeguata nel dare risposte in tempi celeri. Sembra infatti esserci una forte discrasia tra i tempi attesi in una logica di prestazione erogata a libero mercato e i tempi effettivi di erogazione per conto del pubblico.

> "La scelta di un'apertura al privato è il non dipendere completamente dall'ente pubblico, in quanto le gare si possono anche perdere. Avere più possibilità, anche se siamo molto abituati e siamo nati come gestori di servizi degli enti pubblici, per cui facciamo un po fatica ad entrare nel privato. La finalità è quella di avere un aumento del fatturato e dare più risposte al territorio. Il libero mercato l'abbiamo di fatto sempre avuto, ma in una nicchia molto ristretta. La richiesta per noi sarebbe più sulla disabilità, utenti che usufruiscono dei nostri servizi domiciliari ci fanno richieste extra che l'ente pubblico non ostacola, sono complementari alla risposta pubblica, ma dobbiamo ancora strutturarci rispetto a questo tipo di risposta. Come inciderebbe sulla struttura organizzativa? servirebbe una condivisione strategica su come vogliamo farlo e comporterebbe un'organizzazione un pochino diversa da quella che abbiamo adesso. Perchè adesso rispondiamo a delle richieste, a delle gare, a dei contratti. rispondere alla singola famiglia richiede una velocità di risposta che per noi ora è impegnativa, in particolare come risorse di personale." (Int.5)

L'agire all'interno di quello che la letteratura definisce come un "quasi mercato" (per es. Gori, 2011), in quanto fondato sulla libera scelta degli utenti e sul conseguente innescarsi di dinamiche competitive tra i gestori, dando vita ad un sistema di cure concentrato sulla qualità delle singole prestazioni più che un sistema coordinato e integrato, ha offerto da subito a Namasté occasioni per operare a libero mercato. Diversamente da CORESS, l'erogazione di servizi a libero mercato della cooperativa lombarda non solo integra l'offerta già esistente all'interno della cooperativa (erogata per conto del pubblico attraverso, per esempio, l'accreditamento o l'appalto), ma va a creare un ventaglio di servizi nuovi.

> "La cooperativa è nella direzione di sviluppare sempre di più progetti in una direzione privatistica, non in direzione di un appalto. Per noi la centralità è la persona e gli interessi con l'ente pubblico non sempre combaciano. Se l'organizzazione fosse stata volta agli appalti, la fusione la facevo con realtà diverse: avremmo scelto un'unica realtà che fa tutta assistenza scolastica, economie di scala riduco i costi al massimo, partecipo gli appalti. La qualità del servizio per carità rimarrebbe, però è un'altra logica: la logica della Namastè è più rivolta alle persone. Nel rispondere alle persone io devo avere una competenza il più ampia possibile e allora la scelta di mettere insieme il sanitario col sociosanitario e il sociale, l'anziano con il bambino, etc. Se io sono all'interno di un'organizzazione che ha diverse specialità, mi viene naturale poter indirizzare la famiglia verso servizi capaci di rispondere a quel bisogno, Sennò sono portato anche solo mentalmente a vedere solo quel bisogno a cui io so rispondere." (INT. 11)

In termini di razionalità organizzativa, si osserva il prevalere in CORESS di una «logica adattativa» (in risposta a domande dirette); mentre in Namastè sembra dominare una «logica creativa» (la domanda è accompagnata e orientata, da un singolo caso si può strutturare un nuovo servizio). Le motivazioni sono affini: rispondere a bisogni del territorio (in un vuoto/limite programmatorio), aumentare il fatturato e rinvestirlo in innovazione. In entrambe le organizzazioni, la possibilità di operare a libero mercato sembra agire da leva sull'innovazione. Il coinvolgimento del settore profit, attraverso forme di compartecipazione al servizio o altre modalità di collaborazione, sembra sostenere questa spinta innovativa.

In CORESS, questa nuova "razionalità" che vede la cooperativa aprirsi al mondo profit la si coglie chiaramente nel nuovo progetto di villa Fassati. Di proprietà della Fondazione Santa Maria delle Grazie e della Diocesi di Reggio Emilia e Guastalla, la villa è stata di recente recuperata, dopo il terremoto che ha colpito l'Emilia nel 2012, grazie all'accesso ai fondi per la ricostruzione dei comuni terremotati. Affidandone la gestione a CORESS, la cooperativa ha commissionato alla Fondazione Riusiamo L'Italia uno studio di fattibilità per inserire all'interno della villa un servizio il più possibile vicino ai bisogni del territorio. L'idea emersa dal gruppo di lavoro, partecipato dai diversi stakeholder che compongono la governance socio-sanitaria territoriale, è quella di creare residenze per lavoratori, essendo il Comune di Reggiolo, in cui ha sede la villa, collocato in prossimità dell'autostrada e prossimo dunque ad una serie di snodi industriali tra cui la Motorvalley. Per la cooperativa si tratterebbe di qualificarsi anche come Cooperativa B, in quanto verrebbero inserite persone con fragilità. L'idea emersa è quella di creare dei contratti direttamente con le diverse aziende del territorio in una logica di libero mercato. A questo proposito è stato attivato un dialogo con Confindustria.

> "Il consulente ci ha fatto presente che una cooperativa da sola non può tenere su una struttura del genere [progetto villa Fassati], quindi serve un dialogo con il mondo profit. Questo è un aspetto innovativo ma dobbiamo imparare a dialogarci perché non l'abbiamo mai fatto." (Int.3)

La natura della relazione di Namastè con il mondo profit la si coglie in alcuni servizi, in particolare nel Centro medico polispecialistico e odontoiatrico di Gorlago e nell'Hotel Sociale di Bergamo, quest'ultimo volto ad offrire ai propri ospite risposte in grado di coniugare insieme esigenze lavorative ed abitative.

I due servizi sono gestiti da due diverse S.r.l. a cui Namastè partecipa con quote societarie.

Andare verso queste forme di compartecipazione richiede competenze adeguate e figure dedicate ad accompagnarne il processo di strutturazione e consolidamento. Nella razionalità di un'apertura al profit, nelle diverse forme di collaborazione che si possono delineare, a monte vi è il tema delle competenze del personale e della sua gestione, principale "attività di input" (Thompson, 1967) delle due cooperative.

Rispetto alle competenze, le due cooperative confermano l'inadeguatezza dei tradizionali profili educativi e socio-sanitari, sia nel gestire un rapporto con attori del profit, sia nell'organizzare servizi a libero mercato. In Namastè, questo si è tradotto sia in percorso di professionalizzazione di profili già in organico, sia in una ricerca mirata di figure provenienti dal profit.

> "Oggi abbiamo dei professionisti, in passato magari c'erano persone a cui piaceva il mondo della cooperazione, erano nel mondo del volontariato, ma non avevano preparazione teorica alle spalle. Questo cambio ha portato la volontà di diventare adulti soprattutto perché l'organizzazione stava diventando molto grande e si ponevano questioni assicurative, legali ecc. Fino a quel momento ci si era limitati a gestire i problemi nel momento in cui si presentavano. Ad un certo punto si è trattato di investire su una struttura che fosse davvero a supporto dei servizi. Uno degli effetti che ha avuto è stata una professionalizzazione delle persone che lavorano nella cooperativa perché la richiesta è sicuramente cambiata. Io, ad esempio, sono in grado di fare una fattura perché quando lavoravo nell'organizzazione piccola facevo tutto, però è chiaro che c'è bisogno di competenza fiscale, contabile che non si deve cercare in un consulente, ma all'interno dell'organizzazione. Quindi c'è stata una professionalizzazione dei ruoli all'interno dell'organizzazione soprattutto negli uffici amministrativi, risorse umane, comunicazione. La figura di R. [marketing e comunicazione] non esisteva dentro l'organizzazione. È evidente che in quel momento fosse necessaria ma andava costruita all'interno di un disegno complessivo di riorganizzazione dei processi, dell'organigramma stesso. Prima di questo di solito mettevamo una figura a disposizione di chi ne avesse bisogno, non c'era una struttura ben definita. Dal punto di vista dell'efficienza non era proprio il massimo. Una parte sono persone che abbiamo selezionato dall'esterno, un'altra invece sono persone che lavoravano nell'organizzazione". (INT.10)

Oltre alla professionalità, Namastè riconosce l'importanza di competenze gestionali più generaliste e trasversali, in grado di gestire la complessità costitutiva di questa realtà. A questo si aggiunge la centralità di competenze soft, quali la flessibilità e l'adattabilità, essendo fondamentale per alcuni ruoli collaborare, congiuntamente ad altri, per il soddisfacimento di un determinato bisogno, nonché passare di ruolo e di servizio a fronte di una domanda che, provenendo in larga misura dal libero mercato, rischia di essere estremamente volatile.

> "La richiesta di personale su un servizio a libero mercato ti può cambiare dall'oggi al domani. Sull'assistenza domiciliare, oggi ti possono servire due educatori, domani te ne servono 10 e fra due mesi te ne servono ancora due perchè l'intervento richiesto era per due mesi. Sono tutte persone assunte, per cui ti assumi il rischio. Bisogna essere chiari nell'assunzione e dire: io ti assumo per questo, ma poi può essere che ti faccia fare altro." (INT. 9)

> "Per quello che riguarda le ultime 4-5 persone che sono entrate come coordinatori e responsabili abbiamo provato a cercare dei profili un po' diversi. Abbiamo cercato meno competenza specifica sull'oggetto e molto di più delle caratteristiche personali e professionali che li rendano in grado di gestire la complessità. La responsabile dell'area infanzia (nidi, materna, elementari) non ha mai gestito uno di questi oggetti, lavorava dentro delle comunità minori. L'abbiamo scelta perché secondo noi aveva le spalle molto larghe ed una visione di medio periodo importante. Abbiamo privilegiato una questione di respiro più lungo, una capacità di visione ed innovazione, più che una capacità tecnica specifica. Ovviamente in alcune occasioni il gap con i coordinatori - che hanno una competenza tecnica più specifica- si è esposto nel rapporto con l'esterno. In alcuni tavoli non ci va il coordinatore della singola unità, ma il responsabile d'area che deve galoppare per colmare il gap anche a livello di studio e conoscenza. Questo comporta il tema del mio accompagnamento [direttore generale] perché conosco più o meno tutti i settori della cooperativa a livello di regole di funzionamento delle aree e degli accreditamenti e riesco a colmare un pezzo del loro gap. Questo è un lavoro sul medio periodo che ti espone ad una fatica con i committenti. Finché il committente è la regione Lombardia, quindi un committente lontano che non sa nemmeno chi si siede al tavolo, non c'è problema. Ma se parliamo di ambito territoriale, il comune, l'ATS, la cosa diventa più faticosa da gestire." (INT.10).

Per favorire questa trasversalità e integrazione di ruoli e funzioni e facilitare in particolare la mobilità degli operatori da un servizio all'altro, Namastè ha avviato un processo di progressiva decentralizzazione delle funzioni di gestione delle risorse umane. Funzioni ordinarie (come la gestione dei turni, il piano ferie, la rendicontazione ore, la ricerca di eventuali sostituzioni etc,) sono rimesse all'autonomia dei coordinatori, mentre funzioni straordinarie (per es. assunzioni, licenziamenti) vengono supervisionate da un comitato esecutivo composto da tre membri con tre funzioni diverse: Presidente con attribuita la funzione «processi e persone», finalizzata a garantire la cura del lavoratore in processi delicati (come dimissioni e licenziamenti, cambi di ruolo, etc.), il Direttore Generale con il compito di supervisionare l'aderenza delle scelte in ambito RU alle esigenze di bilancio e, infine, il Direttore di Struttura con funzioni di supervisione legale. Questa tripartizione di ruoli non risponde a nessun modello organizzativo esistente, è un'invenzione di Namastè che ha come sua razionalità quella di ridurre il passaggio decisionale tra responsabile delle risorse umane e direttivo. In questo senso Namastè ha tentato di spacchettare le responsabilità e di suddividerle per competenza tra i ruoli più apicali.

La funzione «processi e persone» è una funzione alquanto atipica, ideata da Namastè con l'obiettivo di tutelare il lavoratore davanti ai frequenti cambiamenti organizzativi che la cooperativa affronta, tanto per natura, in ottica di spinta migliorativa e innovativa, quanto per adattamento al contesto e alle dinamiche dei quasi mercati all'interno dei quali opera.

> "I dirigenti di area hanno davanti la sostenibilità della commessa, e capita che in alcune aree il dirigente tagli, sposti e perda attenzione al lavoratore. Oppure che si prendano decisioni troppo repentine. Quando hai urgenza tendi a chiudere subito, a spostare o a tagliare. Ci vuole che qualcuno supervisioni che questo processo avvenga nei tempi giusti, più rispettosi di chi sta dall'altra parte. Fare delle domande che mettano in risalto alcuni aspetti che con l'urgenza tendi a ignorare. Il tempo dell'ascolto e del confronto va messo in testa come obiettivo, altrimenti è il primo pezzo che in una macchina complessa salta. Fluidificare i processi sia in entrata che in uscita, fare in modo che avvengano in un tempo decente." (INT.9)

La funzione appena descritta è esemplificativa di come nell'istituire nuove funzioni o nel riorganizzarle, queste vengano provvisoriamente coperte dalle figure apicali che hanno guidato il cambiamento, al fine di valutarne la tenuta,

identificare le competenze e attitudine necessarie e valutare i candidati più preparati a ricoprirle. Questa razionalità è presente anche in CORESS: la si coglie, per esempio, nella scelta di affidare l'area dei servizi domiciliari, a potenziale sviluppo commerciale, al Direttore dei Servizi, in via provvisoria, ossia in attesa di creare tutte le condizioni affinché il passaggio di ruolo alla persona individuata sia il più fluido possibile.

Traslato su CORESS, il tema della competenza vede questa inquadrata nei profili di specializzazione più tradizionali. Essendosi strutturata nel tempo in funzione di affidamenti pubblici, rispetto al libero mercato, le competenze ricercate sono quelle definite negli accordi contrattuali con la pubblica amministrazione. Gestire servizi per conto del pubblico con caratteristiche di affinità riduce il livello di complessità gestionale, non è un caso che tutte le figure che oggi coprono ruoli di coordinamento siano cresciute all'interno dell'organizzazione capitalizzando la propria esperienza sul campo. Tuttavia, la crescita dimensionale della cooperativa, e le sfide che ne derivano, sembra essere accompagnata da una presa di coscienza dell'importanza di dotarsi di competenze più manageriali.

> "Una cosa che questa direzione ha portato con forza è quella delle competenze perché il rischio è di cadere nell'errore della gerarchia: ci sono prima io di un dipendente. E' giusto a livello organizzativo, ma non può essere a scapito delle competenze: se una persona ha conoscenze, competenze e risorse per fare il responsabile d'area bene, altrimenti cerchiamo di capire se si può fare crescere qualcuno (un socio o un dipendente, chiedendo magari a quest'ultimo di diventare socio perchè è un aspetto importante) oppure guardando all'esterno della cooperativa. Non possiamo più permetterci di affidare ruoli di responsabilità a chi non ne ha attitudine e competenze. Due anni fa circa abbiamo iniziato un percorso e mi ha visto in prima persona a svolgere più ruoli, perchè incarnando delle responsabilità volevo capire quali potessero essere le persone che ne hanno le attitudini (prima delle competenze, dato che quest'ultime si possono apprendere) per svolgere questo ruolo. E' un working in progress." (INT. 4)

Nonostante i cambiamenti in essere, CORESS rimane, ad oggi, una realtà organizzativa di tipo piramidale. Le funzioni di gestione delle risorse umane sono concentrate in un unico responsabile delle risorse umane, sebbene questo venga di volta in volta coadiuvato dai responsabili d'area e dai coordinatori, interessati dall'azione in oggetto. Tuttavia, le dimensioni organizzative

raggiunte dalla cooperativa fanno sì che la figura del responsabile unico non sia più sostenibile. Per sgravare questa dell'eccessivo carico di responsabilità, è in corso un processo di progressiva delega di funzioni verso le figure di coordinamento. Questo sta creando forti resistenze, soprattutto nelle figure più storiche, abituate a trovarsi già attuate soluzioni alle proprie esigenze.

> «Stiamo optando per una soluzione di distribuzione di responsabilità e compiti e questa è una trasformazione che sta avvenendo nel tempo e non è compresa da tutti. Gli stessi responsabili d'area stanno facendo fatica. Per noi il responsabile RU si deve occupare dell'organizzazione del personale, non della sua gestione. La gestione del personale deve essere in capo al responsabile del servizio che non è abituato e al responsabile dell'area. Il responsabile delle RU deve limitarsi all'assunzione, selezione e valutazione (eventuali sanzioni disciplinari) e gestione degli aspetti critici come rapporto con sindacati. L'aspettativa che il responsabile delle RU si occupi di tutto o comunque che la struttura si occupi di tutto, dalle sostituzioni etc. è una cosa che è lenta a modificarsi. Anche chi arriva da poco si trova in un meccanismo per cui parlando con gli altri acquisisce questo approccio. Poi chi arriva giovane, senza precedente esperienza di coordinamento recepisce questo approccio, porta la positività di questo." (INT.4)

La scelta poi di tenere gli operatori legati ai singoli servizi, a scapito di quella trasversalità che è tratto distintivo della razionalità di Namasté, accresce la percezione di una realtà frammentata e piramidale: è come se ogni servizio fosse una piccola CORESS a sé stante e al vertice dell'organizzazione fosse rimesso il ruolo di collante delle sue componenti. Una simile impostazione tende a staticizzare l'organizzazione: ogni servizio procede ad un suo ritmo, con il rischio che disfunzionamenti presenti in alcuni servizi vengano in qualche misura cronicizzati con il passare del tempo.

> "Siamo sempre alla rincorsa di cose che non abbiamo. Utilizziamo meno l'appalto: rendicontiamo quello che facciamo, ma non siamo mai riusciti a fare tutto quello che l'appalto ci chiede. Siamo sempre in ritardo, anche sul cronogramma delle attività. Il Covid non ha sicuramente aiutato, ma anche prima c'erano dei territori in sofferenza tale da avere dei tempi di attesa di 6 mesi, 10 mesi. Quindi fatturiamo in meno. Il motivo è che non abbiamo personale…Ci sono persone che sono da una vita nella stessa posizione e ne sono capaci? hanno gli strumenti? c'è qualcun'altro che lo può fare meglio? soprattutto in alcuni ruoli c'è una staticità estrema che funzionasse bene, lo si accetta perché utile. ma se le cose a volte non funzionano due

> domande ce le possiamo fare. sul mio servizio è davvero che abbiamo delle risorse incredibili che negli anni ci siamo fatti scappare perché incapaci di valorizzarle. La frustrazione di non avere niente da offrire per evitare che questa gente se ne vada io ce l'ho. Come coordinatrice ho fatto tutto il possibile perchè non se ne andassero ma poi mi fermo li. Potevano essere valorizzati da tanti punti di vista. il nostro problema è che siamo sempre presi da mille cose, si scambiano mille mail, poi concretamente si fa poco." (INT. 6)

L'analisi della razionalità organizzativa delle due cooperative mette in luce come il cambiamento sia un elemento connaturato alle due organizzazioni, sebbene in Namastè sia più accelerato, anche in risposta al contesto esterno. Ogni cambiamento necessita di tempo per maturare e consolidarsi, anche nell'accettazione di chi lo vive. Se da una parte il COVID-19 ha innescato e accelerato dei cambiamenti organizzativi (per esempio nelle modalità di erogazione dei servizi), dall'altra ha alterato i processi di maturazione dei cambiamenti ad esso pregressi. Oltre ad una messa in discussione della "tecnologia intensiva" (la relazione venuta a meno o comunque depotenziata dal distanziamento) e una modifica delle "attività di output" (in termini di servizi temporaneamente sospesi o riconfigurati nelle modalità erogative), significative sono state le ripercussioni sull' "attività di input", ossia sulla gestione del personale, come Namastè testimonia.

> "Poi tutte le mie aspettative sono state messe in discussione dalla pandemia, mi sono trovata a gestire l'emergenza senza strumenti e competenze. E' stato un esercizio del tipo: mi sono prefigurata una cosa, ne devo fare altre, devo tenere la squadra stretta e motivata. In questo anno e mezzo di pandemia abbiamo avuto cambi di persone con responsabilità altissime: abbiamo cambiato 9 coordinatori su 20, 4 responsabili d'area su 5. Questo ha voluto dire tenere compatti quelli che restavano, lasciando andare quelli che volevano partire, e accompagnare i nuovi arrivati. Con tutte le persone cambiate hai voglia di dire a ciascuno, tu ora devi fare questo e quest'altro. Devi avere gente che non salta in aria, che non muore di ansia, che sa gestire il conflitto, che sa gestire l'emergenza di una persona che muore nel servizio. Poi dopo, tutto il resto". (INT.9)

2. *Campo di azione organizzativa (domain)*

Le due cooperative sono oggi realtà affermate nei rispettivi contesti territoriali: Provincia di Reggio Emilia (CORESS) e Provincia di Bergamo (Namasté). Pur potendo ambire ad un'estensione di campo al di là dei rispettivi confini provinciali (per esempio attraverso la partecipazione a gare pubbliche indette in altri territori), entrambe hanno scelto di consolidare la propria presenza nei contesti di origine, per essere più efficaci nel dare risposta ai bisogni espressi da queste aree. L'analisi evidenza un grande impegno e dedizione al territorio (*commitment*), nonché un forte senso di appartenenza alla comunità territoriale (*belonging*).

Nel gestire servizi socio-sanitari ed educativi, al di là delle modalità erogative privilegiate (libero mercato vs. erogazione per conto del pubblico), il *task environment* (Thompson, 1967) all'interno del quale operano è plasmato dalle politiche pubbliche socio-sanitarie regionali, tanto nella definizione delle priorità di intervento, quanto in una prospettiva regolatoria. Ad arricchire il *task environment,* la crescente competizione con realtà affini, già presenti sul territorio o provenienti da fuori (anche da regioni lontane), nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici, esacerbata dalla formula delle gare al ribasso.

Nel confrontarsi con il proprio *task environment* e seguendo le proprie personali aspirazioni, Namastè decide da subito di non limitarsi al solo ambito degli interventi socio-sanitari, ma di ampliare il proprio campo anche all'educazione. Si tratta di una strategia di diversificazione dei servizi che le permette di ripartire il proprio rischio di impresa. In campo educativo riesce a farsi spazio in quanto intercetta una domanda non ancora soddisfatta, legata ad approcci e modelli educativi alternativi.

> "Siamo la prima coop ad aver preso una scuola primaria. Abbiamo una scuola dell'infanzia e primaria privata. Il mio desiderio è arrivare alla fine dell'obbligo scolastico. Abbiamo lavorato molto su un modello educativo esperienziale e in natura. E' quella che viene definita scuola aperta. Vanno in visita nei vari luoghi di apprendimento (al museo, etc.). L'insegnante è a fianco del bambino, non davanti. Fa ricerca insieme ai bambini. Puoi inoltre fare entrare tanti esperti dall'esterno. La scuola che entra e che esce, il tutto basato sull'esperienza. L'abbiamo da un anno. L'abbiamo presa in gestione da suore che la stavano chiudendo. A Bergamo ci sono molte scuole private con rette alte, la nostra è medio-bassa. Ora i genitori ci stanno chiedendo di una scuola media." (INT. 9)

A contribuire ad una maggiore ampiezza del campo di azione di Namastè è la piena assunzione del principio di presa in carico globale della persona, ossia

una visione unitaria dei suoi bisogni da cui prendono forma percorsi personalizzati. Personalizzare il percorso di cura e assistenza fa sì che vi siano continui sconfinamenti di campo. Sperimentazioni su casi singoli possono dare vita a servizi strutturati, anche in campi nuovi. Se i campi di entrambe le cooperative sono campi aperti, l'apertura del campo di Namasté è connaturata alla sua visione ed è sostenuta anche dall'azione organizzativa che vede i servizi configurarsi intorno a strategie aperte, e non all'interno delle aree tradizionali (anziani, disabili, etc.), i cui contorni sono ben definiti da una cornice programmatoria. Le quattro strategie (abitare, educare, curare e lavorare), introdotte nel 2018, rappresentano per la Cooperativa Namasté le linee di sviluppo su cui riorientare le progettualità presenti e future, poiché consentono di riconfigurare lo sviluppo delle varie aree produttive (anziani, disabilità, infanzia, catering e ristorazione, ADI/Ucp-Dom, Consultorio) dentro uno sguardo più trasversale e meno specialistico, favorendo l'incontro tra le varie aree. Namasté ritiene che questo approccio generi un valore aggiunto per il territorio, dal momento che favorisce processi di Bene Comune, mettendo a valore le risorse della comunità.

Diversamente da Namasté, il campo di CORESS si è strutturato intorno alla sola non autosufficienza e disabilità. Nel tempo si è dunque assistito ad una crescita monosettoriale di tipo intensivo, con un aumento significativo di servizi afferenti ad aree già esistenti. Sebbene ciò sia espressione di una volontà che è propria delle diverse direzioni che nel tempo si sono succedute all'interno dell'organizzazione, la staticità del campo è anche riflesso di un *task environment*, che ha senz'altro subito pochi oscillamenti nel tempo, come dimostra il continuo rinnovo della maggior parte degli affidamenti pubblici.

Analizzare il campo organizzativo di CORESS e Namastè impone dunque di prendere in esame il posizionamento delle due cooperative all'interno delle rispettive governance regionali e locali.

Strutturandosi in funzione dei singoli ambiti tematici e dei territori di riferimento, la governance interagisce con la strategia di business delle due cooperative, in ottica espansionistica (a quali bandi partecipare, in quali territori fare domanda di accreditamento, etc.), e la strutturazione interna, in termini di specializzazione delle risorse umane chiamate a rappresentare l'organizzazione nei tavoli di confronto e a pianificare gli interventi in adeguamento alle normative. La specializzazione dei ruoli è funzionale ad un contenimento e razionalizzazione della spesa. La governance esterna produce, infatti, per le due cooperative alcuni costi organizzativi significativi, come il tempo che viene speso nello studio delle nuove normative; la partecipazione a tavoli

istituzionali, non sempre produttivi, tempo necessario per il trasferimento di informazioni e conoscenze ai colleghi.

> "I servizi socio-riabilitativi di diurni e residenziali, cioè i servizi accreditati seguono una normativa regionale, mentre i servizi socio-occupazionali sono erogati direttamente dai comuni con i contributi da AUSL, ma sono regolamentati dai comuni. I servizi domiciliari seguono la normativa regionale per l'autismo, che prevede determinate cose ma non ti specifica come devono essere i servizi e quindi viene gestita dall'ASL con appalti in cui ti chiede cosa vogliono, etc. Ti ho fatto l'esempio di tre servizi completamente diversi: se io pretendo di avere una persona che gli organizza tutti e tre, non credo di fare la cosa giusta." (INT. 4)

> "In alcune occasioni il gap con i coordinatori - che hanno una competenza tecnica più specifica- si è esposto nel rapporto con l'esterno. In alcuni tavoli non ci va il coordinatore della singola unità, ma il responsabile d'area che deve galoppare per colmare il gap anche a livello di studio e conoscenza. Questo comporta il tema del mio accompagnamento perché conosco più o meno tutti i settori della cooperativa a livello di regole di funzionamento delle aree e degli accreditamenti e riesco a colmare un pezzo del loro gap. Questo è un lavoro sul medio periodo che ti espone ad una fatica con i committenti. Finché il committente è la regione Lombardia, quindi un committente lontano che non sa nemmeno chi si siede al tavolo, non c'è problema, ma se parliamo di ambito territoriale, il comune, l'ATS, la cosa diventa più faticosa da gestire. Alcuni soci storici erano molto preoccupati per il cambiamento del CdA (6 nuovi membri su 7). Cambiare le persone significa dovere costruire una relazione è una cosa che l'ente pubblico cerca sempre di evitare." (INT. 10)

L'influenza del *task environment* sulla definizione del campo delle due organizzazioni è bidirezionale: da una parte la due cooperative ricevono disposizioni dal sistema normativo di afferenza, a cui sono tenute adeguarsi, dall'altra il campo è soggetto a quanto la programmazione si fa permeabile ai contributi dei soggetti erogatori. Rispetto a questo secondo aspetto, l'analisi evidenzia una certa ambivalenza nel valutare l'efficacia dei dispositivi di co-progettazione. Questa ambivalenza potrebbe dipendere dall'anzianità aziendale degli intervistati: gli intervistati più ottimisti a riguardo hanno una maggiore anzianità aziendale e parlano di significativi miglioramenti nel tempo; gli intervistati più scettici hanno, invece, un'anzianità aziendale minore e maggiori aspettative di coinvolgimento. Le competenze del personale sono

considerate un fattore chiave nel determinare l'esito della collaborazione con il pubblico, così come l'anzianità aziendale, essendo relazioni che si personalizzano nel tempo. La possibilità di un'espansione di campo è dunque condizionata da fattori interni, in particolare tutta l'attività di input che ruota intorno alla gestione delle RU, così come è condizionata da fattori di contesto: per entrambe le cooperative l'interlocuzione e la conseguente co-progettazione è più proficua nei territori corrispondenti ai capoluoghi di provincia.

> "La governance non cambia solo in relazione agli ambiti, ma anche i territori. La committenza di Reggio è la committenza della città, poi ci sono quelle degli altri distretti. A Reggio capisci che c'è un potere, una responsabilità, capace di influenzare a caduta anche gli altri territori, per cui l'attenzione maggiore va a Reggio. Negli anni c'è stato un coinvolgimento sempre maggiore: prima ti dicevano come comportarti, ti dettavano delle linee guida, negli anni è cresciuta la collaborazione. Vieni coinvolto in tavoli finalizzati a produrre accordi di programma a livello provinciale e dire la tua come cooperativa con esperienza. Il risultato più grosso che abbiamo ottenuto è quest'ultimo pezzo del socio-occupazionale: in questo momento stiamo gestendo una gara molto grossa, che prende per l'appunto tutta l'area socio-occupazionale della Città di Reggio (tutto quello che non è accreditato, dal tempo libero, attività pseudo lavorative) e coinvolge dunque moltissimi utenti. Prima era fatto in una maniera, con gli anni, nella collaborazione con la committenza l'abbiamo trasformato in un servizio innovativo che stiamo gestendo insieme." (INT.7)

> "Sulla città, Namastè c'è da poco, prima era sulla Provincia. Io sento molto riconoscimento da parte della città di Bergamo. Poi dipende dai comuni: ci sono comuni che ti coinvolgono, altri che ti chiedono di fare della manovalanza e a noi non va bene, e così che perdiamo gli appalti. Cerchiamo di mediare ma se capisci che stai facendo un servizio a qualcuno che non ci chiede neanche di pensare non ci va bene: c'è chi ci apprezza e c'è chi ci odia. avendo un'identità così specifica possiamo dare fastidio." (INT. 9)

Rispetto ai due comparti, sanitario e sociale, il *task environment* si rivela più pressante sul primo rispetto al secondo: una relazione più fluida con gli attori afferenti al sociale (comuni, ambiti) apre nuovi spazi di collaborazione, mentre ciò non avviene (o avviene in misura minore) con gli attori afferenti al sanitario (AUSL e ATS), non per volontà di questi ma a causa di politiche rigide.

"Agli occhi dell'AUSL siamo stra riconosciuti. Se per un qualche motivo CORESS non ci fosse piu l'AUSL sarebbe in difficoltà. Non partecipiamo formalmente alla programmazione. L'appalto lo scrivono loro, poi ovvio che nella quotidianità del servizio ragioniamo insieme su cosa si può fare tanto nel macro quanto nel micro. Il servizio sottostà al PRIA che è un documento regionale, per cui anche l'AUSL non ha molto margine. L'indirizzo arriva da questo documento regionale, poi come articolare il servizio lo decide l'AUSL, ma già nel prossimo capitolato di gara mi aspetto di trovare contenuti costruiti insieme in questi 4 anni." (INT. 6)

"L'ATS è un capitolo importante, per le unità di offerta accreditate perchè è l'agenzia che regolamenta gli standard sia strutturali che gestionali. In questo momento è un'interfaccia rilevante per la pandemia per tutto. Negli ultimi mesi abbiamo lavorato più per ATS che per i nostri servizi. Avendo anche servizi scolastici e diurni è stato molto impegnativo, anche leggere solo tutte le normative. Per la residenzialità l'interlocuzione è fluida perchè ormai ci conosciamo da anni. abbiamo individuato delle persone dentro l'agenzia che possono facilmente rispondere. Per quanto riguarda l'argomento covid, è stata più dura in quanto l'ATS è molto strutturata e rigida e comunica poco al suo interno. riceviamo a volte comunicazioni molto diverse su come riaprire un servizio etc. devo però dire che l'ATS di Bergamo è un ATS che con il tempo ha saputo strutturarsi in maniera fluida. E' un ATS che convoca anche dei tavoli di lavoro. mi viene da dire che va bene a ragionare, dopodiché se si fanno delle cose nello standard si possono sempre fare, ma occupandosi noi di fragilità, per delle situazioni originali bisogna trovare soluzioni originali e in questo l'ATS fa molta fatica. Non è molto forte nell'innovazione. L'innovazione viene dal privato. Motivo per cui noi abbiamo sia servizi accreditati che non. I progetti più lungimiranti non sono nelle unità di offerta accreditate." (INT.15)

La contrattazione con la committenza, discendente dalle politiche regionali e dalla programmazione territoriale, agisce una significativa influenza sulle scelte di campo dei due enti. Se in CORESS, come si è visto, i contratti di outsourcing che il pubblico ha stipulato con la cooperativa hanno permesso una certa stabilità e continuità nel tempo, per Namasté hanno portato a condizioni peggiorative, sia da un punto di vista economico, sia in termini di ingerenza esterna.

"La spesa sociale percentuale rispetto a quella sanitaria in Lombardia è imbarazzante: credo si parli del 5-6% del sociale rispetto al resto. È quasi incomprensibile come alcune cose come l'accreditamento delle CSS, le

comunità disabili, siano ferme da vent'anni quando, per i numeri che girano, non costerebbe niente aumentare. Ma è evidente che non c'è una volontà politica nel muovere le questioni da questo punto di vista. Ad esempio, io ho una serie di servizi come le CSS che se dovessi pensare di farne un'altra oggi non lo farei mai. Il rapporto beneficio – costo non sta più in piedi già su una serie di settori. Tieni conto che sulle CSS la compartecipazione del sistema socio-sanitario arriva al massimo al 18% del costo della retta con un vincolo clamoroso sul numero dei posti, sulle verifiche che ti fanno, sull'appropriatezza accreditamento che spesso non è solo un peso burocratico ma anche una fatica di una lingua completamente diversa rispetto a quella che si parla con le famiglie. Questo si traduce nel fatto che tu fai il servizio e poi costruisci l'impalcatura per far vedere che stai dentro nei criteri. È difficilissimo tenerlo insieme e ci sono già una serie di settori che se riaprissero gli accreditamenti domani non riprenderei." (INT.10)

3. Disegno organizzativo

Le due cooperative originano da un comune *task environment*, ossia il settore dei servizi sociosanitari per persone con disabilità, ma sperimentano nel tempo un ampliamento di campo, sebbene a diverse velocità e in direzioni differenti: per Namasté un'estensione di campo si registra già all'indomani della sua costituzione (attraverso collaborazioni con il settore profit), in anticipo dunque rispetto al processo di ampliamento che accompagna la fusione con un'altra cooperativa. Per CORESS, invece, il campo si allarga dopo decenni di relativa stabilità e continuità nella gestione di servizi, contestualmente a due fusioni realizzate in tempi più recenti.

Il disegno organizzativo che sostiene l'espansione di campo differisce in maniera significativa: per Namastè si tratta di affermarsi in un quasi mercato di servizi, attraverso una strategia di crescente diversificazione della propria offerta in una dinamica plurisettoriale. La razionalità sottesa a questo disegno organizzativo è quella di poter prendere in carico bisogni sempre più complessi, non pienamente coperti dalla programmazione territoriale delle politiche e degli interventi sociosanitari. La scelta di operare, da subito e in maniera consistente, nel libero mercato (rispetto alla quota di servizi gestiti in contrattazione con il pubblico), se da una parte espone l'organizzazione ad un rischio di impresa maggiore rispetto a CORESS, dall'altra gli consente di realizzare marginalità sufficienti a sostenere una rapida e costante espansione di campo.

CORESS, al contrario, rimane per decenni legata ad un disegno organizzativo che la vede impegnata nell'erogazione di servizi per la disabilità con caratteristiche standardizzate alle logiche delle esternalizzazioni pubbliche. L'espansione di campo inizia nel momento in cui il territorio in cui opera vive significativi processi di cambiamento e trasformazione (come dimostra il progetto Polveriera, di cui si è fatto cenno). Il disegno organizzativo di CORESS tenta per lungo tempo di tenere il rischio di impresa contenuto: rispetto alla scelta di operare a libero mercato, CORESS predilige dare continuità degli affidamenti pubblici, sfruttando il rapporto di fiducia creatosi con la committenza.

L'excursus che segue evidenzia i principali passaggi in quella che è la riconfigurazione del disegno organizzativo delle due cooperative nell'arco della loro esistenza. Namastè nasce nel 2001 come spin-off della cooperativa sociale L'Impronta, storicamente specializzata sulla disabilità. I suoi soci fondatori sono 32 persone fisiche e 2 giuridiche (cooperativa L'Impronta e Consorzio Solco Città Aperta). Nel 2014 Namastè si fonde con una delle cooperative più storiche del bergamasco, la Cooperativa Servire, nata nel 1979 e generatrice, per spin-off, di tutta una serie di organizzazioni sul territorio, tra cui la cooperativa che ha dato origine a Namasté, Cooperativa L'Impronta. Cooperativa Servire aveva a sua volta già inglobato la Cooperativa La Magnolia, cooperativa sociale d'inserimento lavorativo, per cui con la fusione arriva in dote a Namastè anche questa realtà.

La scelta di fondersi con Servire non risponde ad esigenze economiche, ma è figlia di una precisa razionalità organizzativa: Servire, specializzata in servizi per anziani, era entrata in una fase di affaticamento gestionale importante perché si trovava ad avere il 90% dei dipendenti composto da persone poco qualificate (ASA, OSS, assistenti familiari). Dal punto di vista patrimoniale, era una cooperativa molto solida perché era riuscita a mettere via un buon patrimonio nel corso degli anni, ma da anni faceva fatica a lavorare sulla crescita di nuove figure dirigenziali, non aveva bisogno di aiuto relativamente all'aspetto gestionale, ma di nuove generazioni, di nuova linfa.

> "Namasté è nipote di Servire perché Servire fece nascere la cooperativa L'Impronta, che a sua volta fece nascere Namasté. Alla fine della storia, Servire rientra in Namasté, quindi ha ripreso all'interno la propria "nonna". Con il passare degli anni, non c'era più un rapporto di collaborazione. Il motivo principale della fusione con Namasté è stato per differenza, perché si trattava di una cooperativa molto diversa da Servire.

> Questo è stato visto come un valore aggiunto che avrebbe permesso maggiore differenziazione e quindi nuovi mercati." (INT. 10)

A differenza (come vedremo) di CORESS e al di là dei servizi in dote portati dalla fusione con Servire, Namastè ha, da subito, esteso il proprio *task environment* ad altri ambiti (fuori, dunque, dai confini del suo *core business* incentrato sulla disabilità), tra cui l'ambito educativo con la presa in gestione della scuola dell'infanzia di Pedrengo (nel 2002), seguita due anni dopo dall'avvio nello stesso comune di un nido interaziendale. Al settore educazione e al target disabilità, si aggiunge nel 2008 il settore salute con la partecipazione di Namastè, in qualità di socio fondatore, alla s.r.l. (Boccaleone) per la gestione dello studio dentistico Boccaleone. Il settore salute si amplia negli anni a venire con il subentro della cooperativa alla società Welfare Bergamo s.r.l. nella gestione dell'ambulatorio medico e odontoiatrico Welfare Italia di Gorlago. Lo stesso anno la cooperativa ottiene l'accreditamento regionale del consultorio familiare "Mani di Scorta", estendendo così il proprio campo al psicosociale. Con la più recente attivazione di servizi di ristorazione, sia a fornitura di mense esterne, sia in erogazione diretta presso il locale di sua proprietà (ONP Bistrò), la cooperativa estende ulteriormente il suo campo d'azione all'inserimento lavorativo delle fragilità, qualificandosi come cooperativa mista A e B. Con la più recente attivazione della dispensa sociale, volte a prevenire lo spreco alimentare e fare inclusione sociale, Namastè entra nel campo dell'economia circolare.

In questo breve excursus si coglie pienamente la razionalità organizzativa di Namastè, tesa, fin dalle sue origine, alla diversificazione dei servizi in una logica di presa in carico globale della sua utenza, culminata, come si è visto in precedenza, con l'acquisizione della qualifica di gestore unico. Questa significativa e rapida crescita nella diversificazione è stata senz'altro sostenuta da azioni cooperative, volte ad attivare collaborazioni con attori privati già operanti in quegli ambiti. L'allargamento di campo è stato possibile per Namastè, in quanto tale rivendicazione è stata riconosciuta da questi attori, i quali è probabile che ne abbiano visto i vantaggi in termini di possibile valorizzazione di competenze complementari e ripartizione dei costi legati all'innovazione. Il *task environment* di Namastè sembra dunque seguire una logica a doppio binario: da una parte servizi più tradizionali erogati per conto del pubblico e disciplinati dai diversi dispositivi contrattuali previsti per norma (tra cui i servizi ereditati dal processo di fusione con Servire), dall'altra servizi a libero mercato, compartecipati con altri soggetti privati, alcuni qualificabili

come innovazioni di prodotto, rese possibili dalla compartecipazione degli altri soggetti e dal reinvestimento delle marginalità avute sui servizi a mercato.

> "Lo spirito d'innovazione di Namasté è legato al libero mercato. Dare vita a così tanti progetti nuovi in così poco tempo (7 in 10 anni) è stato possibile perché si andava sul privato." (INT. 10)

Come Namastè, anche CORESS è passata attraverso processi di fusione: nel 2017 la si è fusa con la cooperativa Piccolo Principe, seguita nel 2019 con una seconda cooperativa Anemos. In una logica di *task environment*, la prima fusione porta in dote a CORESS l'ambito socio-occupazionale, essendo Piccolo Principe specializzata in percorsi di integrazione sociale e lavorativa. I vantaggi di un'estensione del proprio campo operativo vengono tuttavia inizialmente attenuati dalle perdite economiche che CORESS la fusione genera, essendo CORESS priva dell'esperienza gestionale per condurla.

> "Con il senno di poi avremmo dovuto essere più veloci nell'ottimizzare i risultati di una fusione. Quando tu opti per una fusione la opti per due ragioni: o perchè c'è una strategia *win to win* nei due soggetti, ci si mette insieme per diventare un soggetto più forte e se ne hanno dei vantaggi oppure perché un soggetto è in sofferenza e non riesce ad andare avanti. I vantaggi di una fusione, oltre ad avere un valore aggiunto come tipologia dei servizi, ampliare il proprio panorama di proposte di servizi e di luoghi di intervento, è anche quello di ottimizzare dei costi. Le tecnostrutture si devono amalgamare per diventare più efficienti e meno pesanti in termini di costi." (INT. 4)

Nel 2019 CORESS si trova a gestire una seconda fusione per incorporazione, ma memore dell'esperienza precedente guida il processo in maniera differente, preparandola in anticipo con la cooperativa inglobata. Mentre il primo processo è consistito nel mettere insieme le due tecnostrutture sommandole, con la conseguenza di un doppione di ruoli, per valutare solo in seguito le possibilità di ottimizzazione; nella seconda fusione l'ottimizzazione è stata gestita a monte con la mediazione di un soggetto terzo, il consorzio Romero: valutato il valore delle rispettive tecnostrutture, si è optato per una rapida riqualificazione e ricollocazione di quanti coprivano uno stesso ruolo. Differisce dalla prima fusione nella misura in cui ha permesso alle due cooperative di riflettere sulle risorse portate dalle singole persone. La fusione con Anemos è considerata dalla dirigenza di CORESS un successo: la concertazione a monte ha permesso di velocizzare il processo e di ottimizzarne l'incidenza dei costi della struttura

tecnica. Dalla fusione è nata una nuova organizzazione con un'offerta di servizi incrementata e con un peso istituzionale maggiore.

> "Noi siamo fieri del fatto che in tutte le due fusioni non ci sia stato un esubero, mentre nel profit e in altre cooperative sociali questo avviene. Abbiamo cercato di garantire la massima continuità lavorativa a tutti, cercando di ottimizzare le proprietà emergenti dall'incontro di mentalità e servizi differenti. Tre cooperative che erogavano servizi per disabili, ma tre servizi completamente differenti. L'intreccio di queste ha reso manifeste delle valorizzazioni e delle innovazioni di servizio. Un esempio: la cooperativa Piccolo Principe forniva un servizio di turismo accessibile per disabili della Città di Reggio Emilia; assieme a operatori e responsabili del Piccolo Principe abbiamo valorizzato questo servizio, ampliandolo e distribuendolo su tutto il territorio provinciale. Sono stati valorizzati i servizi socio-occupazionali di Anemos, i nostri servizi hanno tratto giovamento da servizi che ragionavano in maniera diversa. Sono i lati positivi delle fusioni. Non abbiamo mai optato per delle acquisizioni, ma sempre per delle fusioni, seppure entrambe le cooperative integrate fossero in seria sofferenza economica. Fusione significa infatti che due soggetti si fondono per creare un terzo soggetto con proprietà emergenti. Io mi aspetto che se uno vale uno e l'altro 0,5 (dimensione, fatturato, servizi) non nasca uno e mezzo, ma uno e otto, due etc. Nell'acquisizione io incorporo quello 0,5 per diventare uno e mezzo, e magari per guadagnare da quell'uno e mezzo di più. Se c'è qualcosa che non mi piace magari lo lascio fuori, non lo acquisisco neanche, come dimostrano le acquisizioni di rami di azienda." (INT.4)

Le due esperienze di CORESS di estensione del proprio campo, attraverso la fusione con realtà affini per specializzazione (disabilità), evidenziano una razionalità organizzativa, volta alla specializzazione su un singolo ambito. Per un'organizzazione con una sua storicità e peso istituzionale nella governance territoriale legata alla disabilità, la fusione con altri enti erogatori di servizi sociosanitari è stata considerata utile dal direttivo di CORESS nella misura in cui è andata nella direzione di favorire una crescita monosettoriale di tipo orizzontale, volta ad ampliare la gamma dei prodotti o dei servizi offerti, aumentare i segmenti di target serviti e ampliare l'area geografica in cui operare. Solo di recente, come si è visto nel paragrafo precedente, sta maturando in CORESS la convinzione che il proprio campo debba ampliarsi al libero mercato, anche attraverso forme di collaborazione con il settore profit. Collaborazioni, che come dimostra il progetto di Villa Fassati di Reggiolo di cui

si è fatto cenno in precedenza, sono fondamentali nel sostenere innovazioni di prodotto (ripartendone anche i costi).

Estensioni del campo e, di conseguenza variazioni del *task environment*, non sono, tuttavia, solo il risultato di collaborazioni di diversa natura con attori *peer*. In entrambi i contesti territoriali, la committenza pubblica, nel sostenere percorsi individualizzati sperimentali (come nel caso di Namasté) e progettualità complesse ad alto contenuto innovativo (come progetto Polveriera partecipato da CORESS), rimane un interlocutore chiave, a consolidamento del disegno organizzativo delle due cooperative.

> "Non ragiono più su mega appalti ma sul singolo progetto e sulla singola persona. Operi sulle fragilità sul territorio e questo funziona perché gli enti pubblici sono tanti (140 comuni). È molto diverso agire su una fragilità, su una persona facendo un accordo economico specifico con la committenza. A volte non c'è bisogno dell'affidamento diretto, diventa un impegno di spesa specifico del comune senza passare dal processo di gara. Non sono legato ad un progetto con una durata prestabilita a monte e non chiedo un investimento enorme sulle politiche sociali. Alla fine, questi sono i progetti che durano di più perché difficilmente i comuni chiedono di cambiare se le famiglie sono contente." (INT.10)

> "Con polveriera abbiamo avuto un forte investimento anche da parte di ASL e Comune di modificare la mentalità nella gestione dei servizi accreditati, portandoli verso una leggerezza, rispettandone i vincoli. Penso che qui a Reggio Emilia, come Provincia, pur essendoci molte differenze tra le varie unioni e distretti il privato sociale sia davvero tenuto in considerazione come risorsa progettuale. Poi è chiaro che questo dipende sempre dalle percezioni delle persone. Sui tavoli siamo convocati, si ragiona e si costruiscono le cose. Come frutto di questi ragionamenti, ci viene chiesto di essere una realtà flessibile" (INT. 4)

La pandemia, come shock esterno, ha accelerato il cambiamento di disegno organizzativo, sostenendolo anche all'interno della cornice contrattuale che regola l'erogazione dei servizi delle due cooperative per conto del pubblico.

> "Tra dieci anni non penso che avremo la stessa organizzazione di oggi. I servizi saranno infatti diversi. Il COVID ha segnato una tipologia di servizi. Se io guardo alla mia esperienza nel sociale dal 2004, i servizi sono cambiati moltissimo. Se la nostra organizzazione non è protagonista nel cercare di contribuire al modificarsi dei servizi stessi, sarebbe segno di una mentalità

rigida. Il 23 febbraio il COVID ci ha chiuso una parte di servizi, il 9 di marzo ce li ha chiusi quasi tutti, tranne quelli residenziali e quelli primari, vale a dire l'assistenza di base domiciliare. Nel giro di pochissimi mesi abbiamo riprogettato i servizi. Ci ha dato l'opportunità di vedere anche che non ci sono esclusivamente i servizi strutturati in quel modo, ma all'interno del regolamento regionale possono essere fatte altre cose nella domiciliarità, a favore di utenti che magari non hanno determinate caratteristiche per entrare in un servizio, lo si può prima lavorare a casa e per preparare eventualmente per entrare in un servizio. Questo prima era inconcepibile. Con il COVID molti servizi si sono spostati sulla domiciliarità pur mantenendo la cornice dell'accreditamento e dunque del servizio strutturale. Se facciamo tesoro dell'esperienza della riorganizzazione che siamo riusciti a mettere in campo, questo può essere utile per il futuro." (INT. 4)

4. Struttura organizzativa

L'analisi organizzativa di CORESS e Namasté evidenzia la piena aderenza delle due organizzazione alla tradizionale struttura delle cooperative sociali, articolata in tre principali componenti: gli organi sociali collegiali (l'assemblea dei soci e il consiglio di amministrazione), la tecnostruttura composta da tutte le figure tecniche di coordinamento e di supporto ai diversi servizi erogati ed infine le singole unità di servizio.

Rispetto agli organi sociali, essendo questi normati da legge, non sussistono significative differenze, fatta eccezione per la presenza in Namastè di consiglieri esterni alla cooperativa e provenienti dal settore profit. Le differenze più significative si riscontrano in relazione alla tecnostruttura, in entrambe le cooperative ampliatasi nel tempo in funzione della crescita dimensionale e della progressiva differenziazione dei servizi. Le due organizzazioni si sono dotate (Namastè prima di CORESS) di un modello di governance diffusa, nell'intento di fluidificare i diversi processi e rendere più agile e leggera la struttura organizzativa (anche in una logica economica). Questo approccio ha comportato una progressiva delega di responsabilità ai livelli inferiori e una concentrazione di più ruoli in singole figure (come si è visto, in Namasté il Presidente è anche responsabile della funzione «processi e persone», in CORESS il Presidente è anche Direttore dei servizi e responsabile in via provvisoria dell'area domiciliarità).

> "Un dato interessante è che la stragrande maggioranza delle persone in cooperativa riveste più ruoli. La cooperazione non si può permettere una persona che faccia una singola cosa. Questo rappresenta sicuramente una criticità perché non permette di specializzarti, di crescere perché ci sono tante cose di cui occuparsi ma è un dato di fatto che la struttura economica della cooperativa non permette di fare diversamente. Arriva il tema delle spese generali e dei famosi numeri: il costo del personale deve stare sul 75% e le spese generali sul 10% per poter stare in piedi. Mettere anche delle persone in più in tecnostruttura, delle ore in più va ad appesantire e non ci stai dentro." (INT. 3)

Confrontando gli organigrammi e quanto emerso dalle interviste, si colgono alcune differenze sostanziali, a partire dalla definizione dei ruoli, dei loro confini e delle competenze richieste per ricoprire determinate posizioni. In Namastè la sussistenza di competenze specifiche associate a determinati ruoli è divenuta, sotto la penultima direzione guidata da una persona proveniente dal settore profit, precondizione per ricoprire ruoli tecnico-gestionali. Mentre prima la persona cresceva all'interno della cooperativa, passando da ruoli operativi a ruoli gestionali e trovandosi spesso impreparata a ricoprire quest'ultimi (non è un caso che molte figure apicali abbiano un background educativo o socio-sanitario), oggi l'esigenza che le competenze siano già in essere per gestire la crescente complessità organizzativa spinge la cooperativa a ricercare profili elevati al di fuori dei propri confini organizzativi. Per garantire, inoltre, una certa sostituibilità nel ruolo e un doppio punto di vista nelle valutazioni, alcuni servizi sono stati organizzati in maniera tale da avere due persone nel ruolo di coordinamento.

> "All'inizio non è stato semplice in quanto io e C. non ci conoscevamo. Adesso è più semplice perchè ci siamo divise i compiti, però entrambe siamo sul pezzo anche dell'altra. Essendo un'area fortemente in espansione, è importante metterci la testa in più persona. E' qualcosa che si fa anche negli altri servizi: nella disabilità ci sono due coordinatori sulla stessa casa. Idem nel centro diurno disabili. E' una caratteristica della Namastè. Siamo interscambiabili, ognuna con la specificità del suo servizio. La stessa cosa avviene nell'area disabilità dove sono 4-5 coordinatori e anche loro si scambiano la reperibilità." (INT.16).

Altro tratto distintivo di Namastè è la mobilità degli operatori e le sinergie attivate tra servizi per garantire una continuità assistenziale.

> "Ci sono tante unità di offerta e ognuna ha le sue prerogative ed emergenze quotidiane dal punto di vista dell'utenza. Di giorno in giorno c'è l'idea di sopravvivere alla giornata, ma anche di capire a lungo termine dove si sta andando. Il progetto domiciliarità è nato in sinergia con un'altra area, che è l'area più sanitaria della cooperativa. C'è un continuo scambio organizzativo e operativo di operatori in base alle richieste del territorio, anche di infermieri dentro la nostra struttura che possono essere utilizzati per l'ADI e viceversa. E' uno scambio reciproco. Essendo una cooperativa che si sviluppa su così tanti ambiti, ma con una condivisione di valori, favorire questa trasversalità è complicato a livello pratico per la gestione dei lavoratori, ma è un valore aggiunto. Per esempio, ad inizio COVID dove gli ingressi al centro diurno erano vincolati da ingresso con tampone erano gli infermieri dell'ADI che si faceva carico di questo processo. L'ospite aveva così il rimando di una cooperativa che era in grado di offrire non solo il centro diurno ma anche un servizio infermieristico importante. Un riscontro al paziente non solo di tipo educativo ma anche sanitario. Così possono esserci pazienti che vengono dimessi dal centro diurno perché hanno aggravato le loro condizioni cliniche, vengono accompagnati a casa e possono ricevere supporto dell'ADI e cure palliative sempre della nostra cooperativa. Non solo diamo una continuità di tipo sanitario ma anche di approccio alla cura." (INT. 16)

In CORESS come si è visto prevale una logica organizzativa piramidale sia in termini di gestione dei servizi, sia in termini di percorsi di crescita e acquisizione di competenze. Chiunque oggi ricopra ruoli apicali e di coordinamento è partito dalla base operativa. Le competenze gestionali per ricoprire ruoli decisionali vengono acquisite in un passaggio di consegne e maturate nell'esperienza.

> "Vengo assunto in CORESS pochi giorni dopo la fine del Servizio Civile. Per i primi sette anni ho lavorato sul servizio educativo domiciliare specializzandomi anche nell'analisi del comportamento, area di cui CORESS si occupa in particolare in ambito autismo. Nel 2017, con la fusione con Piccolo Principe, viene rinnovato il consiglio di amministrazione e decido di candidarmi per il consiglio. Vengo eletto e rimango consigliere per un anno. Nel luglio dello stesso anno divengo vicepresidente a seguito delle dimissioni della vicepresidente in carica. A luglio 2020, in occasione dell'ultima assemblea di bilancio, vengo rieletto vicepresidente per altri tre anni. Non ci sono percorsi di carriera interni ben strutturati. Non c'è un meccanismo condiviso, un processo all'interno

dell'organizzazione. Ci si mette in gioco e si fa esperienza di operatività." (INT.3)

Entrando poi nello specifico degli organigrammi, da una loro di comparazione si colgono alcune differenze significative, in buona parte riconducibili alla diversa razionalità organizzativa, di cui si è discusso in precedenza. Per limiti espositivi si richiamano solo alcune differenze. Ufficio Gare e bandi sono in CORESS gestiti in maniera trasversale da un unico ufficio, di recente costituzione (funzionale anche alle conseguenze pandemiche), trasversale a tutti i servizi, mentre in Namastè sono gestiti dal responsabile d'area e dai coordinatori coinvolti su quel determinato oggetto.

"I bandi di appalto vengono scritti dai responsabili di area, insieme al coordinatore che segue quel territorio. Noi non abbiamo una persona dedicata che segue i bandi, abbiamo delle connessioni o con il centro servizi o con il nostro consorzio. Poi alcuni sono conosciuti e prevedibili perchè sai che vanno a scadenza. Funziona bene nella misura in cui c'è una persona responsabile per quel bando, e funziona un pò come project manager raccogliendo tutte le informazioni necessarie dai vari specialisti, a me vengono per esempio a chiedere i costi del personale. In altre cooperative ci sono persone dedicate. Qui la scelta è stata questa." (INT. 16)

"In CORESS non c'era una figura preposta alla scrittura dei bandi. Prima delle fusioni era la presidente dell'epoca che si occupava di scrivere i bandi. Tantissima parte per CORESS la fa il consorzio perché abbiamo delle quote di general contracting significative. Ad agosto 2019 andiamo a rinnovare una gara d'appalto importantissima per noi che è il servizio socio-occupazionale del distretto, con una platea di circa 500 persone con disabilità comprendendo tutto ciò che non rientra in servizi accreditati, ma che si rivolge ad una popolazione adulta. Questo bando è stato un motore che ha accelerato tantissime cose. Era la prima gara che io e la collega facevamo da soli ed è andata bene. Poi con il lockdown tante gare d'appalto sono andate in proroga per cui le scadenze hanno iniziato ad arrivare tutte insieme. Io e la collega scriviamo i progetti da presentare e a gennaio 2021 la direzione ci contatta per stabilire le risorse necessarie. Diventiamo ufficio di riferimento per la progettazione." (INT. 3)

Mentre in Namastè la funzione «comunicazione e marketing» è presente e ben strutturata, in CORESS è ancora assente, sebbene se ne cominci a sentire sempre

di più l'esigenza. Se in Namastè il tema della trasversalità trova evidenze nell'organigramma, attraverso la collocazione di servizi appartenenti ad aree diverse ma afferenti alla stessa strategia posti in una linea orizzontale volta a sottolinearne l'integrazione (necessaria, come si è visto, a rispondere in maniera efficace ed appropriata all'intersezionalità sottesa alla logica di presa in carico globale), in CORESS il concetto di trasversalità inizia a prendere piede attraverso meccanismi di partecipazione estemporanei, e dunque non riflessi nella struttura. È il caso dell'esperienza di facilitazione guidata da Randstad, che ha unito trasversalmente rappresentanti di diversi servizi per riflettere congiuntamente sui valori della cooperativa e sulla direzione e obiettivi da perseguire. Un'altra esperienza che ha favorito una trasversalità è il gruppo di lavoro, nato dal basso e formato da soci e non soci, che ha elaborato un manifesto sulla sostenibilità integrale, presentato e approvato dal consiglio di amministrazione. Tutti esempi di una trasversalità voluta ma non resa ancora strutturale. A livello di struttura organizzativa, l'unico dispositivo organizzativo in grado di favorire l'incontro trasversale tra funzioni di pari livello è il CASP (Coordinamento Area Servizi alla Persona), il quale segue però una logica *top down*: viene convocato dalla Direzione al bisogno (circa due volte all'anno) e si limita a trasmettere comunicazioni ai coordinatori, anello di congiunzione con tutti i servizi.

> "Abbiamo un luogo comune dove si accorpano che è il CASP, si riuniscono tutti i coordinatori, le figure trasversali, le RU, la direzione però è più un dare delle linee guida, non vi è uno scambio. I coordinatori hanno bisogno di luoghi dove confrontarsi e scambiarsi. Mi dico sempre che lo devo fare. Se manca è solo colpa mia. Faccio fatica a trovare uno spazio e mi dispiace caricarli, ma so che ne hanno bisogno. Sotto di me ho 19 coordinatori" (INT. 7)

In Namastè la trasversalità tra i coordinatori, anche e soprattutto in una logica di scambio e collaborazione, è sostenuta da dispositivi organizzativi strutturali, come l'equipe settimanale e la residenza annuale di due giorni.

> "La riunione con tutti i coordinatori è fissata tutti i venerdì. E' questo dialogo, queste interconnessioni, a stimolare lo sviluppo di nuovi servizi. In questi incontri formazione e raccolta [di input] sono mischiati. Per esempio ci si incontra con i coordinatori rispetto ai processi di selezione delle persone. E' un momento di raccolta di come loro fanno e dall'altra parte di ragionamento insieme di come si potrebbe fare, di come sviluppare i processi, come migliorare. Sono sempre lavori di gruppo con la regia di A.

> [direttore] e di S. [Presidente]. E' fondamentale che ci siano questi momenti se tu vuoi fare dei cambiamenti culturali. Vuoi 250 - 300 persone che la cooperativa ha oggi, dove fare i servizi vuol dire che ogni persona deve avere lo stesso spirito della cooperativa, cioè deve impersonificare quell'identità, tu non puoi governarla in modo verticistico dall'alto mandando delle comunicazioni. I coordinatori che sono nel singolo servizio sono quelli che noi chiamiamo le cime di trasmissione: sono vicinissimi al servizio, al territorio, alle famiglie e sono un anello fondamentale." (INT.11)

Un altro elemento strutturale, solo presente in Namastè, è il tavolo socio-sanitario. Tale dispositivo organizzativo riflette la complessità e diversificazione dei servizi della cooperativa, in particolare il bisogno di meglio raccordare e armonizzare la componente sociale con quella sanitaria. In questo tavolo i rappresentanti dei due comparti hanno la possibilità di confrontarsi su visioni (intorno ai concetti di cura, benessere, etc.) e su rispettive responsabilità.

5. Valutazione dell'azione organizzativa

In organizzazioni ad alta intensità relazionale, il cui nucleo tecnologico, come si è visto, è la relazione, ci si aspetterebbe un focus valutativo sulle risorse umane. Sebbene le risorse umane siano ampiamente attenzionate, entrambe le cooperative mancano di strumenti e criteri valutativi standardizzati.

In CORESS la valutazione delle risorse umane non è tanto finalizzata a valutare i risultati ottenuti da ciascun collaboratore su base periodica, in una logica di monitoraggio e orientamento delle attività verso determinati risultati attesi, ma è volta a sostenere percorsi di carriera. La valutazione viene fatta su tutti i dipendenti a tempo indeterminato in un periodo di tre anni dall'assunzione. Vene tenuto conto del percorso realizzato dal dipendente all'interno di un determinato servizio per comprendere se includerlo tra i potenziali candidati per il ruolo di coordinatore.

> "In base alla nostra esperienza direzionale, cerchiamo di capire chi può intraprendere un percorso di coordinamento. Non è così semplice fare il coordinatore perché significa gestire il budget del servizio, organizzare i turni di lavoro, relazionarsi con le famiglie e la committenza pubblica, progettazione. Soprattutto bisogna essere in grado di fare valutazioni sui singoli componenti dell'equipe. Ritengo che un dipendente non possa fare il coordinatore su un servizio su cui ha fatto l'educatore, perché deve essere

> tutelato e quindi riconosciuto per quello che è il suo ruolo. Non è un amico degli altri dipendenti, deve fare dei richiami se necessario. In questo modo, gli si permette di resettare l'esperienza precedente, ripartendo con un nuovo ruolo. C'è un processo di accompagnamento e supporto." (INT. 2)

Non poggiando su un sistema strutturato di procedure, questa valutazione presenta un alto grado di soggettività. La valutazione, ad oggi, avviene attraverso uno scambio dialogico che vede coinvolti il responsabile delle risorse umane, il Presidente e il Direttore dei servizi e dal direttore amministrativo in quelli che sono i singoli aspetti di competenza. Segue un percorso di formazione modulare sui vari aspetti di gestione di un servizio (organizzazione dei turni, gestione budget del servizio, rendicontazione, uso degli strumenti informatici), ripartita sui tre referenti in funzione delle materie di competenza. Solo di recente CORESS ha iniziato a costruire una scheda di valutazione dei coordinatori in carica, in grado di prendere in esame i vari aspetti (gestione budget, organizzazione personale). Tra i desiderata del responsabile delle risorse umane vi è la realizzazione di una mappatura di tutto il personale che possa includere non solo i titoli di studio, ma anche le soft skills necessarie a sostenere il ruolo attribuito, nella convinzione che una simile rilevazione possa non solo accelerare il processo di reclutamento, ma anche ridurre il margine di errore.

Per un'organizzazione la cui principale attività di input è la gestione del personale, il turnover comporta costi considerevoli. La valutazione dell'azione organizzativa passa pertanto attraverso una valutazione periodica del turnover e delle sue cause. All'inizio dell'anno il responsabile delle RU di CORESS sottopone alla direzione un report di analisi del turnover dell'anno concluso. Mettendo in relazione il turnover positivo (assunzioni a tempo determinato, contratti rinnovati e trasformati a tempo indeterminato) con il turnover negativo (dimissioni, licenziamenti, pensionamenti), l'analisi restituisce il tasso di turnover complessivo e i fattori determinanti (fisiologici e patologici). Il 2020 è il primo anno che vede un saldo negativo a causa della pandemia: non solo incide la chiusura e/o riduzione temporanea dei servizi che vede sospesi i rinnovi di contratto, ma aumentano le dimissioni volontarie di figure sanitarie, attirate dal pubblico.

Le difficoltà di reclutamento si riscontrano poi in alcuni servizi specifici, particolarmente esposti ad elevata intensità di stress, come il servizio domiciliare educativo rivolto a ragazzi autistici.

> "Servono competenze specifiche, la parte di selezione del personale va approfondita, ad esempio attivando una collaborazione con l'università. Diventare un luogo interessante per chi deve fare un tirocinio. implementare la collaborazione con altre realtà, che per fortuna a Reggio ci sono, potrebbero aiutarci a reperire personale adeguato Siamo sempre alla rincorsa di cose che non abbiamo. Probabilmente un po 'di meritocrazia e di valutazione dei ruoli lo si sarebbe potuta mettere in campo. Ci sono persone che sono da una vita nella stessa posizione e ne sono capaci? hanno gli strumenti? c'è qualcun'altro che lo può fare meglio? soprattutto in alcuni ruoli c'è una staticità estrema che funzionasse bene, lo si accetta perché utile, ma se le cose a volte non funzionano occorre farsi delle domande. sul mio servizio abbiamo delle risorse incredibili, ma negli anni ci siamo fatti scappare perché incapaci di valorizzarle. Come coordinatrice ho fatto tutto il possibile perchè non se ne andassero ma poi mi fermo li. Potevano essere valorizzati da tanti punti di vista. il nostro problema è che siamo sempre presi da mille cose, si scambiano mille mail, poi concretamente si fa poco. Poi non possiamo dare incentivi economici perché lavoriamo per appalti, ma ci sarebbero mille modi per far sentire che è un servizio importante." (INT.6)

In Namastè, dove il personale, come si è visto, è direttamente investito dalla dinamicità dei servizi, il tema della valutazione si pone con maggiore urgenza. Con la riorganizzazione della funzione di gestione delle risorse umane, rimessa da un anno a questa parte al comitato esecutivo e tripartita tra i suoi tre membri, viene introdotto un meccanismo valutativo di monitoraggio degli obiettivi raggiunti da ciascun dipendente. Lungi dall'applicare strumenti verticistici (*top down*), la valutazione è il risultato di un confronto orizzontale tra valutatore e valutato rispetto a obiettivi condivisi. Si tratta di una valutazione ad ampio spettro, riguardante non solo competenze hard e soft, ma anche direzione cui tendere.

La varietà e fluidità dei profili in essere non consente il ricorso ad approcci e strumenti standardizzati. All'ufficio risorse umane è rimesso il compito di garantire uniformità nell'approccio metodologico, diffondendo e affiancando dove necessario il valutatore (coincidente con il più prossimo alla risorsa valutata), al fine di garantire piena oggettività nella valutazione.

> "Stiamo costruendo ora un metodo di valutazione sui profili e sui ruoli, ma saranno modelli diversi: se io prendo il profilo dell'educatore professionale, dentro alla Namastè ci sono almeno 10 applicazioni, ma è giusto che siano valutazioni su voci diversi a seconda dell'area di impiego. L'educatore della

residenzialità avrà obiettivi e modalità di lavoro diverse dall'educatore dell'assistenza scolare. Per ogni ruolo condividere quali sono i criteri di valutazione". (INT.15)

"C'è un ufficio risorse umane, ci deve essere un responsabile processi, perché questo è garanzia di omogeneità di processi di valutazione, ma anche garanzia che ci siano i processi di valutazione che non devono essere fatti dal responsabile risorse umane ma devono essere fatti da chi è vicino alla risorsa e questo è il coordinatore. Il ruolo delle RU è garantire l'omogeneità di valutazione e soprattutto girando le varie equipe e tavoli deve essere garante di eventuali percorsi di carriera trasversali." (INT.11)

Il dinamismo della cooperativa rende, dunque, l'attività valutativa attività ordinaria, non solo a copertura delle nuove posizioni che la rapida espansione di campo (in precedenza descritta) ha attivato, ma anche a fronte della rotazione dei ruoli, tratto distintivo della razionalità organizzativa sostenuta dalle più recenti direzioni.

"Secondo M. [direttore struttura] i ruoli di responsabilità dovrebbero durare massimo 6 anni, è anche nel documento identitario. E' fantastico, ma non si riesce sempre, a volte la persona va via prima, a volte dopo 6 anni non trovi la persona che può entrare in quel ruolo. E' un'indicazione che ti fa capire che il tuo ruolo è transitorio, ma non deve essere rigido, se la Namastè si irrigidisse ora salterebbe in aria. Sono indicazioni che servono, per ricordarsi cosa si è scelto. Devi avere una capacità di reiventarti, ma sono competenze Farò al massimo due mandati perchè non credo che servano presidente a viva, si autocelebrano. A Giugno 2020 finirò il primo mandato e metterò a disposizione un altro mandato, se necessario, fino al 2025. Mi hanno chiesto due mandati perché nel primo capisci come muoverti, tra l'altro in pandemia non è regolare, e poi mantieni stabilità. Anche perchè quando cambia rappresentante legale, anche solo a livello burocratico si muove una macchina pazzesca. Cerco quindi di immaginarmi tra le persone chi potrebbe sostituirmi, perché difficilmente le persone si autocandidano. Occorre uscire da Namastè dopo per non essere una presenza ingombrante." (INT. 9)

Come CORESS, Namastè presenta un turnover complessivo contenuto. Il turnover negativo sembra essere principalmente legato a fattori fisiologici ed eccezionali, come dimostra la pandemia. La centralità della persona, caratteristica di entrambe le cooperative, e la propensione a valorizzare, caratteristica di Namasté, favoriscono una fidelizzazione delle risorse presenti.

> "Io conto sulle dita di una mano le persone che ci hanno lasciato negli anni. Ora lascia un'infermiera super qualificata, perché con il COVID tra situazione personale e lavoro ha un post traumatico da smaltire. E' un equipe dove ascolto molto i bisogni delle persone. Si riesce a conciliare esigenze personali: sono capitate aspettative, sono stati tolti da cure palliative quando c'era un certo stress. Tanto si dà e tanto si riceve. Il valore sono le RU." (INT. 17)

> "In questo anno e mezzo di pandemia abbiamo avuto cambi di persone con responsabilità altissime: abbiamo cambiato 9 coordinatori su 20, 4 responsabili d'area su 5. Questo ha voluto dire tenere compatti quelli che restavano, lasciando andare quelli che volevano partire, e accompagnare i nuovi arrivati." (INT. 9)

> "Nel momento in cui ho coinvolto un talento o ho dentro l'organizzazione un talento devo garantire che questo non se ne vada. Non può farsi una vita sempre nello stesso servizio, sempre la stessa identica cosa. una persona ha bisogno di stimoli, di un percorso di carriera, di crescita, magari da un'area all'altra. In questo caso il coordinatore che ha un valido operatore tenderà a tenerselo e nasconderlo. Le RU devono stimolare esperienze trasversali. Il momento dell'equipe è un momento importantissimo, di gestione del servizio, di raccolta delle informazioni ma anche di osservazione delle capacità delle persone." (INT.11).

Valutare l'azione organizzativa di soggetti erogatori di prestazioni, assume anche un'altra valenza, che va ben oltre l'ambito delle risorse umane. Si tratta di monitorare la quantità effettiva di prestazioni erogate (soprattutto nella logica pubblica che sottende il processo di *outsourcing*), nonché la qualità dei servizi erogati. L'analisi evidenzia come in entrambe le cooperative il concetto di monitoraggio si declini principalmente in valutazione dell'andamento economico-finanziario. La stessa valutazione dei bisogni (dell'utenza, del personale, etc.) non è strutturale, ma informale. Inoltre, manca un monitoraggio capace di produrre analisi di impatto, soprattutto in relazione ai significativi cambiamenti organizzativi avvenuti negli anni.

In CORESS, in particolare, il monitoraggio avviene all'interno dei binari della contrattazione, gli strumenti sono dunque centralizzati e condivisi a cascata con tutti i livelli coinvolti.

> "Non abbiamo strumenti di monitoraggio sulla qualità del servizio strutturati. Per gli ingressi la documentazione è molto snella: abbiamo un

foglietto che è il contratto, si chiedono i dati principali e si stabiliscono i termini della fatturazione, la privacy, poi tutta una serie di documenti sanitari che ci devono portare (scheda della terapia, autorizzazione per le contenzioni, scheda medica, allergeni) però rispetto ad altre strutture sappiamo di essere molto snelli, ce lo dicono. Abbiamo un quadernone in cui vengono registrate le consegne generali. Ogni giorno c'è un foglio, dove gli operatori dei vari turni scrivono le info generali del turno, per es. c'è una parte legata alle manutenzioni, agli ordini di acquisto, comunicazioni varie. Quando entra l'ospite si fa il PAI, dopo un periodo di osservazione e poi si fa la scheda del dolore e la scheda BRADEN (vengono aggiornate periodicamente e se ne occupa l'infermiera). Ogni 6 mesi i PAI vengono rinnovati (se ne occupa l'infermiera con la RAA). Se ci sono modifiche vengono condivise in equipe. Poi abbiamo strumenti operativi per es. la scheda per monitorare le contenzioni, la scheda per le evacuazioni. Di introduzioni nuove con il mio arrivo non ne ho fatte." (INT. 1)

"Come strumenti di monitoraggio, ci sono i bilanci trimestrali e c'è un controllo orario fatto dalla collega dell'area e dal direttore dei servizi. Se un servizio deve erogare 100 ore e da una verifica mi accorgo che ne hanno erogati 150, bisogna capire perchè? ci sono state delle malattie, ho inserito un operatore in più perchè necessario a rispondere ad un bisogno. E poi c'è il monitoraggio delle ore che per noi è il più importante, essendo il costo del personale quello più significativo. Se le ore previste da budget sono quelle che effettivamente avevamo previsto, se servono, etc. Viene fatto mensilmente. Il budget di servizio comprende altre voci e viene aggregato nel bilancio della coop. Questo iter si è strutturato nel tempo in funzione delle esigenze che emergevano: all'inizio pochi servizi, per cui sapevi precisamente cosa avveniva, li conoscevi a memoria, e dopo i monitoraggi si sono strutturati in maniera più minuziosa e sono stati delegati." (INT. 5)

In Namastè, dove i vincoli di monitoraggio imposti dall'esterno sono minori (data la limitata quota dei servizi erogati per conto del pubblico), i servizi godono di una maggiore autonomia nel definire modalità e strumenti di valutazione (sebbene vi sia una naturale tendenza a uniformarli). Gli strumenti sono dunque più flessibili, dal momento che consentono personalizzazioni al bisogno. La cooperativa punta più alla definizione di una cornice di metodo dentro la quale lasciare liberi i livelli intermedi (responsabili di area e coordinatori).

"I piani assistenziali [PAI] hanno una durata standard di 30 giorni. Ogni 30 giorni rivalutiamo i casi. Avendo in carico 180 paziente tutte le settimane ci

sono delle rivalutazioni. In questo momento la faccio io su ADI ordinaria e la fa la mia collega sulle cure palliative. Ogni settimana invio i PAI in scadenza via mail al gruppo e ciascuno risponde per i propri pazienti scrivendo cosa è cambiato. Lo fanno gli infermieri (l'80% del lavoro è infermieristico) e fisioterapisti. Non ho ancora una scheda, servirebbe per uniformare: c'è chi risponde in molto sintetico, chi dettagliato." (INT. 17)

"Con le persone è molto più dinamico, ci vogliono maglie, ma devono essere molto più morbide per cogliere il bisogno della persona che cambia. Ti faccio l'esempio degli anziani: si fa una scheda di accoglienza con i bisogni. Nel giro di un anno l'anziano può cambiare totalmente le sue esigenze, già nel giro di 2 o 3 mesi gli devi cambiare servizio o terapia. Le tabelle aiutano per avere una traccia, però sapere che è uno strumento e non un fine. M. [direttore della struttura] credeva che fosse più semplice lavorare nella cooperazione sociale invece è molto più complesso, non riesci mai a fermare le bocce, soprattutto se i servizi sono flessibili e adattabili ai bisogni. Occorre definire più il metodo, che criteri rigidi." (INT. 9)

2.5. Discussione dei risultati e conclusioni

Le due cooperative condividono fragilità sistemiche, connaturate alla tipologia di ente e alle dinamiche di tipo collaborativo-competitivo innescate dalla relazione con gli altri attori della governance socio-sanitaria (organizzazioni pubbliche e imprese). In particolare, nell'analisi emerge a più riprese il tema della riduzione progressiva della spesa sociale (iniziata alla fine degli anni '90, ma accentuatasi nell'ultimo decennio) e la conseguente contrazione dei trasferimenti economici agli enti erogatori. Le implicazioni organizzative sulle due cooperative di simili scelte politiche sono evidenti: se Namastè riduce sempre più il legame con il pubblico, optando per un ampliamento di servizi propri da erogare privatamente; CORESS, pur rimanendo legata a contratti di lungo periodo con il pubblico, inizia ad avvertire con più forza la spinta verso il libero mercato, come dimostra il suo aprirsi a nuove dinamiche collaborative con attori appartenenti al profit.

Un ulteriore elemento di fragilità, immesso dall'ambiente esterno, e che si manifesta internamente attraverso un elevato turnover nei servizi più a carattere sanitario, è la carenza di professionisti sul mercato. La pandemia ha esacerbato la competizione con il pubblico per il loro reclutamento: lo

scorrimento delle graduatorie, incluse le misure per il rafforzamento del personale sanitario nell'emergenza coronavirus, hanno incrementato la migrazione dal privato sociale al pubblico, più attrattivo in virtù delle sue migliori condizioni di trattamento economico e di stabilizzazione professionale.

Entrando poi nel merito dello studio organizzativo delle due cooperative, il tratto organizzativo che più ricorre nel corso dell'analisi, in quanto trasversale alle principali variabili organizzative prese in esame, riguarda il livello di interdipendenza tra le unità di servizio (lo si trova, infatti, riflesso nella razionalità organizzativa, manifesto nel disegno organizzativo ed implementato nella struttura organizzativa). La struttura organizzativa di enti a gestione di servizi plurimi (anche molto differenziati tra loro o comunque dislocati in territori diversi) potrebbe facilmente configurarsi come il risultato di una sommatoria delle sue singole unità, senza alcuna relazione tra queste. CORESS sembra riflettere questa configurazione: l'interdipendenza tra le unità di servizio risulta essere ridotta ai minimi termini. Il raccordo diretto tra singoli servizi e committenza pubblica, nonché l'afferire a regole e procedure standardizzate, sembra aver facilitato il consolidarsi di una struttura divisionale, con unità di servizio gestite in piena autonomia. L'indipendenza delle unità di servizio ha consentito a queste di operare in maniera efficiente anche in condizioni di isolamento e lontananza geografica dalla tecnostruttura.

Di contro, un simile distanziamento si traduce non solo in termini fisici, ma anche affettivi: il senso di appartenenza al servizio prevale sul senso di appartenenza alla cooperativa, non solo per ragioni di prossimità, ma anche per mancanza di meccanismi di partecipazione dal basso. Va riconosciuto alla cooperativa l'aver attivato canali di comunicazione orizzontali (come dimostra il percorso partecipativo facilitato da Randstad), ma solo in tempi recenti e in via estemporanea e residuale rispetto a strumenti di raccordo verticistico più consolidati (come il CASP). Se l'interdipendenza interna è minima, elevata è l'interdipendenza che lega la cooperativa agli altri attori della governance: dall'analisi emerge chiaramente come CORESS sia inserita in una governance territoriale ben strutturata, dalla quale dipende non solo in termini di risorse economiche-finanziarie (essendo più del 90% dei servizi in gestione il risultato di una esternalizzazione pubblica), ma anche per l'invio dell'utenza.

Namastè sembra operare secondo una logica opposta: tra le sue unità vi è un elevato livello di interdipendenza, reso intenzionale dalle sue origini e intensificatosi nel tempo con i dispositivi di raccordo introdotti (di cui l'equipe settimanale tra tutti i coordinatori di servizio è un esempio). Per contro il livello di interdipendenza con l'esterno risulta essere ai minimi termini, non solo per la

maggiore autonomia di cui gode (rispetto a CORESS) essendo ente gestore unico, e dunque più autonomo nella presa in carico, ma anche per il livello di indipendenza che l'agire a libero mercato consente di raggiungere.

In conclusione, e in risposta alla domanda di ricerca, i risultati evidenziano come i processi organizzativi analizzati si configurino come processi che si snodano tra un sistema di vincoli e opportunità, chiaramente legati ai modelli di governance regionale di afferenza, ma siano anche il frutto della storia delle due organizzazioni e dell' expertise maturata.

Lo stesso livello di interdipendenza va letto, senz'altro come una conseguenza di scelte consapevoli compiute dalle due organizzazioni, in relazione all'organizzazione delle proprie "attività di input" (Thompson, 1991). Tuttavia, nel corso dell'analisi emerge chiaramente come alcuni elementi provenienti dall'ambiente di riferimento, e, dunque, differenti nei due contesti, in particolare modalità di presa in carico e meccanismi di contrattazione, favoriscano o meno il consolidamento di un modello organizzativo più o meno interdipendente.

L'interdipendenza tra le sue unità diventa, nel contesto delle scelte compiute e sostenute dalle dinamiche relazionali connaturate al sistema di governance di afferenza, una condizione necessaria per una gestione delle proprie risorse (in primis umane) efficace ed efficiente. Per Namastè l'interdipendenza costituisce un elemento in grado di attenuare il suo rischio di impresa: come si è visto nel corso dell'analisi, è nella mobilità di risorse economiche e umane tra servizi (ammessa anche nei servizi gestiti in contrattazione con il pubblico, non possibile invece per CORESS) che il rischio di impresa di Namasté può attenuarsi, dal momento che l'elevato rischio connesso ad un servizio può trovare compensazione nel basso rischio di un altro servizio.

Quanto, invece, il COVID-19 abbia influito sull'interdipendenza tra le diverse unità di servizio nelle due cooperative oggetto di studio non è chiaro. Alla luce delle sfide innesacate dalla pandemia, l'interdipendenza potrebbe, infatti, essere vista un vantaggio, nella misura in cui permette aggiustamenti tra i servizi (anche solo in termini di budget, come avvenuto in Namastè), oppure come uno svantaggio, dal momento che conseguenze agenti su un servizio potrebbero espandersi ad altri.

Come si è visto nella trattazione dei risultati, al di là dei costi effettivi e consistenti per entrambe le cooperative, il COVID-19 risulta aver avuto un'influenza alquanto ambivalente sul livello organizzativo: da una parte ha innescato e accelerato dei cambiamenti organizzativi (per esempio nelle

modalità di erogazione dei servizi, consolidando l'adozione di alcune tecnologie), dall'altra ha rallentato, se non alterato la maturazione dei cambiamenti ad esso pregressi, come testimoniato da Namasté in relazione all'assetto organizzativo adottato alla vigilia della pandemia.

Bibliografia

ALBANO R., DELLAVALLE M., (2013), *Organizzare il servizio sociale. NodI interpretativi e strumenti di analisi per gli assistenti sociali*, Milano, Franco Angeli.

ASCOLI U., CAMPEDELLI M., (2021), "Insostituibilità, riconoscenza, integrazione funzionale: la parabola del Terzo Settore nella pandemia", *Politiche Sociali*, Bologna Il mulino, pp. 369-388

ASCOLI U., PAVOLINI E., (a cura di), (2015), *The Italian Welfare state in a European Perspective. A Comparative Analysis*, Bristol, Policy Press.

ASCOLI U., RANCI C., (2003), *Il welfare mix in Europa*, 2003, Roma, Carocci.

BERTIN G., (2012), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizione Ca Foscari.

-(2007), *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli.

BIFULCO L., VITALE T., (2005), "La contrattualizzazione delle politiche sociali e il welfare locale", in Bifulco, L. (a cura di*), Le nuove politiche sociali: temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, pp. 81-100

BIFULCO L., (2012), Che cos'è un'organizzazione, Roma, Carocci.

BURNS T., STALKER G.M., (1961), "The Management of Innovation", University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship.

CALLINI D. (2010), *Organizzazioni allo specchio. Persone, sistemi organizzati, complessità*, Ravenna, Tempo al libro.

CARABELLI G., FACCHINI C., (2010), *Il modello lombardo di welfare*, Milano, Franco Angeli.

COMBRINCK-GRAHAM L. (1985), "A developmental model for family systems", *Fam Process*, 24(2), pp. 139-150

CONTI I. (2018). Uno sguardo sullo sviluppo storico del Terzo Settoree della Cooperazione Sociale in Italia, *Quaderni Di Psicologia Clinica*, (2), pp. 36–48

GALERA G., (2020), "Verso un sistema sanitario di comunità", *Impresa Sociale*, 2/2020, pp. 88-122.

GORI C., (2020), "Più servizi e meno regolazione. Il welfare lombardo nella longue durée", *Politiche Sociali*, 3, pp. 375-396.

GOULDNER A. (1957), "Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles. II", *Administrative Science*, Quarterly. 2. 10.2307/2391000.

GUALDANI A. (2018), *Diritto dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli Editore.

LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., (1967), *Organization and Environment*, Boston, MA: Harvard Business School, Division of Research.

ROETHLISBERGER F. J., DICKSON W. J. (1939), *Management and the worker*, Cambridge, Harvard University Press.

THOMPSON J.D., (1991), *L'azione organizzativa* (a cura di B. Maggi), Torino, ISEDI.

YIN R. K., (1981), "The Case Study as a Serious Research Strategy", *Anthropological Theory*, 3(1), 329–363.

CAPITOLO 3

Tecnologia e digitalizzazione in era COVID-19: sfide ed opportunità per il Terzo Settore in ambito sociosanitario

3.1. Introduzione

Gli ultimi decenni hanno visto una diffusione delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (in acronimo TIC o ICT, dall'inglese *Information and Communications Technology*) di portata globale: non c'è settore che non abbia sperimentato una trasformazione repentina dei propri confini e delle dinamiche interne (tra cui Porter e Heppelmann, 2015; Verhoef e Bijmolt, 2019).

Il settore socio-sanitario è senz'altro uno di questi, sebbene i due comparti - sanitario e sociale – avanzino a due distinte velocità. In ambito sanitario non solo sono da tempo in essere soluzioni hardware e software per sostenere la telemedicina, sotto forma di tele-visita, teleconsulto, refertazione a distanza, ma sono attivi anche processi e strumenti digitali organizzativo-gestionali volti a garantire una maggiore sostenibilità economica e migliori risultati in termini di risultato per gli utenti. La centralità che la trasformazione digitale riveste in ambito sanitario trova evidenze anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): basti considerare che circa un terzo dei fondi attribuiti alla sanità sono destinati alla modernizzazione tecnologica e digitale degli ospedali, alla domiciliarità e alla telemedicina.

Nel comparto sociale la digitalizzazione si traduce nell'integrazione di tecnologie digitali nella fornitura quotidiana di servizi sociali. Sebbene il suo impatto trasformativo stia emergendo solo di recente, gli sviluppi si stanno rivelando sempre più rapidi, come dimostrato dalla pandemia.

Tra i diversi soggetti che compongono la governance socio-sanitaria, il Terzo Settore è l'attore che più di ogni altro si è mostrato, nel tempo, refrattario all'integrare la tecnologia nell'erogazione della prestazione, in quanto considerata antitetica alla relazione. Privi, nella maggior parte dei casi, di una visione strategica sulle tematiche digitali, gli enti erogatori del privato sociale si sono trovati dall'oggi al domani nelle condizioni di dover accelerare l'adozione del digitale per garantire una continuità assistenziale.

Il presente paper illustra i risultati di una comparazione tra due studi di caso, riguardanti due enti del privato sociale erogatori di servizi socio-sanitari (rispettivamente ubicati in Emilia-Romagna e Lombardia), oggetto di una

ricerca sulle ricadute organizzative dei modelli di integrazione socio-sanitaria delle due regioni. In particolare, viene analizzato il livello di maturità digitale delle due organizzazioni, nell'intento di indagare - in prospettiva comparativa - possibili vincoli e opportunità derivanti da due differenti contesti di governance del settore sociosanitario e agenti sulle traiettorie di digitalizzazione degli enti oggetto degli studi di caso.

Vengono scelte organizzazioni del Terzo Settore, in quanto maggiormente esposte all'esigenza di innovare, anche in chiave tecnologica. Definita la tipologia di ente, la scelta delle due organizzazioni da comparare è ricaduta su realtà rispettivamente afferenti a Regione Lombardia e Regione Emilia-Romagna, selezionate come rappresentative di due modelli socio-sanitari aventi differenze significative.

Per comprendere e gestire nella comparazione degli enti la diversità dei due modelli regionali, è stato in precedenza condotto uno studio preliminare, realizzato attraverso un'analisi dei principali documenti programmatici e i contributi di esperti del settore (*key informants*), avente come finalità quella di attualizzare l'assetto della governance socio-sanitaria delle due regioni, un passaggio fondamentale per poter poi comprendere vincoli e opportunità emergenti in due differenti contesti spaziali, ma contestualizzati in una comune dimensione temporale (il periodo pandemico).

Lo studio conferma tendenzialmente il quadro tracciato dalla letteratura (tra cui Carabelli e Facchini, 2010; Gori, 2020), ossia la presenza in Lombardia di enti gestori/erogatori, agenti, indipendentemente dalla forma giuridica, come "imprese di mercato", con un processo orientato ad un'innovazione di prodotto. Al contrario, in Emilia-Romagna, dove il pubblico ha mantenuto nel tempo il suo ruolo di regia, prevalgono fenomeni di isoformismo (Albano e Dellavalle, 2003), che vedono il privato sociale adeguare i propri processi organizzativi a quelli della pubblica amministrazione.

Nel presentare le risultanze di questa analisi comparata, il capitolo successivo è dedicato ad un'analisi di contesto: viene presa in esame la letteratura relativa alla digitalizzazione dei processi aziendali, con particolare rilevanza per il settore socio-sanitario. Il terzo capitolo illustra la metodologia seguita, tanto nell'identificazione delle due organizzazioni da studiare, quanto nella codifica e analisi dei testi delle interviste realizzate. Il quarto capitolo presenta i risultati di questo studio, attraverso un'analisi descrittiva dei processi di digitalizzazione delle due cooperative. Nel quinto e ultimo capitolo si discutono i risultati descritti.

3.2. La digitalizzazione nel settore sociosanitario italiano

Sembra esserci un ampio consenso sul fatto che le tecnologie digitali abbiano generato in questi ultimi decenni un processo di trasformazione economica e sociale di portata globale (Schienstock 2002). Senza voler entrare nell'annoso dibattito che ruota intorno al concetto di società dell'informazione (tra cui Touraine, 1969; Bell, 1973; Castells, 1996) e che vede schierati, da una parte, quanti sostengono l'emersione di un nuovo settore (per es. Miles and Robins 1994), rispetto a chi porta l'attenzione più su un cambiamento nel modo di produrre ed erogare servizi in un'ottica processuale (per es. Webster 1995), è un dato innegabile che le moderne Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione siano penetrate in tutti i settori, incluso il settore socio-sanitario.

Entrando nel merito di questo settore, oggetto di studio, è importante richiamare il dibattito in corso riguardante il tema della digitalizzazione del welfare, un dibattito alquanto recente, per cui limitato nelle fonti e dai contorni ancora poco definiti. Sebbene non vi siano posizioni particolarmente polarizzate al suo interno, sembra esserci una certa ambivalenza rispetto ai potenziali ruoli e impatti della tecnologia all'interno di questo settore: alcuni autori enfatizzano il potenziale trasformativo delle tecnologie rispetto ai tradizionali modelli di servizio, attraverso una ridefinizione dei luoghi e delle modalità erogative, incluso il ruolo di utenti e operatori, in una visione di innovazione dirompente (tra cui Busemayer 2020, 2022; Perobelli e Rotolo, 2019); altri autori, pur riconoscendo opportunità e potenziali benefici connessi ad una crescente digitalizzazione del welfare, si concentrano sugli aspetti di maggiore criticità. Tra quest'ultimi spicca, con una certa preoccupazione, il tema di una possibile disuguaglianza sociale digitale (Halford e Savage, 2010), frutto non solo di un'esclusione dalle tecnologie digitali, il cosiddetto *digital divide* (tra cui Van Dijk, 2020; Ragnedda e Muschert, 2013; Tarallo, 2003; Rogers, 2001), ma del combinarsi di questo fattore con lo svantaggio sociale (per es. Pilkington, 2019, Palmiero, 2020). Altro elemento che genera allarmismo è la tendenza ad introdurre tecnologie dall'alto impatto sociale senza un reale dibattito pubblico (Palmiero, 2020).

Venendo poi allo sviluppo tecnologico dei due comparti, è il sanitario a fare da apripista al sociale (Campedelli, 2019). Definibile come un'adozione massiccia di tecnologie digitali per generare, elaborare e condividere informazioni e realizzare compiti specifici tramite dispositivi digitali (EPSU, 2019), la digitalizzazione di servizi socio-sanitari sottende l'integrazione di tali

tecnologie nella fornitura stessa dei servizi (le piattaforme digitali di intermediazione dell'offerta e della domanda ne sono un esempio).

La trasformazione digitale può, tuttavia, interessare questo settore senza riflettersi direttamente nel suo prodotto, ossia la prestazione socio-sanitaria, ma sostenendone indirettamente lo sviluppo e l'implementazione, attraverso una facilitazione dei processi organizzativi e lavorativi che stanno a monte. In questa seconda accezione la digitalizzazione del settore viene letta in chiave più infrastrutturale, attraverso i processi di informatizzazione che possono toccare tanto il sistema (il fascicolo sanitario elettronico ne è un esempio), quanto le singole organizzazioni coinvolte nella prestazione. Questa seconda dimensione è pre-condizione per la prima: infrastrutture ICT agevolano, infatti, le soluzioni tecniche integrate nella prestazione (come la telemedicina) e ne rappresentano un presupposto obbligatorio per la loro applicazione. Se, dunque, la dotazione di un'adeguata infrastruttura digitale è condizione necessaria (ma non sufficiente) per lo sviluppo di prestazioni a contenuto tecnologico, non vale la relazione inversa: l'informatizzazione può avvenire anche in contesti di erogazione tradizionale.

Alla luce di questa distinzione diventa interessante comprendere lo stato dell'arte dei due comparti rispetto a tecnologie digitali impiegate e a processi attivati.

In ambito sanitario le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione comprendono un'ampia gamma di strumenti e servizi applicati di natura tecnologica, spesso ricompresi sotto le sigle *e-health, m-health, digital* (o *smart*) health e *Internet of Medical Things* - IoMT, aventi la finalità di fornire prestazioni volte alla prevenzione, diagnosi, trattamento, monitoraggio, gestione della malattia e responsabilizzazione dei pazienti (Black et al., 2012).

L'ecosistema digitale del comparto sanitario risulta estremamente variegato. I confini concettuali tra i diversi termini in uso risultano essere estremamente labili: se con il termine *e-health* si fa riferimento all'utilizzo di tecnologie informatiche e di telecomunicazione (come lo smartphone) in ambito sanitario, il termine *m-health*, sottocategoria dell'*e-health*, circoscriverebbe l'uso di tali dispositivi mobili al solo campo della medicina e della salute.

E-health e *m-health* sono poi ricompresi all'interno della definizione più ampia di *digital health*, termine ombrello inclusivo di tutti i diversi segmenti. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, tale termine comprenderebbe non solo quanto afferisce all'*e-health*, ma anche ulteriori scienze informatiche avanzate, afferenti per esempio ai big data, alla genomica e all'intelligenza artificiale (ITU, 2012).

Il concetto di *digital health* consente, dunque, di tenere insieme i due piani di analisi, precedentemente definiti: il piano infrastrutturale di supporto all'erogazione della prestazione, inclusivo di tutti i domini interconnessi (social media, *Internet of Things* (IoT), Software come Servizio (SaaS) e Dati come Servizio (DaaS)) e dei Sistemi di informazione sanitaria (come cartelle cliniche elettroniche e portali per i pazienti, sistemi di prescrizione elettronica, sistemi di archiviazione e comunicazione delle immagini, sistemi informatici di laboratorio, sistemi di somministrazione per il paziente, etc.); e il piano che vede l'integrazione delle tecnologie digitali nella prestazione stessa, inclusivo di tutti i dispositivi di *m-health* (ossia dispositivi indossabili e impiantabili), telemedicina (telemonitoraggio di malattie, consultazione remota, insegnamento e supporto da remoto), intelligenza artificiale, nonché campi correlati (inclusivi di stampa 3D, genomica e test genetici diretti al consumatore, medicina di precisione).

La digitalizzazione del comparto sociale è, senz'altro, meno ricca e variegata rispetto al sanitario: l'impiego di una tecnologia intensiva incentrata sulla relazione (Thompson, 1967) e la conseguente ritrosia dei professionisti hanno limitato l'introduzione di ICT. Tuttavia, i suoi effetti sono già visibili: si va dall'automazione di alcuni compiti e occupazioni, in cui vi è una sostituzione dell'input di lavoro umano con l'input della macchina (compresa la robotica avanzata, l'intelligenza artificiale e l'apprendimento automatico) alla digitalizzazione dei processi (utilizzo di sensori ed elaborazione, memorizzazione e comunicazione di informazioni e dati personali in formato digitale, anche attraverso l'Internet delle cose). Su un piano infrastrutturale, da segnalare la comparsa di piattaforme di intermediazione domanda e offerta di servizi (su cui segue un approfondimento, date le peculiarità del fenomeno) e tutti i sistemi di documentazione digitale (dalle attività di backoffice, di carattere anche rendicontativo, alle cartelle elettroniche degli utenti in carico).

Sebbene i due comparti abbiano stadi di sviluppo differente, l'integrazione sociosanitaria risulta essere sostenuta da dispositivi a cavallo tra i due ambiti. L'Internet delle cose (IoT), applicato all'assistenza sociale, nel raccogliere e scambiare dati con il minimo intervento umano, consente agli utenti di monitorare sé stessi e il proprio ambiente in tempo reale, prevenendo così ospedalizzazioni non necessarie. Il potenziamento della parte assistenziale, resa possibile dalle tecnologie, consente un alleggerimento della parte sanitaria, principio cardine dell'integrazione socio-sanitaria.

Il tema delle piattaforme, per il loro carattere innovativo e ambiguo in termini di efficacia e appropriatezza rispetto allo scopo che si prefiggono, merita un approfondimento specifico.

Espressione del rapporto tra innovazione tecnologica e innovazione economica, la variegata realtà delle piattaforme digitali, definite come infrastrutture digitali che abilitano l'interazione tra due o più gruppi di attori con l'obiettivo di facilitare un incontro tra domanda e offerta di servizi, è oggetto di una ricca letteratura (Kenney e Zysman, 2016; Srnicek, 2017). *Digital economy, sharing economy, collaborative economy, peer-to-peer economy, gig economy, on demand economy* e *platform economy* sono le diverse etichette utilizzate per restituire la complessità e la multisfaccettatura di questo fenomeno (Pais, 2019). Tali etichette metterebbero l'accento non tanto sulle caratteristiche tecnologiche e gli ambiti di applicazione, ma sull'approccio interpretativo adottato: mentre i termini *sharing economy* e *collaborative economy* tendono a mettere in luce le potenzialità in termini di valorizzazione delle risorse dormienti, riduzione degli sprechi e rafforzamento delle relazioni tra pari (Sundararajan, 2016); il termine *gig economy* tende ad avere una connotazione negativa, poiché richiama la frammentazione del lavoro e la scarsa protezione sociale utilizza (Huws, 2014).

Il settore sanitario, in particolare, ha visto una prima ondata di piattaforme elettroniche, in senso lato, a partire dalla fine degli anni '90: gli esempi includono comunità online di pazienti (Nambisan e Nambisan, 2009), piattaforme di gestione elettronica delle cartelle cliniche (fornite tra gli altri da Google, IBM, Microsoft, Apple), e progetti nazionali riguardanti l'infrastruttura di sanità elettronica (Pouloudi et al., 2016; Wessel et al., 2017). Gli ultimi anni hanno conosciuto poi nuove iniziative digitali di piattaforme sanitarie. Queste piattaforme operano su un doppio binario: da un lato promuovono la partecipazione dei pazienti e il loro contributo alla co-creazione dei servizi di cura, dall'altro lato si rivolgono all'innovazione aperta, dai fornitori di tecnologia ai gestori di servizi nella salute, sempre in un'ottica di co-creazione. La peculiarità di questa seconda ondata è quella di aver cambiato, o comunque diversificato, la modalità di fornitura di assistenza sanitaria, creando nuove promesse e aspettative (Furstenau et al., 2018). È questa seconda ondata ad essere oggetto d'interesse per la presente ricerca.

In Italia, il fenomeno non si limita al solo ambito sanitario, ma alla luce dell'integrazione socio-sanitaria di cui si è fatto cenno in precedenza, agisce sul sistema più ampio di welfare, tanto da che si parla di *sharing welfare* (Pais e Zandonai, 2019). Frutto dell'ibridazione tra logiche proprie del nuovo welfare partecipativo (illustrato in precedenza) e della Platform community (di cui si è

appena fatto cenno), il concetto di *sharing welfare* sembra basarsi su tre elementi distintivi: co-produzione, personalizzazione dell'offerta, e infrastruttura web-based (Pais e Zandonai, 2019).

Tuttavia, sebbene la digitalizzazione possa favorire processi di trasformazione dei servizi di welfare tradizionale, il suo riferimento non può essere la piattaforma di mercato. A questo proposito Pais e Zandonai (2019) hanno coniato il termine "quasi piattaforma", da interpretarsi non in un'ottica di incompiutezza, ma in relazione a caratteristiche peculiari che sono la naturale conseguenza del loro agire all'interno dei "quasi mercati", plasmati dai diversi modelli di welfare regionale. Su questo aspetto si gioca una prima differenza sostanziale: "se le piattaforme di mercato traggono parte dei loro ricavi dalla vendita dei dati, nelle quasi-piattaforme i dati sono valorizzati come beni comuni, utili all'individuazione di nuovi rischi sociali e nuovi bisogni di servizi" (Pais e Zandonai, 2019). Una seconda differenza sostanziale riguarda l'aspetto dell'intermediazione: queste quasi piattaforme non mettono in discussione il ruolo di provider, attribuito agli attori classici. L'incontro tra domanda e offerta di prestazioni socio-sanitarie e la divisione del lavoro rimane nelle mani delle organizzazioni che erogano il servizio. L'obiettivo rimane quello di coltivare una comunità di utenti ibrida online/offline, funzionale alla riduzione del costo organizzativo e informativo connesso ad un'elevata frammentazione dell'offerta.

È dunque interessante leggere questa esperienza, come altre affini, non come realtà organizzative a sé stanti, ma come un mezzo che diversifica quelle che sono le classiche modalità di disseminazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari (Pais e Zandonai, 2019).

In quest'ottica, se in generale l'analisi dei processi e delle interazioni tra gli stakeholder interni ad una qualsiasi piattaforma e l'ecosistema in cui essa si inserisce è di grande rilevanza, nel caso delle "quasi-piattaforme" tale analisi diventa fondamentale. Sempre secondo Pais e Zandonai (2019), una quasi-piattaforma non può essere letta come un'organizzazione a sé stante, ma come parte di organizzazioni e di reti ampie. I classici confini organizzativi chiusi delle piattaforme vengono dunque superati. Non a caso le quasi-piattaforme non nascono come startup, ma sono parte di processi di trasformazione organizzativa di attori già accreditati come provider di prestazioni socio-sanitarie. Alle economie di scala (*scaling wide*), tipiche delle piattaforme tradizionali, le quasi piattaforme privilegiano logiche di radicamento (*scaling deep*), aspetto che si coglie, in particolare, nel fatto che gli investimenti iniziali risultano essere minimi e, comunque, di carattere

filantropico (Pais e Zandonai, 2019). Ai fini della presente ricerca può essere, dunque, interessante collocare l'esperienza delle piattaforme (o quasi piattaforme per mantenere la terminologia coniata dalla letteratura), all'interno della/e governance socio-sanitaria della Regione/i in cui tali piattaforme (o applicazioni digitali per usare una categoria più ampia, se questo si renderà necessario) operano, leggendo questo posizionamento sotto la lente polanyiana. Quest'analisi consentirebbe, infatti, di leggere possibili conflitti e tensioni, anche di natura più sistemica, ma dalla cui risoluzione dipende il consolidamento, la crescita, e in termini più generali il successo, della piattaforma stessa (Furstenau et al., 2018). Per accreditarsi all'interno della più ampia governance socio-sanitaria, un'identità chiara deve svilupparsi e il fornitore della piattaforma (o applicazione in un senso più ampio) deve rafforzare la propria legittimità e affidabilità (Barrett et al., 2016).

Non bisogna poi trascurare il fatto che una parte di letteratura considera le piattaforme come organizzazioni in evoluzione o persino meta-organizzazioni (Gawer e Cusumano, 2013). Come tali hanno bisogno di risorse, regole e routine per perseguire i propri obiettivi strategici. Le regole possono essere create sia dai provider e dai collaboratori interni alla piattaforma, sia dall'ecosistema esterno alla piattaforma. Tali regole si rivolgono non solo alla governance della piattaforma ma tendono ad includere anche regole di partecipazione alla piattaforma (Neumann, 2007).

Calate nel contesto pandemico, le piattaforme digitali si sono rivelate come una delle innovazioni chiave per la gestione dell'emergenza, nella misura in cui hanno favorito una messa a sistema efficiente di risorse messe a disposizione da attori della governance socio-sanitaria diversi, favorendo per esempio l'incontro tra volontari e persone bisognose di aiuto (Galera, 2020). A titolo di esempio si cita il caso della piattaforma, www.covid19alessandria.help, promossa ad Alessandria, una delle province più colpite dalla pandemia, da un gruppo di organizzazioni del privato sociale: come molte affini, questa piattaforma si configura come uno spazio virtuale in cui sono concentrate ed organizzate tutte le informazioni di carattere istituzionale e non, le iniziative di solidarietà, nonché i servizi attivati sul territorio durante l'emergenza.

Sviluppatesi in relazione alla gestione della pandemia, sarà interessante osservare il loro grado di resilienza, una volta terminato il fenomeno, e capire se continueranno ad essere un punto di raccordo, anche solo informativo, di servizi di fatto frammentati.

Se è opinione diffusa che il COVID-19 si sia rivelato una cartina al tornasole di criticità insite nell'ecosistema socio-sanitario pre-esistenti (FIALS,

2021), è altrettanto condivisa l'idea che sia la digitalizzazione del settore uno dei più importanti abilitatori per il raggiungimento di un sistema sanitario efficiente. La frammentazione degli interventi, rimessi ad una pluralità di attori di diversa natura (protagonisti delle diverse governance socio-sanitarie territoriali), a cui è connessa un'inevitabile dispersione di risorse, richiede una maggior coordinamento e messa a sistema. L'urgenza messa in evidenza dal COVID-19 è quella di un'azione di natura infrastrutturale (data centrica), connessa dunque alla prima dimensione qui delineata: non è un caso che parte delle risorse stanziate dal PNRR[12] vadano in questa direzione, ossia verso la realizzazione di una infrastruttura informatica *mission critical*, in grado di favorire una piena integrazione di tutti i documenti sanitari e di tutte le tipologie di dati e servizi che confluiscono nel Fascicolo Sanitario Elettronico, in una logica di piena interoperabilità regionale e di piena integrazione tra sanità pubblica e privata, grazie ad una combinazione di piattaforme infrastrutturali IT di Cloud Pubblico, Privato ed architetture Edge, capace di garantire la massima resilienza operativa alla luce delle diverse specificità clinico-sanitarie. Tale intervento non solo migliorerebbe la raccolta, il processo e la produzione dei dati per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ma sviluppando strumenti di analisi avanzata per lo studio di fenomeni complessi, consentirebbe di sviluppare analisi predittive sulla base delle quali programmare l'offerta di servizi[13]. Rispetto al tema delle piattaforme, qui ampiamente trattato, è interessante notare come sia prevista anche la creazione di una piattaforma nazionale per la gestione della domanda e dell'offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati[14].

Dalla realizzazione di questi obiettivi dipenderà l'effettivo rinnovo del sistema sociosanitario, in particolare il superamento dell'attuale configurazione a silos, non solo finanziariamente poco sostenibile, ma anche di difficile gestione, sia in ottica di valutazione (alla luce delle forti differenziazioni territoriali, che ne limitano il ricorso a benchmarking), sia in termini di adeguamento dei servizi al modificarsi dei bisogni. Un sistema informativo in real time abilitante delle diverse risorse facenti capo ai diversi attori che compongono la governance sociosanitaria non solo consentirebbe di gestire con

[12] La Missione 6 è interamente dedicata al tema "Salute", con una disposizione di 15,63 miliardi di euro, a cui si aggiungono altri fondi complementari per un totale di 20,23 miliardi di euro

[13] Componente 2, Missione 6 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", PNRR, 2021

[14] Componente 1, Missione 6 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", PNRR, 2021

maggiore efficienza situazione di crisi (come dimostrato dalle esperienze su piccola scala attivate in fase pandemica), ma contribuirebbe alla sostenibilità finanziaria impiegando le risorse più appropriate durante il percorso diagnostico e clinico del cittadino.

3.3.Tecnologie digitali e cambiamento organizzativo

Prima di addentrarsi nel merito del rapporto tra tecnologie e cambiamento organizzativo, con particolare riferimento alla tipologia di organizzazione oggetto di questo studio, ossia le organizzazioni del privato sociale erogatrici di servizi socio-sanitari, occorre definire il concetto di tecnologia e circoscriverne il campo in base all'area di interesse.

Le definizioni e le applicazioni del concetto di di tecnologia sono cambiati in maniera significativa dalla sua introduzione nel 1829 all'interno dell'opera di Elements of Technology di Jacob Bigelow. Non potendo riassumere due secoli di dibattito, viene qui richiamata la definizione data da Rudi Volti nella sua opera del 2009, "*Society and Technological Change"*, per la sua immediatezza. L'autore definisce la tecnologia come un sistema creato dall'uomo in grado di utilizzare la conoscenza e l'organizzazione per produrre oggetti e tecniche per il raggiungimento di obiettivi specifici (Volti, 2009).

Alla luce di questa definizione si comprende come le tecnologie digitali costituiscano una sottocategoria di tecnologie di portata più ampia, a cui è possibile ascrivere tutto ciò che viene sviluppato in ambito informatico e digitale, e ricompreso sotto la sigla TIC - Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (o sotto l'acronimo anglosassone ICT - *Information and Communication Technologies*).

Se e come le moderne tecnologie della comunicazione e dell'informazione comportano una ristrutturazione organizzativa è oggetto di un ampio dibattito: da una parte quanti considerano la tecnologia prioritariamente come fulcro del cambiamento (per es. Nora and Minc, 1979), collocandosi di conseguenza nel filone teorico del determinismo tecnologico (McLuhan, 1962; Buffardi e De Kerckhove 2011), dall'altra quanti vedono le tecnologie come un fattore tra altri, in una visione olistica chiamata a tener conto della natura interdipendente delle applicazioni ICT, delle forme organizzative, dei modelli culturali, degli obiettivi strategici delle aziende e delle risorse umane (tra cui Schienstock, 2002).

La realtà pandemica, caratterizzata - come si è visto - da cambiamenti organizzativi significativi in diversi settori, dall'educazione alla sanità passando per il mondo delle imprese, sembra mettere fortemente in discussione la visione

di un determinismo tecnologico: in organizzazioni a minor impiego di tecnologie, le TIC sono state implementate con estrema rapidità, sulla spinta della pandemia, nel quadro organizzativo esistente e in funzione di esigenze organizzative, accelerando di diversi anni il processo di digitalizzazione (per es. Report Experis, 2022).

La pandemia sembra, inoltre, confermare la visione di quanti negano il determinismo tecnologico nella misura in cui né tecnologia né l'organizzazione sarebbero fattori fissi, ma si plasmerebbero vicendevolmente in una dinamica circolare, innescata da altri fattori: se è vero che l'introduzione delle TIC sostiene il cambiamento organizzativo, la nuova organizzazione che ne scaturisce offrirebbe, a sua volta, nuove opportunità per il design tecnologico. Secondo questa visione le TIC offrirebbero occasioni per manipolare la tecnologia e la struttura organizzativa secondo altri driver di cambiamento (Schienstock, 2002).

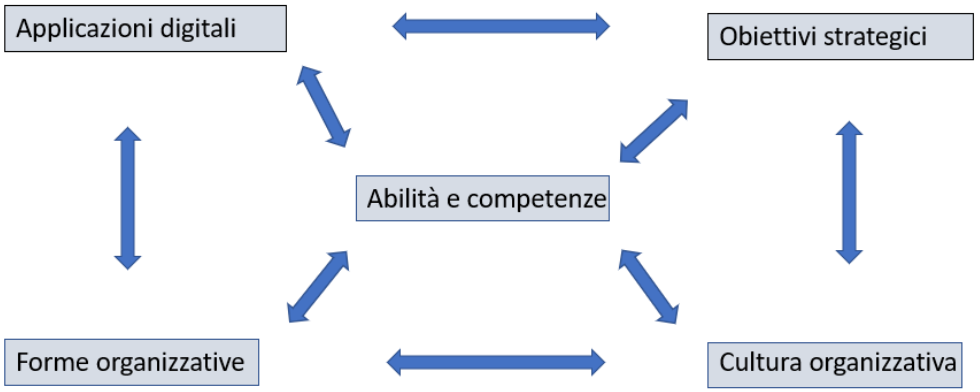
Guardando alla realtà del Terzo Settore, da sempre refrattaria alla tecnologia in quanto considerata antitetica alla relazione, si trovano evidenze rispetto al ruolo che la cultura aziendale riveste nello sviluppo e diffusione di modelli di comunicazione, sostenuti dalle TIC. Valori e norme, sottese alla cultura aziendale, ne sarebbero i principali determinanti. Tuttavia, se non è la tecnologia in sé e il suo potenziale di trasformazione a determinare la natura e la portata dei benefici ottenuti dalle TIC impiegate, specifiche funzioni, sottese agli applicativi, individuate ed attivate nella cornice culturale aziendale di riferimento, possono influenzare le strutture sociali e le relazioni.

Alla luce di queste riflessioni, nel contesto della presente ricerca vengono indagate le TIC implementate all'interno delle due organizzazioni, oggetto di studio, non come strumenti tecnologici ma come pratiche tecnologiche (Schienstock, 2002). Il concetto di pratica prende in esame un insieme di variabili complementari alla tecnologica in uso, tra cui le forme organizzative, gli obiettivi strategici, i modelli culturali a cui l'organizzazione afferisce e le competenze dei lavoratori che le utilizzano. La loro interconnessione e influenza reciproca spinge a riflettere sullo sviluppo di queste variabili in una logica coevolutiva.

In una data organizzazione possono esistere una pluralità di pratiche tecnologiche, più pratiche possono agire su un'unica tecnologia, generando utilizzi diversi di quella determinata tecnologia. Le pratiche tecnologiche possono, dunque, essere analizzate a partire dall'identificazione delle tecnologie e/o in relazione ai livelli organizzativi su cui agiscono. Nel presente studio si è scelta la prima strada: partendo dall'identificazione degli applicativi

digitali in uso in ciascuna cooperativa, viene considerato il livello di maturità digitale delle due organizzazioni attraverso l'analisi delle cinque variabili componenti la proposta teorica di Schienstock (riportata nella tabella 1.2.), con l'obiettivo di comprendere se vi siano vincoli e opportunità, derivanti dal modello di governance di appartenenza, in grado di influenzare il processo coevolutivo delle variabili assunte nell'autore.

Grafico 1.1. – Pratiche tecnologiche



(Schienstock, 2002)

3.4 Cooperativa CORESS e Cooperativa Namasté: l'oggetto e il metodo di analisi

L'analisi che segue è il risultato di una comparazione tra due studi di caso, contestualizzati nel tempo presente, rappresentato dall'emergenza pandemica, e nei confini territoriali dei due modelli regionali di governance socio-sanitaria a cui i due enti del privato sociale - selezionati per gli studi di caso - afferiscono. L'analisi, volta a far emergere possibili vincoli e opportunità (derivanti dal

sistema di governance di appartenenza) per i processi di trasformazione digitale che le due organizzazioni hanno affrontato (o stanno ancora affrontando), è parte di una ricerca più ampia riguardante le possibili ricadute organizzative dei due modelli regionali sull'attività erogativa di tali enti.

La scelta dello studio di caso è giustificata dal sussistere, nella presente ricerca, di due elementi, considerati funzionali a questo approccio metodologico: l'ipotesi che il contesto contenga importanti variabili esplicative del fenomeno indagato (da qui l'importanza di includere nella ricerca sia il fenomeno che il contesto all'interno del quale si manifesta), e la contemporaneità di tale fenomeno (Yin, 1981a, 1981b). I casi studio offrono inoltre il vantaggio di fornire una comprensione più profonda di come le pratiche tecnologiche si stanno sviluppando all'interno dei contesti organizzativi di riferimento. Da qui la scelta di dedicare un'intervista approfondita al tema della digitalizzazione coinvolgendo il referente tecnologico di ciascuna cooperativa, al di là dell'emersione della tematica, tra altre di rilievo, nella narrazione della maggior parte degli intervistati.

Cooperativa CORESS è stata scelta come oggetto dello studio di caso afferente al sistema socio-sanitario emiliano romagnolo. Operante sul solo territorio della Provincia di Reggio Emilia dal 1982, CORESS dichiara di agire il proprio modello imprenditoriale e di sviluppo in azione sinergica e di totale reciprocità con il contesto territoriale dal quale è nata, e nel quale è tutt'oggi saldamente radicata per legami, senso di appartenenza e storia.

Il *core business* della Cooperativa è legato al tema della disabilità, a cui è destinato più del 90% dei servizi. Attualmente la Cooperativa gestisce, per conto del pubblico, sette centri diurni e tre centri residenziali (a cui si aggiunge un centro residenziale per anziani di proprietà e gestito a libero mercato), oltre alla significativa fetta di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Altrettanto significativo è l'investimento in ambito socio-occupazionale, con servizi finalizzati a sostenere lo sviluppo di capacità relazionali e personali per una maggiore autonomia della persona.

Forte è l legittimazione e l'apprezzamento da parte delle istituzioni locali, non solo per l'expertise che gli è riconosciuta (anche a livello regionale), alla luce dei suoi quarant'anni di lavoro sulla disabilità, ma anche per la capacità di aggregare altre realtà locali, come dimostrato nei processi di fusione che la cooperativa ha condotto negli ultimi anni. Nel 2017 avviene una prima fusione con la Cooperativa Piccolo Principe, seguita nel 2019 da una seconda fusione con la Cooperativa Anemos. CORESS esce da questi processi di fusione notevolmente accresciuta, raggiungendo all'indomani della seconda fusione un fatturato di 8,5 milioni di Euro e circa 330 lavoratori.

Più giovane di CORESS, in quanto nata circa vent'anni dopo, nel 2001, Cooperativa Namastè è uno degli enti gestori del privato sociale più conosciuto nel panorama bergamasco. Diversamente da CORESS, specializzatasi su un settore chiave, la disabilità, Namasté ha negli anni perseguito strategie di diversificazione dei propri servizi, rese possibili anche dalle scelte di autonomia che la cooperativa ha compiuto rispetto all'alternativa di gestire servizi per conto del pubblico (quota minoritaria rispetto ai servizi erogati a libero mercato). Questa diversificazione si riflette oggi in cinque aree di intervento (area anziani, cura e salute, disabilità, nuove generazioni, ristorazioni), con servizi distribuiti lungo quattro distinte linee strategiche, corrispondenti ai bisogni fondamentali delle persone: abitare, educare, curare e lavorare.

Per un anno (2015) la cooperativa ha sperimentato la funzione di responsabile di strategie, una figura alquanto atipica, in quanto non usuale negli organigrammi delle cooperative sociali. Inquadrata da Namasté al pari del responsabile di area (figura invece cardine di organizzazioni multiservizi, articolate in aree di lavoro), il responsabile di strategia agisce da collante tra i diversi servizi, per garantire la trasversalità in una prospettiva intersezionale, nella consapevolezza che le persone fragili sono spesso portatrici di un mix di fragilità.

Per motivi di sostenibilità economica la funzione di responsabile di strategia è stata rimossa, ma sono state mantenute le quattro strategie come approccio strategico: da allora tutti i progetti nuovi e innovativi vengono attivati a cavallo tra le aree, in relazione ad una determinata strategia, e non più in un'area, come avveniva tradizionalmente). La scelta di diversificare i servizi in una sorta di *continuum* della presa in carico scaturisce dunque da questa visione. La cooperativa si dota nel tempo di un modello organizzativo che le consente di accompagnare la persona nel suo intero percorso di cura. Una presa in carico globale gli è resa possibile dall'agire al di fuori dei confini delle committenze pubbliche e in sinergia con attori del privato profit: la sua partecipazione alla S.r.l. che gestisce il centro medico polispecialistico e odontoiatrico di Gorlago ne è un esempio.

Diversamente da CORESS, Namasté si qualifica anche come cooperativa di tipo B, con un servizio di ristorazione in loco e a domicilio (progetto "Asporto Solidale"), oltre alla fornitura a mense scolastiche, aziendali e a Residenze Sanitarie per Anziani (Rsa). Come CORESS, Namasté affronta nel 2014 un significativo processo di fusione con due cooperative, Servire e La Magnolia, raggiungendo così l'attuale dimensione di 280 dipendenti e 7 milioni e mezzo di fatturato annuo.

L'idea di porre Cooperativa CORESS e Cooperativa Namastè al centro dell'analisi nasce dall'esigenza di individuare oggetti con caratteristiche simili,

così da poter annullare alcune possibili differenze di carattere organizzativo che, se presenti, avrebbero potuto interferire con le variabili interorganizzative di contesto che la ricerca esplora. A tal fine sono stati identificati alcuni criteri chiave di idoneità, soddisfatti da entrambe le cooperative, a partire dal fattore dimensionale. Nel variegato panorama degli enti gestori del privato sociale, si è scelto di concentrarsi su realtà di medie dimensioni (circa 300 lavoratori), in quanto, rispetto alle più grandi, ancora forte è il senso di appartenenza al territorio. I due enti condividono poi la stessa natura giuridica, ossia l'essere entrambe cooperative sociali di tipo A, impegnate nella gestione dei servizi socio-sanitari, con la sola differenza che Namasté, come si è visto, è anche cooperativa di tipo B, grazie al suo progetto di ristorazione che le consente di inserire persone svantaggiate come lavoratori (artt. 2511 – 2548, Codice Civile). I due enti sono inoltre accomunati dall'avere una committenza mista: pubblica, attraverso il meccanismo delle esternalizzazione, regolate dai vari dispositivi contrattuali previsti da legge (in particolare D.lgs. n. 50/2016, D. lgs 502/92), e privata, attraverso l'accesso diretto del cittadino ad un'offerta erogata dall'ente a libero mercato. Infine, fattore chiave nella scelta dei due oggetti è stata l'affinità riscontrata nei servizi erogati: in entrambe le cooperative è, infatti, possibile ritrovare la classica offerta di servizi per la non autosufficienza, da servizi domiciliari a servizi residenziali e semiresidenziali.

La ricerca è stata condotta utilizzando lo strumento dell'intervista in profondità: sono state intervistate tutte le figure apicali e intermedie (responsabili di tutte le aree riguardanti la non autosufficienza e alcuni coordinatori), oltre a figure tecniche chiave per la presente analisi (come il tecnologo), per un totale di 17 interviste, di cui 8 afferenti a CORESS e 9 a Namastè. La tabella che segue illustra il profilo di ciascun soggetto intervistato.

Tabella 1.1. – Profilo degli intervistati

1	Coordinatrice struttura anziani	CORESS
2	Responsabile RU	CORESS
3	Vicepresidente e Responsabile Progettazione e Innovazione	CORESS
4	Presidente e Direttore dei servizi	CORESS
5	Direttrice amministrativa	CORESS
6	Responsabile Area Domiciliari	CORESS
7	Responsabile servizi accreditati - socio assistenziali	CORESS
8	Tecnologo	CORESS
9	Presidente	Namasté
10	Direttore generale	Namasté
11	Direttore struttura	Namasté
12	Tecnologo	Namasté
13	Responsabile comunicazione e marketing	Namasté
14	Ufficio Risorse Umane	Namasté
15	Responsabile Area Disabilità	Namasté
16	Responsabile Area Anziani e 2 Coordinatrici di servizio	Namasté
17	Responsabile ADI	Namasté

La traccia dell'intervista, comune nella sua struttura a tutti gli intervistati, è stata costruita a partire dalle risultanze dello studio preliminare realizzato in precedenza: in una parte introduttiva, si è chiesta la descrizione delle funzioni svolte (in caso di ruoli multipli, processi di integrazione/armonizzazione tra i diversi ruoli ricoperti), il raccordo con eventuali livelli superiori ed inferiori in un'ottica di governance interna e un breve excursus sul proprio percorso di carriera interno all'organizzazione; nella seconda parte ci si è focalizzati su dimensioni organizzative, con domande personalizzate in funzione delle mansioni svolte (incluso un quesito specifico su eventuali tecnologie digitali

utilizzate); infine, una terza e conclusiva batteria di domande ha toccato dimensioni interorganizzative, nell'intento di cogliere il livello di permeabilità del ruolo alla programmazione delle politiche e degli interventi sociosanitari (per es. si è chiesto con quali attori esterni l'intervistato si interfaccia; se, in una qualche forma e misura, l'intervistato partecipa alla programmazione territoriale e come la programmazione territoriale impatta il suo lavoro, nello specifico, e l'organizzazione, nel suo insieme). L'intervista ai due tecnologi (Int. 12 e Int. 8) ha seguito tale traccia, sebbene la maggior parte delle domande si siano focalizzate sulle TIC introdotte e le implicazioni organizzative connesse alle scelte strategiche in ambito di digitalizzazione.

Il COVID-19 non è stato oggetto di domande specifiche, affinché, assunto dalla ricerca come shock esterno, potesse così emergere spontaneamente dalla narrazione degli intervistati.

Una volta trascritte tutte le interviste, si è entrati nella fase di codifica (Marradi, 2007), attraverso il supporto del software Atlas.ti del corpo testuale delle interviste.I dati emersi sono stati integrati con i dati contenuti nella documentazione fornita dalle due organizzazioni.

Una prima codifica ha ripreso le undici etichette relative alle undici dimensioni emerse dallo studio preliminare condotto in precedenza. Lo studio aveva, infatti, l'obiettivo di generare una definizione operazionale (funzionale ai casi studio) delle dimensioni rilevanti a livello organizzativo di ricaduta della governance regionale. Questa codifica di primo livello ha consentito di aggiornare le dimensioni rispetto ai temi emersi nelle risposte degli intervistati: la maggior parte delle dimensioni sono state confermate (10 su 11, tra cui la quinta dimensione etichettata come "maturità digitale"); alcune sono state rinominate per integrare significati più ampi rispetto a quelli emersi nello studio preliminare; è emersa, inoltre, l'esigenza di scomporre alcune dimensioni, particolarmente articolate, in sottodimensioni per meglio organizzarne i contenuti; infine, nuovi temi (difficilmente incorporabili nelle dimensioni preesistenti) hanno portato alla definizione di nuove dimensioni per un totale di 14 dimensioni, come mostra la tabelle che segue.

Tabella 1.2. – Dimensioni emerse dalla codifica di primo livello

Dimensione originaria (studio preliminare)	**Dimensione emersa (casi studio)**	**Eventuali sotto-dimensioni**
1. Mindset imprenditoriale	1. Mindset imprenditoriale	
2. Innovazione organizzativa	2. Innovazione organizzativa e/o di prodotto	
3. Turnover e competenze del personale	3. Gestione RU	3.1. Competenze del personale, turnover e carriere
4. Partecipazione interna	4. Governance interna	
5. Maturità digitale	5. Maturità digitale	
6. Diversitià del personale	6. Diversità del personale	
7. Programmazione	7. Governance esterna	
8. Collaborazioni orizzontali/peer	8. Collaborazioni orizzontali/peer	
9. Partecipazione dell'utenza e della famiglia	*Dimensione non emersa*	
10. Contrattazione	9. Contrattazione	
11. Presa in carico	10. Presa in carico	
	11. Strutturazione organizzativa	11.1 Evoluzione organizzativa
	12. Gestione economico finanziaria	
	13. Monitoraggio	
	14. Visioni, strategie e approcci organizzativi	

Per rispondere agli obiettivi di ricerca più ampi le 14 dimensioni sono state ricomposte in macro dimensioni, attraverso una seconda operazione di codifica. Se nella prima operazione di codifica sono state date etichette libere, in questa

seconda codifica si è scelto di utilizzare dimensioni di analisi già esistenti: le 14 dimensioni sono state disaggregate e riaggregate sotto cinque nuove etichette corrispondenti alle seguenti cinque dimensioni thompsoniane (1967): razionalità organizzativa, campo di azione organizzativa, disegno organizzativo, struttura organizzativa e valutazione dell'azione organizzativa.

Ai fini della presente indagine, avente come focus specifico una delle dimensioni originarie emerse sia nello studio preliminare che nella codifica di primo livello della ricerca, ossia la maturità digitale delle due organizzazioni, si farà riferimento alla codifica di primo livello, già comprensiva delle 5 variabili, oggetto di analisi: applicazioni digitali, obiettivi strategici, cultura organizzativa, forme organizzative, abilità e competenze (Schienstock, 2002).

3.5. Risultati

I risultati vengono di seguito brevemente illustrati attraverso un'analisi descrittiva di quanto emerso dalle interviste in relazione alle cinque variabili presenti all'interno della proposta teorica di Schienstock (2002). Fatta eccezione per la variabile "applicazioni digitali" (afferibile in via esclusiva al tema digitalizzazione), le restanti quattro altre variabili, essendo di ampia portata, vengono analizzate in maniera circoscritta al tema in oggetto, ossia in riferimento alla digitalizzazione.

a. Applicazioni digitali

Digitalizzazione per le due cooperative si traduce in: infrastruttura digitale legata alla raccolta e alla integrazione dei dati (anche a fini rendicontativi), dispositivi digitali a supporto del lavoro educativo (per es. in ambito autismo), mezzo attraverso cui erogare alcuni servizi (piattaforme per videochiamate, da mantenere anche dopo la pandemia) e, solo per Namastè e in forma molto limitata, piattaforme di incrocio tra domanda e offerta di prestazioni sanitari (attraverso la piattaforma dottori.it) e di raccolta dei bisogni (con particolare riferimento al progetto WILL).

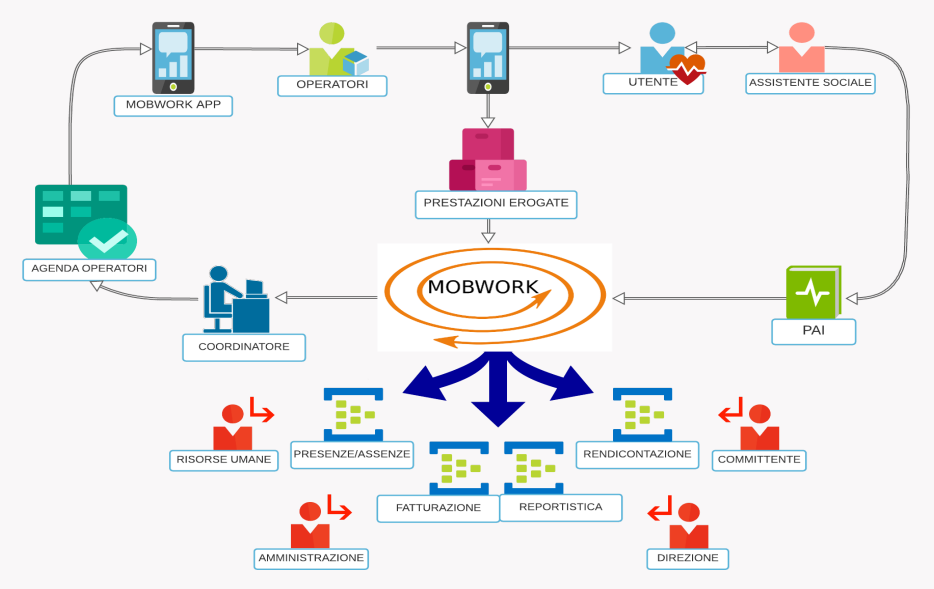
In questo paragrafo vengono brevemente analizzate le principali applicazioni, attualmente in essere nelle due cooperative. L'analisi di CORESS risulta essere maggiormente articolata, in quanto è in corso una consulenza con un'agenzia esterna per la sostituzione di alcune applicazione per un maggiore efficientamento dei processi.

CORESS ha attualmente in essere cinque applicativi, tutti di sostegno ai processi gestionali e operativi, incluse attività rendicontative. Non dialogando tra loro, tali applicativi richiedono un inserimento manuale plurimo di stessi dati. Il percorso di consulenza in corso va, dunque, nella direzione di semplificazione, anche numerica, dei software in essere. Di seguito vengono brevemente illustrati gli applicativi in uso e le principali criticità sottese a ciascuno:

1. MobWork

Creata da Mobtec, società informatica specializzata nell'ottimizzazione di processi di Mobile Workforce Management, in particolare a favore di Cooperative ed Enti Locali di ogni dimensione, MobWork consente la gestione simultanea di servizi tra loro interrelati (per es. assistenza domiciliare, pasti, lavanderia, telesoccorso…) nella complessità generata da un numero elevato di utenti e dall'essere presenti in diverse aree geografiche e aree di lavoro. Il software si configura come un strumento di coordinamento di tutti i professionisti coinvolti nel servizio, nella misura in cui consente di fornire tempestivamente ad ogni attore del servizio le informazioni di cui necessita riducendo al minimo i costi di gestione. Il grafico che segue sintetizza le relazioni mediate dal sistema.

Grafico 1.2. - Nodi relazionali mediati da MobWork



Fonte: https://www.mobtec.it/mobwork-assistenza-domiciliare/

Le criticità riscontrate da CORESS riguardano il fatto che l'applicativo nella versione web sia poco intuitivo, rendendo difficile la gestione degli orari, in termini di pianificazione e modifica *ex post*. Inoltre, il software sembra non velocizzare i tempi di lavoro: la rendicontazione su foglio excel richiede a ognuno degli operatori e ai relativi responsabili di servizi diverse ore del loro monte ore.

2.Software di project management

Si tratta di applicativi finalizzati al monitoraggio dei servizi attraverso la rilevazione delle presenze e delle trasferte e delle azioni svolte (RUOLI e PRASSI). L'utilizzo di questi applicativi nel corso del tempo ha fatto emergere le seguenti criticità: si tratta di un'attività onerosa per il tempo che comporta e prona agli errori; richiede ad ogni operatore di ricordare le azioni svolte nei trenta giorni precedenti da inserirsi su file excel, e comporta, infine, un secondo passaggio con il caposervizio al quale compete il *data entry* per l'archiviazione sul server. A tutto questo si aggiunge il rischio che i flussi di importazione non siano abbastanza robusti da essere presi per buoni al primo inserimento. Il controllo dei dati inseriti chiede poi ai responsabili di servizio l'inserimento manuale dei dati mancanti.

3. Terminali per la rilevazione delle presenze e dei tempi di servizio

Il timbratore fornito dall'azienda S.A.V.V. Srl non permette di rilevare formazione, malattia, ferie, permessi e pertanto serve un *data entry* integrativo su RUOLI. La timbratura, inoltre, è esposta all'errore umano (richiede precisione da parte dell'operatore), per cui è richiesta un'attività aggiuntiva di controllo dei dati ex post.

4. Advenias care

Questa applicazione consente, grazie ad una struttura modulare, di integrare tutte le funzioni organizzative. Ogni organizzazione può personalizzarla, scegliendo i moduli di interesse. Si tratta di una cartella informatizzata che consente per ogni utente di registrare i diari e le comunicazioni, le scadenze, le

attività quotidiane, le terapie, valutazioni e scale vmd, report, misurazioni e prestazioni sanitarie, etc. A detta di CORESS, l'applicazione è ottimale per la gestione dell'utente, ma necessita di essere affiancata da altro sistema per altre funzioni (spostate sul fronte dell'operatore).

5. Applicativi per gestione paghe e per la contabilità

La gestione delle paghe non trova soddisfazione in nessuno degli applicativi descritti. Si tratta di un'attività onerosa e prona ad errori, dovrebbe pertanto essere ridotta tramite gestione dei dipendenti in un unico applicativo.

L'introduzione di tutti questi applicativi non è avvenuta simultaneamente, ma progressivamente, seguendo una priorità di esigenze, che si è andata delineando nel corso del tempo. Una transizione digitale graduale risulta essere funzionale ai singoli servizi che man mano vengono coinvolti: questo consente alle persone di adattarsi gradualmente al cambiamento, adeguando i processi di lavoro.

> "Come socio-occupazionale stiamo sperimentando un software che non ha bisogno di installazioni e che ci permette di gestire circa 400 utenti, e mettere anche le informazioni degli operatori (e-personam). Sulla domiciliare c'è mobwork. Con entrambi facciamo anche la rendicontazione del servizio: con mobwork rileviamo anche i dati del personale. Funziona anche da timbratore, oltre alla raccolta di dati degli utenti, etc. Io arrivo dal segnarmi le ore sulla carta a questi sistemi con una riduzione notevole di tempo e di margine di errore. ll primo passaggio è stato il programma dei RUOLI, timbrature sui servizi e poi siamo arrivati a mobwork, poi si è aggiunto e-personam. Poi c'è tutto il pezzo di rendicontazione delle paghe che hanno altri sistemi. Integrano dati personale, utente, e servizio. Sono cose molto buone e utili. Il passaggio che vorremmo fare è quello di andare a digitalizzare anche i servizi non solo per le timbrature, ma anche per la cartella utente. Lo stiamo facendo sulle domiciliari e ci piacerebbe portarlo sui centri diurni e residenziali" (INT. 7)

Molti degli applicativi descritti hanno raggiunto, agli occhi del direttivo di CORESS, il limite di obsolescenza: non essendo previsti aggiornamenti evolutivi e alla luce del fatto che alcune funzionalità risultano duplicate in più applicativi, comportando un inutile e ripetitivo inserimento di dati (per es.

alcune funzionalità di PRASSI all'interno di JOB/Paghe), CORESS sta vagliando la possibilità di implementare una unica suite applicativa integrata senza doppio *data entry*. Il tema della ridondanza del dato vale in particolar modo per la registrazione delle presenze. L'inserimento univoco del dato permetterà di ridurre gli errori generati dal flusso di dati tra applicativi differenti, riducendo allo stesso tempo il data entry manuale. Tra le varie opzioni CORESS sta valutando l'adozione di nuovo strumento (NEW HR), come strumento disintermediato in grado di rimettere la responsabilità dell' inserimento del dato direttamente in capo al dipendente, lasciando al responsabile una mera supervisione. In particolare la cooperativa sembra prediligere l'utilizzo di un timbratore tramite app smartphone, così da potere rimuovere le timbratrici dalle sedi periferiche ed azzerare l'utilizzo dei fogli excel e ogni altro *data entry* manuale.

> "Cambiare gestionale è un'operazione spesso dolorosa da un punto di vista pratico, per cui non si può cambiare ogni tre per due, va ponderata bene. I programmi sono obsoleti nella comunicazione dei dati tra di loro, nell'inserimento dati che è spesso ridondante. C'è un programma che serve per calcolare le paghe delle persone nei quali vanno inseriti manualmente i dati in anagrafica già inseriti nell'altro dove c'è la gestione dei dipendenti. Sicuramente la fruibilità e l'interfaccia è datata agli anni 90. Molti programmi oggi sono accessibili via web, mentre i nostri sono i classici client server, con il limite di massimo tot (per es. 5) aperture alla volta per cui c'è sempre qualcuno che rimane fuori. Il meccanismo è quello. Immagina due software che gestiscono aspetti diversi dell'amministrazione dovrebbero comunicare tra di loro, mentre alcuni di questi passaggi prevedono un inserimento manuale. questo crea stress in ottica di responsabilità. Sono classiche robe da fine anni 90." (INT. 8)

La decentralizzazione determinata dalla dispersione spaziale dei diversi servizi, incrementata dall'introduzione dello smartworking con l'emergenza pandemica, richiede inoltre un adeguamento infrastrutturale, in grado di sostenere lo spostamento in *cloud* di tutti gli applicativi gestionali. Essendo alcuni di questi (per es. eSOLVER e JOB/Paghe di SISTEMI basati su architettura *client-server* che implica un client RDP (*citrix*), la cooperativa deve fare investimenti per aumentare la banda passante presso la sede principale, in modo da potere reggere contemporaneamente videoconferenze e i gestionali in *cloud*.

I grafici che seguono illustrano l'attuale situazione, attraverso un'analisi AS-IS (grafico 1.2) e l'esito atteso una volta il processo di cambiamento in corso sarà ultimato (analisi TO-BE, raffigurata nel grafico 1.3.)

Grafico 1.3 - Architettura AS-IS

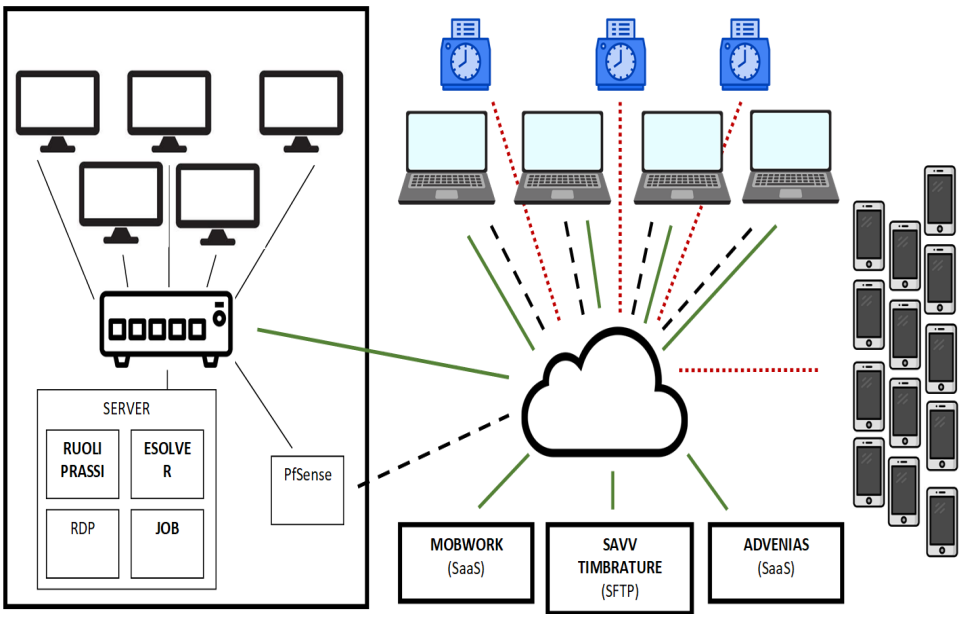
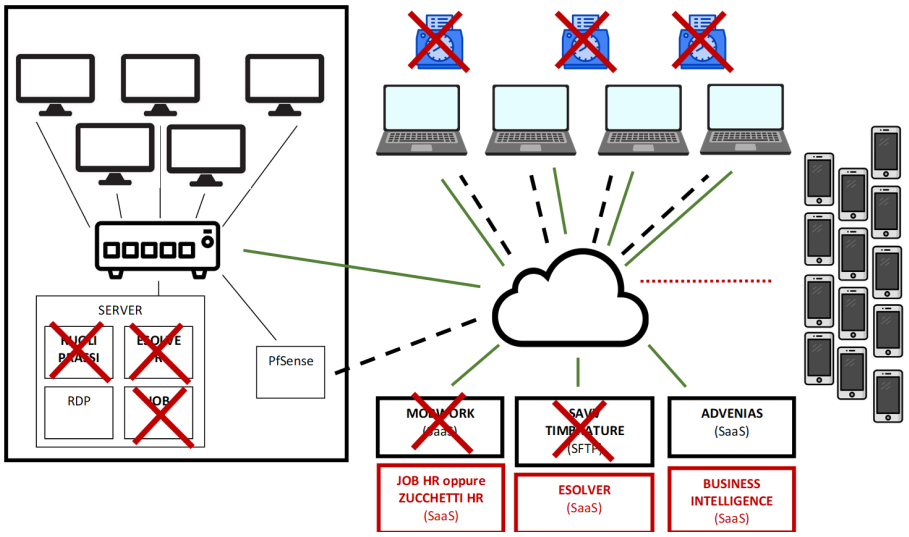


Grafico 1.3. - Architettura TO BE



Il processo di digitalizzazione in corso a CORESS non può trascurare la tematica privacy. Una volta spostati i gestionali su *cloud* sul server rimarranno salvate le cartelle di rete contenenti dati privati/sensibili di dipendenti ed utenti. Al momento il server si trova in un locale materialmente fuori dalla sede della cooperativa (potenzialmente a libero accesso). Occorrerà dunque spostare le cartelle di rete fisicamente dentro la sede di CORESS su NAS crittografato, nonché favorire la transizione da una gestione ibrida dei dati di lavoro (email, documenti, chat etc.) in strumenti interamente aziendali in linea con la normativa sulla privacy (per es. *google workspace for no profit*).

L'adozione di applicativi più sofisticati e integrativi di funzioni diverse consentirà la modifica di alcune prassi organizzative, per esempio in relazione alla gestione dei rimborsi. La rendicontazione a piè di lista è onerosa (per chi la compila, per chi la supervisiona e la inserisce manualmente nel processo di rendicontazione), oltre a essere altamente imprecisa (vanno ricostruiti i tempi esatti di trasferta). Questa modalità verrà sostituita con pianificazione preventiva - in coerenza con gli interventi pianificati per gli operatori – e lavorata a consuntivo esclusivamente per differenza.

In sintesi, il processo di adeguamento digitale, attualmente in corso in CORESS, si configura come un progetto di transizione della durata di circa un anno, finalizzato a creare un ambiente unico per il rilevamento delle presenze ed adempimenti amministrativi dei dipendenti così da minimizzare i flussi di dati; disintermediare tutti gli adempimenti e rendere questa attività fruibile anche da telefonino; spostare l'enfasi delle attività dei responsabili dal data entry al controllo e semplificare l'attività di formazione dei dipendenti attraverso una modalità unica di rilevamento.

> "Per l'integrazione dei dati, ho anche io proposto google, ma google non potrà mai integrare tutto. La speranza è di averne uno unico a 360 gradi, ma è difficile. Sono troppo diversificati i servizi: dall'archiviare tutte le restituzioni degli operatori riguardo ai problemi con gli utenti scatenati a questo e quest'altro, sono una necessità solo del sociale, per cui la software house non fa qualcosa che gli usano solo alcune cooperative in Italia. Al momento sono 3-4 i gestionali in uso, passare a 2 ben integrati tra loro sarebbe un bel passo in avanti. Oggi, il nome di un collega, per esempio rumeno, lo devo scrivere tre volte, e se sbaglio a mettere l'h, quel collega l'ho registrato 3 volte." (INT.8)

È interessante sottolineare come l'avvio di questo percorso abbia coinciso con la pandemia. Esigenze riorganizzative facilitate da tecnologie digitali erano all'ordine del giorno anche prima della pandemia, ma era in fondo alla lista delle priorità. Il COVID-19 ha portato il tema in cima alla lista delle priorità, accelerando i tempi per l'avvio e l'implementazione.

> "Nell'ambito della digitalizzazione, abbiamo riconosciuto delle ore ad un collega che si occupa di dispositivi informatici (noi timbriamo tramite telefono) e che sta cercando di trovare un modo per digitalizzarci ma si tratta di un processo appena iniziato. Si tratta di un'esigenza nata con il lockdown." (INT. 3)

Se il COVID-19 segna l'introduzione di nuovi applicativi funzionali all'interazione a distanza (piattaforme di videochiamata), antecedente alla pandemia è l'introduzione di applicativi di supporto al lavoro educativo. Diversamente dagli applicativi gestionali finora descritti, parte di un disegno organizzativo governato dalla direzione della cooperativa, l'utilizzo di quest'ultimi segue una logica bottom-up, in quanto rimessi alla proattività e discrezionalità dei singoli operatori.

> "Noi usiamo, come strumento quotidiano di lavoro con i bambini per stimolarli, tablet, cellulare, applicazioni, perchè per qualcuno sono canali di comunicazione importanti. Esiste da tanto tempo la comunicazione aumentativa alternativa, esistono dei supporti gratuiti che possono essere scaricati. A suggerirli sono spesso i supervisori, i referenti clinici. Poi alcuni sono diventati di uso comune, tanto che sia noi che le famiglie li teniamo sui nostri telefoni. Da quando c'è stato il COVID ci siamo dovuti tutti riorganizzare. Quello che prima potevamo fare in presenza l'abbiamo ripensato, reinventandosi, a distanza. Abbiamo lavorato tantissimo con i PC e i telefoni." (Int. 6)

Diversamente da CORESS, Namasté presenta una maggiore maturità digitale: il processo di adeguamento e di transizione digitale è iniziato prima della pandemia, in quanto obiettivo strategico chiave di una realtà che da alcuni anni guarda al profit in una logica emulativa.

Se in CORESS gli applicativi digitali in uso sono plurimi ma ancora contenuti, la maggiore complessità strutturale di Namastè ha spinto l'organizzazione a dotarsi di una gamma di applicativi ancora più variegata.

Essendo il processo di transizione digitale quasi ultimato, gli applicativi in uso non sono oggetto di criticità. Di seguito vengono brevemente elencati.

1. Google Workspace

Soluzione in essere tramite il programma Google for Non-profit che raggruppa vari prodotti di *productivity&collaboration*. Sono ampiamente in uso nell'intera cooperativa: Gmail per la posta elettronica, Meet per le videochiamate e Calendar per gli appuntamenti. In alcune aree è già attivo anche Google Drive (e gli strumenti associati) per l'archiviazione, l'accesso e la modifica dei file e c'è in programma un'estensione dell'utilizzo dello strumento in sostituzione dell'attuale combinazione File Server Windows + Dropbox. L'obiettivo di questo cambiamento è quello di ottenere un sistema di gestione dei file che rispecchi la flessibilità di Namasté in cui turnover del personale e lavoro in luoghi diversi sono tratti caratteristici. Nell'ultimo periodo al fine di favorire l'adozione e l'uso quotidiano degli strumenti Google si sono messi in campo una serie di processi per fare in modo che ogni dipendente di Namasté sia dotato di un account Google fin dall'assunzione e che riceva tramite questo canale tutte le comunicazioni aziendali.

2. MAGO

Gestionale fornito e gestito da OpenInformatica per la gestione amministrativa/finanziaria dell'intera cooperativa.

3. TARGET CROSS

Gestionale fornito e gestito dalla Cooperativa Cauto, utilizzato per la gestione del personale (gestione presenze, commesse etc). Ove possibile si sta passando dall'inserimento manuale delle timbrature all'utilizzo di timbratrici.

4. SDG

Gestionale fornito e gestito da Blu-IT per le attività del CDI/CDIA del polo di Treviolo (anagrafiche, attività, etc.).

5. Asterisk/FreePBX

Sistema telefonico implementato internamente e hostato su server aziendali per la gestione di flussi di chiamate interni ed esterni per il Poliambulatorio e la sede operativa di Namasté.

6. MediStudio
Software fornito e implementato da Medinformatica per la gestione del poliambulatorio di Gorlago. La piattaforma gestisce appuntamenti, parte della fatturazione, anagrafiche, modulistica etc. Il prodotto gira su server locali.

7. Agenda
Software sviluppato da un consulente di Namasté per la gestione degli appuntamenti presso il consultorio Mani di Scorta.

8. Carestream
Software con architettura client/server per la gestione del sistema radiografico del poliambulatorio. Il software si interfaccia con i vari apparati radiografici ed esegue, archivia e gestisce le radiografie presso il poliambulatorio.

9.DesktopCentral
Software in sperimentazione in seguito ad implementazione interna per l'automatizzazione di alcune operazioni di manutenzione dei PC del Poliambulatorio (installazione aggiornamenti OS e software di terze parti, pulizia e ottimizzazione disco etc).

10. Zabbix
Soluzione implementata internamente per il monitoraggio IT dei sistemi aziendali: il sistema monitora lo stato dei server, dei sistemi telefonici, delle stampanti, della connettività, dei servizi aziendali. La soluzione è implementata sulla sede operativa (Cassinone) e presso il poliambulatorio di Gorlago.

11. SnipeIT
Soluzione implementata internamente per la gestione dell'inventario del materiale IT.

12. HESK
Soluzione di ticketing riadattato internamente per supportare l'ufficio acquisti nel tracciare gli acquisti svolti dalle varie aree della cooperativa.

13. YETIFORCE
Piattaforma CRM (al momento non utilizzata) riadattata internamente per supportare l'ufficio HR nella gestione dei curriculm ricevuti.

14.TastyIgniter
Soluzione (al momento non utilizzata) implementata internamente per la gestione degli ordini online del menu dell'ONP Bistrò.

15. HumHUB
Progetto sperimentale, attualmente non in uso, ma internamente implementato con l'idea di creare un collante identitario tra i dipendenti di Namasté. L'idea dietro a questo progetto era quella di creare un social network interno per sviluppare il senso di appartenenza e la conoscenza di dipendenti e attività in modo trasversale a Namasté.

Presso il poliambulatorio, inoltre, al fine di avere un'infrastruttura stabile e resiliente i server sono virtualizzati tramite Hypervisor VMWare ESXi e sottoposti a backup tramite Veeam Backup&Replication.

Una criticità rilevata è la frammentazione dei sistemi di archiviazione dei file aziendali. Drive, insieme alla riorganizzazione di alcuni processi aziendali e a percorsi di formazione interna, viene considerata la soluzione. AGENDA è un'altra soluzione che potrebbe avere degli sviluppi nel medio periodo: La cooperativa intende implementare funzionalità quali la prenotazione di appuntamenti direttamente online attraverso il sito del servizio. SDG è un'altra soluzione sotto osservazione: il software è datato e potrebbe essere sostituito, ma non sono state ancora intraprese azioni in questa direzione.

2. Obiettivi strategici

In CORESS il processo di transizione digitale in corso non è il risultato di obiettivi strategici preesistenti e predeterminati, ma di criticità e fragilità organizzative, a cui il COVID-19 ha fatto da cassa di risonanza. E' da una presa di consapevolezza di queste criticità che sono stati individuati, all'interno del percorso di consulenza attivata per trovare risposte efficaci ed efficienti a tali criticità, alcuni risultati attesi, come creare un ambiente unico per il rilevamento delle presenze ed adempimenti amministrativi dei dipendenti così da minimizzare i flussi di dati; disintermediare tutti gli adempimenti e rendere questa attività fruibile anche da telefonino; spostare l'enfasi delle attività dei

responsabili dal data entry al controllo e semplificare l'attività di formazione dei dipendenti attraverso una modalità unica di rilevamento.

Questi risultati attesi si inseriscono nel quadro più ampio di obiettivi strategici, non esplicitati ma sottesi, riguardanti il tema dell'efficientamento dei processi, sia in termini qualitativi (riduzione dell'errore), sia quantitativi (riduzione dei tempi di lavoro). I processi facilitati dalle TIC restano di natura gestionale-amministrativa (in particolare facilitare le attività rendicontative a cui i servizi pubblici in outsourcing sono soggetti), le tecnologie al momento non aiutano la cooperativa a velocizzare l'incontro tra domanda e offerta di servizi a libero mercato, per esempio disintermediandola. La cooperativa non si è ancora adeguata da un punto di vista infrastrutturale per rispondere alla domanda crescente di servizi privatistici.

Per Namasté, da sempre orientata al libero mercato, la digitalizzazione aziendale costituisce, al contrario, un obiettivo strategico chiave, quantomeno a partire dall'assunzione a ruolo di Direttore di un esperto proveniente dal mondo profit. Similmente a CORESS, l'obiettivo strategico *core* è quello dell'efficientamento dei processi gestionali, a partire dalla condivisione dei dati, ma non si esaurisce in questo (come dimostra la sperimentazione HumHUB, a supporto di quella trasversalità tra servizi, emersa come tratto distintivo della cooperativa).

> "Io credo tantissimo nella digitalizzazione perchè ravvicina realtà che sono lontane e agevola il lavoro più burocratico e permette di fare memoria delle cose che fai e tracciare. Per esempio pensa al sistema di valutazione, o lo faccio a mano per 300 persone o un sistema di macchine che tiene tutto tracciato e rielabora. Quello che ho trovato al mio arrivo, era praticamente un sistema inesistente Nel senso che anche le mail erano gestite tra tre piattaforme diverse e non si dialogavano. Quindi ognuno gestiva il proprio computer locale in locale, non esisteva una rete aziendale e dunque una condivisione. Tu potevi trovarti la carta digitale del presidente salvata in 15 computer e quando scadeva tutti quanti la dovevano cambiare. Era per dire che era molto molto locale. il primo elemento era quello di arrivare alla massima condivisione degli strumenti." (Int. 11)

Se per CORESS, la digitalizzazione è anche finalizzata allo snellimento delle diverse attività di rendicontazione nei confronti della committenza pubblica, per Namasté è proprio nei servizi gestiti per conto del pubblico che si trovano i maggiori vincoli e ostacoli.

> "Ci sono alcuni settori su cui riusciamo a spingere di più. Ad esempio, il progetto Dispensa Sociale per le sue caratteristiche è sicuramente uno di quelli su cui si può spingere per la digitalizzazione dei processi. Ci sono altri settori - così come il pezzo di target del programma gestionale gestito da una cooperativa di Brescia, che aveva l'intento di avere un software unico che andasse a gestire termini amministrativi, di gestione del personale, rilevazione presenze ma anche cartelle dei dipendenti con storia formativa- in cui questo processo è molto faticoso. Ad esempio, ADI è un servizio accreditato ed in regione Lombardia c'è un gestore che ha il monopolio del mercato (Techne). Questo fattore ammazza qualsiasi processo. Ho provato a ragionare per dare un tablet agli infermieri per permettere la compilazione del diario e compilazione presenze, ma tutto questo non dialoga con il software di rendicontazione ideato da Techne. Il rapporto con ATS è imbarazzante: fino a 4/5 anni fa la vigilanza arrivava in struttura con il floppy disk. Alcuni comuni mi mandano ancora i fax. C'è una grande rigidità di sistemi, per cui cambia davvero tanto da settore a settore. Sul settore ristorazione, che è a libero mercato, è una cosa che riusciamo a spingere tanto." (INT. 10)

Diversamente da CORESS, gli obiettivi strategici dentro cui si inserisce il processo di digitalizzazione di Namasté sono ben più ampi rispetto al miglioramento dei flussi gestionali. La convinzione è che l'innovazione dei servizi sottenda anche la componente tecnologica, e che la spinta venga anche dall'esterno attraverso il sistema dei finanziamenti.

> "È un tema che diventa centrale. Ad esempio, per il pezzo del nuovo centro cultura vogliamo intercettare i finanziamenti del 4.0 sulla digitalizzazione del sistema, quindi l'informatizzazione e digitalizzazione di tutto il processo." (INT. 10)

Come già accennato, un altro obiettivo strategico di Namastè a cui la digitalizzazione risulta essere di grande supporto riguarda il tema della trasversalità e dell'interdipendenza tra le unità di offerta. La cooperativa si è dotata nel tempo di un modello organizzativo che le consente di accompagnare la persona nel suo intero percorso di cura. Per garantire la continuità della presa in carico, Namasté ha negli anni perseguito strategie di diversificazione dei propri servizi, rese possibili anche dalle scelte di autonomia che la cooperativa ha compiuto rispetto alle possibilità di gestire servizi per conto del pubblico (quota minoritaria rispetto ai servizi erogati a libero mercato). Questa diversificazione si riflette oggi in cinque aree di intervento (area anziani, cura e salute, disabilità, nuove generazioni, ristorazioni), con servizi distribuiti lungo

quattro distinte linee strategiche, corrispondenti ai bisogni fondamentali delle persone: abitare, educare, curare e lavorare. Da allora, come si è già sottolineato, tutti i progetti nuovi e innovativi vengono attivati all'interno di una determinata strategia (e non più in un'area, come avveniva tradizionalmente, e come avviene ancora tutt'oggi in CORESS), nella consapevolezza che le persone fragili sono spesso portatrici di un mix di fragilità.

Alla luce di questa visione, si può comprendere come il favorire una relazione trasversale tra i servizi e tra gli operatori che li animano, diventi un obiettivo strategico chiave: le singole unità di servizio, invece di essere unità indipendenti come in CORESS, diventano tra loro interdipendenti. Le tecnologie digitali sembrano sostenere questa trasversalità, non solo in termini di cartelle unificate (dato il transitare degli utenti da un servizio all'altro), ma anche in termini relazionali (come dimostra il progetto sperimentale HumHUB): grazie all'utilizzo di applicativi in cloud (tali da consentire l'accesso a dati integrati da qualsiasi postazione) la cooperativa ha scelto di non avere postazione fisse (nemmeno per i livelli più apicali), in modo da favorire una continua e diversificata interazione tra i suoi membri.

3. Forme organizzative

In entrambe le cooperative il processo di digitalizzazione non è stato preparato a monte, in un framework organizzativo predefinito. È avvenuto più l'inverso, ossia l'organizzazione sembra essersi adeguata gradualmente all'avanzare del processo, proprio seguendo quella bidirezionalità messa in evidenza da Schienstock (2002). In entrambe le realtà è oggi presente una figura dedicata, il cosiddetto tecnologo, ma diverso è il suo inquadramento.

In CORESS la funzione è ricoperta da una figura interna, ma tale ruolo risulta essere sfumato in una ibridazione di ruoli: la funzione è stata introdotta in tempi molto recenti, in piena fase pandemica, attraverso la parziale conversione di un educatore con competenze informatiche pregresse. Questo ruolo, non ancora recepito nell'organigramma, è dunque ancora in fase di consolidamento.

> "Io parto come tecnico informatico in un'azienda privata a Mancasale. Era il 2012, e in quel periodo inizio a fare volontariato in servizi di una cooperativa che poi si è fusa con CORESS, che era il piccolo principe. Continuavo a lavorare a mancasale facendo consulenze per aziende in

quell'ambito e poi pian pianino da volontario sono passato ad assunto part time e nel momento in cui la coop. piccolo principe si è fusa con CORESS ho mollato il lavoro a Mancasale e ho cominciato a lavorare solo per CORESS come educatore senza titolo. Pian pianino dal serviva una mano a mettere a posto un modulo excel, dare dei consigli informatici fino a quando non mi hanno chiesto di fare parte parte del mio orario qui in ufficio nella parte tecnica seguendo prima la gestione dei dispositivi mobili (a giugno di quest'anno abbiamo cambiato gestore) fino ad un supporto informatico vero e proprio. Al momento mi sto formando su quelli che sono i sistemi e i processi in essere, soprattutto in vista del cambio di gestionale. Oggi non è immediato aiutare qualcuno che sta usando un programma da 10 anni, mentre io mi ci approccio da pochi mesi. È utopistico pensare in 3 mesi di saperne di più del lavoratore stesso. Per esempio il programma che usano per fare busta paga, i referenti li usano da 8-10 anni e dopo 3 mesi che seguo la cosa fare assistenza a loro non è stato efficace. Ora è in corso una consulenza per ottimizzare programmi e procedure. Da ora in poi sarà più semplice. L'assegnazione originale era di seguire la parte di telefonia e di seguire la parte informatica di processi e programmi. Per quest'ultima sto facendo fatica perchè non li conosco, non li uso e dovrei aiutare persone che li usano maggiormente." (INT. 8)

In Namastè, al contrario, la funzione del tecnologo risulta essere maggiormente consolidata. Presente da anni, tale ruolo è, diversamente da CORESS, raffigurato nell' organigramma: trattasi di una sorta di semi-esternalizzazione, nella misura in cui la persona incaricata è dipendente di un'altra cooperativa, ma risulta essere «distaccata» presso Namastè per un determinato monte ore settimanale.

"Sono dipendente di un'altra cooperativa, dove mi occupo tuttora nell'ambito informatico e dato che in quella cooperativa non coprivo tutte le mie ore, questa ha aperto un ramo di azienda in cui forniamo supporto informatico anche ad altre realtà. Collaboro con Namaste e Coesi, in entrambi i casi mi occupo degli aspetti informatici. In namaste il mio ruolo va dall'aiutare la persona che non sa come entrare in gmail fino a gestire dispositivi legati alla scelta di nuovi software e trovare soluzioni alle esigenze che nascono di giorno in giorno. Gestisco in verticale tutto quello che può succedere. Sono in namaste dal 2016 e da allora quello che è cambiato non è tanto il ruolo, perché il ruolo è sempre quello di rispondere a tutte le esigenze che ruotano intorno al mondo della comunicazione interna, piuttosto sono cambiati i processi: un lavoro grosso è stato quello dell'integrazione dei dati, rendere disponibili a tutti gli utenti un sistema unico per la gestione e condivisione dei dati e in questo caso abbiamo scelto

> il pacchetto google. Prima rispondevo solo a domande che mi venivano fatte poi con il tempo ho cercato di essere più proattivo, cercare di dare risposte prima ancora che vengano fatte delle domande. Prima ero più incastonato in una questione di gerarchia, ero legato ai responsabili e coordinatori, Ora è il contrario: sono loro che aspettano rimandi su questioni che sottopongo loro. Le questioni sono due: con il passare del tempo le persone hanno cominciato a fidarsi di quello che potevo dire, non tutti i coordinatori, non tutti i responsabili hanno il quadro completo di quegli che sono gli strumenti informatici, dall'altra l'ultimo anno è stato significativo, la pandemia ha spinto un sacco sull'utilizzo di strumenti informatici, è stata un pò una forzatura da questo punto di vista. Prima c'era una resistenza sulla digitalizzazione, oggi è diventata un requisito per poter lavorare. (INT. 12)

4. Cultura organizzativa

La cultura organizzativa del Terzo Settore è una cultura fortemente improntata alla relazione. Dalle interviste emerge come la digitalizzazione di alcuni processi abbia incontrato diverse resistenze non solo tra chi è a diretto contatto con l'utenza, ma anche nella dirigenza. CORESS ha faticato a portare il tema in cima alle priorità proprio per la mancanza di una cultura organizzativa di supporto. Nel mettere in evidenza fragilità anche nella cultura organizzativa, Il COVID-19 ha innescato importanti accelerazioni non solo organizzative, ma anche a livello di percezioni e valori. È grazie alla pandemia, che in CORESS hanno trovato spazio le TIC come strumenti comunicativi, oltre all'accelerazione del processo di innovazione gestionale, già ampiamente descritto.

> "Qualche mese prima del covid feci una proposta ai responsabili e al consiglio di iniziare ad utilizzare skype per fare le riunioni perchè quando incontro il responsabile che sta a reggiolo significa che oltre all'ora di riunione devo perdere un'ora per andare là e un'ora per rientrare (e viceversa), consumo dunque di tempo e di costi di trasferimento, apriti cielo: no perchè i contatti umani, siamo una coop sociale. Ho proposto, proviamo a capire come fare, magari ci sono riunioni che fai in presenza e altre a distanza. E' arrivato il COVID e la cosa si è risolta da sè. Io penso che molte delle modalità introdotte dal COVID rimarranno in CORESS." (INT. 4)

In Namasté la cultura organizzativa alla vigilia della pandemia era già orientata alle tecnologie, viste come collante relazionale in una situazione di forte decentramento dei servizi. Anche CORESS, come ogni altro erogatore di servizi di medie dimensioni, si fonda su un forte decentramento dei servizi, ma come si è visto, in assenza di interdipendenza tra questi, non si è reso necessario tenere attivi flussi comunicativi a distanza.

> "Rispetto ad altre realtà, il fatto di essere decentrato certi concetti erano già nella testa delle persone prima della pandemia. Per esempio nell'altra coop in cui lavoro, è l'esatto opposto. Hanno 60 persone in un edificio con una scrivania, li la pandemia ha inciso in maniera piu netta. Il fatto di essere decentrati, lavorare in luoghi diversi è stato d'aiuto, perchè questi concetti erano già nella testa delle persone." (INT. 12)

5. Competenze e abilità

Per le due cooperative la sussistenza di competenze e abilità digitali non costituisce un prerequisito all'introduzione di determinate tecnologie, così come la loro acquisizione, sebbene rappresenti un esito desiderato, non è un risultato immediato e scontato. Quanto emerge dalle interviste conferma quella relazione di bidirezionalità, messa in evidenza da Schienstock (2002).

Nelle due cooperative l'adozione di soluzioni tecniche segue una sua progressività (sebbene in anni diversi e a diversi ritmi), non solo allineata agli obiettivi strategici e ai cambiamenti organizzativi, ma anche alla maturità digitale degli operatori. Sebbene siano previsti momenti formativi dedicati, la maggior parte dell'apprendimento avviene secondo dinamiche esperienziali (*learning by doing*), grazie alla diretta fruibilità delle applicazioni via smartphone. Rispetto agli approcci formativi, alla luce dei grandi numeri da raggiungere e alla dispersione spaziale degli operatori, viene privilegiato un approccio a cascata: la formazione tocca *in primis* i livelli organizzativi più elevati, nella convenzione che ogni livello possa poi sostenere l'apprendimento del livello sottostante (secondo il *learning path 'train the trainers'),*

> "Appena arrivato e implementato google, l'attivazione di gmail è stato il primo passaggio, mi sono preso in carico di fare direttamente formazione, abbiamo coinvolto i responsabili, poi i coordinatori.

> Abbiamo messo le persone intorno ad un tavolo, per il futuro abbiamo in programma dell' altra formazione, in particolare sul google drive, e mettersi nella logica di farla, rispetto alla logica di come è organizzata namaste partendo dai responsabili, per arrivare ai coordinatori, nella logica che la formazione cada poi verso il basso e si arrivi a coinvolgere l'intera cooperativi. Attraverso la formazione, l'idea è di far capire quali sono i vantaggi perchè le persone vedono sempre un pò la novità con resistenza. E' importante fare formazione, ma far capire alle persone che questi cambiamenti non sono un vezzo dell'informatico ma l'obiettivo di migliorare la vita di tutti." (INT. 12)

Oltre all'immediatezza, resa possibile da uno strumento di portata universale, come è oggi lo smartphone, la presenza di competenze ed abilità digitali sembra essere legata anche al fattore *age,* ma non in maniera determinante, essendo il rapporto con la tecnologia legato a fattori anche molto personali/ideologici. Tuttavia, la crescente *ageing diversity*, favorita dal turnover fisiologico (nuovi inserimenti lavorativi legati alla crescita dimensionale e ai pensionamenti), sembra sostenere questa transizione tecnologica, favorendo processi di contaminazione tra generazioni diverse, in particolare tra *boomers* e *millennials* (in una logica *peer*).

> "Le competenze dei lavoratori servono da questo punto di vista? È chiaro che ci sono ancora dipendenti che masticano poco l'informatica. Nel corso degli anni con la diffusione degli smartphone hanno imparato come fare ad accedere ai documenti relativi alle buste paga, che sono informatizzate. Ogni mese al momento della retribuzione ricevono un'email con un link per accedere all'area personale dove trovano i pdf delle buste paga. A volte alcuni si scordano le password. Il personale un po' più anziano fa un po' più fatica, mentre i più giovani (fino ai 50-55 anni) ci saltano fuori." (INT. 2)

> "Le competenze dei lavoratori non sono omogenee: non c'è una regola, magari c'è un collega più avanti negli anni che è abbastanza pratico, così come c'è il collega giovane che non lo è e viceversa, è molto individuale. Il problema è che c'è chi con la tecnologia ci è assolutamente nemico. Stamattina ho speso un'ora e mezzo a configurare il telefono ad una collega che continuava a schiacciare tutto e non serviva nulla dirle che dato un comando occorre aspettare che il dispositivo risponda. Nel mese in cui ho cambiato le schede a tutti, organizzavo tot mezze giornate a settimane in cui prendevo

> prenotazione di chi doveva passare a fare il cambio, Davo appuntamenti di un quarto d'ora, perchè quella era una cosa schedulata, pianificata e quindi prevedibili. Per le urgenze chiedo di passare in determinate fasce orarie". (INT. 8)

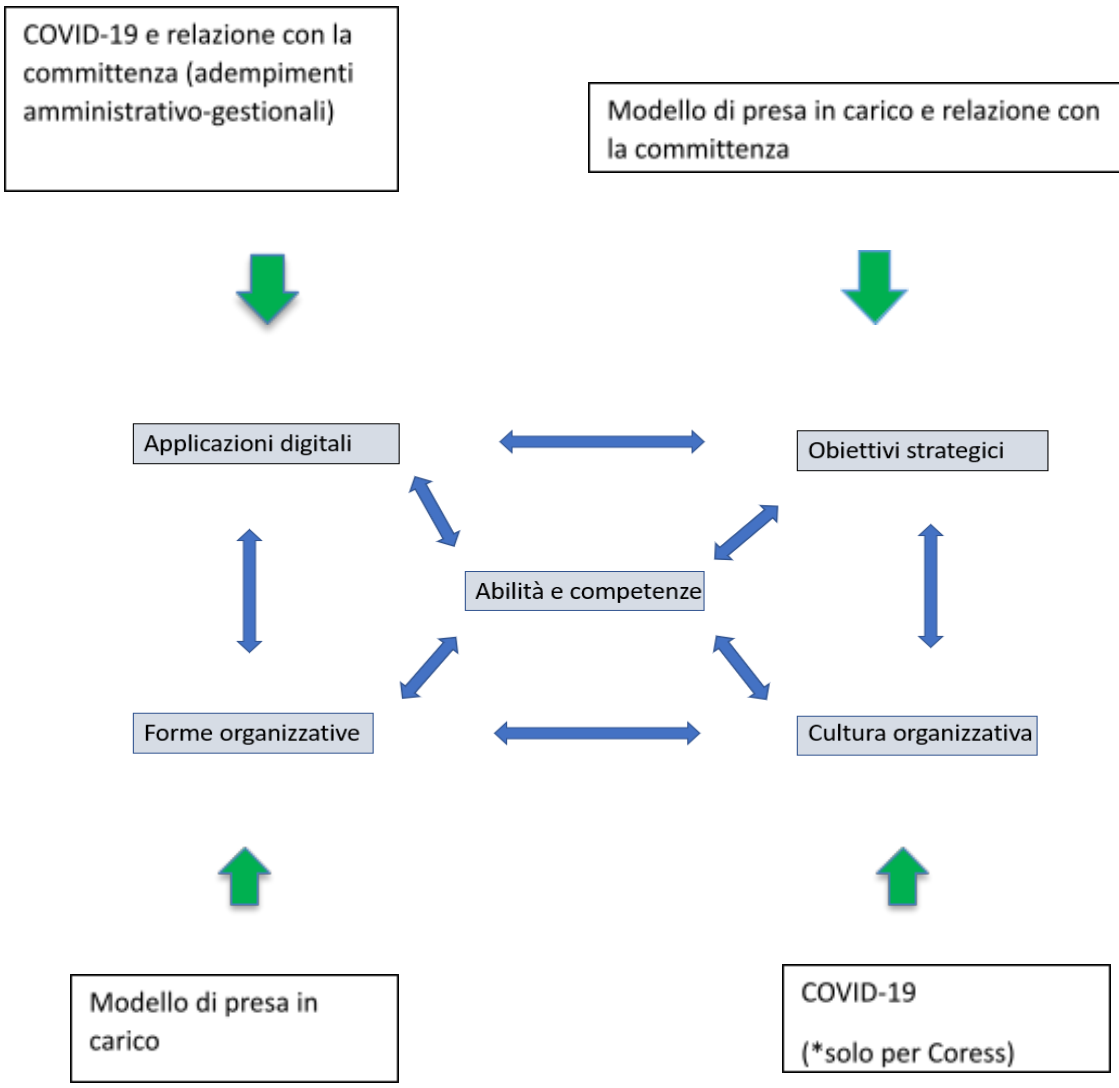
3.6. Discussione dei risultati e conclusioni

I risultati confermano il quadro evidenziato dalla letteratura: l'introduzione di tecnologie digitali nelle due cooperative non è avulsa dal contesto organizzativo, così come non lo è rispetto all'ambiente esterno (le governance territoriali all'interno delle quali le due organizzazioni risultano essere inserite). In particolare l'analisi conferma la natura interdipendente delle applicazioni ICT rispetto ad altre variabili organizzative: forme organizzative, modelli culturali, obiettivi strategici e approccio capacitante nella gestione delle risorse umane. Sebbene il livello di maturità digitale delle due organizzazioni sia diverso, per entrambe è possibile parlare di pratiche digitali, dato l'inquadramento delle scelte digitali in una visione olistica di più ampio respiro.

La ricerca mette, inoltre, in luce come l'integrazione del dato, inclusa la riduzione della frammentazione dei sistemi di archiviazione dei documenti digitali (obiettivo strategico comune alle due cooperative) rappresenti la sfida chiave di realtà organizzative complesse, un'esigenza senz'altro amplificata dalla dispersione spaziale incrementata dal COVID-19 (basti pensare al ricorso allo smart working). Il COVID-19, come fattore esterno, sembra avere avuto un'influenza positiva sul consolidamento delle pratiche digitali delle due organizzazioni, ma tale influenza risulta più marcata nella cooperativa emiliana: trovandosi ad un livello iniziale di maturità digitale di gran lunga inferiore rispetto a Namasté, CORESS ha avuto l'opportunità nel corso della pandemia di colmare una parte significativa di questo gap digitale. Se l'innovazione digitale introdotta dal COVID-19 è stata in Namasté incrementale rispetto ai risultati conseguiti, in CORESS si è rivelata dirompente: la transizione digitale di Namastè, avviata tempo addietro, risulta alla vigilia della pandemia in buona parte ultimata, mentre in CORESS il COVID-19 ha agito come leva per una rimessa in discussione di tutta l'architettura digitale. Come si è visto nella trattazione dei risultati, la pandemia, assunta nel contesto della presente analisi come schock esterno, oltre ad aver agito direttamente e urgentemente, in entrambe le realtà, su scelte digitali di natura operativa (per esempio l'adozione di una piattaforma di videochiamata rispetto ad un'altra), in CORESS ha agito sulle sue pratiche digitali attraverso una messa in discussione

della cultura organizzativa presente fino a quel momento. Il grafico che segue evidenzia questa duplice influenza del COVID-19, rispetto alle variabili che compongono la proposta teorica di Schienstock (2002).

Grafico 1.4. – La proposta teorica di Schienstock applicata alle due cooperative



Il grafico elaborato evidenzia, inoltre, le risposte emerse dall'analisi condotta in relazione alla domanda di ricerca. Emergono due variabili di contesto agenti come vincoli oppure come opportunità per l'avanzamento della digitalizzazione delle due cooperative: la relazione con la committenza e il modello di presa in carico. La relazione con la committenza pubblica, nei suoi aspetti amministrativo-gestionali, sembra agire un'influenza diretta sulle scelte tecnologiche: la maggiore obsolescenza degli applicativi utilizzati dall'attore

pubblico sembra limitare la scelta degli applicativi gestionali delle due cooperative, dovendo questi dialogare per raccordare i flussi informativi. La relazione con la committenza, così percepita dalle due cooperative nel quadro dei due diversi modelli regionali, ha poi un'influenza di più ampio respiro sugli obiettivi strategici delle due cooperative, e sulla conseguente scelta di operare per conto del pubblico (attraverso i vari dispositivi contrattuali) o a libero mercato. Gli obiettivi strategici di digitalizzazione sono figli di questa scelta, nella misura in cui operare nel libero mercato con servizi altamente diversificati richiede una velocità di reazione e una gestione della frammentazione che il rapporto con singoli utenti comporta, e a cui la tecnologia può venire in aiuto (come dimostrano le scelte compiute da Namastè).

Per quanto attiene alla presa in carico, l'esposizione delle due cooperative a due diversi modelli, rispettivamente fondati sull'intermediazione dell'ente pubblico a cui è rimesso l'invio diretto dell'utenza ai diversi servizi (Emilia Romagna) e sul principio di autodeterminazione della scelta da parte dell'utente, generativo di dinamiche concorrenziali tra i diversi soggetti erogatori (Lombardia), ha influenzato le scelte organizzative di CORESS e di Namastè.

Il fatto che l'interdipendenza tra le diverse unità di servizio sia fortemente presente in Namastè e quasi assente in CORESS non è casuale, ma un esito atteso. In CORESS l'invio dell'utenza da parte del pubblico fa sì che ogni servizio abbia i suoi utenti e li gestisca in raccordo diretto con la committenza. L'autonomia, che questa modalità di presa in carico ha consente alle singole unità di offerta di sviluppare, ha facilitato il consolidarsi di una struttura divisionale: CORESS sembra essere, infatti, il risultato di una sommatoria delle sue singole unità. Il fatto poi che l'indipendenza di cui godono le singole unità di servizio consenta a queste di operare in maniera efficiente anche in condizioni di lontananza geografica dalla tecnostruttura rende superfluo il ricorso a meccanismi di raccordo digitale, esigenza invece forte in Namasté. Il modello di presa in carico lombardo consente a Namasté di operare come ente gestore unico, garantendo tutta la filiera erogativa dei servizi necessari per i livelli e le aree di patologia per cui la cooperativa si è candidata. Se la presa in carico per CORESS è esterna, per Namasté è interna: a quest'ultima il compito di assicurare tutte le prestazioni del set di riferimento, anche se non direttamente da essa erogate.

Questo fa sì che uno stesso utente arrivi ad usufruire di servizi plurimi, ponendo in primis un problema di gestione integrata della sua cartella. Questa dinamica non consente ai servizi di agire in autonomia, come avviene in

CORESS, ma impone azioni sinergiche sostenute da una forma organizzativa, fortemente improntata su principi e meccanismi di orizzontalità e trasversalità. Le scelte tecnologiche, incluse le diverse sperimentazioni digitali implementate (come il progetto HumHUB), sono state compiute nel quadro di questa visione organizzativa.

Bibliografia

BELL D., (1973), *The Coming of Post-industrial Society: A Venture in Social Forecasting*, New York, Basic Books.

BLACK A.D. *et al.* ,(2011), "The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview", *PLoS Medicine*, 8(1).

BARRETT M. *et al.,* (2016), "Creating value in online communities: The sociomaterial configuring of strategy, platform, and stakeholder engagement", *Information Systems Research*, 27(4), pp. 704–723.

BIGELOW J., (1829), Elements of Technology, 2nd ed., Boston, Hilliard, Gray, Little & Wilkins.

BUFFARDI A. e DE KERCKHOVE D. (2011), *Il sapere digitale. Pensiero ipertestuale e conoscenza connettiva*, Napoli, Liguori.

CAMPEDELLI M., (2019), "Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze", *Ricerca e Pratica,* Vol. 35, pp. 1-13.

CARABELLI G., FACCHINI C., (2010), *Il modello lombardo di welfare*, Milano, Franco Angeli.

CASTELLS M., (1997), *The Rise of the Network Society*, Oxford, Maldon Mass, Blackwell Publishers.

EPSU (2019), *Getting to grips with digitalization*, EPSU CONGRESS 2019, quarto briefing.

FÜRSTENAU D *et al*., (2019), "A process perspective on platform design and management: evidence from a digital platform in health care", *Electronic Markets, Springer*, IIM University of St. Gallen, vol. 29(4), pp. 581-596.

GALERA G., (2020), Verso un sistema sanitario di comunità, *Impresa Sociale*, 2, pp. 88-122.

GAWER A., CUSUMANO M.A., (2014), "Industry platforms and ecosystem innovation", *Journal of product innovation management*, 31 (3), pp. 417-433.

GORI C., (2020), "Più servizi e meno regolazione. Il welfare lombardo nella longue durée", *Politiche Sociali*, 3, pp. 375-396.

HALFORD S., SAVAGE M., (2010), "Reconceptualizing digital social inequality, Information", *Communication & Society*, 13:7, pp.937-955.

HUWS U., (2014), *Labor in the Global Digital Economy. The Cybertariat Comes of Age*, New York, Monthly Review Press.

ITU (2012), *E-health Standards and Interoperability*, ITU-T Technology Watch Report April 2012.

KENNEY M., ZYSMAN, J., (2016), "The Rise of the Platform Economy", *Issues in Science and Technology*, vol. 32, n. 3, pp. 61-69.

MCLHUAN M. (1962), The Gutenberg Galaxy : the making of typographic man, Toronto, University of Toronto Press.

NAMBISAN P., NAMBISAN S., (2009). *Models of consumer value cocreation in Health Care*. Health Care Management Review, 34(4), pp. 344–354.

NEUMAN, W.L., (2007), *Basics of Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, Boston, Allyn and Bacon.

NORA S. e MINC A. (1979), *Convivere con il Calcolatore*, Milano, Bompiani.

MILES I., ROBINS K., (1994), "Making sense of information", in K. Robbins (ed.), *Understanding Information Business, Technology and Geography*, London/New York, Belhaven Press.

PAIS I., (2019), *La platform economy: aspetti metodologici e prospettive di ricerca*, Il Mulino Rivisteweb, Fascicolo 1, aprile 2019

PAIS I., ZANDONAI F., (2019). Le quasi-piattaforme del welfare digitale (http://www.vita.it/it/article/2019/04/05/le-quasi-piattaforme-del-welfare-digitale/151165/).

PALMIERO M. S. (2020), "COVID-19 Disuguaglianza e welfare digitale Aspetti critici che possono sfavorire i beneficiari del welfare digitale", Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali, OpenLab on Covid-19.

PEROBELLI E., ROTOLO A., (2019), "L'innovazione digitale e il settore Long Term Care", *L'innovazione digitale nei servizi di welfare: Stato dell'arte e prospettive,* OCAP 1/2019, White Paper, Egea, pp. 49-55.

PILKINGTON E. (2019), "Digital dystopia: how algorithms punish the poor", *The Guardian*, 14 Ottobre 2019.

PORTER M.E., HEPPELMANN J.E., (2015), "How Smart, Connected Products Are Transforming Companies", *Harvard Business Review*, 93, pp. 1-37.

POULOUDI N. *et al.,* (2016), "Entangled Stakeholder Roles and Perceptions in Health Information Systems: A Longitudinal Study of the U.K. NHS N3 Network," *Journal of the Association for Information Systems*, 17(2).

RAGNEDDA M., MUSCHERT G.W., (2013), *The Digital Divide. Internet and social inequalities in internet perspective*, Londra, Routledge Advances in Sociology.

ROGERS, E. M. (2001). The Digital Divide, *Convergence*, 7(4), 96–111.

ROY M.J., HACKETT M. (2017), "Polanyi's 'sustantive approach' to the economy in action? Conceptualising social enterprise as a public health 'intervention'", *Review of Social Economy*, 75:2, pp. 89-11.

SCHIENSTOCK G., (2002), *Reflexive Learning, Network Organisation and Employment*, Report finale del Progetto "Information Society, Work; and the Generation of New Forms of Social Exclusion".

SRNICEK N., (2017), *Platform Capitalism*, Hoboken, John Wiley & Sons.

SUNDARARAJAN A., (2016), *The Sharing Economy: The End of Employment and the Rise of Crowd-Based Capitalism,* Cambridge, MIT Press.

TARALLO P. (2003), Digital divide. La nuova frontiera dello sviluppo globale, Milano, Franco Angeli.

TOURAINE A., (1969), *La Société post-industrielle*, Paris, Denoel.

THOMPSON J.D., (1991), *L'azione organizzativa* (a cura di B. Maggi), Torino, ISEDI.

VERHOEF P. C. e BIJMOLT T. H.A. (2019), *Marketing perspectives on digital business models: A framework and overview of the special issue*, in "International Journal of Research in Marketing", Volume 36, Issue 3, pp. 341-349.

VAN DIJK J., (2020), *The Digital Divide*, Cambridge, Polity Press.

VOLTI R., (2009). *Society and Technological Change*, 7th ed., New York, Worth Publishers.

WEBSTER F. (1995), *Theories of the Information Society*, London and New York, Routledge.

WESSEL L. *et al.* (2017), *Talking past each other*, in "Business & Information Systems Engineering", 59(1), pp. 23–40.

Conclusioni generali

Questo contributo conclusivo ha l'obiettivo di fare sintesi tra i saggi precedenti mettendo a sistema le acquisizioni a cui approdano, con l'intento di contribuire al dibattito in corso sui processi di trasformazione del welfare, anche in ottica digitale.
Sebbene i tre saggi costituiscano tre contributi indipendenti, la scelta di una comune cornice metodologica consente di tenerli insieme in una dinamica di concatenazione. Le undici dimensioni organizzative ed interorganizzative, emerse dall'analisi preliminare illustrata nel primo saggio, sono state, infatti, testate nell'analisi oggetto del secondo saggio e riconfigurate in una nuova lista di quattordici dimensioni.

La dimensione della maturità digitale, rimasta immutata in questo processo di riconfigurazione, è la dimensione su cui si concentra l'ultimo e terzo saggio. Le restanti dimensioni vengono analizzate come dimensioni con cui i processi di digitalizzazione delle due organizzazioni entrano in relazione. Come si è visto, dall'analisi di questa relazione sono emersi alcuni effettivi vincoli e opportunità per il progresso tecnologico delle due cooperative, attribuibili alla governance socio-sanitaria di afferenza, letta ed interpretata (grazie al secondo saggio) in termini di *task environment* (Thompson, 1991).

Di seguito si richiamano i principali risultati dei tre saggi, cercando di meglio illustrare questa concatenazione. Il primo saggio è funzionale ai due successivi nella misura in cui ricostruisce l'ambiente all'interno del quale operano gli enti del privato sociale, studiati nei due saggi successivi. Come si è visto, in Lombardia si riscontra una governance socio-sanitaria alquanto frammentata, con la presenza di enti gestori/erogatori assimilabili, nella maggior parte dei casi, a "imprese di mercato", mentre in Emilia-Romagna si riscontra una tendenziale conferma di quei fenomeni di isomorfismo tra pubblico e privato, messi in luce dalla letteratura.

Comprese le principali dinamiche sottese alle due governance sociosanitarie e scomposte nelle cinque dimensioni interorganizzative presentate nel primo saggio, il secondo saggio analizza più in profondità quella porzione di ambiente, il *task environment* (Thompson, 1991), ricompresa nell'agire delle due organizzazioni selezionate come oggetto dei due casi studio. In questo secondo saggio si vede come le attuali scelte di campo (*domain*) delle due organizzazioni siano il risultato di dinamiche organizzative che si sono andate snodando nel corso del tempo, anche in adattamento a dinamiche di contesto, agenti, dunque, come vincoli e opportunità. Dai risultati emerge come ad elevati livelli di interdipendenza interni, ossia tra le diverse unità che

compongono l'organizzazione, corrispondano bassi livelli di interdipendenza con l'ambiente esterno, e viceversa.

Pur non potendo proporre generalizzazioni a partire da due soli studi di caso, i risultati assumono, comunque, rilevanza nella misura in cui identificano interconnessioni tra variabili organizzative e variabili di contesto, valevoli per le due organizzazioni, ma potenzialmente presenti anche in altri enti erogatori.

I risultati evidenziano, infatti, come l'attuale minore (nel caso di CORESS) o maggiore (nel caso di Namastè) interdipendenza organizzativa siano effettivamente influenzate anche da variabili interorganizzative. L'interdipendenza tra le proprie unità va senz'altro letta, *in primis*, come una conseguenza di scelte consapevoli compiute dalle due organizzazioni, in relazione all'organizzazione delle proprie "attività di input" (Thompson, 1991). Tuttavia, come si è visto, nel consolidarsi di un modello organizzativo più o meno interdipendente per le due cooperative entrano in gioco anche due componenti chiave della governance socio-sanitaria, ossia modello di presa in carico e meccanismi di contrattazione tra committenza pubblica e soggetto erogatore.

Il tema dell'interdipendenza, emerso come uno dei risultati del secondo saggio, è uno degli elementi che ha sostenuto l'assunzione della proposta teorica di Schienstock, adottato all'interno dell'ultimo saggio come strumento di lettura e analisi delle pratiche di digitalizzazione. Tale proposta integra il concetto di interdipendenza nella relazione tra componenti organizzative, quali: strumenti digitali, obiettivi strategici, forme organizzative, cultura organizzativa, abilità e competenze, tutte variabili già ricomprese all'interno delle quattordici dimensioni operative emerse nel secondo saggio. L'interdipendenza tra queste variabili era già evidente nell'analisi delle diverse concatenazioni tra le dimensioni operative trattate nei precedenti saggi. Il terzo saggio ha permesso di compiere un passo ulteriore, consentendo di interpretare queste relazioni potenzialmente bidirezionali in relazione al tema tecnologico, oggetto della ricerca.

E' interessante notare come tra i possibili vincoli e opportunità agenti sui processi di digitalizzazione delle due cooperative e derivanti dalla governance di appartenenza ritornino esattamente le due variabili di contesto emerse nel secondo saggio, ossia il modello di presa in carico e la relazione con la committenza intermediata dalla contrattazione.

Come si è visto, la relazione con la committenza pubblica sembra agire, nei suoi aspetti amministrativo-gestionali, un'influenza diretta sulle scelte tecnologiche: la maggiore obsolescenza degli applicativi utilizzati dall'attore pubblico sembra limitare la scelta degli applicativi gestionali delle due cooperative, dovendo questi dialogare per raccordare i flussi informativi. La

relazione con la committenza, così percepita dalle due cooperative nel quadro dei due diversi modelli regionali, ha poi un'influenza di più ampio respiro sugli obiettivi strategici delle due cooperative, e sulla conseguente scelta di operare per conto del pubblico (attraverso i vari dispositivi contrattuali) o a libero mercato. Gli obiettivi strategici di digitalizzazione sono figli di questa scelta, nella misura in cui operare nel libero mercato con servizi altamente diversificati richiede una velocità di reazione e una gestione della frammentazione che il rapporto con singoli utenti comporta, e a cui la tecnologia può venire in aiuto (come dimostrano le scelte compiute da Namastè).

Se la relazione con la committenza agisce una scelta diretta, la presa in carico agisce, invece, un'influenza più indiretta, dal momento che passa attraverso il livello di interdipendenza tra le unità (discusso nel secondo saggio). E' la complessità dell'organizzazione, riflessa in un elevato grado di interdipendenza, a richiedere un maggiore supporto tecnologico, come mezzo di raccordo tra le parti (caso Namastè). Al contrario dall'analisi emerge come l'assenza di interdipendenza renda superfluo il ricorso a meccanismi di raccordo digitale e costituisca uno dei fattori che in CORESS ha ritardato la transizione digitale.

Infine, il COVID-19, assunto dalla ricerca come shock esterno, costituisce un ulteriore elemento di raccordo tra i tre saggi, dal momento che emerge come contingenza nel corso di tutta l'analisi.

Dal punto di vista delle organizzazioni erogatrici, il COVID-19 si presenta come fattore di stimolo per un ripensamento del proprio modello organizzativo, in particolare come un acceleratore della transizione digitale laddove non ancora avviata o comunque ultimata. Rispetto a come il COVID-19 possa aver influenzato (o influenzi in prospettiva) una possibile delle governance socio-sanitarie delle due regioni, oggetto di studio, non vi è traccia tra il materiale raccolto. I tempi erano forse ancora prematuri, dal momento che la ricerca si è svolta nel pieno dell'emergenza pandemica. Studiare eventuali processi di trasformazione delle due governance alla luce del COVID-19 potrebbe essere un'interessante pista di lavoro per un eventuale proseguimento della ricerca.

Pur nella ricchezza delle evidenze a cui giungono, i tre saggi non sono esenti da limitazioni, in particolare la scelta di così pochi studi di caso, tale da non poter consentire di generalizzare i risultati emersi. A fronte del tempo a disposizione, si è valutato di concentrarsi su due soli studi di caso per poter andare più in profondità nelle dinamiche organizzative.

In prospettiva, sarebbe interessante poter portare avanti la ricerca, attraverso un ampliamento del numero di casi studio per regione, ed un'eventuale integrazione di erogatori del privato profit per vedere se e come i vincoli e le opportunità identificate per il privato sociale agiscono su questi (e/o se vi sono altri vincoli ed opportunità, agenti su questi nuovi attori, non ancora identificati). Potendo ampliare i casi studio, sarebbe, inoltre, interessante vedere se emergono spazi di risalita delle sfide organizzative dei vari soggetti erogatori sulle due governance socio-sanitarie.

Un ulteriore elemento che non emerge dai risultati, in quanto l'analisi organizzativa delle due cooperative rimane circoscritta al livello del *top e middle management* è l'impatto delle tecnologie impiegate su operatori ed utenti. Il fatto che le tecnologie introdotte abbiano, in alcuni casi, una funzione di raccordo gestionale all'interno di determinati servizi dà fondamento all'attesa che vi siano impatti sulle modalità di lavoro degli operatori (per esempio attraverso un maggiore controllo dei tempi di erogazione). Un futuro sviluppo della presente ricerca potrebbe essere quello di portare l'analisi nel livello della prestazione, con ulteriore ampliamento dei presenti casi studio, attraverso un focus su determinati servizi specifici. Tale analisi consentirebbe di vedere come le tecnologie condizionano le pratiche concrete del lavoro sociale, e in particolare la relazione con l'utenza. Una simile ricerca di un ampliamento del quadro della letteratura presa in esame con riferimenti agli studi sull'impatto delle tecnologie sul lavoro sociale, la cui letteratura è ancora limitata (per es. Dif Pradalier e Greppi, 2018). Una simile analisi necessiterebbe, inoltre, di un approfondimento del tema della rappresentazione del lavoro sociale (per es. Bortoli e Folgheraiter, 2021) e delle condizioni del lavoro sociale (per es. Busso e Lanunziata, 2016).

Pur trattandosi di uno studio circoscritto e non potendo, come si è detto, formulare enunciati di carattere generale, dai casi delle due cooperative emergono alcune traiettorie che possono, comunque, andare ad arricchire il dibattito sulla digitalizzazione del welfare, attualmente in corso. Sebbene nel comparto sanitario, la tecnologia sia riuscita a penetrare anche la prestazione, riflettendosi nelle modalità in cui questa viene erogata, nel comparto sociale la tecnologia non trova spazio nella prestazione, in quanto non sostitutiva della relazione. Tuttavia, la digitalizzazione sembra giocare un ruolo chiave in quella che è l'infrastruttura di sostegno alla prestazione.

In particolare, in relazione alla sfida dell'integrazione socio-sanitaria emerge come la digitalizzazione costituisca un'opportunità per ricomporre governance, oggi molto frammentate, attraverso una reale messa in

condivisione dei dati. Le tecnologie potrebbero sostenere la piena attuazione del dispositivo di amministrazione condivisa, riducendo - ad esempio - l'asimmetria informativa che spesso si manifesta nel momento in cui i diversi attori della governance socio-sanitaria si siedono ai tavoli di confronto. In questo senso, gli attuali processi di digitalizzazione rendono ancora più evidente la necessità di trovare nuovi spazi per una re-istituzionalizzazione del welfare.

Il dato amministrativo che si genera nella relazione tra committenza e soggetto erogatore del servizio potrebbe essere letto sotto una luce diversa, ossia non solo in termini rendicontativi, ma come variazione di un bisogno. Lungi, dunque, dall'essere utilizzate in una logica predittiva, ma impiegate per una più celere ed estesa lettura dei bisogni, le tecnologie potrebbero effettivamente sostenere una programmazione condivisa, capace di maggiore prontezza nell'organizzazione delle risposte.

Bibliografia integrativa

ARLOTTI M., RANCI C., (2021), "Le politiche di long-term care di fronte alla pandemia: l'impatto sulle residenze per anziani", Politiche Sociali, Social Policies, 2, pp. 327-348.

BARILLA' L. , LOCATELLI N. (2013),"Welfare, tecnologie digitali e imprese sociali", Welfare Oggi, 3, pp. 85-89.

BERTIN G. ,(2012), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizione Ca Foscari.

BORTOLI B., FOLGHERAITER F. (2021), "Il lavoro sociale è un lavoro di rel-azione", Erickson, 16 Aprile.

BUHR D., (2017), "What about Welfare 4.0?", CESifo Forum, ISSN 2190-717X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 18, Iss. 4, pp. 15-24

BUSEMEYER M., (2020), "Digitalizzazione, automazione e il futuro del welfare state democratico: profili per un'agenda di ricerca", Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Bologna, Il Mulino, pp. 123-144.

BUSEMEYER M. et al. (2022), *Digitalization and the Welfare State*, Oxford University Press.

BUSSO S., LANUNZIATA S. (2016), "Il valore del lavoro sociale. Meccanismi estrattivi e rappresentazioni del non profit", Sociologia del Lavoro, 142, pp. 62-79.

CURCIO A. (2012), "Lavoro, commonfare e nuove tecnologie", *Amministrazione pubblica e buon governo al passaggio del millennio*, 3, Trento, Tangram edizioni scientifiche, pp. 257-279.

DE LEONARDIS O., (1998), *In un diverso welfare*, Milano, Feltrinelli.

DIF-PRADALIER M., GREPPI S. (2018), "Il lavoro sociale all'epoca della digitalizzazione: rischi e opportunità", pp. 33-35.

DONATI P. (2001), "La razionalizzazione dei servizi socio-sanitari come costruzione di un welfare mix: fra quasi-mercati (soluzione lib/lab) e via societaria (soluzione statutaria)" , *Sociologia e Politiche Sociali*, 2, pp. 109-137.

GIOVANNETTI E. (2001), "Privatizzazione del Welfare e concorrenza: quasi-istituzioni o quasi-mercati?", *Rivista della Cooperazione*, 3, pp. 15-55.

FAZZI L. (2014), "*Pubblica amministrazione, governance e terzo settore : i dilemmi del nuovo welfare in Italia*", Rivista trimestrale di scienza della amministrazione, 1, Milano, Franco Angeli, pp. 5-22.

-(2013), *Terzo settore e nuovo welfare in Italia*, Milano, Franco Angeli.

-(2001), "L'evoluzione del settore nonprofit in Italia: rottura o continuità nella riforma del welfare?", Sociologia e politiche sociali , 3, pp.43-67.

-(2000), "La riforma dell'assistenza in Italia e i quasi-mercati", Economia Pubblica, 6, Milano, Franco Angeli, pp. 35-52.

-(1998), *Il welfare mix in Italia: primi passi*, Milano, Franco Angeli.

HALFORD S., SAVAGE M., (2010), "Reconceptualizing digital social inequality, Information", *Communication & Society*, 13:7, pp.937-955.

KLEIN R. (1993), , "Quasi-markets and Social Policy", Julian Le Grand and Will Bartlett (eds.), *Journal of Public Policy*, London, Macmillan, 13(3), pp. 300-302.

LUMINO R., PIRONE F. (2013), "I sistemi regionali di assistenza sociale: governance, organizzazione dei servizi, strumenti e modalità operative", in *Il welfare frammentato: Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Kazepov Y. e Barberis E.(a cura di), Roma, Carocci.

LORI M., ZAMARO N., (2019), "Il profilo sfocato del Terzo Settore italiano", *Politiche sociali*, n. 2, pp.224- 242.

MARINO L. (2014), *L'azienda pubblica nel quasi-mercato: Il management sanitario tra autonomia formale e opzioni di scelta reali*, Torino, Giappicchelli Editore.

PAIS I., PROVASI, G., (2017), Karl Polanyi. Le forme di integrazione tra economia e società alla prova della sharing economy, in Barbera, F., Pais, I. (ed.), Fondamenti di sociologia economica, Milano, EGEA, pp. 71- 84.

PALMIERO M. S. (2020), "COVID-19 Disuguaglianza e welfare digitale Aspetti critici che possono sfavorire i beneficiari del welfare digitale", Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali, OpenLab on Covid-19.

PEROBELLI E., ROTOLO A., (2019), "L'innovazione digitale e il settore Long Term Care", *L'innovazione digitale nei servizi di welfare: Stato dell'arte e prospettive,* OCAP 1/2019, White Paper, Egea, pp. 49-55.

PILKINGTON E. (2019), "Digital dystopia: how algorithms punish the poor", *The Guardian*, 14 Ottobre 2019.

RAGNEDDA M., MUSCHERT G.W., (2013), *The Digital Divide. Internet and social inequalities in internet perspective*, Londra, Routledge Advances in Sociology.

ROGERS, E. M. (2001). The Digital Divide, *Convergence*, 7(4), 96–111.

ROY M.J., HACKETT M. (2017), "Polanyi's 'sustantive approach' to the economy in action? Conceptualising social enterprise as a public health 'intervention'", *Review of Social Economy*, 75:2, pp. 89-11.

TARALLO P. (2003), Digital divide. La nuova frontiera dello sviluppo globale, Milano, Franco Angeli.

VAN DIJK J., (2020), *The Digital Divide*, Cambridge, Polity Press.

VENTURI A., BASSI P. (2007), *Regolamentazione del Terzo Settore e innovazione sociale*, Forlì, AICCON.

ZAMAGNI S., (2018). "Il Terzo Settore in transito: l'urgenza della normativa sociale", *Normativa sociale ed economie coesive*, pp.13-21