



PROGETTO INTERREG ITALIA SVIZZERA
“CASA COMUNE”



Racconto di un'esperienza transfrontaliera

Sommario

IL PROGRAMMA INTERREG ITALIA – SVIZZERA 2007 - 2013	3
IL PROGETTO “CASA COMUNE”	4
LA FASE DI PROGETTAZIONE.....	4
Analisi dei bisogni	4
Costruzione del partenariato.....	6
Definizione del progetto e presentazione della proposta	8
LA FASE DI REALIZZAZIONE	10
25 marzo 2013 Kick-off meeting.....	10
Definizione del regolamento interno e degli organi di gestione del progetto	10
Affidamento a ciascun partner delle attività all’interno delle varie azioni	12
Realizzazione del progetto. Azione 2 – Analisi e scambio e Azione 3- Disegno e sperimentazione di interventi	12
Realizzazione del progetto. Azione 1- Pilotaggio e management congiunto	16
Realizzazione del progetto. Azione 4 – Comunicazione e disseminazione.....	17
LA GESTIONE DI UN PROGETTO COMPLESSO: NODI E CRITICITA’	18

IL PROGRAMMA INTERREG ITALIA – SVIZZERA 2007 - 2013

Con i suoi 700 Km di lunghezza, per una superficie di circa 38.000 Km² ed una popolazione di 4.181.879 abitanti, il territorio fra Italia e Svizzera coinvolto nel Programma di cooperazione transfrontaliera 2007-2013 costituisce una delle frontiere esterne dell'Unione Europea e si trova in una posizione assolutamente centrale e strategica in Europa.

Il Programma 2007-2013 si proponeva di attivare progetti per rafforzare la cooperazione tra i due fronti sviluppando le priorità di Lisbona (fare dell'Unione la più competitiva e dinamica economia della conoscenza entro il 2010) e di Göteborg (lanciare una strategia europea per lo sviluppo sostenibile).

Le tre priorità che il Programma 2007-2013 indica per lo sviluppo dei progetti erano:

- Priorità 1: Ambiente e territorio
- Priorità 2: Competitività
- Priorità 3: Qualità della vita

Il Programma è stato approvato con decisione 6556 del 20 dicembre 2007 della Commissione europea.

Le zone ammissibili al Programma erano: le Province di Como, Lecco, Sondrio e Varese (Regione Lombardia), le Province di Vercelli, del Verbano-Cusio-Ossola, di Biella e Novara (Regione Piemonte), la Provincia di Bolzano, la Regione Valle d'Aosta e i tre Cantoni svizzeri del Ticino, del Vallese e dei Grigioni. Sono state ammesse a partecipare come zone adiacenti le Province di Milano, Monza e Brianza, Bergamo, Brescia, Pavia (Regione Lombardia), Torino e Alessandria (Regione Piemonte).

IL PROGETTO “CASA COMUNE”

Caratteristiche progettuali:

ASSE 3 : QUALITA' DELLA VITA

Obiettivo specifico: incrementare la qualità della vita nell'area rafforzando i processi di cooperazione in ambito sociale e istituzionale e valorizzando il patrimonio culturale.

MISURA 3.4: Rafforzare i processi di cooperazione in ambito sociale e istituzionale;

AZIONE 3.4.1: Sostegno alla cooperazione in ambito culturale, istituzionale e e nella gestione delle emergenze;

SOTTOTIPOLOGIA a: Iniziative di cooperazione transfrontaliera volte a realizzare servizi al cittadino.

VALORE COMPLESSIVO: € 307.000 compreso cofinanziamento partenariato

CONTRIBUTO OTTENUTO: € 256.300

LA FASE DI PROGETTAZIONE

Analisi dei bisogni

Il territorio insubrico – sia sul versante italiano, che su quello elvetico - ha conosciuto negli ultimi decenni un comune fenomeno di invecchiamento della popolazione, cui ha corrisposto un forte incremento della domanda di servizi socio-assistenziali; tutto ciò va messo in relazione con il parallelo processo di trasformazione degli assetti sociali e con il venir meno del ruolo di cura tradizionalmente svolto dalle famiglie. A tale domanda sono state date risposte diverse, articolate sia nella forma dell'offerta pubblica e privata di residenze per anziani (assistite e non) che nel tentativo di creare un'alternativa basata sui **servizi domiciliari**, e quindi sul tentativo di mantenere il più a lungo possibile l'anziano nel suo contesto di vita sociale.

In entrambi i casi, e su entrambi i versanti della frontiera, il lavoro di cura ha determinato un forte incremento dei fabbisogni di personale da inserire nei servizi rivolti alla popolazione anziana, con una gamma di bisogni che vanno dall'aiuto domestico, all'intervento di assistenza permanente finalizzato al mantenimento dell'anziano parzialmente autosufficiente nella sua abitazione (il lavoro di cura affidato alle cosiddette “badanti”) sino all'intervento integrato socio-sanitario. Sia in Italia che in Svizzera il fabbisogno di manodopera generato da questi servizi è oggi (e lo sarà ancor di più in prospettiva) soddisfatto attraverso il ricorso a personale straniero, spesso portatore di valori e culture differenti. Nel contempo il lavoro di cura è divenuto per moltissime persone migranti – e in particolare per le donne – il luogo privilegiato per costruire un proprio percorso di integrazione professionale e sociale nel paese ospite.

Siamo dunque di fronte ad una duplice sfida, che i due territori – il territorio italiano e il Canton Ticino – si trovano a giocare contando su differenti risorse, modelli e esperienze, ma muovendosi nello stesso ambito di vincoli e opportunità. Il progetto si è proposto di costruire una rete di competenze diffuse e modelli di intervento a carattere transfrontaliero che supportino lo sviluppo di un sistema di servizi di cura a domicilio efficiente e di qualità, capace di:

- vincere la sfida posta dall'evoluzione demografica, che impone di riconsiderare le conseguenze dell'invecchiamento in un'ottica di opportunità, dando però risposta concreta alla domanda di servizi che una gestione positiva dell'invecchiamento genera;

- attivare in modo trasparente ed equo le risorse e competenze professionali che solo l'immigrazione è in grado di fornire, per rispondere alla crescente domanda di lavoro proveniente dai servizi di cura, operando in modo da favorire l'integrazione e la comprensione interculturale, in altri

termini per costruire una nuova **“casa comune”**, condivisa dall’anziano e dall’operatrice / operatore che lo cura e più in generale dalla popolazione locale e dagli immigrati.

In Italia il contesto in cui si giocano le sfide richiamate è complesso e ricco di criticità. Sul territorio del Comune di Novara, promotore del progetto, al 31.12.2011, gli anziani ultrasessantacinquenni rappresentavano il 21,3% della popolazione (gli ultra ottantenni erano il 6,6%) con un indice di dipendenza pari al 30,3. L’indagine ISTAT sulla *“Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari”*, citata nel *“Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010”* ha rilevato che il 18,5% degli ultra 65enni (2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. Questa situazione determina una accresciuta richiesta di servizi, alla quale diventa difficile rispondere, visti i recenti tagli al sistema del welfare che hanno coinvolto in modo significativo le risorse destinate al sostegno delle fasce deboli, in particolare gli anziani. Questa congiuntura si innesta in un contesto demografico che negli ultimi anni ha visto aumentare in modo significativo le classi di cittadini anziani sul totale della popolazione e la relativa richiesta di servizi. Una significativa presenza di “grandi vecchi” con vari livelli di autosufficienza e i relativi bisogni complicano ulteriormente la situazione.

L’istituzionalizzazione, dato l’alto costo per la collettività e le famiglie, rappresenta una soluzione che deve coinvolgere un numero limitato di anziani, mentre la domiciliarità può rappresentare una via percorribile, efficiente e in grado di garantire qualità di vita, a condizione che si attui un effettivo coordinamento tra gli attori che a vario titolo possono contribuire a realizzare questo obiettivo.

Attualmente infatti sono presenti su entrambi i territori varie organizzazioni che, professionalmente o a titolo di volontariato, svolgono in maniera indipendente azioni di sostegno sia agli anziani soli sia a quelle famiglie che si fanno carico dell’azione di assistenza e cura. Diventa dunque necessario da un lato progettare la creazione di un coordinamento che metta in rete i servizi di sostegno alla domiciliarità, dall’altro lato fornire una formazione qualificata e un sostegno a professionisti, famiglie e volontari che in questa rete devono operare, spesso in condizioni rese difficili dalle peculiarità del lavoro di cura. Per quanto riguarda il volontariato, emerge il bisogno di utilizzarne le attività anche al fine di stimolare la realizzazione delle potenzialità degli anziani con buon livello di salute psico-fisica.

Un discorso a sé merita poi il fenomeno delle assistenti famigliari, per la maggior parte straniere, che operano 24/24h presso il domicilio dell’utente, generalmente prive di un’adeguata preparazione e inserite in una situazione di vita e di lavoro delicata, caratterizzata da sfide interculturali e altamente usurante.

In Svizzera, e nel Cantone Ticino in particolare, i fenomeni di invecchiamento della popolazione sono altrettanto pronunciati, e risultano molto articolati (in Ticino vive anche un certo numero di persone anziane originarie di altre aree linguistiche del paese e ovviamente anziani di origine straniera). Il Cantone, che conta circa 334.000 abitanti, ospitava al 31.12.2010 una popolazione di ultrasessantenni pari al 27% del totale dei residenti; gli ultraottantenni erano il 5,7%. Il settore dei servizi sanitari e sociali è di conseguenza uno dei comparti occupazionali che hanno manifestato il maggior tasso di crescita nel corso degli ultimi venti anni, determinando un grande assorbimento di manodopera. Nei servizi alla popolazione anziana, gestiti da una varietà di organizzazioni pubbliche e private, è prevalente il ricorso a personale di origine straniera (stranieri e frontalieri rappresentano oltre un quarto dell’occupazione nel settore socio-sanitario, il loro numero è in costante crescita e la grande maggioranza delle risorse attivate nelle occupazioni di cura cui abbiamo fatto riferimento è rappresentata da personale immigrato, vuoi stranieri residenti, vuoi persone di cittadinanza italiana o comunitaria che lavorano in Ticino e risiedono nelle province italiane di frontiera). In Ticino la sfida dell’invecchiamento della popolazione, e quella del mantenimento dell’anziano presso il domicilio, è stata affrontata puntando molto sulla partnership tra pubblico e privato (nella logica dei mandati di prestazione e del *“new public management”*) e creando una complessa rete di servizi territoriali, a *governance* pubblica ma gestiti attraverso enti territoriali no-profit (cfr. <http://www.sacd-ti.ch/>).

Il progetto si è proposto di mettere in valore questo modello, e utilizzarlo in un’ottica di scambio e *benchmarking* per rafforzare e strutturare possibili risposte anche sul versante italiano. Nel contempo si è tentato di costruire una rete integrata, sui due lati della frontiera, di pratiche finalizzate a rafforzare la competenza complessiva del sistema sul versante della capacità di integrazione delle componenti straniere della manodopera attiva nei servizi di cura a domicilio, in modo da favorire la qualità dei servizi stessi, e

parallelamente l'accoglienza e l'integrazione degli immigrati e l'emersione dei diffusi fenomeni di lavoro irregolare che ancora caratterizzano il settore.

Per questa ragione il progetto ha preso le mosse dalla convinzione che la qualità dei servizi di cura rivolti alla popolazione anziana sia il frutto delle competenze diffuse possedute dall'insieme degli attori del territorio. Un buon livello qualitativo dei servizi implica l'intervento sinergico sia da parte di coloro che fanno parte della cosiddetta rete informale (esempio parenti, volontariato), sia del personale che si occupa professionalmente dell'anziano (esempio Operatori Socio sanitari - OSS, badanti, assistenti e aiuto familiari). Per questi ultimi non possono essere trascurate inoltre le implicazioni in termine di stress psicofisico che questo tipo di lavoro implica. L'attenzione va quindi posta sul benessere, oltre che dell'assistito, anche dell'operatore, spesso a sua volta soggetto debole. A tal fine, è importante sensibilizzare tutti i soggetti coinvolti ad operare non improvvisandosi nel ruolo, ma ponendo attenzione alla persona, mettendo in gioco le competenze di ciascuno dei soggetti stessi. Questo scopo può essere raggiunto attraverso vari livelli di formazione e aggiornamento, che rappresenteranno il valore aggiunto della propria attività, sia essa professionale che di volontariato.

L'obiettivo generale può essere raggiunto solo se l'opinione pubblica nel suo insieme sarà coinvolta in un processo di tipo culturale che permetta di non considerare il problema dell'invecchiamento come un'emergenza, ma come una sfida a cui è possibile far fronte solo attraverso il contributo di tutti gli attori coinvolti.

Tra le competenze richiamate, in virtù del ruolo determinante dell'immigrazione nel fornire le risorse umane necessarie al funzionamento del sistema, una funzione strategica è giocata dalle competenze interculturali. Infatti in un'organizzazione lavorativa che si occupa di servizi alle persone, le differenze interculturali – di sensibilità e di approccio ai problemi – sono viste sovente come un ostacolo o un fattore di rischio, da limitare nei suoi effetti e gestire al meglio. Il progetto intende invece partire dalla diversità come patrimonio che può contribuire a innovare e migliorare le prestazioni e la vita dell'organizzazione, a patto di saper facilitare e rendere feconde le comunicazioni e le relazioni transculturali. La *“cura della diversità”* è una risorsa fondamentale nella gestione del capitale umano e delle competenze nel lavoro sociale, perché migliora la relazione tra collaboratori e collaboratrici, e tra operatori e utenti.

Concludendo possiamo dire che oggi l'intero settore dei servizi di cura a domicilio vive una fase di complessa crescita e trasformazione, che rende assai utile la costruzione di una rete stabile di scambio e cooperazione tra soggetti operanti sui due lati del confine:

- per analizzare i bisogni e gestire con risposte adeguate la crescita e la diversificazione della domanda di servizi, interagendo a livello istituzionale con i servizi territoriali di cura e a livello sociale con un bacino di utenza sempre più vasto e differenziato;
- per costruire una politica di gestione delle risorse umane capace di governare e valorizzare le diversità dovute alla complessità delle relazioni interculturali che caratterizzano il settore, operando in modo da formare gli attori in direzione dello sviluppo organizzativo e della qualità.

Il progetto ha puntato dunque ad affrontare alcune problematiche condivise dagli attori che si muovono sul fronte dei servizi sociali e di cura, attraverso la messa in rete di conoscenze e competenze, lo scambio di esperienze, l'apprendimento organizzativo, sviluppandole in molteplici ambiti: i modelli di gestione dei servizi, lo sviluppo delle competenze degli operatori, l'integrazione interculturale tra attori, operatori e utenti.

Costruzione del partenariato

Per quanto riguarda il versante italiano, i partner del progetto erano: Comune di Novara (capofila), FILOS Società Cooperativa, Nuova Assistenza Coop. Soc. (cooperativa sociale che si occupa dell'erogazione di servizi socio-assistenziali e socio-educativi). Si tratta di tre realtà che da anni operano con competenze diverse su obiettivi comuni, legate da rapporti di collaborazione che hanno originato progetti e numerose collaborazioni.

La Legge 8 Novembre 2000, n° 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, afferma il carattere di universalità del sistema degli interventi e dei servizi sociali, promuove la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità locali alla lettura dei bisogni e alla

progettazione e gestione degli interventi, attraverso le organizzazioni del Terzo settore, sancisce la necessità dell'integrazione istituzionale ai diversi livelli di competenza e prevede che i Comuni definiscano il Piano di Zona per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nell'ambito delle risorse disponibili. La medesima Legge 328/00, prevede la predisposizione del Piano di Zona, da adottarsi attraverso l'Accordo di Programma quale strumento di pianificazione territoriale per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali; in particolare, definisce l'evoluzione del ruolo dell'amministrazione comunale, chiamata ad esercitare capacità di governance sul territorio in una logica di sussidiarietà. Negli anni 2009/10 e 2011 dalla collaborazione tra Comune, FILOS Soc. Coop., Cooperativa Sociale "Nuova Assistenza" e associazione AMA è scaturita la realizzazione di due edizioni del progetto "Aiutare chi aiuta", presentato dal servizio e finanziato dalla Regione Piemonte rispettivamente con D.G.R. 22 settembre 2008 n. 37 e D.G.R. 30 dicembre 2009 n. 99-13039. Il disegno è nato dalla constatazione che un numero sempre maggiore di persone non autosufficienti, in particolare disabili ed anziani, sono assistiti presso il proprio domicilio da assistenti famigliari, le cosiddette "badanti", persone in massima parte di genere femminile e di origine straniera che provengono dalle più disparate esperienze lavorative e formative. L'impiego di assistenti familiari viene quindi visto da parte delle famiglie come una risorsa per far fronte ai problemi determinati dalla disabilità e si affianca a tutti gli effetti ai servizi di assistenza pubblica. Si è pertanto ritenuto necessario ed indispensabile fornire alle assistenti familiari un bagaglio di competenze e strumenti adeguati al ruolo svolto. Sulla base di queste premesse, in collaborazione con il Centro per l'Impiego, Filos ha effettuato una selezione delle "badanti" e ha somministrato loro un percorso di rinforzo delle competenze. Durante la formazione, alle famiglie è stato garantito un servizio di assistenza domiciliare in sostituzione, fornito dalla cooperativa Nuova Assistenza.

L'altro settore che vede la collaborazione tra i tre soggetti partner del presente progetto è quello relativo alle attività formative rivolte alla qualificazione della figura professionale di Operatore Socio sanitario, normate dalla DGR n.46-5662 del 25 marzo 2002 della Regione Piemonte che ha recepito l'accordo sancito in Conferenza Stato - Regioni in relazione al profilo OSS. La DGR prevede che questo tipo di attività formativa debba ottenere l'accordo e il consenso dell'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali competente per territorio, in questo caso il Comune di Novara. A partire dal 2003 tutte le attività formative in questo settore sono state presentate e realizzate dalla sede di Novara di IAL Cisl Piemonte e poi da Filos, a seguito di un accordo con il Comune di Novara che prevedeva una stretta collaborazione sia nella definizione del fabbisogno formativo, sia nell'utilizzo di personale comunale nella docenza. Analoga collaborazione si è venuta a creare nel tempo tra cooperativa Nuova Assistenza e Filos attraverso una convenzione finalizzata da una parte ad ospitare tirocinanti presso il Servizio di Assistenza Domiciliare, gestito per conto del Comune di Novara dalla stessa cooperativa, dall'altra in attività di docenza portate avanti da operatori di Nuova Assistenza (AS, IP, EP, OSS) nei corsi gestiti da Filos in convenzione con il Comune di Novara.

Nuova Assistenza si è aggiudicata attraverso varie gare d'appalto, la gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) a favore di soggetti anziani, disabili, minori e di persone in situazioni di fragilità residenti nel Comune di Novara, per il periodo 2000-2014.

Sia IAL/Filos che l'Associazione Opera Prima si sono occupati negli scorsi anni, ciascuno nel proprio territorio, delle tematiche legate alla qualificazione e all'inserimento nel mercato del lavoro di cittadini/e stranieri/e con particolare riferimento al settore della cura e dell'assistenza. In quest'ambito è avvenuto l'incontro tra i responsabili delle due realtà, da cui è scaturito l'avvio di una collaborazione informale e scambi di buone prassi sui temi della formazione e dell'integrazione.

L'idea che ha dato origine al progetto "Casa Comune" è nata nell'ambito dei dibattiti tra i partner italiani sui tavoli tematici per la definizione dei Piani di Zona, e negli incontri relativi alle varie attività di collaborazione in corso. La riflessione comune, che ha riguardato gli aspetti di interculturalità sempre più rilevanti nel sistema di assistenza e cura a domicilio, unita alla consapevolezza del grande lavoro svolto da parte di Opera Prima a favore della qualificazione dell'integrazione del personale straniero, ha favorito il coinvolgimento come partner di questa realtà. Non secondaria è stata anche l'esperienza della stessa Associazione come fornitore di servizi di cura a domicilio nel contesto del partenariato pubblico-privato su cui si fonda la rete di cura sul territorio elvetico (SACD) ai fini della conoscenza, da parte dei partner italiani, delle modalità di lavoro e di organizzazione dei servizi operante nel Canton Ticino.

Definizione del progetto e presentazione della proposta

I partner hanno collaborato alla definizione della proposta progettuale. Il format utilizzato, secondo le indicazioni fornite dall'autorità di gestione, è la "Descrizione Tecnica del Progetto", documento di 32 pagine nel quale sono state descritte:

1. Origini e motivazioni del progetto
2. I partner (descrizione e motivazioni del partenariato)
3. Obiettivi
4. Indicatori di risultato
5. Valore aggiunto transfrontaliero
6. Descrizione delle azioni
7. Cronoprogramma generale delle attività

Nello specifico, sono state individuate e descritte le seguenti azioni e attività:

Azione 1 – Pilotaggio e management congiunto

Attività 1 - Progettazione e monitoraggio

Attività 2 - Gestione

Azione 2 – Analisi comparata dei bisogni e dei sistemi, costruzione di un repertorio di buone pratiche e Workshop di scambio e confronto

Attività 1 – Analisi e ricerca

Attività 2 – Scambio e benchmarking

Azione 3 – Disegno e sperimentazione di interventi

Attività 1 - Modellizzazione

Attività 2 – Formazione degli attori coinvolti nel modello

Attività 3 – Formazione all'interculturalità

Attività 4 – Sperimentazione del modello di intervento

Azione 4 – Comunicazione

Attività 1 – Comunicazione

Azione 5 – Trasferimento dei risultati del progetto

Attività 1 – Disseminazione

Attività 2 – Definizione di un coordinamento permanente

La presentazione della proposta, attraverso sistema informatico è avvenuta in data 21/05/2012. La documentazione presentata comprendeva:

1. Scheda Progetto
2. Descrizione tecnica
3. Budget
4. Piano finanziario
5. Dettaglio costi (separatamente, per la parte italiana e per quella svizzera)

L'approvazione definitiva della proposta è avvenuta nel mese di marzo 2013.

Nella IV finestra di valutazione sono state presentate 71 domande. Sono stati approvati 31 progetti sui vari assi. Le risorse disponibili erano così suddivise:

Asse 2 – Competitività: € 5.492.519,73 disponibili, progetti presentati 28

Asse 3 – Qualità della vita: € 3.010.921,19 disponibili, progetti presentati 43 di cui 8 sulla misura 3.4

Sull'Asse 3 sono stati finanziati 12 progetti. "Casa Comune" è risultato essere il secondo nella graduatoria degli approvati.

LA FASE DI REALIZZAZIONE

25 marzo 2013 Kick-off meeting

Il Kick-off meeting è l'incontro che costituisce il "calcio d'inizio" di un progetto: prevede la partecipazione di tutte le risorse che, a vario titolo, saranno coinvolte nella realizzazione delle attività, e consente di allinearle rispetto a finalità, risultati attesi, strumenti, tempistiche, ruoli e modalità. Ha dunque l'obiettivo di informare, ma anche motivare i partecipanti alla buona riuscita del lavoro.

Il Kick-off meeting del progetto Casa Comune si è svolto a Rivera, presso la sede di Opera prima, il 25 marzo 2013.

Definizione del regolamento interno e degli organi di gestione del progetto

I rappresentanti dei Partner hanno stilato e sottoscritto il Regolamento di Progetto, all'interno del quale vengono tra gli altri definiti gli organi di gestione.

1. Funzioni del Capofila:

Egli è il coordinatore degli altri partner firmatari della Convenzione. Risponde dell'avanzamento del progetto sul versante italiano e dei contributi ricevuti.

Il capofila di parte nazionale deve, inoltre:

- impegnarsi a partecipare al finanziamento del progetto per la quota minima di autofinanziamento conforme alle disposizioni del Programma;
- provvedere all'avvio coordinato del progetto e alla sua esecuzione secondo le modalità e i tempi previsti nella Scheda per la domanda di contributo pubblico;
- impegnarsi ad effettuare le spese per la realizzazione del progetto secondo il calendario annuale previsto dal piano finanziario e fissato all'atto della concessione del contributo, ai fini dell'integrale ottenimento del medesimo;
- raccogliere e organizzare i rendiconti delle spese sostenute dai partner di progetto ed imputarle, con il supporto dell'Amministrazione corresponsabile, nel sistema di monitoraggio;
- comunicare il raggiungimento della percentuale prevista per la corresponsione delle quote dei pagamenti all'AdG;
- ricevere il versamento dei fondi FESR ed erogare agli altri partner, quanto prima e integralmente, le quote di spettanza del contributo FESR assegnato;

Il capofila di parte italiana svolgerà il ruolo di referente unico di progetto, in quanto tale è tenuto a:

- rispondere, quale referente unico e in accordo con gli altri partner, alle richieste di chiarimenti e integrazioni;
- comunicare agli altri partner gli esiti e le decisioni assunte, a seguito dell'istruttoria, dal Comitato di Pilotaggio;
- produrre la documentazione finale del progetto nei termini previsti (es. relazione di chiusura ed eventuali altri prodotti).

2. Obblighi dei partner di progetto:

I partner di progetto accettano il coordinamento tecnico e procedurale del capofila di parte nazionale, al fine di garantire il mantenimento degli obblighi assunti da quest'ultimo nei confronti delle Amministrazioni responsabili del Programma e devono provvedere a:

- rispondere celermente alle richieste di chiarimenti e integrazioni che sono avanzate sulla base dell'evoluzione dell'iter istruttorio da parte del Capofila di parte nazionale;
- comunicare l'accettazione delle eventuali modifiche e prescrizioni che, adottate in sede di Comitato di Pilotaggio, vengono comunicate ai partner dal Capofila;

- eseguire le attività previste a loro carico, secondo quanto stabilito nella Convenzione di cooperazione tra capofila e partner;
- eseguire le attività previste secondo quanto definito dal Piano di Lavoro e dalle singole azioni progettuali coerentemente alle decisioni assunte dal Comitato Guida;
- trasmettere al capofila i dati periodici di esecuzione procedurale, finanziaria e fisica, necessari per l'implementazione del sistema di sorveglianza e monitoraggio;
- fornire al capofila, secondo i tempi previsti dalla tabella annuale sotto descritta, l'elenco delle spese sostenute nell'ambito del progetto, sia attraverso l'inserimento di queste all'interno del sistema on line GEFO sia fornendo l'elenco in formato cartaceo;
- trasmettere al capofila di progetto, due volte l'anno, secondo la tabella sotto descritta, le copie conformi dei documenti contabili, relativi alle spese sostenute;

1° Rendicontazione delle spese	2° Rendicontazione delle spese
Entro il 15 Maggio di ogni anno	Entro il 15 ottobre di ogni anno

- provvedere alla timbratura (con il timbro riportante il nome del Programma e il codice del progetto) e alla firma delle fatture originali¹.
- informare tempestivamente il capofila nazionale di eventuali cause sopraggiunte che potrebbero impedire l'implementazione delle attività del progetto nel rispetto dei tempi e delle modalità previste.

3. Obblighi comuni del capofila e degli altri partner

- Attenersi, nella realizzazione del progetto, oltreché alle specifiche prescrizioni delle schede tecniche per misura e dei provvedimenti di ammissione a contributo, anche alle normative comunitarie, statali, regionali e cantonali rilevanti in materia di ammissibilità delle spese (cfr. reg. CE N. 1080/2006 art. 7 e 13, reg. CE 1083/2006 art. 56 e reg. CE 1828/2006; per l'Italia le linee guida sul sistema di gestione e controllo del MEF, regole di concorrenza (cfr. Reg. CE 70/01; Reg. CE 1998/06; Reg. CE 1857/06; Reg. CE 68/2001; Reg. CE 2204/2002), appalti pubblici, protezione dell'ambiente, eguaglianza di opportunità tra uomini e donne, pubblicità.
- Impegnarsi a rispettare le responsabilità dei beneficiari relative agli interventi informativi e pubblicitari destinati al pubblico come indicate nell'articolo 8 del reg. CE n. 1828/2006 e con le caratteristiche tecniche previste dall'art. 9 dello stesso regolamento.

Ciascun partner beneficiario del progetto, compreso il capofila, è responsabile, nei confronti di ciascuna delle Amministrazioni corresponsabili di parte nazionale dell'utilizzo del contributo pubblico che gli è attribuito e della regolarità delle attività da lui condotte e realizzate.

In ogni caso, i partner sono tenuti a fornire al Valutatore le informazioni aggiuntive richieste e a partecipare, nelle forme e con le modalità definite nel processo valutativo, a specifici momenti di confronto.

4. In caso di audit (o azione di verifica), il capofila e i partner di progetto devono:

- accettare il controllo dei competenti organi comunitari, dell'amministrazione statale e delle amministrazioni corresponsabili dell'attuazione del Programma sull'attuazione del medesimo e sull'utilizzo del contributo erogato (cfr. reg. CE N. 1828/2006);
- conservare la documentazione contabile e amministrativa relativa all'attuazione del progetto per un periodo di tre anni successivamente al pagamento da parte della Commissione europea del saldo relativo all'insieme del Programma, ai sensi dell'art. 89, par.3 del Reg. CE N. 1083/2006.

¹ Le cui copie saranno consegnate al capofila di progetto e successivamente ai controllori.

- tenere costantemente aggiornate, per ciascun progetto, separate scritture contabili, corredate dei necessari giustificativi di spesa;

Le informazioni concernenti la veridicità e la validità delle azioni e delle spese eligibili al finanziamento FESR forniti da ciascun partner di progetto ricadranno sotto la sua esclusiva responsabilità.

5. Rimborso del contributo pubblico

Ciascun partner beneficiario è, dunque, responsabile per la mancata realizzazione delle attività per le quali si è impegnato e provvederà a rimborsare le sovvenzioni pubbliche percepite e non utilizzate.

Ciascun partner beneficiario è, inoltre, responsabile dell'utilizzazione dei fondi per attività non previste dal progetto e provvederà a restituire la quota di contributo pubblico indebitamente percepita.

6. Organi di gestione del progetto

Il Gruppo di gestione è responsabile della fase di progettazione e monitoraggio. Il Gruppo di gestione è composto dai rappresentanti dei partner e ha una funzione di governance del progetto. Nomina i membri del Team di Progetto e del Team Amministrativo, all'interno dei quali sono individuati i rispettivi Project Manager. Il Gruppo di gestione garantisce un'azione di monitoraggio e controllo sugli aspetti realizzativi e amministrativi del progetto. Il Team di Progetto e il Team Amministrativo, si riuniscono periodicamente e relazionano con cadenza stabilita al Gruppo di Gestione.

Affidamento a ciascun partner delle attività all'interno delle varie azioni

Il 27 marzo 2013, presso l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Novara, presenti i membri del gruppo di gestione, si è svolto l'incontro di start-up del progetto e di definizione degli incarichi, per quanto riguarda la parte italiana. In particolare, la definizione degli incarichi ha preso le mosse da quanto già dichiarato in sede di presentazione della proposta nella "Scheda Progetto". In quella occasione infatti, oltre alla indicazione dei contributi di ciascun partner alle singole azioni progettuali, era stato necessario indicare anche gli output prodotti, sempre da ciascun partner, in relazione a tutte le fasi in cui risultavano coinvolti.

Realizzazione del progetto. Azione 2 – Analisi e scambio e Azione 3- Disegno e sperimentazione di interventi

AZIONE N.2 – ANALISI COMPARATA DEI BISOGNI E DEI SISTEMI, COSTRUZIONE DI UN REPERTORIO DI BUONE PRATICHE E WORKSHOP DI SCAMBIO E CONFRONTO

Questa azione si componeva di due distinte attività:

Attività 1 – Analisi e Ricerca

Oggetto di ricerca: evidenziare e analizzare i bisogni della popolazione anziana, attraverso l' utilizzo di tre strumenti analitici diversi.

Strumento 1: questionario.

Si è realizzata una analisi quantitativa mirata a:

- delineare le reti familiari e sociali operanti a sostegno degli intervistati
- definire e graduare i bisogni degli intervistati in relazione a tre macro-aree:
 - ✓ condizioni abitative, sicurezza e benessere
 - ✓ assistenza. Questa macro area è stata a sua volta declinata nelle due sotto-aree "aiuto domestico" e "assistenza per la cura alla persona"
 - ✓ autonomia funzionale

Sono state somministrate ed elaborate oltre 200 interviste quantitative ad altrettanti ultra settantenni residenti nel Comune di Novara.

Strumento 2: focus group

I focus group si sono configurati come luoghi per approfondire in modo dialogico e qualitativo alcuni aspetti quali:

- rappresentazioni ricorrenti della condizione anziana vulnerabile

- percezione delle trasformazioni identitarie e dei bisogni di cura che emergono (corpo, salute, relazioni, ruolo, tempi, spazi, risorse, servizi)
- “gli altri sulla scena” : aspettative reciproche di anziani, care manager e assistenti familiari rispetto all’assistenza e cura a domicilio
- vissuti nella convivenza anziani - care manager - assistenti familiari
- ideali e prospettive per il futuro

La traccia dei focus group è stata strutturata in coerenza con gli ambiti di analisi del questionario.

Sono stati realizzati cinque focus group:

- ✓ 10/06/2013 Rappresentanti Consulta della terza Età
- ✓ 16/07/2013 Familiari di anziani assistiti da ass. familiare
- ✓ 23/07/2013 Assistenti Familiari
- ✓ 10/10/2013 e 29/01/2014 Associazioni di volontariato

Strumento 3: interviste a testimoni privilegiati

Obiettivo di questo strumento era la mappatura dei servizi esistenti. Sono state realizzate le seguenti interviste:

- ✓ 21/05/2013 Intervista a Carla Olivero, responsabile del servizio SAD del Comune di Novara.
- ✓ 30/05/2013 Intervista a Stefania Benvenuti, capoarea della Cooperativa sociale Nuova Assistenza.
- ✓ 19/07/2013 Intervista a Simona Scapparone, responsabile CSV.
- ✓ 09/07/2013 Intervista progetto “Reti di Cura” – Provincia di Novara
- ✓ 30/09/2013 Intervista Olga Gromadiuk (ACLI)
- ✓ 03/10/2013 Intervista a Elena Ugazio (CISL)
- ✓ 31/10/2013 Intervista Marilena Giorgietti (Prontassistenza)
- ✓ 25/11/2013 Intervista a Bresich e Aquili (ASL NO)
- ✓ 04/12/2013 Intervista a Tomasoni (Centro diurno De Pagave)
- ✓ 04/03/2014 Intervista a Trabucchi e Bolognini (Vedogiovane)
- ✓ 12/06/2014 Intervista a Daniela Menis (Centro Ascolto Caritas)

Attività 2 – Scambio e Benchmarking

L’attività di ricerca e analisi ha preceduto la realizzazione del secondo obiettivo dell’azione, ovvero lo scambio di buone prassi e il confronto, al fine di mettere in rete e trasferire le esperienze e i modelli di eccellenza emergenti sui due lati della frontiera.

Attori protagonisti di questa fase sono stati tre tavoli, progettati organizzati e coordinati dal Team di Progetto e che hanno visto l’intervento di esperti di settore, gestori dei servizi e stakeholder. Il confronto e lo scambio hanno avuto luogo su alcuni aspetti fondamentali quali:

Tavolo n. 1 (realizzato il 9/12/2013) :

“Tavolo tecnico per la Governance e le reti per l’assistenza e la cura degli anziani fragili” che ha trattato gli assetti normativi e finanziari dei sistemi di cura a domicilio; i modelli di governance e di partnership pubblico-privato; modelli di gestione della qualità (dai modelli fondati su standard e procedura ai modelli centrati sulla fluidità dei processi e sui sistemi relazionali);

Tavolo n. 2 (realizzato il 01/04/2014):

“Quali competenze e quale formazione per il lavoro di cura?” modelli di gestione e costruzione delle competenze del personale di cura, durante il quale sono stati messi a confronto i modelli formativi sui due lati della frontiera e che ha portato a una riflessione da parte dei partecipanti riuniti in gruppi di lavoro sulla formazione dei soggetti che a vario titolo contribuiscono alla domiciliarità, in particolare l’Assistente familiare e l’OSS domiciliare.

Tavolo n. 3 (realizzato il 17 settembre 2014) :

“Riconoscere e mettere in valore le diversità” sui modelli di valorizzazione dell’integrazione interculturale intesa come strumento per migliorare la qualità dei servizi e valorizzare il lavoro di cura al cui centro era posta la necessità di mettere meglio a fuoco le competenze strategiche necessarie a svolgere le funzioni di cura (con al centro le competenze relazionali, cooperative e progettuali),

AZIONE N. 3 – DISEGNO E SPERIMENTAZIONE DI INTERVENTI

A seguito della realizzazione, nell'azione 2, dell'analisi comparata dei bisogni degli anziani e dei sistemi di risposta nonché della costruzione di un repertorio di buone pratiche, l'azione 2 ha avuto come obiettivo la progettazione e la sperimentazione sui due lati della frontiera di un modello di intervento che, attraverso la messa in rete dei vari soggetti individuati attraverso l'azione di mappatura delle risorse presenti sul territorio, fosse in grado di fornire, in risposta ai bisogni individuati, un servizio individualizzato, modulabile e modificabile nel tempo e nel quale la componente interculturale dell'apporto fornito dalla manodopera straniera sia considerato un valore aggiunto essenziale.

AZIONE 3 attività 1 – Modellizzazione

Dopo aver lavorato nella precedente fase per rafforzare e mettere in comune il patrimonio di conoscenze sui bisogni emergenti della popolazione anziana, sui servizi pubblici di sostegno alla domiciliarità presenti sul territorio e sui modelli di *governance*, partendo dalle buone pratiche e da un'intensa attività di scambio, benchmarking e condivisione dei modelli operanti in Italia e in Svizzera, l'azione si proponeva di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo decisivo del progetto: progettare e sperimentare su entrambi i lati della frontiera un modello idoneo a fornire interventi personalizzati in risposta ai bisogni di assistenza degli anziani a domicilio, attraverso l'attivazione in rete dei vari soggetti coinvolti, rendendo le dinamiche interculturali un valore aggiunto fondamentale e non unicamente un vincolo con cui misurarsi.

Nel progetto originale l'Azione 3 prevedeva che fosse il Team di progetto a procedere all'elaborazione del modello, delegando poi a un passaggio successivo la formazione degli operatori. I risultati raggiunti e le riflessioni elaborate hanno reso preferibile una diversa implementazione del modello, tale da risultare coerente con i bisogni emergenti sui due versanti della frontiera. In particolare si è evidenziata l'utilità di un approccio ispirato alle pratiche della co-costruzione e della progettazione partecipata, soprattutto in relazione al contesto di crisi e riduzione di risorse da dedicare al welfare che caratterizza l'attuale momento storico, rendendo indispensabile la negoziazione di obiettivi, priorità e forme dell'intervento sociale. È inoltre emersa la comune priorità di rafforzare la capacità di lavorare in rete, adottando un approccio sistemico al lavoro di cura a domicilio, tale da coinvolgere non solo gli operatori professionali, ma l'insieme delle istituzioni, della rete del volontariato e della "comunità" nel suo complesso. Infine, si è evidenziata la necessità di ripensare in chiave di sistema ruoli e figure professionali, mettendo meglio a fuoco le competenze strategiche necessarie a svolgere nel modo migliore il lavoro di cura al domicilio.

In sintesi l'Azione 3 poteva rappresentare la sede per costruire, in modo partecipato, un modello di governance e gestione dell'assistenza domiciliare sul territorio del Comune di Novara e una riflessione su possibili percorsi innovativi rivolti agli attori che all'interno del modello dovranno operare: responsabili e operatori dei Servizi Pubblici, assistenti famigliari, *caregiver* e *caremanager* famigliari, rete del volontariato e la "comunità" nel suo complesso.

I **nodi cruciali** di questa azione sono stati dunque:

Elaborazione di una ipotesi di modello: l' "Officina Sociale": È possibile affermare che l'ipotesi "Officina sociale" costituisca il portato di quanto realizzato nella fase 2 del progetto "Casa Comune": i "contenuti" sono stati ispirati da quanto emerso dall'analisi e ricerca, mentre i principi metodologici (quadro teorico di riferimento e co-progettazione) sono stati ispirati dall'azione di scambio e benchmarking.

Realizzazione di due percorsi : uno sui temi della governance e l'altro su quello delle competenze, che permettessero al tempo stesso di realizzare alcuni prodotti chiave del progetto, ma anche di rafforzare la capacità dei partecipanti nell'effettuare una diagnosi delle risorse e dei bisogni che si manifestano in un contesto di cura a domicilio in un'ottica sistemica. L'obiettivo dei percorsi era sia di progettare un intervento coerente e capace di valorizzare l'insieme delle risorse presenti, ma anche di comprendere e applicare modalità di relazione utili a sviluppare la cooperazione in team

interprofessionali e l'attivazione di reti multiattore, sperimentandole nell'azione di diagnosi, progettazione e implementazione dei servizi. I percorsi, che hanno visto il coinvolgimento del Team di Progetto e della rete degli stakeholder, si sono svolti tra l'autunno del 2014 e la primavera del 2015, con il supporto e l'accompagnamento di un "facilitatore". L'obiettivo di questi percorsi era di analizzare le situazioni problematiche emerse, per progettare poi in gruppo le possibili soluzioni, sperimentarne l'implementazione e valutare i risultati conseguiti.

Organizzazione di workshop rivolti a gruppi omogenei di operatori (rivolti da una parte alle Organizzazioni di Volontariato che operano a favore della domiciliarità e dall'altra a operatori professionali (Assistenti sociali di Comune, ASL e Azienda Ospedaliera) pensati come spazi dialogici dove gli operatori professionali e la rete del volontariato potessero conoscersi dal vivo e confrontarsi valutando le ipotesi del modello e condividendone le sfide, per ascoltare e identificare snodi operativi e strumenti per l'integrazione tra i servizi. In esito al lavoro dei due gruppi, che ha avuto termine nel mese di giugno 2015 con la presentazione a partner e stakeholder dei risultati del percorso, è stata decisa la continuazione del confronto tra rete del volontariato e operatori professionali, in quello che è stato definito "Tavolo Anziani"

Realizzazione di tre giornate seminariali transfrontaliere: aventi l'obiettivo di sostenere il lavoro delle attività di co-progettazione. Attraverso la proposta di argomenti che potessero fornire elementi di riflessione e strumenti di lavoro ai partecipanti, le giornate hanno avuto il duplice obiettivo di rinforzare le basi teoriche per l'elaborazione del modello e di stimolare tra i partecipanti modalità di lavoro improntate ad una visione sistemica del lavoro di rete. Questi i temi trattati:

"L'assistenza domiciliare agli anziani tra pubblico e privato: la prospettiva del secondo welfare" (20.10.2014) - a cura della Prof. Franca Maino;

"Interagire con gli anziani e le loro famiglie: perché, come, con quali attenzioni" (29.01.2015) – a cura della Prof. Franca Olivetti Manoukian;

"Costruzione, mantenimento, promozione di reti territoriali finalizzate alla promozione della domiciliarità nella cura degli anziani non autosufficienti" (26.02.2015) – a cura della Prof. Franca Olivetti Manoukian.

Gli **output dell'azione** invece sono stati:

- costituzione di un **"Punto Informativo e di orientamento Comune-ASL-Organizzazioni del volontariato e del Terzo settore per anziani non autosufficienti"**, denominato "Spazio Anziani", resa possibile da un accordo sottoscritto dai soggetti coinvolti. Allo scopo di progettare l'organizzazione della produzione del servizio offerto, cioè pensare a tutto quello che occorre per mettere in funzionamento lo Spazio, è stato creato un Gruppo operativo a partecipazione mista che, con l'ausilio di un facilitator ha lavorato al fine di: definire ruoli e compiti degli operatori dello Spazio Anziani; definire l'iter processuale del servizio; ipotizzare i contenuti di una serie di schede tecniche di rilevazione dati e monitoraggio del servizio. Nella fase di sperimentazione lo Spazio Anziani sarà presidiato dalle due figure professionali incaricate del servizio da parte di Comune di Novara e ASL affiancate da un volontario /a appartenente ad una delle organizzazioni firmatarie del Protocollo di Intesa. La presa in carico della domanda avverrà in maniera sinergica tra operatrici/ori professionali e volontari/e: dunque in sede di primo colloquio, condotto dalle operatrici professionali, il/la volontario/a avrà il ruolo di osservatore, mentre sarà suo compito l'organizzazione dei dati della storia dell'utente secondo una scheda che, in forma narrativa, costituisce lo strumento organizzativo finalizzato a realizzare l'attività di osservatorio dell'Officina Sociale. Si ritiene necessaria una fase di formazione sul campo e di trasferimento di competenze da parte delle figure professionali rispetto ai volontari, soprattutto per coloro che non hanno esperienza nell'ambito specifico dello Spazio Anziani. Si ipotizza, inoltre, una rotazione quindicinale/mensile dei volontari al fine di garantire un lasso di tempo significativo dedicato al consolidamento delle competenze specifiche della "Relazione d'aiuto".

- realizzazione di un **portale informativo** che risponde all'obiettivo di creare uno strumento unico in grado di fornire informazioni su tutti gli interventi e i servizi erogati nel territorio comunale, da soggetti pubblici, privati, del privato sociale in materia di assistenza agli anziani. Questo strumento si rivolge principalmente agli operatori. Attraverso la consultazione, ciascun operatore (indipendentemente dal suo specifico settore di intervento) è messo in grado di fornire alle famiglie un quadro chiaro dei servizi disponibili attualmente sul territorio del Comune di Novara. Per ciascun operatore o servizio pubblico vengono fornite le seguenti informazioni: denominazione completa, acronimo, breve descrizione del servizio, modalità di accesso al servizio, indirizzo sede operativa, tel/fax/mail, sito web, orari della sede operativa/eventuali chiusure annuali, persona di contatto: nome e cognome, telefono, mail, orari di reperibilità, eventuali costi per l'utente. Le modalità di consultazione sono essenzialmente tre:
 - I. *tipologia di intervento richiesto*, dove le informazioni sono suddivise per macroaree: ascolto/interventi di sostegno economico, assistenza ospedaliera/in struttura, attività ambulatoriali, centro diurno, dimissioni protette/continuità assistenziale, disbrigo pratiche socio sanitarie, interventi a domicilio, servizi ricreativi, supporto alle lavoratrici (OSS/AF), supporto malattie specifiche, supporto ricerca OSS/AF, trasporto. Queste macroaree sono a loro volta suddivise in sotto-aree. Per ogni sotto area sono indicati tutti i soggetti che offrono quel tipo di servizio, suddivisi per natura (soggetti privati, pubblici, del privato sociale).;
 - II. *tipologia di servizio pubblico*, dove compaiono in ordine alfabetico tutti i servizi pubblici offerti da Comune di Novara, ASL 13, Azienda Universitaria Ospedaliera "Maggiore della Carità";
 - III. *Anagrafica Operatori Privati e Volontari*, dove sono presentate le schede informative di tutti i soggetti che hanno partecipato alla costruzione del Portale. Nelle intenzioni, questa sezione dovrà essere implementata con le schede relative ai nuovi soggetti che vorranno essere coinvolti nonché con quelle relative ai progetti speciali che prenderanno vita grazie all'attività del Tavolo Anziani.
- Il **Tavolo Anziani** costituisce l'esito, a priori non assicurato ma proprio per questo di straordinaria rilevanza, dei due percorsi formativi realizzati tra marzo e giugno 2015, con gli operatori volontari e quelli professionali. Le sfide poste da questi due percorsi erano decisamente impegnative. Grazie all'insistenza su un atteggiamento di ascolto reciproco, l'esperienza è diventata "generativa": a chiusura del percorso tutti i partecipanti hanno espresso il desiderio che ci sia un seguito a questa esperienza. Di qui l'idea di mantenere un appuntamento mensile di incontro con lo scopo di ragionare, discutere e magari immaginare e costruire percorsi innovativi sul tema della condizione anziana.

Realizzazione del progetto. Azione 1- Pilotaggio e management congiunto

L'azione, trasversale allo svolgimento di tutto il Progetto, aveva lo scopo di garantire la gestione congiunta e sinergica della rete di attori impegnati nella sua realizzazione. Trattandosi di un'azione di management congiunto, tutti i quattro partner sono stati pienamente coinvolti, attraverso propri rappresentanti, nel lavoro degli organi di governo dell'attività progettuale. Una quota di budget maggiore è stata riservata al Comune di Novara, in qualità di ente promotore, e per l'esercizio delle sue competenze di gestione del partenariato.

Attività 1 - Progettazione e monitoraggio

Responsabile della fase di progettazione e monitoraggio era il Gruppo di gestione, composto dai rappresentanti dei partner italiani e svizzeri e che ha avuto una funzione di governance del progetto: in una fase preliminare, al suo interno è stata condivisa la macroprogettazione e definita e validata la progettazione di dettaglio; sono stati poi individuati i compiti e conferiti gli incarichi, con la conseguente costituzione del Team di Progetto e del Team Amministrativo, all'interno dei quali sono stati individuati i rispettivi Project Manager. In itinere, il Gruppo di gestione ha garantito un'azione di monitoraggio e

controllo sugli aspetti realizzativi e amministrativi. Al termine della fase di realizzazione è stato compito del Gruppo di Gestione l'attività propedeutica alla costruzione di una rete stabile di scambio transfrontaliero. Il Team di Progetto, i cui membri sono stati scelti dal Gruppo di gestione tra i rappresentanti dei partner e il cui lavoro è stato coordinato dal Project Manager di Team, riunendosi periodicamente e relazionando con cadenza stabilita al Gruppo di Gestione, ha tradotto in termini operativi le attività progettuali, realizzando in tal modo il secondo obiettivo dell'azione, ovvero il Coordinamento dell'attività di realizzazione del progetto.

Attività 2 - Gestione

Terzo e ultimo organo di gestione è stato il Team Amministrativo, composto dai responsabili amministrativi della Partnership, e che il cui obiettivo è stata la corretta gestione contabile, finanziaria e rendicontativa dell'intero Progetto. All'interno del Team, il Comune di Novara, capofila del progetto, ha individuato tra il proprio personale il Project Manager di team col compito di coordinare le attività degli altri referenti amministrativi. Il Team si è riunito mensilmente, per tenere sotto controllo gli stati di avanzamento del progetto, effettuando il controllo e l'archiviazione della documentazione contabile e amministrativa. Infine, sarà compito del Team la rendicontazione finale dell'attività progettuale.

Realizzazione del progetto. Azione 4 – Comunicazione e disseminazione

La strategia comunicativa ha visto l'utilizzo di una serie di strumenti:

1. Definizione di un'immagine del progetto: logo, slogan, linea redazionale, modulistica utilizzata per le comunicazioni interne ed esterne
2. Creazione e implementazione del sito web www.casacomunenovara.it
3. Pubblicazione regolare di una newsletter informativa a cadenza bimestrale
4. Rapporti con i media: realizzata una conferenza stampa per presentare al pubblico l'iniziativa, annunciare l'avvio della fase operativa e illustrare il sito e la newsletter
5. A cura dell'addetto stampa del progetto (che ha curato anche i rapporti con i mass media del territorio italiano ed elvetico) comunicati stampa periodici di aggiornamento sull'andamento delle attività stesse;
6. Realizzazione, il 07/11/2014 a Novara, di un seminario di presentazione degli esiti dell'azione di analisi e ricerca, al termine dell'azione 2;
7. Realizzazione dei tre Tavoli di Confronto (due sul territorio Italiano, uno in Svizzera) – convegni pubblici in itinere, nei quali sono state affrontate e approfondite le tematiche sviluppate dal progetto (domiciliarità/istituzionalizzazione, integrazione degli interventi, razionalizzazione delle risorse, valorizzazione delle dinamiche interculturali, le pari opportunità e l'ottica di genere applicata ad un settore occupazionale a prevalenza femminile)
8. Realizzazione (Novara, 18 settembre 2015) del convegno congiunto finale di bilancio dell'intera esperienza, nell'ambito del quale sono state elaborate anche le linee guida dell'azione di diffusione dei risultati e della sostenibilità nel tempo del progetto
9. Realizzazione della pubblicazione sull'intera esperienza progettuale: *“Ripensando alla cura domiciliare per gli anziani. Casa Comune: un progetto transfrontaliero Italia-Svizzera”*.

LA GESTIONE DI UN PROGETTO COMPLESSO: NODI E CRITICITA'

Filos ha partecipato come partner alla realizzazione di due progetti Interreg Italia – Svizzera: “Casa Comune” e “APRIS – Apprendistato Italia Svizzera”. Si è scelto di presentare l’esperienza di “Casa Comune” perché, fin dalle fasi preparatorie (analisi dei bisogni territoriali, creazione della partnership, elaborazione e stesura del progetto) il ruolo del nostro Ente è andato decisamente al di là di quelle che normalmente sono le funzioni di un partner. E’ possibile affermare che Filos abbia svolto un ruolo di supplenza del Capofila di parte Italiana. Il Comune di Novara infatti ha scontato in questi mesi molte difficoltà organizzative interne, e ha concesso a Filos un mandato di carattere fiduciario affinché vi fosse una gestione concordata dei principali snodi progettuali. Questo mandato si è realizzato attraverso un’azione di supporto e tutoring da parte di Filos nei confronti dei funzionari che si sono succeduti all’interno del Comune, nella gestione delle attività appannaggio dello stesso. Grazie al ruolo svolto, si è avuta da parte di Filos una visione chiara e completa di tutti i passaggi cruciali del percorso progettuale. Viceversa, nella realizzazione del progetto “APRIS” ci si è trovati a operare nell’ambito di una partnership molto più estesa (Capofila per parte italiana: Agenzia per la Formazione, l'Orientamento ed il Lavoro della Provincia di Como, partner: Provincia di Novara, Como, Varese, Fondazione Enaip Lombardia, Università Cattolica del Sacro Cuore, ForTeam Bolzano, ISML Torino. Capofila di parte Svizzera: Dipartimento della formazione professionale del Canton Ticino), all’interno della quale il capofila ha esercitato un’azione molto più decisa e direttiva, lasciando ai partner un ruolo maggiormente operativo.

Per quanto riguarda Casa Comune è possibile dunque delineare quelli che sono stati i principali nodi progettuali, nonché abbozzare un primo bilancio delle criticità incontrate.

Il primo nodo è stato rappresentato dalla costituzione del gruppo di lavoro, con la conseguente individuazione dei compiti e dei consulenti incaricati. Già in fase progettuale era stata definita una divisione di massima dei compiti: nella prima fase della realizzazione, il Comune è stato accompagnato nella specificazione delle attività di competenza, nonché nella stesura dei bandi ad evidenza pubblica richiesti dal programma per l’affidamento degli incarichi da parte degli enti pubblici. A sua volta, anche Filos ha dovuto, seppur con meno vincoli, seguire la medesima procedura. E’ importante sottolineare come la stesura dei Bandi sia avvenuta in realtà a valle del processo di individuazione delle professionalità richieste, dato l’alto livello richiesto alle medesime. Questo ha fatto sì che nei Bandi fossero inseriti una serie di vincoli stringenti il cui scopo era di circoscrivere in maniera precisa le candidature. L’unico ambito in cui ciò non è avvenuto è stato quello della Comunicazione: in questo caso, data la scarsa esperienza degli estensori, il Bando di Gara è risultato essere molto generico, creando successivamente grosse difficoltà e contenziosi con la Società vincitrice.

Il secondo nodo è stato costituito dall’avvio dell’attività di analisi e ricerca, avvio che si è dimostrato essere molto più lento e macchinoso di quanto non fosse stato previsto, sia per ragioni legate alle procedure complesse di reperimento dei dati relativi al campione di anziani da intervistare (nonostante la piena disponibilità dimostrata da parte dei Funzionari del servizio elaborazione dati del Comune), sia per un’errata valutazione ex-ante delle modalità di raccolta dei dati. Questo rallentamento iniziale, che si è concretizzato in un ritardo di almeno sei mesi rispetto al cronoprogramma delle attività, ha comportato uno slittamento in avanti di tutte le azioni successive, a causa del quale sono state richieste all’autorità di gestione ben due proroghe sui tempi di chiusura (originariamente prevista per maggio 2015, la chiusura è avvenuta in realtà il 31/10/2015).

Il Terzo nodo ha riguardato l’intera Azione 3 del progetto: come già descritto (cfr pag. 13 della presente relazione), in corso d’opera si è proceduto a modificare sostanzialmente gli output e processi deputati ed ottenerli. Da una impostazione verticistica e centralizzata dell’attività di modellizzazione, si è passati all’allargamento della partnership ai soggetti che a livello territoriale operano a favore della domiciliarità (essenzialmente le organizzazioni di Volontariato e del terzo settore, ma anche ASL e Azienda ospedaliera), e grazie al contributo di tutti questi soggetti, si è giunti alla realizzazione di output molto più articolati e funzionali all’obiettivo, proprio perché nati attraverso un processo di co-progettazione e partecipazione allargata. E’ stata questa, sicuramente la fase più impegnativa ma anche la più stimolante e creativa dell’intera esperienza: ancora una volta Filos ha esercitato un ruolo di tessitura, manutenzione

continua e facilitazione della rete, reso ancora più complesso dall'aumento del numero dei partner coinvolti, e dalle diverse nature dei soggetti (ASL /ODV). Nonostante quest'azione stringente, alcuni dei soggetti del terzo settore inizialmente coinvolti, ha abbandonato in corso d'opera e per vari motivi il progetto: si può ipotizzare che non fossero ancora pronti a sostenere l'impegno che la progettazione partecipata richiede. Viceversa, la maggior parte dei protagonisti ha portato a termine il percorso, con esiti certamente non prevedibili in fase progettuale: la sottoscrizione di un accordo Comune- ASL- ODV per la realizzazione dell' " Officina Sociale" sui temi della domiciliarità, che partirà come punto informativo e di orientamento ma che ha l'ambizione di trasformarsi in un vero e proprio "Spazio Anziani" grazie al quale proseguire nel tempo l'azione di progettazione, monitoraggio della cosiddetta "zona grigia" e della aree di vulnerabilità della popolazione anziana, di analisi dei bisogni e anche della trasmissione della memoria storica, nella convinzione che la comunità si prende cura di se stessa prendendosi cura anche degli anziani.