

“Welfare e
sostenibilità sociale:
da un’Europa più
sociale al PNRR,
un’occasione per
migliorare i sistemi
di cura e prossimità”



**WELFARE E SOSTENIBILITA' SOCIALE:
DA UN'EUROPA PIU' SOCIALE AL PNRR,
UN'OCCASIONE PER MIGLIORARE I
SISTEMI DI CURA E PROSSIMITA'**

a cura di

Giuseppe Guerini
Presidente di CECOP-CICOPA Europa

The page features a white background with several thin, parallel diagonal lines. Three lines are teal, two are purple, and one is yellow. These lines are arranged in a pattern that frames the central text, with some lines extending from the top-left and bottom-right corners towards the center, and others extending from the top-right and bottom-left corners towards the center.

SOMMARIO



1	ABSTRACT	p. 6
2	PREMESSA	p. 8
3	UN'EUROPA PIÙ SOCIALE: INVESTIRE PER UNA STRATEGIA EUROPEA DELLA CURA	p. 12
4	NON SOLO PNRR: L'EUROPA SOCIALE SI ALIMENTA ANCHE SPENDENDO BENE I FONDI STRUTTURALI E AUMENTANDO LA CAPACITÀ DI INVESTIRE	p. 16
5	NUOVA PROGRAMMAZIONE, PILASTRO EUROPEO DEI DIRITTI SOCIALI E PNRR: TRE OCCASIONI PER SVILUPPARE INVESTIMENTI AD IMPATTO SOCIALE	p. 19
6	UN PIANO D'AZIONE PER L'ECONOMIA SOCIALE	p. 22
7	L'ITALIA, IL WELFARE E IL PNRR: UN'OCCASIONE PER RESPONSABILIZZARE DECISORI POLITICI E SOCIETÀ CIVILE PER UN SISTEMA SOCIALE SOSTENIBILE	p. 24
8	OSPEDALI DI COMUNITÀ E CASE DELLA SALUTE: UN'OCCASIONE PER GLI INVESTIMENTI AD IMPATTO SOCIALE	p. 30
9	CONCLUSIONI	p. 36
10	SITOGRAFIA	p. 38



1. ABSTRACT



L'investimento straordinario che l'Unione Europea ha messo in campo con **Next generation Eu**, rappresenta una **irripetibile occasione per innovare il sistema di welfare italiano**, rappresenta anche un'inattesa apertura di credito verso il nostro Paese, ma al tempo stesso una grande sfida per realizzare quell'Europa più sociale di cui si parla da alcuni anni.

Dopo un inquadramento sintetico sul contesto europeo e sulle principali misure a vocazione sociale della programmazione 2020-2027, nell'ambito del quale si inseriscono coerentemente le missioni cinque e sei del PNRR italiano, ci soffermeremo sulle **proposte di implementazione di ospedali di comunità e case della salute**, grazie alle quali il piano di ripresa e resilienza italiano si propone di qualificare l'offerta di servizi di cura e assistenza.

Queste infrastrutture possono essere **un contesto ideale su cui attivare investimenti ad impatto sociale**, tuttavia questo approccio non pare ancora sufficientemente considerato dai programmatori, ma abbiamo ancora spazi per incoraggiare un cambiamento di prospettiva e correggere il tiro.



2. PREMESSA



L'avvio del programma straordinario di investimenti, realizzato attraverso il programma NextGenerationEU, che sta alimentando il PNRR, rappresenta un'occasione importante per **qualificare molte politiche di spesa pubblica secondo una logica d'impatto sociale**, verso la quale registriamo un crescente interesse sia in Italia sia in Europa.

Come noto, lo scorso dicembre 2021 la Commissione Europea ha iniziato a predisporre **le prime erogazioni dei fondi di NGEU**, a seguito della valutazione dei PNRR presentati dai diversi Stati. Tuttavia, stando ad alcune analisi realizzate in questi primi mesi di programmazione dei piani di ripresa e resilienza, emerge che **la dimensione sociale dei piani appare debole, quando non trascurata**, nonostante l'importanza che essa riveste proprio ai fini della resilienza, che almeno a mio parere, è una istanza sociale prima che economica o strutturale.

In uno studio realizzato dal Servizio di ricerca del Parlamento europeo,¹ si afferma che **i piani di ripresa e resilienza dovrebbero "stimolare gli investimenti pubblici, con l'obiettivo di aumentare la produzione reale, e consentire un margine di bilancio supplementare"** capace di determinare l'incremento di investimenti pubblici e privati a medio e lungo termine che

portino crescita dell'occupazione, maggiore produttività, salari più elevati.

Questi effetti sono particolarmente attesi per i maggiori beneficiari dei finanziamenti, a cominciare proprio dall'Italia che è il Paese a cui arriverà la quota più importante dei finanziamenti di NGEU. Si tratta di **una sfida importante e decisiva**, poiché dovremo dimostrare all'Europa intera di aver meritato la fiducia accordataci facendoci destinatari di queste risorse. Per questo **la valutazione degli impatti** che sapremo realizzare diventa fondamentale. Come fondamentale appare la necessità di migliorare **il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutta la società** nel perseguire gli obiettivi di riforme e la condivisione dell'attuazione dei PNRR verso i quali tutti dobbiamo sentirci parte in causa. Per questo il ruolo della società civile, delle parti sociali e del terzo settore appare sempre più necessario.

A questo proposito una delle criticità rilevate da un documento di riflessione del Centro per gli studi politici europei (CEPS) pubblicato nel marzo 2022², riguarda **le competenze frammentate e in molti casi deboli nelle diverse articolazioni delle amministrazioni degli Stati chiamate ad attuare i PNRR**, a cui in molti casi si è cercato di ovviare

¹ [Recovery and Resilience Dialogue with the European Commission](#), marzo 2022.

² [Comparing and assessing recovery and resilience plans](#), Centro per gli studi politici europei (CEPS).



istituendo organismi specifici per il monitoraggio e la supervisione degli obiettivi di attuazione, come appare nella relazione EPRS pubblicata nel marzo 2022³.

E per quanto, secondo un'analisi realizzata da Business Europe⁴ all'inizio del 2022, sia emerso che **le parti sociali sono più coinvolte nei piani nazionali**, rispetto a quanto inizialmente rilevato da Eurofound,⁵ **un pieno coinvolgimento della società civile resta ancora incompleto**.

Anche in Italia, del resto, al Tavolo permanente per il partenariato istituito dal Governo che ha coinvolto sia il CNEL sia l'ANCI, **manca un'effettiva partecipazione del terzo settore e della società civile**, che si ferma sostanzialmente ad un coinvolgimento poco più che formale. Mentre, soprattutto per quanto riguarda il perseguimento degli obiettivi delle missioni 5 e 6 del PNRR, **il ruolo del terzo settore potrebbe essere molto rilevante** e andrebbe meglio valorizzato sul piano sostanziale.

In questa direzione un riferimento importante da considerare riguarda **l'interazione che andrebbe perseguita tra PNRR e Piano d'Azione per l'implementazione del Pilastro Europeo dei diritti Sociali**, varato il 7

maggio 2021 nel "vertice sociale" dei capi di Governo tenutosi a Porto.

Questo Piano d'azione si presenta come **una misura molto ambiziosa**, soprattutto se commisurata alle effettive competenze che i trattati assegnano all'Unione Europea e alla Commissione, che vale la pena ricordare sono elevate in ambito di economia e mercato, ma assai limitate in ambito sociale e sanitario. Tuttavia, esso rappresenta un passo importante, soprattutto se come dimostrato durante la pandemia, si trovassero le volontà politiche affinché le funzioni di coordinamento e sostegno comune si possano effettivamente applicare per trasferire gli obiettivi decisi a livello europeo a livello nazionale e regionale. L'obiettivo politicamente più complesso sarà quindi quello di **fare funzionare sullo stesso piano di importanza la dimensione sociale e la dimensione economica dell'Unione Europea**.

In questo contesto, una funzione fondamentale è quella che il Pilastro Europeo dei diritti sociali assegna alla **"social scoreboard"**⁶, ovvero **lo strumento di valutazione della situazione sociale** che la Commissione Europea ha creato per affiancare l'analisi dei documenti di programmazione economica e di bilancio, che ogni anno si realizza per verificare la congruenza

³ [Recovery and Resilience Plans: stakeholders' views.](#)

⁴ [BusinessEurope Reform Barometer 2022.](#) (BusinessEurope – Barometro delle riforme 2022).

⁵ [Involvement of social partners in the national recovery and resilience plans.](#)

⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/european-pillar-of-social-rights/indicators/social-scoreboard-indicators>



tra le politiche economiche degli stati con quelle dell'Unione.

Il piano d'azione per il pilastro europeo dei diritti sociali a questo punto può davvero **rappresentare anche il cruscotto di obiettivi e indicatori per qualificare e rendere sempre più credibile la valutazione e l'analisi dei dati rilevanti per misurare l'impatto sociale delle politiche europee.**

Questo impone a tutti gli attori sociali quindi di **aumentare la propria capacità di raccogliere, elaborare e analizzare i dati**, così da poter controbilanciare lo strapotere degli indicatori economici tradizionali che da troppo tempo sono il principale strumento di indirizzo delle politiche.

Orientare anche le politiche sociali sulla base di conoscenze costruite a partire dai dati e da indicatori misurabili è così una sfida necessaria per costruire **un'Europa più sociale e più inclusiva.**



3. UN'EUROPA PIÙ SOCIALE: INVESTIRE PER UNA STRATEGIA EUROPEA DELLA CURA



Pandemia, demografia, migrazioni hanno messo in evidenza in modo drammatico **la necessità di coordinare le politiche sanitarie e sociosanitarie nel continente Europeo**, a maggior ragione se si rileggono gli andamenti delle diverse ondate di contaminazione, durante le quali i comportamenti di Stati e Regioni hanno determinato andamenti disomogenei nell'evoluzione dei contagi e, complessivamente, una grande difficoltà nell'assumere misure che consentissero una risposta sistemica capace di fermare la diffusione del Covid-19.

Se l'azione coordinata da parte dell'Unione Europea ha assicurato un accesso rapido e diffuso ai vaccini, le strategie e i comportamenti affidati alle decisioni dei singoli Stati o di singole autonomie locali ha messo in evidenza **la debolezza delle azioni attuative e degli indirizzi che si legano più strettamente ai comportamenti sociali di cittadini e autorità locali**.

Anche per questo la Commissione Europea sta lavorando ad una relazione sull'accesso ai servizi essenziali negli stati dell'Unione, con l'obiettivo di indirizzare le autorità pubbliche verso **una migliore efficacia delle reti di sicurezza sociale e delle modalità di accesso ai servizi assistenziali** per tutti i cittadini europei al fine di **promuovere**

la salute e garantire una più equa ed omogenea qualità dell'assistenza.

La pressione demografica sulle società europee, sempre più esposte all'invecchiamento e alla riduzione della natalità, provoca una crescita incrementale della domanda di servizi di assistenza. Questa pressione richiede che chi programma e gestisce politiche sociali e sanitarie migliori la capacità di **definire standard qualitativi comparabili a livello europeo**, in particolare per ridurre le diseguaglianze in termini di accesso ai servizi.

Si tratta di obiettivi politici ambiziosi a cui non corrispondono sufficienti poteri delle istituzioni europee, e così l'incisività delle misure deve necessariamente passare attraverso i negoziati politici, ma soprattutto attraverso **l'orientamento di politiche economiche e di mercato** (ad esempio aumentando l'autorevolezza dell'Unione Europea dimostrando l'efficacia del mercato unico e delle azioni unitarie sul versante delle forniture, su quello della ricerca, sull'innovazione tecnologica).

A queste due leve si è aggiunto ora il potere di condizionamento che potrà essere esercitato agendo sulla destinazione delle risorse assegnate ai PNRR, ma anche qui non sarà affatto semplice **il bilanciamento**



tra potere negoziale e autonomia degli Stati. Anche in questo caso la differenza potrebbe arrivare proprio dalla capacità di realizzare adeguati piani di valutazione da parte degli attori che si propongono di promuovere il cambiamento e migliorare le politiche di welfare europee, soprattutto per diffondere una cultura della decisione basata sulla valutazione preventiva, sull'analisi dei dati e sulla valutazione degli impatti.

Tra le azioni innovative, in questo contesto, suscita molte attese l'iniziativa, denominata **“The European Care Strategy”⁷**, che la Commissione Europea prevede di presentare nel terzo quadrimestre 2022, dedicata al tema dell'assistenza, con particolare attenzione alle cure di lungo termine, mediante la quale indirizzare le politiche volte a migliorare l'accesso a servizi di qualità in particolare per le persone non autosufficienti.

A sostegno di queste iniziative si proporranno anche nuovi strumenti per **misurare e definire le distanze tra i livelli di accesso all'assistenza sanitaria**, anche attraverso il potenziamento di quello che viene definito lo **“spazio europeo dei dati sanitari”** per promuovere l'accesso condiviso ai dati sanitari necessari alla ricerca e all'elaborazione delle politiche

sociali e sanitarie europee.

Nel documento preparatorio vengono evidenziate una serie di criticità sulle quali la strategia si propone di incidere a cominciare dalla **permanenza di una discriminazione di genere** che penalizza le donne, che sono il 90 % della forza lavoro nel settore dell'assistenza, mentre più di 7 milioni di donne non accedono al mercato del lavoro poiché assorbite da compiti di cura familiari, finendo per essere doppiamente penalizzate poiché hanno maggiori probabilità di aver bisogno di assistenza a lungo termine, ma sono economicamente meno in grado di accedervi.

Inoltre, sempre secondo la Commissione, **troppe persone in Europa non riescono ad accedere ai servizi di assistenza domiciliari, né ad adeguate cure sul territorio**, sia per carenza di servizi sia per l'insufficiente capienza economica dei sistemi di protezione sociale, su cui grava anche una scarsa consapevolezza su forme di protezione sociale complementari, assicurative o mutualistiche, su cui investire quote di risparmio privato.

Il numero di persone che nell'Unione Europea necessiteranno di assistenza a lungo termine⁸ si stima sia destinato a crescere dai **30,8 milioni del 2019 a 38,1**

⁷ https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13190-Access-to-affordable-and-high-quality-long-term-care_en

⁸ [Challenges in long-term care in Europe - A study of national policies https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes)

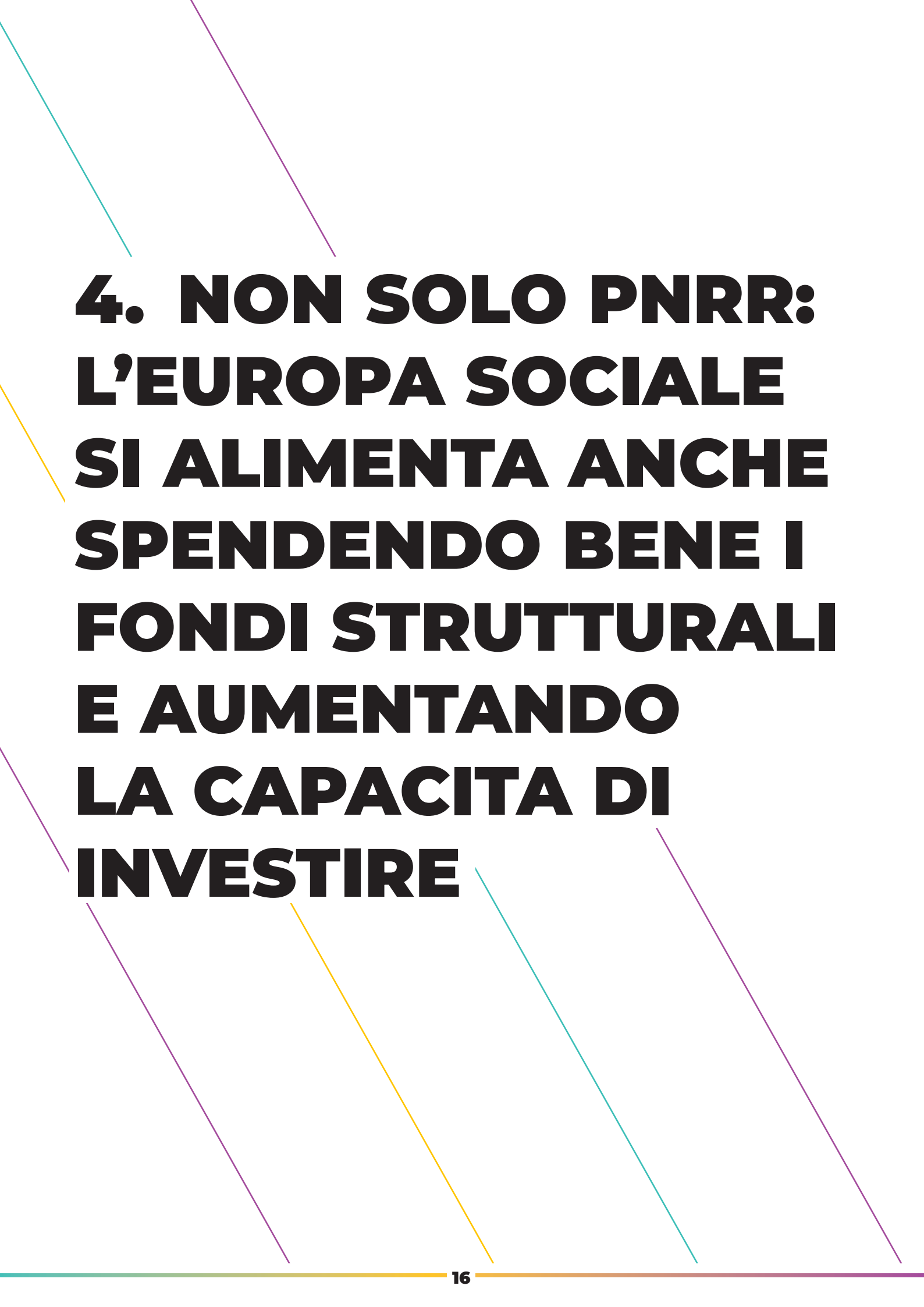


milioni nel 2050. Realizzare servizi di assistenza di qualità e a costi accessibili e finanziare in modo sostenibile i sistemi di assistenza a lungo termine, sono due sfide che richiedono una capacità di investire in modo efficace risorse private e pubbliche.

A questa complessità si aggiunge che è sempre più **difficile attrarre e mantenere risorse umane qualificate nel settore dell'assistenza**, determinata dalle difficili condizioni di lavoro, da salari bassi e da scarsi riconoscimenti sociali. Questi tre limiti hanno una forte componente culturale e pregiudiziale che contribuisce a non fare evolvere il potenziale dell'economia della cura, che rischia di peggiorare per effetto dell'invecchiamento della forza lavoro e l'aumento della domanda di servizi di assistenza. Questo nonostante da più parti si confermi che **il settore dell'assistenza possiede un potenziale di creazione di posti di lavoro** non sfruttato che si stima essere di **circa 7 milioni di nuovi posti di lavoro**, nell'UE, per operatori del settore sanitario e assistenziale.

La pandemia ha messo sotto pressione i sistemi di assistenza, facendone emergere contraddizioni e debolezze strutturali, dimostrando anche l'importanza vitale dei servizi di cura, non solo per le persone fragili, ma anche

per la prima infanzia. Lo stress sulle famiglie, la didattica hanno dimostrato quanto siano **necessari investimenti e riforme strutturali nel settore dell'assistenza.**



**4. NON SOLO PNRR:
L'EUROPA SOCIALE
SI ALIMENTA ANCHE
SPENDENDO BENE I
FONDI STRUTTURALI
E AUMENTANDO
LA CAPACITA DI
INVESTIRE**



La strategia europea per l'assistenza, unita agli ambiziosi obiettivi del pilastro europeo dei diritti sociali, che per essere conseguiti richiedono uno sforzo enorme, richiederà di saper **programmare e spendere adeguatamente sia le risorse dei fondi tradizionali della Programmazione 2021-2027** (che rischia di essere trascurata mentre tutti si concentrano sul PNRR) **sia le risorse straordinarie messe a disposizione dal piano di ripresa e resilienza e da Next Generation EU.**

Ma servirà anche una forte **capacità di programmazione e convergenza a livello locale** per utilizzare al meglio i fondi senza precedenti che l'UE ha messo a disposizione per sostenere le riforme e gli investimenti in linea con il pilastro europeo dei diritti sociali.

Complessivamente sono messi a disposizione circa **1,8 miliardi di euro** in sette anni, e nel quadro delle sei missioni prioritarie dei PNRR, gli Stati dovranno indicare come agiranno per la creazione di posti di lavoro, la coesione sociale, la promozione di politiche per l'infanzia e l'adolescenza, la riduzione della povertà, coerentemente a quanto propone il pilastro europeo dei diritti sociali.

Nella speranza che i PNRR rispondano a questa attesa, e non si proiettino solo

su transizione digitale ed ecologica, non dobbiamo dimenticare che lo strumento principale attraverso cui sostenere gli obiettivi di un'Europa più sociale rimane il ben noto **Fondo Sociale Europeo**, che nella nuova programmazione assume la denominazione di FSE Plus, con una dotazione di 88 miliardi di Euro attraverso i quali gli Stati membri, potranno perseguire gli **“obiettivi sociali”** tenendo conto che, secondo le indicazioni del pilastro dei diritti sociali, almeno il 25 % delle risorse del FSE+ dovrebbero essere impegnate per combattere la povertà e l'esclusione sociale. A questo si aggiunge il **Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR)** destinato a sostenere infrastrutture per l'occupazione, l'istruzione, la formazione e i servizi sociali.

Mentre più decisamente indirizzato a sostenere nuovi investimenti per rinforzare l'infrastruttura sociale europea, troviamo il programma **InvestEU**, caratterizzato da una specifica dotazione dedicata ad incoraggiare gli investimenti pubblici e privati, con l'obiettivo di rinforzare l'infrastruttura sociale europea.

InvestEU funziona attraverso il meccanismo della garanzia al credito e consentirà di mobilitare investimenti



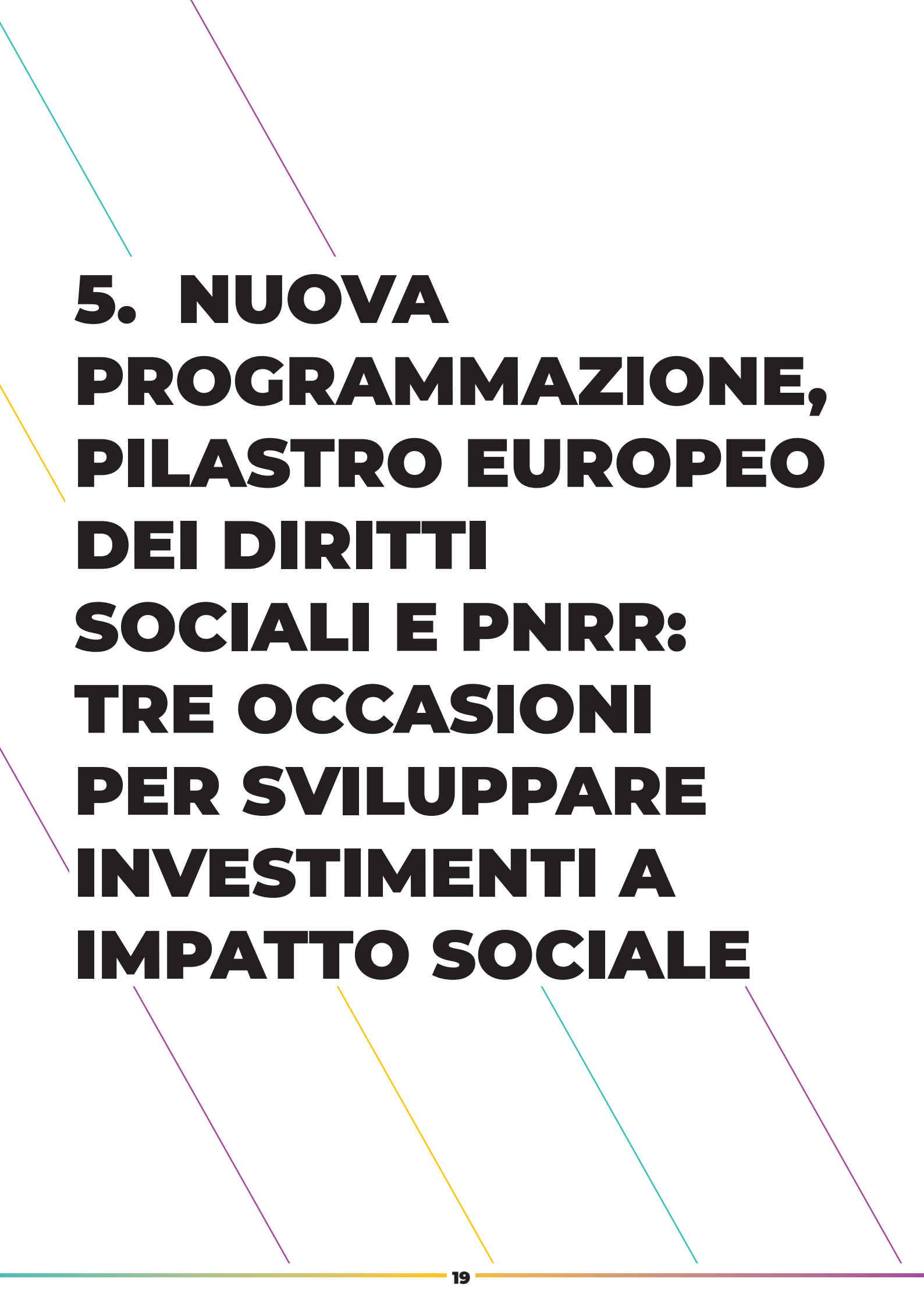
coperti da una garanzia – gestita dalla Banca Europea degli Investimenti – proprio con l'intento di provocare un effetto leva che da un lato alleggerisca i tassi di interesse per gli attori sociali che realizzeranno nuovi investimenti, dall'altro lato attragga investitori privati che, grazie alle garanzie e alle verifiche di sostenibilità, che dovranno effettuare la BEI e gli istituti di credito convenzionati con gli intermediari finanziari nazionali – nel nostro caso la Cassa Depositi e Prestiti – dovranno misurare l'impatto sociale degli investimenti proposti per sostenere gli investimenti nell'economia sociale e nell'innovazione, nelle infrastrutture sociali e nella crescita delle competenze.

L'infrastruttura sociale europea si potrà, inoltre, ulteriormente rafforzare se gli attori del terzo settore sapranno investire qualitativamente sul **rafforzamento delle competenze scientifiche e sull'innovazione**, facendosi promotori di progetti su programma **Horizon Europe**, che con una datazione di **94 miliardi di euro** costituisce il più grande e ambizioso programma di ricerca e innovazione a livello Europeo.

Il programma si propone di **sviluppare nuove tecnologie, trasformazioni industriali, economiche e sociali innovative** ma richiede un livello di

competenza altissimo e soprattutto solide basi scientifiche e metodologiche per poter competere con i settori più avanzati della ricerca tecnologica ai quali contendere le risorse dedicate all'innovazione.

Il quadro degli strumenti attraverso i quali perseguire il progetto per un Europa più sociale si completa con il nuovo programma **EU4Health** che per la programmazione 2021-2027 verrà alimentato con una dotazione di **5,1 miliardi di euro** destinati al miglioramento dei sistemi sanitari dell'Unione Europea.



**5. NUOVA
PROGRAMMAZIONE,
PILASTRO EUROPEO
DEI DIRITTI
SOCIALI E PNRR:
TRE OCCASIONI
PER SVILUPPARE
INVESTIMENTI A
IMPATTO SOCIALE**



Tra le raccomandazioni che la Commissione Europea propone agli Stati membri per la pianificazione e gestione delle risorse finanziarie, vi è quella di fare **un maggiore uso delle valutazioni dell'impatto sociale**, proprio per misurare e quantificare le risposte e i cambiamenti ottenuti mediante gli investimenti per iniziative sociali e sanitarie.

Una maggiore capacità di quantificare e rendere evidenti i risultati è indispensabile, inoltre, per potere affiancare alle risorse pubbliche, anche lo sviluppo di **una finanza sostenibile e interessata agli impatti sociali**, che potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nella mobilitazione delle risorse private necessarie per conseguire risultati in materia di sostenibilità sociale e ambientale.

Del resto, un primo buon esempio arriva proprio dal successo ottenuto con l'emissione delle prime obbligazioni sociali dell'UE per finanziare i prestiti nell'ambito dello strumento **SURE** (che ha sostenuto gli ammortizzatori sociali straordinari attuati in risposta alla crisi determinata dalla pandemia).

Appare infatti sempre più evidente che investimenti privati e socialmente sostenibili saranno sempre più necessari per **sostenere le politiche di welfare**

del futuro e per questo appare sempre più necessario dotarsi di una **tassonomia sociale**, che consenta ad imprese sociali e investitori di costruire **un linguaggio comune e affidabile per individuare attività socialmente sostenibili e aumentare l'attrattività sui mercati della finanza ad impatto sociale**.

Infatti nel corso dell'ultimo decennio gli strumenti finanziari pensati in funzione delle imprese sociali si sono notevolmente sviluppati, ma è tuttora possibile portarne avanti lo sviluppo e venire meglio incontro alle necessità delle imprese sociali, oltre che favorire la loro espansione nel mercato interno.

Anche per questo è stata significativa **la consultazione pubblica organizzata dalla Commissione europea** nel terzo trimestre 2021, sul tema della tassonomia sociale e ambientale. L'abbinamento tra dimensione sociale e ambientale presenta numerosi punti di interesse comune, tuttavia rappresenta anche la dimostrazione che occorre rapidamente recuperare, da parte delle organizzazioni che si occupano di tematiche sociali, adeguate e robuste dotazioni di **dati e indicatori**, indispensabili per evitare il rischio che le misure e i metodi di misurazione finiscano per premiare i settori più facilmente misurabili, o caratterizzati da



un forte consenso politico o mediatico (ad esempio il cambiamento climatico) a scapito dei settori in cui la misurazione oggettiva è più complessa o i dati più difficili da reperire.

Per questo appare sempre più necessario che le organizzazioni sociali si occupino di **produrre ed elaborare dati** per costruire conoscenza e indicatori per evidenziare l'impatto sociale dei loro interventi.



6. UN PIANO D'AZIONE PER L'ECONOMIA SOCIALE



Per concludere questa panoramica circa l'ambizioso e complesso cammino verso un'Europa più sociale, facciamo un cenno anche al **piano d'azione per l'Economia sociale**, col quale a 10 anni esatti dalla **Social Business Initiative**⁹, si intende rilanciare la propria azione per sostenere le organizzazioni dell'economia sociale e del terzo settore, individuate come un **interlocutore decisivo per promuovere innovazione sociale**, in particolare attraverso la creazione di posti di lavoro, nella creazione di occasioni di inclusione e inserimento, nel contrasto alle povertà e nel promuovere i cambiamenti sociali necessari all'attuazione del Pilastro Europeo dei Diritti Sociali.

Il Piano d'azione, presentato il 9 dicembre 2021¹⁰ rappresenta **un importante riconoscimento per le organizzazioni dell'economia sociale europea e conferma il riferimento alle quattro principali forme organizzative e giuridiche consolidate: cooperative, società di mutuo soccorso, associazioni (compresi gli enti di beneficenza) e fondazioni.**

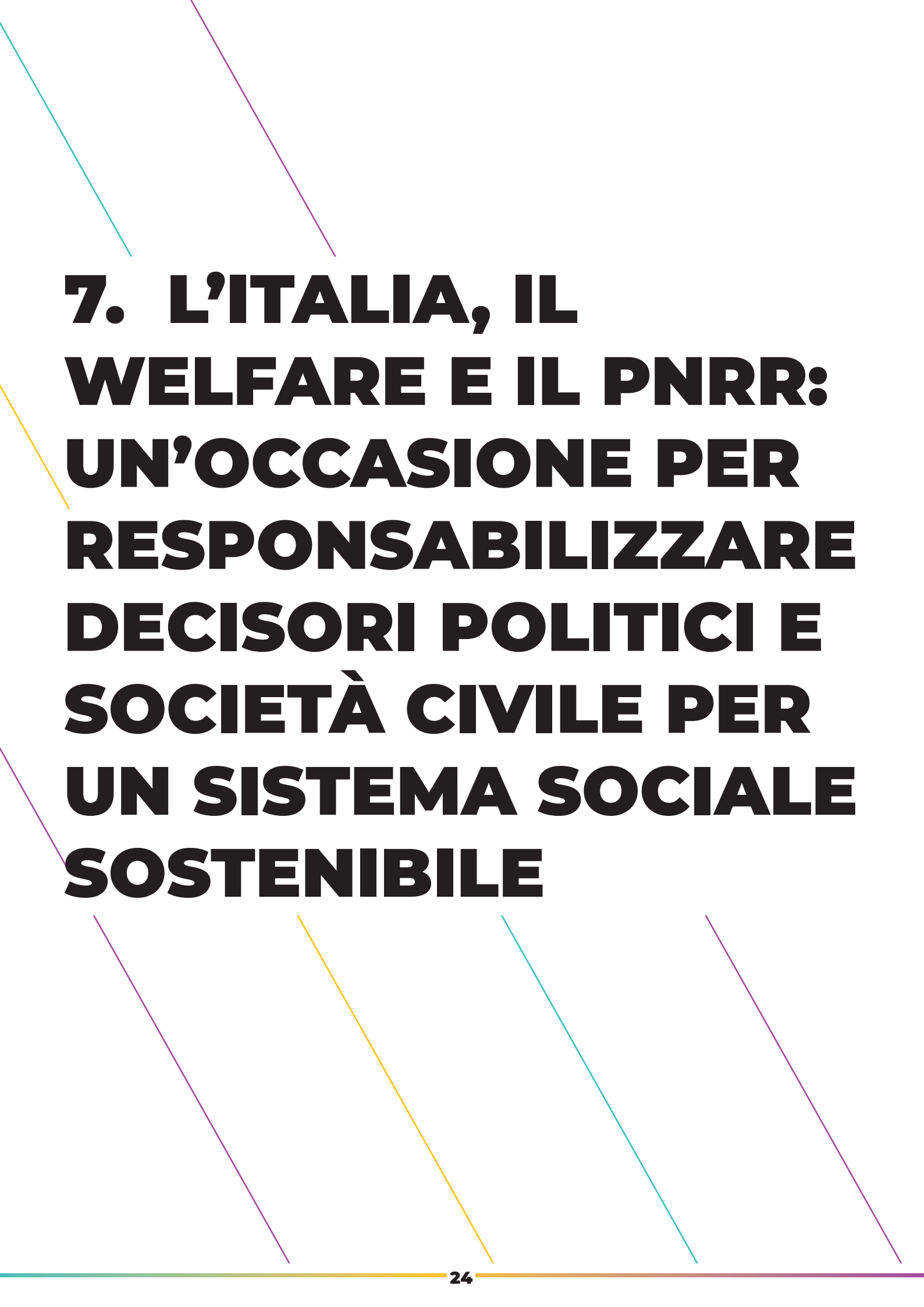
Tra gli obiettivi prioritari del piano, uno spazio importante è riservato al **miglioramento dell'accesso ai finanziamenti e alle misure di sostegno economico**, che necessariamente passa anche dal

perfezionamento dei sistemi di raccolta dati, qualitativi e quantitativi, che consentano di valutare in modo più appropriato gli impatti realizzati dalle organizzazioni dell'economia sociale¹¹.

⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52011DC0682>

¹⁰ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1537&langId=en>

¹¹ <https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/imprenditoria-sociale-e-politiche-europee>



7. L'ITALIA, IL WELFARE E IL PNRR: UN'OCCASIONE PER RESPONSABILIZZARE DECISORI POLITICI E SOCIETÀ CIVILE PER UN SISTEMA SOCIALE SOSTENIBILE



Fin qui abbiamo cercato di rappresentare come l'Unione Europea ha riscoperto la dimensione sociale e, nel contesto unionale, **l'Italia è certamente uno dei paesi in cui la dimensione sociale appare particolarmente esposta alle tensioni che interrogano i sistemi di welfare europei.**

Certamente il sistema di welfare italiano ha svolto una funzione importante di **collante del "patto sociale"** che ha assicurato servizi sanitari e istruzione di qualità accessibili a tutti, con una funzione inclusiva ed egualitaria fondamentale.

La coesione tra cittadini, imprese e Stato si è costruita con un **legame forte tra welfare e lavoro**: dove la protezione sociale è stata assicurata dalla condizione di lavoratore e dalla tenuta dei legami familiari. Le persone più fragili o disagiate rimanevano ai margini della società ed erano eventualmente destinatarie di politiche pubbliche prevalentemente di carattere assistenziale, "sussidiate" da una importante rete di interventi caritativi.

La vulnerabilità sociale, il disagio, i bisogni assistenziali erano per lo più considerati come **fenomeni ai margini della società.**

Da alcuni anni invece le situazioni di bisogno e cura e assistenza sociale e sociosanitaria sono diventate **un'esperienza trasversale che interessa tutti gli strati sociali.**

Infatti, se ci soffermiamo a riflettere con qualche attenzione in più vediamo che la **"vulnerabilità sociale"** e i bisogni di cura assistenziale e relazionale, attraversano sempre più frequentemente le esistenze di tutte le famiglie. La perdita di autonomia, la disabilità prolungata, le solitudini profonde ed estreme, non sono più problemi delle persone che vivono ai margini delle società, ma si trovano sempre più vicine alla vita e alla quotidianità di tutti noi.

Questo non significa che il bisogno di cura o la non autosufficienza sia uguale per tutti, poiché in questi stessi anni purtroppo la divaricazione e le diseguaglianze sono andate aumentando, significa però che **la domanda di prestazioni di welfare riguarda tutta la società.**

L'invecchiamento della popolazione, ancorché la pandemia abbia ridotto di circa due anni l'aspettativa di vita dei cittadini italiani, incrementa le previsioni circa **l'aumento delle situazioni di non-autosufficienza**, che continueranno ad esercitare una forte pressione sul



sistema di welfare, anche per effetto della trasformazione delle famiglie e del sistema previdenziale, e rischia di aprire voragini nella possibilità di molte persone di potersi assicurare una vecchiaia dignitosa e protetta.

L'orientamento alle soluzioni individuali (le badanti) ha dato risposte importanti, ma la sua sostenibilità nel tempo è limitata, inoltre rappresenta una soluzione che finisce per isolare ancora di più le persone fragili. Questo processo è ulteriormente enfatizzato se consideriamo la crescente **frammentazione dei nuclei familiari** con il 44% dei nuclei familiari italiani che hanno un solo adulto in casa e con 8 milioni di persone che vivono sole.

Cresce quindi il divario tra i bisogni emergenti e le risorse pubbliche disponibili: ad esempio il tasso di presa in carico delle persone non autosufficienti è in media nazionale del 10% considerando le strutture residenziali e diurne e del 30% considerando anche le ore di assistenza domiciliare¹² che hanno una intensità assistenziale media di 17 accessi all'anno per ogni utente. Ma il livello di copertura medio crolla ulteriormente in molte regioni del sud, dove i servizi per le cure domiciliari sono ancora poco presenti.

Accade così che si è ampiamente

diffuso, in tutto il Paese **un ampio mercato informale delle prestazioni di cura**, che vede nella presenza di circa un milione di assistenti familiari che di fatto rappresenta la principale forma di risposta che gli italiani hanno **“auto-organizzato”** per rispondere alle loro esigenze.

In questa direzione sono particolarmente importanti gli interventi previsti dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, a cominciare dalle due missioni che hanno una stretta e diretta afferenza alla sostenibilità sociale: la **missione cinque, Coesione Sociale**, che si propone di intervenire per migliorare le politiche del lavoro, l'infrastruttura sociale agendo su famiglie, comunità e terzo settore; **la missione sei, Salute**, che investe su reti di prossimità, assistenza sanitaria territoriale, innovazione tecnologica e digitalizzazione.

Da questo punto di vista tuttavia, forse anche per le tempistiche serrate con cui sono stati redatti i PNRR, **l'approccio metodologico adottato appare molto tradizionale e fortemente centrato su una logica incrementale:** bandi prevalentemente rivolti ad enti pubblici, informati su una logica burocratica e amministrativa, dove le risorse economiche sembrano pianificate più in vista della rendicontazione, piuttosto

¹² I servizi domiciliari per la non autosufficienza in Italia, Lo stato dell'arte di SAD e ADI e il Rapporto NNA 2017/2018 <http://www.lombardiasociale.it/2018/01/12/servizi-domiciliari-la-non-autosufficienza-italia/>



che da un approccio di investimento.

Anche il coinvolgimento e la valorizzazione delle formazioni sociali, delle fondazioni e delle associazioni di terzo settore, sembra rispondere a questa logica: **è prevalso cioè un coinvolgimento prestazionale, mentre sono rari i casi di un coinvolgimento che puntasse ad una prospettiva generativa e di corresponsabilità** e la co-programmazione rimane una promessa potenziale della riforma del terzo settore, di cui si parla più nelle sentenze delle “alte corti” che nelle sedi in cui si stanno programmando gli interventi del PNRR.

Servizi sociali e sociosanitari sono fra gli ambiti di intervento sui quali gli enti di terzo settore hanno contribuito ad infrastrutturare una diffusa rete di servizi promuovendo da un lato **i servizi di prossimità e le prime esperienze di assistenza domiciliare**, inventando di fatto il welfare di prossimità nei territori; dall'altro promuovendo **la de-istituzionalizzazione delle strutture sociali e sanitarie**, grazie alla quale sono stati letteralmente emancipate e strappate alla segregazione migliaia di persone con disabilità e malati psichici.

Tuttavia nel corso degli ultimi due decenni, la forte crescita di domanda di servizi per la non autosufficienza, ha

portato ad una importante **crescita di nuove forme di “istituzionalizzazione” dei servizi sociosanitari** la cui manifestazione più evidente si può individuare nelle **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** - fortemente impostate su un modello gestionale burocratico e mercatista, sul piano amministrativo e finanziario, su quello sanitaria/ospedaliera per l'offerta di servizi.

Questo approccio che ho definito **“incrementale”** rischia di non riuscire ad interrompere la deriva inerziale della spesa pubblica per i trasferimenti monetari che ha caratterizzato il sistema di welfare italiano.

Questo non significa immaginare di strutturare un sistema istituzionalizzato delle prestazioni assistenziali irrigidite in servizi standardizzati, privando i cittadini della possibilità di scegliere ed essere attivamente coinvolti ad affrontare i loro bisogni, ma del resto l'erogazione monetaria di sussidi e aiuti non aumenta certo la libertà di scelta dei cittadini, se di fatto, alla risposta privatizzata, nel chiuso della propria casa, con l'assunzione di una badante rimane l'unica opzione disponibile.

Il PNRR potrebbe e dovrebbe essere invece utilizzato per gettare le basi per agire di più nella direzione di



responsabilizzare ed orientare verso soluzioni condivise, più difficili da organizzare e culturalmente distanti dalla consuetudine che si è instaurata, ma che sono la strada da percorrere se vogliamo dare sostenibilità e qualità ad un sistema di protezione sociale sempre più appesantito.

Per questo bisognerebbe trasferire gradualmente la spesa verso il sostengo ad esempio di **“buoni-servizio”**, che cittadini e famiglie possono utilizzare per acquistare prestazioni all'interno di un mercato regolato, nel quale la funzione pubblica si impegna a **vigilare sulla qualità delle prestazioni premiando risposte aggregate e condivise**, in reti di comunità e non le soluzioni individuali che aumentino la solitudine delle persone fragili.

Bisogna **sostenere le famiglie**, su cui ricade l'impegno nell'assistenza,¹³ **premiando chi investe nella cura**. È fondamentale introdurre un sistema di detrazioni più incisive di quelle già previste per i costi sostenuti dalle famiglie nell'acquisto di beni e servizi assistenziali. **Detrazioni fiscali**, che andrebbero certo a vantaggio delle famiglie, sostenendo natalità, e presa in carico delle non-autosufficienze, ma favorirebbero, inoltre, l'emersione di lavoratori in nero e sosterebbero la rete dei servizi.

Serve per questo **trovare nuove forme per ricostruire un sistema di welfare innovativo e composito** che oltre ad essere strumento di coesione sociale, sappia essere anche **una chiave per nuove occasioni di sviluppo** come del resto sosteniamo da tempo, come imprese dell'economia sociale, quando affermiamo che il welfare non è un costo ma un investimento e che oggi nelle economie mature il sistema di welfare e protezione sociale è indispensabile ad assicurare la tenuta e la competitività del sistema produttivo ed economico.

Quello che appare certo è però che ad assicurare sostenibilità al sistema di welfare italiano, non possono essere più soltanto le risorse di finanza pubblica, serviranno **nuove architetture per il finanziamento della protezione sociale**, che sappiano comporre risorse pubbliche e private, ma soprattutto serviranno, nei prossimi anni, **grandi capacità di innovazione e coinvolgimento della popolazione, responsabilizzazione di tutti gli attori sociali ed economici del territorio, capacità di integrazione e mobilitazione di risorse economiche e di capitale umano pubbliche e private**.

Un programma di sviluppo per il welfare integrato ad un **“piano industriale ecologico e sociale”** che crei le condizioni per dare un futuro al lavoro

¹³ Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU.
<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bafbb918-2197-11ec-bd8e-01aa75ed71a1/language-pl>



e lo ricollochi al centro dell'attenzione delle politiche di sviluppo economico.

Una tendenza, quella del **trasferimento monetario**, che purtroppo trova conferma anche nelle più recenti misure di contrasto alla povertà, a cominciare dal Reddito di Cittadinanza, sono impostate principalmente sul trasferimento monetario deresponsabilizzante. Bisognerebbe invece spingere in direzione di una **maggiore proattività dei soggetti sociali**, da responsabilizzare e chiamare ad una risposta mutualistica comunitaria, come avvenuto in moltissimi casi nelle esperienze pionieristiche delle prime cooperative sociali e secoli prima con le fondazioni o gli enti di morali che fecero nascere le prime esperienze di istituzioni di beneficenza e assistenza.

Restituire protagonismo ai territori, alle città, alle comunità locali, usando le forme organizzative partecipative di terzo settore (cooperative sociali, fondazioni, associazioni, imprese sociali) come luoghi di relazione è la condizione necessaria per costruire luoghi di lavoro e di incontro per le persone, che sono il fondamento della coesione sociale.

Costruire luoghi per abitare, non semplicemente spazi dove risiedere o lavorare, ma comunità dove si

incontrano i destini. Realizzare queste intenzioni oggi, in un'epoca di grandi trasformazioni, richiede di immaginare **le istituzioni come organizzazioni aperte di incontro** ma soprattutto capaci di sviluppare una logica di investimento per realizzare innovazione sociale.



8. OSPEDALI DI COMUNITÀ E CASE DELLA SALUTE: UN'OCCASIONE PER GLI INVESTIMENTI AD IMPATTO SOCIALE



Tra i meriti del PNRR, in relazione al sistema di sociosanitario, soprattutto anche per reagire al post-pandemia, possiamo indicare **la rivalutazione della medicina di territorio, delle cure di prossimità, l'integrazione tra sociale e sanitario**, ma soprattutto la nuova parola d'ordine **comunità**.

La missione 5 per la Coesione Sociale fa riferimento alle **comunità su cui investire per creare condizioni di sviluppo e occupazione nei territori, contrastare la povertà favorendo legami sociali**; la missione 6 individua negli Ospedali di Comunità e nelle Case della Comunità le strutture promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria.

Case della Comunità e Ospedali di Comunità sono indicati come interventi prioritari da realizzare entro il 2026, con l'ambizioso obiettivo di allestirne quasi 1300.

Si tratta quindi di un grande passo avanti e di una grande occasione per ridefinire il sistema di welfare a cui guardare con grande interesse e attenzione. Tuttavia, non mancano motivi di preoccupazione circa la effettiva **sostenibilità** di questi ambiziosi obiettivi. E il primo dubbio riguarda

proprio l'idea di sostenibilità che accompagna il PNRR, incentrata sulla riduzione dell'attenzione agli impatti ambientali o energetici, insomma sulla **sostenibilità come ecologia**, mentre non vi è traccia di una visione che contempra la **sostenibilità sociale** – intesa come capacità di pensare alla salute e alla coesione sociale oltre una logica di tipo prestazionale. Rimane cioè **una visione della tutela della salute come risultato di standard prestazionali**, cioè di produzione di servizi e interventi fortemente strutturati – quando si tratta di servizi sanitari – meno strutturati e quindi anche meno valorizzati economicamente – quando si tratta di interventi relativi alla coesione sociale.

Prendiamo ad esempio le **Case della Comunità**, introdotte dalla nuova legge regionale della Lombardia, che costituiranno il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e saranno il punto di riferimento per i malati cronici che verranno presi in carico da équipes multidisciplinari, gestite prevalentemente da medici di medicina generale in associazione.

Anche nel PNRR le Case della Comunità sono definite come **strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, per la progettazione di interventi di carattere sociale**



e di integrazione sociosanitaria, dove il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera scelta lavorano in équipe, in collaborazione con gli infermieri di famiglia e gli specialisti ambulatoriali a cui si aggiunge, quasi come appendice, la figura dell'assistente sociale. In pratica una Casa della Comunità che nasce **priva di figure che operino sulla promozione della comunità, sulle reti relazionali, sull'educazione e la tessitura di legami sociali**, che sono l'essenza di una comunità. In sostanza sono case della comunità professionale sanitaria, una sorta di camera del lavoro sociosanitario, di cui **la comunità nel suo complesso è solo il beneficiario passivo**.

Ma un vero welfare di comunità andrebbe sviluppato a partire dal **coinvolgimento delle persone che formano e costituiscono la comunità**, in una logica di corresponsabilità.

Nella Casa della Comunità disegnata dalla riforma sanitaria della Lombardia, la figura chiave è quella del **Medico di Medicina generale**, incoraggiato ad agire in forma associata anche cooperativa, ma non in forma di cooperativa multistakeholder, come le cooperative sociali o le cooperative di comunità aperta alla collettività dei beneficiari, ma come cooperative ristrette alle professioni sanitarie.

Nella Casa della Comunità disegnata dal PNRR la figura chiave sembrerebbe essere **l'infermiere di famiglia**, figura già introdotta dal Decreto-legge n. 34/2020 che, incardinato nel settore delle cure primarie e della sanità pubblica, viene descritto come il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e nelle comunità, con una visione quantomeno velleitaria circa la possibilità effettiva che uno sparuto numero di infermieri possa realmente assumere questa funzione in modo diffuso e capillare, come il riferimento alla comunità e alla famiglia potrebbe fare intendere.

In entrambi i casi le figure chiave, si tratti di Medici o di Infermieri, sono **risorse sempre più scarse** e appare assai improbabile che nell'arco di pochi anni si possano inserire nel sistema sanitario nuove leve per coprire questi nuovi servizi senza sguarnire altri fronti del sistema sanitario o di welfare. Già se ne avvertono i preoccupanti segnali nelle RSA, nelle strutture sociosanitarie per disabili o nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata che non solo fanno sempre più fatica a reclutare infermieri e medici, ma spesso vedono quelli in forza abbandonare i servizi per raggiungere le strutture della sanità pubblica.

L'Ospedale di Comunità invece sarà la struttura della rete sanitaria territoriale



che si occuperà di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media o bassa intensità clinica, con una dimensione che andrà dai venti ai quaranta posti letto. Avrà una gestione prevalentemente infermieristica in collaborazione con i medici di medicina generale, configurandosi così molto simile alle Case della Comunità. In questo caso ovviamente **la definizione di “ospedale” giustifica e spiega la prevalente caratterizzazione sanitaria;** tuttavia, anche in questo caso mi pare che la scelta sia quella di disegnare il profilo strutturale, ma non vi sia una valutazione complessiva della sostenibilità sociale e di sistema, in particolare rispetto alle modalità di reperimento di medici e infermieri.

Con una punta di polemica si potrebbe dire che si sono individuate per via legislativa le case e gli ospedali, ma **ora serve costruire le comunità.** Si sono definiti gli standard strutturali e gestionali, ma **non è stata considerata la sostenibilità sociale complessiva del sistema.** In particolare, se Case e Ospedali di Comunità si dovranno contendere medici e infermieri sottraendoli a quelle che sono già le componenti deboli del sistema di welfare, strutture residenziali, diurne e domiciliare per persone non autosufficienti (anziani e disabili), appare subito evidente che andremo incontro

ad un problema di sostenibilità che pare non essere stato del tutto considerato.

E non sembrano essere adeguatamente programmate in una logica di un welfare sostenibile, responsabile e comunitario nemmeno le risorse stanziare dal PNRR per la telemedicina, che insieme andranno a potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare.

Infatti, i **servizi domiciliari di oggi presentano importanti limiti** di estensione, accessibilità e adeguatezza di intensità, in rapporto alla diffusione e alla consistenza dei fenomeni di non-autosufficienza, a cui è impossibile rispondere solo incrementando prestazioni comunque insufficienti, senza investire davvero sull'innovazione e sull'integrazione tra reti sociali e reti sociosanitarie. Eppure, già nel 2020 il Forum del Settore della Lombardia, insieme ad una rete di altre associazioni e con il sostegno di ANCI, aveva elaborato un documento con **10 proposte¹⁴ per una nuova assistenza domiciliare** in Lombardia.

In quel documento si faceva riferimento ad **alcune dimensioni del welfare locale e “autogestito” dalle famiglie** di cui sostanzialmente non vi è traccia nei progetti relativi a Case e ospedali di Comunità, che a questo punto di comunitario avranno solo la collocazione

¹⁴ <https://www.secondowelfare.it/innovacare/dieci-proposte-per-una-nuova-assistenza-a-domicilio-in-lombardia/>



amministrativa e territoriale, insomma un modo diverso per descrivere le strutture di decentramento del sistema sanitario. Introdurre le Case di Comunità senza ridefinire l'assistenza domiciliare riconoscendo che questa non può concentrarsi esclusivamente sull'erogazione di prestazioni sanitarie standardizzate, ma offrire anche sostegni di natura sociale che considerino le fragilità moderate e il contesto di vita dei destinatari.

Le comunità sono prima di tutto luoghi da abitare, a cominciare dalla propria residenza familiare, dalle case delle persone che formano la comunità con i loro nuclei familiari.

Istituire la figura dell'infermiere di comunità senza un pensiero strategico sul supporto sistematico ai caregiver, cioè i componenti delle famiglie (quasi sempre donne) che si fanno carico di parente non autosufficiente, non risponde certo ad una programmazione per un welfare sostenibile.

Senza considerare inoltre che **un pilastro del sistema di welfare italiano è totalmente autogestito dalle famiglie**, in gran parte in modo informale, attraverso le assistenti familiari, per nulla ricomprese nella programmazione delle case e degli ospedali di comunità.

Viene quindi da chiedersi a quali comunità stessero pensando gli estensori del PNRR e i legislatori che hanno istituito infermieri, ospedali e case delle comunità.

In sostanza l'approccio alla comunità che PNRR e Sistema sanitario stanno immaginando è **un approccio terapeutico**, prevalentemente centrato sulla popolazione anziana e sui pazienti cronici, come a dire "le comunità sono vecchie e malate e vanno guarite con infermieri e medici che erogano prestazioni" **anziché assumere una prospettiva più sociale e promozionale** che riconosce le comunità come sistemi vulnerabili e fragili, ma allo stesso tempo ricche di risorse relazionali e umane importanti, che richiedono di essere accompagnate e sostenute nella presa in carico reciproca in una prospettiva di cura prima di tutto delle relazioni e della capacità di mobilitare risorse pubbliche e private in una logica di investimento.

Non andrebbe mai dimenticato, infatti, e soprattutto non va sottovalutato ora che **le risorse straordinarie che alimentano il PNRR devono generare valori aggiunti, promuovere impatti sociali** che consentano un ritorno economico che possa consentire domani di restituire la componente di NGEU che rappresenta un prestito, garantito dall'Unione Europea e dagli stati che ne



fanno parte, ma che dovremo iniziare a ripagare nel 2026.

Case di Comunità, case della salute, assistenza domiciliare, servizi per famiglie e infanzia devono avere come impatto sociale **la crescita di posti di lavoro stabili, l'incremento del numero di donne occupate stabilmente, la riduzione radicale del lavoro di cura informale, la crescita di sistemi di protezione sociale integrativa**. Per questo per essere davvero "di comunità" dovrebbero essere anche **luoghi intergenerazionali**, capaci di tenere insieme istanze e bisogni diversi, ma soprattutto impegnati nella rigenerazione comune, mentre al contrario nelle "case di comunità" non trovano spazio servizi per famiglie e minori, non si è immaginato un collegamento con le dimensioni educative né un collegamento strutturale col terzo settore e soprattutto con quel terzo settore a vocazione imprenditoriale che potrebbe essere partner nell'implementazione di investimenti e nel promuovere innovazione e non solo nell'incrementare le unità d'offerta.

La comunità, infatti, è **il luogo della messa in comune delle risorse e delle debolezze**, la comunità nasce anche come **luogo in cui l'umanità si riconosce vulnerabile e fragile**.

Una vulnerabilità che è connaturata alla comunità che è **somma delle imperfezioni e incompiutezze umane**.

La comunità è luogo e dimensione che sapendo di non poter annullare le fragilità deve farci i conti e deve misurarsi con l'incertezza.

La scienza e le tecnologie ci avevano dato l'illusione di poter addomesticare incertezze e vulnerabilità, inducendoci a credere che la comunità fosse superata dalle **"community"** senza luoghi o con luoghi molteplici, iper-specializzati e dominati dalla tecnica e dalle professionalità che, intendiamoci, sono indispensabili, ma vanno rimodulate con una riscoperta delle comunità come luoghi di relazioni da abitare.

In questo senso ritengo un errore la configurazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità come luoghi di specializzazione sanitaria, proprio in un tempo in cui la pandemia ci ha dimostrato come a fianco delle risposte medicali, sanitarie (a cominciare dai vaccini) dobbiamo introdurre le risposte sociali, culturali relazionali e soprattutto **un approccio che assuma la prospettiva delle responsabilità condivise**.



9. CONCLUSIONI



Interventi e progetti del PNRR si trovano ancora prevalentemente in fase iniziale e quindi, a prescindere dalle criticità evidenziate nelle pagine precedenti, Case e Ospedali di Comunità che verranno sviluppate nel corso dei prossimi due anni, rappresentano **un contesto molto interessante e direi proficuo per implementare una logica di investimenti ad impatto sociale** capace di mobilitare diversi attori economici e sociali nei territori e nelle comunità locali.

Servirebbe però **una maggiore apertura da parte di Regioni e Enti Locali** che hanno in capo l'implementazione di questi progetti, un'apertura che sono certo troverebbe **disponibili sia investitori privati, sia enti di terzo settore** interessati a sviluppare una logica di impatto sociale.

Una casa della salute o casa della comunità potrebbe vedere interessati ad investire insieme ad Enti Locali, Enti di Terzo settore, Imprese Sociali, ma **anche imprese ordinarie che potrebbero beneficiare di un'offerta socio sanitaria di prossimità da inserire nei loro piani di welfare aziendale**. Potrebbe trovare interesse da parte di **mutue e assicurazioni** e di **investitori della finanza d'impatto**.

Per unire queste forze e per attrarre

questi potenziali investimenti serve **una politica** meno ansiosa di issare bandiere, tagliare nastri e intestarsi i progetti, per mettersi invece **in un'ottica di condivisione e corresponsabilità**.

Serve **un terzo settore più disposto a rischiare e a innovare**, oltre i rassicuranti orizzonti delle prestazioni.

Serve poi soprattutto **una convinta propensione a misurare i risultati sulla scorta di indicatori di efficacia**, che consentano di valutare concretamente gli impatti realizzati.

Il tempo è ora, non perdiamo questa occasione per innovare il sistema di welfare e per dare nuovo slancio all'imprenditoria sociale italiana.



10. SITOGRAFIA



[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2022/699509/IPOL_IDA\(2022\)699509_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2022/699509/IPOL_IDA(2022)699509_EN.pdf)

<https://www.ceps.eu/ceps-publications/comparing-and-assessing-recovery-and-resilience-plans-2/>

[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2021/689453/IPOL_IDA\(2021\)689453_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2021/689453/IPOL_IDA(2021)689453_EN.pdf)

<https://www.businesseurope.eu/publications/businesseurope-reform-barometer-2022-taking-stock-eus-competitiveness-after-2-years>

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef21002en.pdf

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/european-pillar-of-social-rights/indicators/social-scoreboard-indicators>

https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13190-Access-to-affordable-and-high-quality-long-term-care_en

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPublish=yes>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52011DC0682>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1537&langId=en>

<https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/imprenditoria-sociale-e-politiche-europee>

<http://www.lombardiasociale.it/2018/01/12/servizi-domiciliari-la-non-autosufficienza-italia/>

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bafbb918-2197-11ec-bd8e-01aa75ed71a1/language-pl>

<https://www.secondowelfare.it/innovacare/dieci-proposte-per-una-nuova-assistenza-a-domicilio-in-lombardia/>



Social Impact Agenda per l'Italia

Sede Legale: Via Bruxelles, 59 00198, Roma Tel. +39.06.3243000
E-mail: segreteria@socialimpactagenda.it Codice Fiscale: 97879100580

www.socialimpactagenda.it

