

VERSO UN NUOVO SISTEMA DI WELFARE

Manifesto a cura della Consulta Welfare del Forum Terzo Settore

AGGIORNATO AL 2024



INDICE

Prefazione

1. Introduzione
2. Paradigmi culturali e valoriali di riferimento
3. Gli obiettivi del Manifesto
4. Quadro di riferimento ed analisi generale di contesto
 - A) Il quadro di riferimento
 - B) La spinta al cambiamento
 - C) Le raccomandazioni
5. Il quadro normativo corrente
6. Il manifesto quale proposta politica per un nuovo sistema di welfare
7. Il modello di governance
8. Il ruolo del Terzo settore
9. Conclusioni

Ringraziamenti

Postfazione

Approfondimenti tematici

I livelli essenziali

Le politiche in favore delle persone anziane

Le politiche del lavoro

Le politiche migratorie ed accoglienza

Il sostegno alla genitorialità

Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato

Il PNRR

Appendice

Il Pilastro europeo dei diritti sociali 2021-2023

Schede di dettaglio

Gruppo 3 - L'abitare come servizio integrato. Osservazioni e proposte del gruppo di lavoro 3 in merito a una politica abitativa a favore di persone anziane e fragili.

Gruppo 4 - Il contrasto alle discriminazioni.

Gruppo 8 - Assistenza domiciliare integrata (adi) e socio-assistenziale con indicazione delle priorità, iniziative, attività che si ritengono più cogenti.

Gruppo 9 - Mutualità in chiave di nuovo welfare innovativo che vada oltre l'attuale offerta di servizi di matrice pubblica.



PREFAZIONE

Nel 2022 il Forum Terzo Settore ha ritenuto importante proporre un progetto che coinvolgesse il maggior numero di soci, e a questi fini si è attivata la Consulta Welfare, per elaborare un documento strategico che delineasse le direttrici di un sistema di welfare in una prospettiva integrata socio-sanitario, educativo, culturale. Focalizzato sulla qualità della vita (bene-essere) delle persone, della famiglia e della collettività.

L'attività è durata alcuni mesi e ha coinvolto diversi gruppi di lavoro con una elaborazione prima focalizzata su ciascun punto e poi integrata in un documento di 20 pagine, che è stato proposto e approvato all'interno dell'organizzazione del Forum.

Il documento non ha potuto fruire di una diffusione più ampia in quanto sono sopravvenuti i dirompenti accadimenti macro-sociali: i postumi della pandemia e i conflitti russo-ucraino e israelo-palestinese.

In questa luce, nel 2024, la Consulta Welfare sente l'esigenza di rivedere in modo profondo il documento sul sistema welfare, per tener conto degli accadimenti sopra citati.

Si è iniziato nel mese di febbraio, analogamente a quanto fatto nel 2022, costituendo all'interno della Consulta Welfare dei gruppi di lavoro e coinvolgendo gli associati particolarmente competenti sui singoli temi; ciascuno dei quali ha elaborato una bozza di proposta. È stato, quindi, costituito un gruppo ristretto che ha affrontato l'impegnativo compito di integrare e coordinare i vari contributi, secondo una logica di maggiore fruibilità.

In questo senso, è stato sviluppato un primo elenco di possibili iniziative, anche operative, che possano essere intraprese in coerenza con il documento "Verso un nuovo sistema di welfare", sia a livello del Forum centrale che dei singoli associati.

Tutto questo è esposto nella Postfazione.

Il proposito è quello che il documento possa essere la base per una condivisione e diffusione a livello sia interno al Forum che nel contesto nazionale per far sì che si possa passare dagli auspici alla realizzazione di quanto proposto, ai fini di un reale miglioramento del bene-essere collettivo.

Mentre la parte riguardante i valori e gli obiettivi da realizzare in termini di welfare per la comunità nazionale sono da considerarsi costanti nel tempo, quello che dovrà essere continuamente aggiornato sono le modalità di realizzazione. Queste dovranno tener conto degli avvenimenti esterni che si succederanno nel tempo e dei limiti di disponibilità finanziarie e di risorse umane, che dovranno essere rese disponibili da tutte le parti coinvolte.



1. INTRODUZIONE

Attraverso il Manifesto “Verso un nuovo sistema di welfare”, versione aggiornata della precedente edizione, il Forum Terzo Settore intende continuare ad offrire il proprio contributo per la prosecuzione di un dibattito, che coinvolga il mondo del Terzo Settore, le istituzioni e tutti gli attori interessati, al fine di realizzare un nuovo e migliore sistema di welfare per il nostro Paese.

Il Manifesto trae fondamento:

- dalla grande ricchezza di valori, idee, visione ed esperienze sul campo, presenti nella ampia base associativa del Forum Terzo Settore;
- dal Pilastro europeo dei diritti sociali;
- dalle Convenzioni internazionali sui diritti umani;
- dall’Agenda 2030 sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile;
- dal Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023;
- dalle previsioni ed attuazione delle misure previste dal PNRR;
- dall’atto costitutivo e dallo statuto del Forum Terzo Settore e dai connessi fini sociali e valori fondanti di riferimento;
- da altri atti di programmazione nazionale rilevanti in materia di welfare.

Lo stesso documento contiene: l’indicazione dei paradigmi culturali e valoriali di riferimento, un’analisi del contesto e una proposta organica di nuovo sistema di welfare.

2. PARADIGMI CULTURALI E VALORIALI DI RIFERIMENTO

Il Manifesto si prefigge la strutturazione di un nuovo sistema di welfare che, mantenendo saldamente in mano pubblica la responsabilità della presa in carico, ponga al centro dell’intero sistema “le persone” ed i loro fondamentali diritti umani, civili e sociali, in una visione “olistica” della persona e sia fortemente basato su valori di: **Prossimità, Universalismo ed Inclusività**.

Il primo valore di tale sistema è quello della sua **Prossimità** alle persone e alle comunità territoriali, considerando non sufficiente in tal senso la sola collocazione fisica sul territorio, ma ritenendo necessario, prima di tutto, rilevare in modo puntuale gli effettivi bisogni di sostegno del territorio stesso e delle persone e, quindi, orientare l’attività allo scopo di garantire diritti. A tal fine, strategico diviene il buon utilizzo dell’istituto della co-programmazione e coprogettazione, a ciò espressamente finalizzato dalla riforma del Terzo settore.



Il secondo valore del sistema è quella del suo **Universalismo**. Infatti, l'efficacia del diritto alla presa in carico, da garantire attraverso la presenza di un'adeguata rete integrata di servizi, prestazioni e interventi, non può dipendere dal luogo in cui si ha la fortuna o sfortuna di vivere. Tale diritto deve essere garantito alla generalità delle persone che vivono sul territorio italiano. Non lasciare indietro o da sola/o nessuna/o deve rappresentare un imperativo categorico e si deve tendere a garantire, ad ogni persona, di poter aspirare ad avere una vita di qualità e degna di essere vissuta. Ogni persona deve disporre dei necessari sostegni ed opportunità per essere pienamente inclusa ed esercitare il diritto di cittadinanza attiva nella comunità di appartenenza, in condizione di pari opportunità con gli altri cittadini, senza mai subire alcuna discriminazione né diretta né indiretta.

Il terzo valore è dato da un sistema che deve garantire la piena **Inclusività** delle persone. Una società, quindi, abilitante, che si modifica, si plasma e si adatta costantemente per consentire a tutti i suoi componenti, a prescindere dalle loro caratteristiche personali e sociali, pari opportunità ed eguali diritti. Un sistema che deve promuovere la coesione sociale, mantenendo, sostenendo e sviluppando quella rete di relazioni, attività ed iniziative collettive che sono alla base della piena partecipazione e contribuzione alla società da parte di ciascuno di noi. Ciò anche in ragione della molteplice capacità delle politiche sociali di favorire esperienze e pratiche di cittadinanza attiva, di contrastare le disuguaglianze, nonché di agire direttamente sui fattori di crescita educativa culturale e civile delle persone e delle comunità, rafforzando i valori di democrazia, solidarietà sociale e mutualità.

Assai utili sono, a tal fine, le iniziative culturali, divulgative, di sensibilizzazione, formative ed esplicative dei valori e dell'importanza degli interventi di politica sociale e di solidarietà. Esse possono contribuire, infatti, ad elevare i livelli di credibilità e autorevolezza del sistema dei servizi sociali, migliorandone l'operato e **rafforzando il livello di fiducia e partecipazione tra i cittadini e le istituzioni**.

Un sistema che costruisce sicurezza sociale (in quanto organizza una rete strutturata che offre la certezza a tutte le persone e le famiglie di poter contare sul riconoscimento dei propri diritti fondamentali così come sulla loro realizzazione) e che si attiva per rispondere ai bisogni sociali, immette fiducia nel contesto ed avvicina i cittadini e le cittadine alle istituzioni, contribuendo a creare un clima positivo e collaborativo nel quale i cittadini e le cittadine attivano virtuosi processi di corresponsabilizzazione, ai quali sono strettamente connessi anche comportamenti improntati all'etica individuale, familiare e collettiva. Un clima, questo, che sia a livello singolo che collettivo contribuisce anche a contrastare fenomeni distorsivi nell'accesso e nell'utilizzo di risorse pubbliche, nonché a considerare un dovere quello di concorrere alle spese pubbliche, in ragione della propria capacità contributiva, come necessario per garantire a tutti, e quindi anche a sé stessi, un adeguato sistema di welfare. Un sistema, dunque, che previene e contrasta gli elementi di esclusione e **promuove il benessere e lo sviluppo delle persone**, non solo attraverso interventi di prevenzione,



riduzione ed eliminazione del disagio e della povertà, ma anche attraverso il coinvolgimento, attivo e diretto, dei destinatari nei loro percorsi di inclusione familiare, culturale, sociale ed economica, in una prospettiva di progressivo affrancamento dalle cause determinanti tale condizione.

Un sistema che si rivolge ad ogni persona il cui richiamato valore universalistico si esplica a più livelli, dove la costruzione e promozione della coesione sociale prescinde dalla situazione di bisogno contingente e dalle caratteristiche individuali.

Un sistema che tiene conto del fatto che la risposta ai variegati bisogni tocca potenzialmente tutte le fasi e gli eventi della nostra vita: dalla prima infanzia agli anni dell'istruzione; dagli anni dedicati alle attività lavorative a quelli in cui si fuoriesce dal mondo del lavoro; dalle condizioni legate al progressivo invecchiamento a quelle nelle quali è possibile trovarsi a dover convivere con condizioni di malattia, disabilità e/o non autosufficienza.

Un sistema che valorizza la famiglia come istituzione strategica e che permette una formazione adeguata e strumenti idonei per un suo protagonismo attivo nelle politiche, prevenendo violenze e abbandoni in tutti i contesti in cui essi si consumano.

Un sistema che, anche alla luce del fenomeno sempre più significativo relativo alla transizione demografica e all'innalzamento delle aspettative di vita della popolazione, a fronte di un tasso di natalità non in grado di garantire il naturale ricambio generazionale in rapporto alla sostenibilità del welfare – basti pensare che dagli ultimi dati Istat, al 1° gennaio 2024 per ogni 100 giovani, le persone anziane sono diventate 200 – affronti in modo adeguato tale fenomeno, ormai assolutamente emergenziale. A tal fine è essenziale puntare anche alla valorizzazione dell'**invecchiamento attivo sotto forma di welfare generativo e intergenerazionale**, nell'ottica di un vero e proprio cambio di paradigma da una visione socio assistenziale a quella socio-culturale, fondata sui diritti umani, che deve permeare tutte le politiche.

Come diviene non più procrastinabile predisporre ed attuare politiche attive di sostegno alla natalità e alle giovani famiglie unitamente al riconoscimento e valorizzazione dell'**apporto positivo di virtuosi fenomeni migratori**.

Il welfare, nella sua più ampia accezione, deve traguardare, quindi, politiche trasversali e interconnesse che vadano ad integrarsi in un disegno unitario, fondato sui diritti umani, civili e sociali delle persone e tra le persone.

Alla base di tale approccio rimane del tutto cogente il concreto perseguimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile indicati dall'Agenda 2030 unitamente alla necessità che sia, nel contempo, adeguatamente sostenuto il diritto del bambino alla famiglia espresso dalla Convenzione Onu dell'89.



3. GLI OBIETTIVI DEL MANIFESTO

Il Manifesto riguarda i seguenti obiettivi:

- 1) contribuire alla considerazione della natalità come questione fondante del welfare italiano;
- 2) contribuire all'affermazione di un welfare basato sui diritti umani, in particolare sociali e civili;
- 3) promuovere il modello di sviluppo sostenibile, equo, solidale ed attento alla protezione dell'ambiente
- 4) orientare le comunità e la società tutta ad adottare approcci inclusivi basati sulle pari opportunità, sulla non discriminazione, sulla solidarietà e sulla coesione sociale;
- 5) ridurre le disuguaglianze e superare le povertà;
- 6) promuovere e sostenere l'attuazione di un welfare:
 - fondato sui diritti;
 - comunitario e generativo, che coinvolga tutte le persone riconosciute come soggetti di diritto, i loro familiari e gli operatori;
 - capace di utilizzare per il bene comune la attuale rivoluzione digitale;
 - rispondente a requisiti di: Resilienza, Prossimità, Universalismo ed Inclusività;
 - in grado di creare le condizioni per superare i divari territoriali, anche utilizzando soluzioni innovative;
- 7) promuovere condizioni di vita e di lavoro che garantiscano bene-essere, vita dignitosa e sicurezza;
- 8) operare per un sistema educativo e dell'istruzione inclusivo e di alta qualità;
- 9) operare affinché i diritti siano resi concretamente esigibili, in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale;
- 10) contribuire alla valorizzazione dell'integrazione tra spesa pubblica, spesa privata e iniziative mutualistiche;
- 11) garantire la presa in carico, tempestiva, globale e continuativa, di coloro che si trovano in condizioni di fragilità, marginalità o sono a rischio di esclusione sociale e abbandono;
- 12) costruire un'adeguata rete di servizi, interventi e prestazioni, integrando compiutamente il sistema sanitario con quello sociale;
- 13) cooperare per far sì che la rete integrata dei servizi, degli interventi e delle prestazioni, sanciti dai livelli essenziali, sia quelli di natura sanitaria che di natura socio sanitaria e sociale, nei vari ambiti nei quali essi intervengono, siano pienamente



- interconnessi tra di essi, con particolare riguardo al sistema lavorativo, educativo, sportivo e culturale;
- 14) perseguire per tutte le persone il miglioramento della propria qualità di vita, per poter avere condizioni di pari opportunità, senza subire discriminazioni in alcun ambito e fase della propria vita;
 - 15) garantire a tutte le persone di disporre di condizioni di vita dignitose potendo sempre scegliere dove e con chi vivere, senza essere mai costretti ad adattarsi ad una specifica sistemazione, contro la propria volontà;
 - 16) garantire che i luoghi di vita delle persone non abbiano mai caratteristiche degradanti, segreganti ed istituzionalizzanti, promuovendo e sostenendo la deistituzionalizzazione, privilegiando la relazione familiare o di tipo familiare, ed attivando la progressiva transizione inclusiva delle strutture semiresidenziali e residenziali;
 - 17) definire un nuovo sistema di “regole sociali” che assicuri la solidarietà tra le generazioni e crei opportunità per tutti;
 - 18) incentivare, sostenere e valorizzare gli Enti del Terzo Settore che, attraverso la regolare e corretta applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, riconoscono adeguatamente il lavoro sociale, investono in formazione e sicurezza e garantiscono servizi di qualità;
 - 19) incentivare e premiare gli imprenditori che si prendono cura dei propri dipendenti: anche attivando forme di welfare aziendale e welfare familiare, garantendo benessere lavorativo, sostegno alla genitorialità ed ambienti e condizioni di lavoro salubri e sicuri;
 - 20) riconoscere ed incentivare il ruolo delle imprese che in regime di responsabilità sociale, si impegnano a promuovere e sostenere iniziative che favoriscono la coesione sociale ed il benessere della comunità, nell’ottica di un welfare territoriale;
 - 21) far sì che sempre più i diversi soggetti a ciò deputati investano in un’istruzione inclusiva e di alta qualità, in formazione ed innovazione;
 - 22) concorrere a costruire un sistema che miri a rafforzare la resilienza individuale e delle comunità nonché l’empowerment delle persone;
 - 23) costruire un sistema nel quale la persona sia effettivamente al centro e dove nessuno viene lasciato da solo o indietro, senza alcuna discriminazione;
 - 24) promuovere l’adozione, in tutti gli ambiti di intervento, del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, tendente a garantirne la migliore qualità di vita possibile. Il tutto assicurando che i discendenti diritti siano resi pienamente esigibili anche attraverso lo stanziamento di risorse adeguate per il budget di progetto nonché attraverso il ricorso all’accomodamento ragionevole;



- 25) adoperarsi affinché alla base del vivere sociale vi sia un forte radicamento rispetto all'etica dei comportamenti individuali e collettivi, tali per cui ognuno agisce responsabilmente e rifugge da opportunismi indebiti con integrità di comportamento. Ciò significa non approfittare di beni comuni, ma preservarli e valorizzarli; non sottrarre risorse collettive o approfittarne indebitamente; garantire il leale assolvimento dei propri doveri di contribuente; porsi lealmente al servizio dello Stato e concorrere alla costruzione di istituzioni solide e partecipate; adempiere ai doveri costituzionali ed inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, ivi compreso il diritto dovere dell'esercizio democratico del voto; rifuggire da ogni condizione di illegalità; garantire il proprio impegno civico a difesa dei valori di democrazia, pace e solidarietà;
- 26) contribuire allo sviluppo di un'Europa più equa, giusta e pacifista;
- 27) agire affinché le riforme relative all'autonomia differenziata e fiscale non producano effetti distorsivi, finendo con l'ampliare le diseguaglianze ed i divari, ponendo, nel caso, opportune azioni di contrasto;
- 28) promuovere la definizione e l'attuazione dei LEP¹, così come sancito dalla Costituzione, unitamente all'aggiornamento e alla revisione dei LEA².

4. QUADRO DI RIFERIMENTO ED ANALISI GENERALE DI CONTESTO

A) Il quadro di riferimento

La **spinta verso un necessario cambiamento** nel sistema di welfare che il Forum del Terzo Settore vuole imprimere, in coerenza con il dettato europeo e con gli obiettivi raggiunti sinora, non può certo prescindere dalla consapevolezza che l'attuale sistema, pur in un processo che mira a definire delle nuove modalità atte a conseguire un progressivo miglioramento, risulta ancora frammentato e non in grado di offrire certezze o garantire la presa in carico (tempestiva, globale e continuativa) delle persone che si trovano in condizioni di "povertà", "fragilità", "marginalità" o sono a rischio di esclusione sociale, siano esse italiane o provenienti da altri Paesi.

Questo sistema non risulta essere in grado nemmeno di promuovere quella **coesione sociale** e quella "**resilienza**" che sono emerse con forza, negli anni più recenti, come elementi imprescindibili per superare diseguaglianze e contrastare crescenti e inedite forme di povertà, emarginazione ed esclusione sociale e affrontare epocali emergenze sanitarie,

¹ Livelli essenziali delle prestazioni.

² Livelli essenziali di assistenza.



economiche e sociali, quali quelle legate agli eventi pandemici, al fenomeno migratorio, alla crescita delle disuguaglianze, al cambiamento climatico, alle derive antidemocratiche, alla diminuzione della partecipazione nonché alle conseguenze legate ai conflitti bellici ed in ultimo alle emergenti criticità derivanti dall'andamento demografico del nostro Paese.

L'attuale sistema di welfare, nonostante più volte ribadito e segnalato come elemento da superare rapidamente, risulta ancora fortemente incentrato sulla "protezione" delle persone. Un sistema nel quale i sostegni offerti dal sistema pubblico, spesso inadeguati e sottodimensionati, sono ridotti ad un mero insieme di prestazioni e servizi erogati da singoli professionisti faticando ad evolvere verso una **presa in carico** realmente integrata e multiprofessionale capace di tenere conto di una visione olistica della persona e della necessità di operare sui contesti di vita e sulle comunità di riferimento, lungo tutto l'arco della vita.

Tutto questo rende difficile la prevenzione e provoca, quando ci sono, sovrapposizione di interventi su temi diversi riferibili alla stessa persona/famiglia, nonché, conseguentemente, significativi aumenti dei costi per la PA e per l'intera collettività.

B) La spinta al cambiamento

Tale sistema, che abbiamo qualificato come "welfare di protezione", alla prova dei fatti, continua a dimostrarsi di limitata efficacia. È un sistema che deve, quindi, essere progressivamente sostituito da un **modello inclusivo basato sul riconoscimento dei diritti e tendente a sostenere una logica complessiva di cambiamento e di maggiore conformità con le Convenzioni sui diritti umani ratificate dall'Italia**.

Occorre, quindi, ri-partire dalla consapevolezza delle vecchie e nuove criticità, valorizzando le tante buone prassi e quelle promettenti che soprattutto il **Terzo settore** è stato in grado di esprimere, anche nelle situazioni di massima criticità ed emergenza.

Ferma restando la più ampia accezione di welfare, un aspetto, che assume particolare rilevanza, è rappresentato dall'improcrastinabile esigenza di sviluppare un **sistema socio-sanitario integrato**, esteso ed omogeneo lungo tutto il territorio nazionale, generalizzato nei vari ambiti, che garantisca appropriatezza, persistenza e continuità nel tempo, legato in modo esplicito a Lea, Lep, Leps³, così come alla **dimensione culturale, sportiva, lavorativa ed educativa**.

³ Sul punto, si ricorda che quando parliamo di Leps (Livelli essenziali delle prestazioni sociali), ci riferiamo agli interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, finalizzati a garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (art. 1, comma 159, L. 234/21). Dai Leps distinguiamo la categoria più generale dei Lep, che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni (cioè tutte le tipologie di prestazioni ad es. in ambito culturale,



In tale contesto, fondamentale diviene l'esigenza che le Regioni e le Autonomie locali si pongano nella condizione di definire compiutamente e dare concreta attuazione ai Livelli essenziali delle prestazioni, nella loro diversa accezione e declinazione, e ciò ancor più alla luce della legge sull'autonomia differenziata (legge 26 giugno 2024, n. 86), e connessa Riforma fiscale, ai fine di scongiurare il rischio che si accentuino le diseguaglianze territoriali, minando la già fragile coesione sociale.

C) Le raccomandazioni

Pertanto, fondamentale sarà l'attenzione con cui, nell'indicare gli obiettivi, nonché ove opportuno anche gli obiettivi di servizio, e allocare e distribuire le risorse, a livello centrale, regionale e locale, dovranno essere declinati **i criteri di attuazione e fornite le indicazioni operative** alle quali i vari soggetti attuatori dovranno obbligatoriamente fare riferimento. Questo per far sì che i soggetti pubblici tenuti a dare concreta attuazione sul territorio non possano, in alcun modo, avere incertezze organizzative, operative o legate a scarse o insufficienti risorse, mettere in atto diversificate interpretazioni attuative né, tantomeno, conseguire ritardi nella messa a terra dei previsti interventi per prestazioni e servizi pur valorizzando la capacità creativa dei territori nell'elaborare e applicare soluzioni contestualizzate agli assetti organizzativi ed alla storia di ciascuna territorio. A tal fine, si rende ancor più urgente e necessario **rivedere l'intero sistema di governance e le connessioni tra i vari soggetti deputati a garantire un welfare efficace in termini di sussidiarietà orizzontale e verticale**, così come previsto dalla Carta costituzionale, ed in grado di incidere in modo significativo nella vita materiale, anche in termini di **qualità**, delle persone a cui i servizi, le attività, gli interventi e le prestazioni sono destinati.

Sussidiarietà orizzontale, che deve assolutamente essere declinata nell'accezione voluta dal Decreto n. 72/21 e che, con particolare riferimento all'istituto della co-programmazione, in regime di **amministrazione condivisa**, sia in grado di rilevare i bisogni, orientare le politiche, allocare correttamente le risorse.

Istituto, questo, che potrà trovare concreta attuazione solo ove si realizzi, sui territori, una reale contaminazione fra le Pubbliche amministrazioni e il Terzo settore ed un auspicato percorso formativo e di scelte svolti in modalità congiunta.

Un nuovo **sistema di relazione**, quindi, in grado anche di scongiurare possibili effetti distorsivi delle citate riforme, ancorché non voluti o attesi dal legislatore.

educativo, ambientale, sportivo, ecc.) che, essendo connessi a diritti civili e sociali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Dopo la riforma costituzionale del 2001, sono previsti all'art. 117 lett. m) Cost., che assegna allo Stato il compito di definirli.



Sistema che, ove compiutamente e correttamente attuato, potrebbe rappresentare quell'autentica "chiave di volta" che potrebbe consentire di cogliere appieno l'opportunità di innovazione del sistema di Welfare del nostro Paese, nonché di poter definire, in modalità collaborativa, criteri per attuare, monitorare e valutare l'impatto dei livelli essenziali sulle persone e sulle comunità a cui esse sono destinati.

In tale contesto trova spazio anche l'apporto sussidiario della mutualità che, ispirata da una visione intergenerazionale e solidale, affianchi in maniera complementare i Livelli essenziali pubblici.

Occorrerà, quindi, riallineare le interazioni tra i vari ambiti che compongono il variegato ed articolato sistema di welfare, a partire dalle interazioni tra sanitario e sociale, e tra pubblico, Terzo Settore e privato profit e non profit, rendendole stabili, continuative ed efficaci.

Questo, anche utilizzando le opportunità fornite dalla programmazione e dai finanziamenti europei.

In tale ottica forti perplessità ed elementi di crescente preoccupazione suscita la modalità con la quale si sta procedendo a declinare e strutturare le "case della comunità". Vi è infatti il concreto rischio, anche tradendo quanto delineato con le finalità del PNRR, di non coglierne appieno le potenzialità e finalità, derubricandole a meri presidi sanitari.

In tale contesto i fondi per il sociale devono essere considerati non spesa improduttiva e non risorse destinate a mero assistenzialismo, ma investimenti strettamente legati alla "qualità del vivere", in grado di contribuire a dare maggiore competitività all'intero sistema Paese. Ciò è realizzabile in un sistema di comunità basato sulla **solidarietà, sulla coesione sociale e sul contrasto alle disuguaglianze**, mai più a discapito dei tanti e a vantaggio dei pochi, ipotecendo, tra l'altro, anche il futuro delle giovani generazioni. Si tratta di costruire, anche grazie alle risorse messe in campo dal PNRR, ma non solo, un nuovo sistema di welfare basato su tre pilastri: "Sanitario", "Previdenziale/ Assistenziale", "Sociale", tra di loro collegati e strettamente interconnessi, superando l'attuale connotazione a "silos verticali" e che traguardino, in stretta correlazione con il sistema culturale, educativo e sportivo, il ben-essere di ogni persona e dell'intera società.

L'auspicato sviluppo del vigente sistema di presa in carico delle persone risente fortemente della mancata attivazione dei Piani settoriali, espressamente previsti dal Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023. Tali strumenti avrebbero dovuto, infatti, declinare soluzioni atte a sviluppare l'orientamento complessivo negli specifici ambiti, definendo politiche, obiettivi ed allocazione delle relative risorse finanziarie. Purtroppo, la mancata previsione di precisi vincoli attuativi da parte dei soggetti deputati, ai vari livelli, ne ha limitato la concreta implementazione. Motivo questo per indicare la necessità che nel prossimo piano triennale si tenga conto di tale necessità.



Infatti, nello specifico, tali Piani dovrebbero individuare le priorità di finanziamento, l'articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, nonché definire i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a valutare l'impatto delle politiche finanziate. Tali Piani dovrebbero anche determinare eventuali target qualitativi e quantitativi di riferimento, nell'ottica di una graduale progressione volta al raggiungimento di livelli essenziali di interventi e prestazioni sociali, da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, rendendo disponibili con continuità le necessarie risorse. Attività, questa, ancora più rilevante e cogente alla luce della citata riforma sull'autonomia differenziata.

Pertanto, il nuovo sistema di welfare non può e non deve limitarsi a dare risposte ai molteplici e variegati bisogni che tali condizioni portano con sé nella misura in cui gli stessi volta per volta emergono, ma deve farsi anche carico di tutta la grande area legata alla **prevenzione primaria**.

Ciò a partire da interventi nei primi 1000 giorni di vita delle bambine e dei bambini⁴ e dalla promozione di corretti stili di vita, nell'accezione di salute indicata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), anche attraverso azioni di contrasto all'obesità infantile, campagne di educazione alimentare, creazione di opportunità per vivere in modo attivo anche l'età anziana o la condizione di disabilità, come risorsa per l'intera comunità e non già come destinataria di attività o supporti meramente assistenziali.

Tutto il tema legato alle **attività artistiche, culturali e sportive, anche non competitive**, diviene, anche a tal fine, strategico e centrale e deve essere ripensato quale asse primario nel perseguimento delle migliori condizioni di ben-essere, singolo e collettivo: da un lato, quale strumento di prevenzione e minore ricorso al sistema sanitario, dall'altro quale straordinario mezzo per promuovere occasioni di socialità e di inclusione, nonché di contrasto a forme di devianze, soprattutto giovanili. Diviene centrale anche la questione legata ai **processi di apprendimento e al conseguimento di elevati livelli di istruzione**, a partire dall'affrancare i bambini da fenomeni di povertà educativa ed abbandono scolastico, arginare il fenomeno dei giovani Neet (*Not in education, employment, or training*), così come la piena realizzazione dei diritti sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, ribaditi a livello europeo con la proposta della Child Guarantee (Raccomandazione del Consiglio Europeo del 14 giugno 2021 che ha istituito una Garanzia Europea per l'Infanzia).

⁴ Come raccomandato dal documento "Le cure che nutrono" elaborato dall'OMS, dall'UNICEF e dalla Banca Mondiale, che propone il Nurturing Care Framework (NCF). Esso mette in luce sia i rischi e i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppo cognitivo e socio-relazionale nei primi anni, sia la necessità di investire maggiormente in salute, nutrizione, educazione precoce, supporto alla genitorialità responsiva e protezione sociale in questo periodo cruciale della vita. Gli investimenti in questi ambiti producono ricadute lungo tutto l'arco della vita in termini di salute, competenze cognitive e sociali, nei percorsi scolastici e lavorativi, e riguardano sia i singoli individui che le comunità nel loro insieme.



Tra l'altro, è acclarato come l'importanza del “*valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme*”, sia stata riconosciuta ed espressamente sancita, ad opera della Legge Costituzionale 26 settembre 2023, n. 1, all'art. 33 della nostra Costituzione. Come altrettanto emerge dalla Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea e dei Rappresentanti dei governi degli Stati membri, sul piano di lavoro dell'UE per lo sport (1° luglio 2024 - 31 dicembre 2027).

In buona sostanza, **in ogni fase della vita, il sistema integrato dei servizi di welfare deve prevenire, per quanto possibile, l'insorgere delle varie condizioni di disagio o attivare, laddove il disagio si manifesti, adeguati supporti.** In tutti i casi in cui ciò risulti possibile, il sistema deve evitare la cronicizzazione del bisogno e deve tendere ad affrancare le persone, al più presto, dalla loro condizione.

Deve inoltre garantire e promuovere la partecipazione e la piena inclusione sociale, offrire sostegno, servizi e risposte a situazioni che possono andare dal ruolo genitoriale alla presenza di disabilità o vulnerabilità, dagli orientamenti sessuali a ogni altra condizione o situazione che, anche potenzialmente, comporta il rischio di tramutarsi in elemento di esclusione sociale, fino alla perdita di autonomia, associata alla perdita del lavoro, dell'abitazione, dei riferimenti familiari o sociali o al deteriorarsi delle condizioni fisiche e mentali.

Si deve entrare, dunque, nella prospettiva della definizione di un **welfare generativo**. Un welfare, cioè, in cui diventa possibile intervenire sulle situazioni di fragilità e andare a risolvere le piccole e grandi problematiche individuali, ma anche, al tempo stesso, generare benessere e miglioramento sociale per tutta la popolazione. Queste considerazioni si compendiano con la necessità che, a tutti i livelli della programmazione, si persegua l'integrazione tra politiche sociali e le altre politiche, in particolare quelle abitative, culturali, educative, occupazionali, sanitarie e sportive. E venga superata la logica del mero costo dei servizi adottando, in parallelo alla tradizionale modalità di collocazione delle spese nella finanza pubblica in funzione dei capitoli di afferenza e dell'imputazione delle relative coperture, formule di programmazione che adottino il paradigma dell'investimento e siano in grado di misurare i risultati prodotti sulle persone e sulla comunità secondo nuove metriche e indicatori di impatto, intersecate tra le diverse aree.

È strategico evolvere verso un **welfare integrato ed olistico**, che preveda che le risorse messe a disposizione da parte del bilancio dello Stato possano essere utilizzate in modo efficace ed efficiente.

Una visione integrata socio-sanitario-formativo-culturale permetterebbe, dopo una fase transitoria volta a creare gli strumenti e competenze per attivare questa integrazione, di contenere i costi complessivi e valorizzare il capitale umano che partecipa allo sforzo di creazione di un welfare per l'intera collettività. E che dia un'importanza e rilevanza alla



prevenzione (comportamenti alimentari, attenzione al corpo, coinvolgimenti emozionali e culturali), con il fine di migliorare il bene-essere e contenere in modo rilevante i costi totali. Per sviluppare una cultura di integrazione bisogna superare protagonismi e interessi personali; inoltre, è auspicabile che a livello centrale e territoriale vengano identificati un budget e obiettivi specifici per investire in integrazione. È necessario che, come collettività, esprimiamo una aspettativa in questo senso nei confronti di tutti coloro che hanno ruoli di responsabilità organizzativa e/o politica.

Altra sfida epocale consiste nell'adottare nuovi sistemi e flussi di misurazione e valutazione, che travalichino la verifica degli adempimenti (cfr. il dibattito in corso sull'evoluzione e sviluppo del Nuovo Sistema di Garanzia LEA) e che siano in grado di partire dai dati riportati dai cittadini che diventano così non solo produttori di dati biometrici e di controllo di salute ma valutatori diffusi del valore generato dalle politiche e interventi di welfare, anche attraverso un utilizzo consapevole e maturo dei propri dati personali che alimentano l'FSE ed il dossier personale. E per fare in modo che ogni singolo cittadino venga messo nelle condizioni di concorrere a questo nuovo orizzonte di welfare generativo, sarà essenziale investire nei percorsi di abilitazione individuale e accrescimento della consapevolezza, rendendo ogni persona titolare (e non mero soggetto interessato al trattamento) del proprio corredo di dati, che diventa un patrimonio per il singolo e la collettività. E in questo senso anche gli sviluppi dell'Intelligenza artificiale dovranno tenere conto in ambito di welfare di un essenziale temperamento tra accelerazioni di analisi e elaborazione di dati e rispetto della dimensione etica e del protagonismo individuale.

5. IL QUADRO NORMATIVO CORRENTE

È evidente come ci troviamo in un periodo di grande cambiamento e di riforme epocali: l'autonomia differenziata e la delega fiscale, la riforma in materia di disabilità e quella che interessa le persone anziane e non autosufficienti ne sono la prova.

Ad ogni modo, dobbiamo ricordare che il quadro normativo nel quale si colloca la necessità di attuare un profondo cambiamento all'attuale assetto trova, tra l'altro, fondamento in precisi atti a partire dalle ratifiche della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000 e 2007), della Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne (1979, ratificata nel 1985), della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia (1989, ratificata nel 1991), della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006, ratificata nel 2009), e da iniziative, tra le quali, la definizione a livello europeo del Pilastro europeo dei diritti sociali e del relativo Piano d'Azione (2017 e 2021) e l'adozione della Strategia Europea per i Diritti delle Persone con Disabilità 2021-2030 nonché della recente Strategia UE sui diritti dell'infanzia; a livello nazionale, in particolare, il Piano di Azione



nazionale dipendenze (2022-25), Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2021-2023).

Inoltre, dalle Leggi di bilancio 2021 e 2022 si è posta l'attenzione sulla necessità di costruire dei livelli essenziali sociali, partendo da quelli di struttura e di organizzazione per poi declinare interventi, servizi, attività e prestazioni integrate con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità, partendo da quelli già in nuce indicati nel Piano nazionale per gli interventi e servizi sociali 2021-2023.

Allo stesso tempo la presente proposta va letta in combinato disposto, oltre che con il suddetto Piano, anche con il Piano Povertà, il Piano per la non autosufficienza, il Piano Infanzia, il Piano contro la violenza sulle donne ed il Piano famiglie, nonché con la Legge delega sulla disabilità e quella sulla non autosufficienza e i loro relativi decreti attuativi, unitamente ad altri rilevanti atti normativi e provvedimenti, in discussione o in corso di attuazione, in tema di welfare, tra cui le proposte di legge sul riconoscimento e sostegno del ruolo dei caregiver familiari nonché i lavori di redazione di un Testo Unico in materia di disabilità.

Sul tema si deve considerare anche la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge n. 86/24, attuativa della “**autonomia differenziata**”, la cui realizzazione è condizionata proprio alla determinazione dei LEP. Non senza considerare, tuttavia, le rilevanti criticità di tale novità normativa: la mancata indicazione sulle coperture necessarie per finanziare livelli di servizi uniformi in tutto il Paese; la previsione di un meccanismo perequativo per evitare l'aumento delle disparità tra territori; il lavoro sui LEP senza però considerare ambiti sociali come la povertà, la disabilità, l'emarginazione sociale.

Tutto ciò con l'inevitabile rischio che, invece di realizzare l'auspicata maggiore uguaglianza sostanziale, non si vada a determinare, nei fatti, un aumento delle disuguaglianze già presenti cristallizzando i già profondi divari territoriali.

Nello stesso tempo, occorre porre grande attenzione sull'attuazione della **legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane** (Legge n. 33/23) con particolare riguardo ai suoi decreti ed atti attuativi (d.lgs. n. 29/24) per evitare che le previsioni della legge delega non vengano, di fatto, sminuite o attenuate.

Tale decreto attuativo, infatti, non sembra aver colto appieno l'approccio della legge delega, volto a riconoscere una fase della vita, quale quella anziana, da valorizzare, preservare e supportare, attraverso la promozione di un welfare comunitario ricco di rapporti sociali, anche intergenerazionali e garantendo, al tempo stesso, supporti, interventi e servizi anche specifici, ma coordinati tra loro, a favore soprattutto delle persone più fragili, quali quelle con disabilità e non autosufficienti. Il tutto anche nella prospettiva di semplificare l'accesso ai



vari servizi, interventi e prestazioni dei vari comparti, ed addivenendo, finalmente alla tanto attesa ed auspicata integrazione tra il sistema Sociale e quello Sanitario, definendo un chiaro ed articolato sistema di governance, ai vari livelli. Pertanto, così, purtroppo, vi è il concreto rischio di determinare il risultato che la legge 33/23 non trovi compiute ricadute concrete nella implementazione del sistema.

Inoltre, un nuovo sistema volto a valorizzare le risorse dei contesti di vita, come per esempio quello familiare, non può prescindere dal riconoscimento del ruolo dei caregiver familiari, senza che con ciò vi sia sostituzione degli interventi pubblici di cui la persona con disabilità e/o non autosufficiente necessita. Pertanto, è urgente che sia emanata una Legge statale, di cui da tempo si discute, che garantisca tutto ciò, in ottemperanza a quanto iniziato a prevedersi nella Legge di bilancio per l'anno 2018 (Legge 205/2017).

Infine, particolare attenzione merita, in sede di concreta attuazione, la vera e propria "rivoluzione copernicana" introdotta con la **legge delega in materia di disabilità** (Legge n. 227/21) e portata avanti dai suoi tre decreti attuativi (nn. 222/23, 20/24 e 62/24), che intervengono, tra l'altro, operando una riqualificazione dei servizi pubblici in chiave di inclusione e accessibilità, istituendo il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, riformando totalmente l'intero processo valutativo che riconosce la condizione di disabilità, modificando la terminologia in materia di disabilità, definendo e proceduralizzando l'accomodamento ragionevole ed il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Più in particolare, sarà fondamentale assicurare l'applicazione delle novità apportate dalle riforme sopra descritte e monitorarne gli effetti.

6. IL MANIFESTO QUALE PROPOSTA POLITICA PER UN NUOVO SISTEMA DI WELFARE

La **sicurezza sociale** si basa sull'idea che lo Stato, attraverso un insieme di prestazioni e di interventi, debba assicurare la tutela delle cittadine e dei cittadini che versino in stato di bisogno, garantendo loro, un certo benessere sociale. Per noi sicurezza è, in primis, sicurezza sociale.

La sicurezza offerta dall'esistenza di un sistema di servizi sociali strutturato, come dalle altre componenti del sistema di welfare, costituisce il riconoscimento che il diritto di tutti alla piena partecipazione sociale debba essere reso effettivo. Ma per promuovere la coesione e costruire sicurezza, il sistema dei servizi sociali deve dare certezza circa quanto sarà in grado di offrire. Non si tratta di dare tutto subito, quanto di costruire, anche gradualmente e con un'opportuna programmazione finanziaria, certezza delle prestazioni, garanzia della loro continuità nel tempo e nelle diverse fasi della vita nonché strutturalità delle risorse, caratterizzando il tutto come diritto fondamentale della persona.



È questo il caso, ad esempio, degli interventi rivolti alle condizioni di non autosufficienza per i quali la disponibilità di risorse adeguate e garantite è indispensabile. Qui si innesta, infatti, la problematica relativa all'attuazione della legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane (Legge n. 33/23), soprattutto alla luce di quanto poi definito, in sua attuazione, dal D.lgs. n. 29/24.

Un capitolo che impone un interrogativo circa la sostenibilità sul lungo periodo di prestazioni e servizi ma rispetto al quale è possibile immaginare spazi di azioni di mutuo soccorso.

In altri termini, se le prestazioni e i servizi sociali sono essenziali per consentire il perseguimento della "migliore qualità di vita possibile", ciò richiede un sistema di livelli essenziali che si fondi sulla valorizzazione della capacità di esprimersi e di fare delle persone entro un sistema di diritti esigibili per tutti, affinché di ognuno siano valorizzate le competenze e a tutti siano riservate le giuste attenzioni.

Il tutto anche grazie all'**apporto originale ed insostituibile del mondo del Terzo settore** nel contribuire a costruire un nuovo modello di società pienamente inclusiva e solidale che garantisce diritti, pari opportunità e che non discrimina o lascia indietro nessuna persona e famiglia (anche grazie al forte ancoraggio al modello di sviluppo indicato dall'Agenda 2030) diviene quindi, allo stesso tempo, proposta sociale e proposta politica.

Proposta che indica la strada di un possibile e atteso **cambiamento** che, se percorsa con convinzione e spirito innovativo, potrebbe utilmente contribuire a contrastare, se non addirittura invertire, l'attuale tendenza, rispetto ad una società sempre più disgregata e meno partecipativa, dove le disuguaglianze sono sempre più marcate, e dove appaiono preoccupanti, se non inquietanti, anche i fenomeni di intolleranza e di inedito "ribellismo" che potrebbero essere forieri di conseguenze ben più gravi.

Vi è un tessuto sociale molto sfilacciato ma che ancora regge ed è tenuto insieme dall'attivismo militante di una grande e storica rete, fatta di milioni di cittadini che in modo libero, spontaneo e gratuito, in forma singola o associata, si pongono generosamente al servizio della comunità. Abbiamo volontari, familiari e operatori che, giorno dopo giorno, impediscono che a pagare le conseguenze di un welfare inadeguato siano proprio le persone più fragili.

La presenza di un sistema che, invece di garantire attenzione e supporto, registra ritardi, disattenzione e, non di rado, tentativi di interventi peggiorativi, è segno che in gran parte della classe politica non vi è piena consapevolezza e considerazione del ruolo insostituibile che il volontariato, unitamente al mondo della promozione sociale, della cooperazione, del mutuo soccorso e dell'impresa sociale, oggi ricomposto unitariamente nella nuova accezione di Terzo settore, rappresenta per la stessa tenuta dell'intero sistema Paese, e forse anche per la tenuta democratica del sistema istituzionale.

Quanto mai opportuna appare, allora, in tale contesto, un'attività di **sensibilizzazione culturale**, in grado di far comprendere il valore e la particolarità del Terzo settore italiano



anche in ambito europeo, unitamente alla presa di coscienza del duplice apporto che le lavoratrici e i lavoratori, le volontarie ed i volontari, le professioniste ed i professionisti che a vario titolo operano nel Terzo settore offrono, sia nel contribuire significativamente alla costruzione di una società più resiliente e solidale, sia nel creare valore culturale, economico e sociale.

In tale ottica, il lavoro nel Terzo settore non può più essere visto come la mera fornitura di “mano d’opera a più basso costo rispetto al mercato” o sottopagato o non adeguatamente riconosciuto, ma deve essere valorizzato e adeguatamente remunerato. E proprio in questa prospettiva il Terzo settore si è spinto nel rinnovare i CCNL di settore, valorizzando l’apporto e i diritti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Occorre un nuovo sistema di relazioni, agito stabilmente a tutti i livelli che, coerentemente con gli enunciati della stessa riforma del Terzo settore, sia funzionale per: perseguire il bene comune, elevare i livelli di cittadinanza attiva, rafforzare la coesione e protezione sociale, favorire la partecipazione nonché l’inclusione e il pieno sviluppo della persona, valorizzandone il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa, avendo come riferimento un approccio fondato sui diritti umani.

Tutto ciò, evidentemente, non ha solo connotati etici, ma assume rilevanza strategica quale scelta di promozione della crescita economica e sociale. Infatti, l’esistenza di un sistema di welfare adeguato, basato sul riconoscimento dei diritti, può incentivare anche l’iniziativa personale e l’imprenditorialità, permettendo alla società tutta di godere di progettualità ad alto valore aggiunto, che non sarebbero, altrimenti, realizzate.

Questo appare tanto più importante in un contesto nel quale le tradizionali forme del welfare assicurativo e contributivo sono messe in crisi dall’affermarsi di nuove realtà lavorative, dal continuo aggiornamento delle professionalità, dalla competizione fiscale e salariale al ribasso. Un’infrastruttura sociale solida può favorire esperienze anche innovative di alleanza tra mondo delle imprese, della finanza e del lavoro, facendo sì che aumentino le opportunità ed i servizi di conciliazione tra vita e lavoro e siano migliorati i percorsi di integrazione lavorativa delle persone in condizione di svantaggio sociale, anche potenziale, nonché pari opportunità di accesso al mondo del lavoro per donne e giovani, oltre che sviluppo economico, equo e sostenibile.

Il tutto per consentire, senza discriminazione alcuna, alle cittadine e ai cittadini di concorrere al progresso della comunità, adempiendo al dovere di solidarietà sociale. Tale approccio è stato, ad esempio, declinato nell’impianto definito con il Reddito di Cittadinanza – oggi sostituito dal supporto per la formazione e dall’Assegno di inclusione (Adi), che prevede requisiti di accesso diversi rispetto al Reddito di cittadinanza – anche se con scarsi risultati, che prevedeva patti per il lavoro e/o l’inclusione sociale, ossia, al fianco della promozione



dell'occupazione lavorativa, anche la possibilità di realizzare progetti utili alla collettività da parte dei percettori del sussidio.

7. IL MODELLO DI GOVERNANCE

Un nuovo modello di welfare non può prescindere da un necessario **cambiamento** della rete integrata dei servizi che ha bisogno di un forte ripensamento dell'intero sistema di governance che, ai diversi livelli istituzionali e amministrativi, garantisca **piena, concreta e omogenea esigibilità dei diritti** discendenti da quanto definito da norme nazionali e regionali. La definizione di un nuovo modello di governance diviene, quindi, a tutti gli effetti, propedeutico rispetto all'implementazione di un nuovo sistema di welfare che, come più volte detto, non potrà che essere basato sul riconoscimento di diritti. Diritti che devono risultare esigibili ed essere puntualmente declinati, riconosciuti e finanziati come livelli essenziali la cui esigibilità deve essere omogeneamente garantita sull'intero territorio nazionale.

In questo contesto vi è la possibilità di individuare, sui territori, partner che, in modo non occasionale e non soltanto in termini di fornitura di servizi, possano contribuire alla formulazione, all'attuazione, al monitoraggio delle politiche. Ciò a partire dalle potenzialità non ancora totalmente espresse (nell'ambito della terza missione delle Università pubbliche) dai Centri di ricerca, dal ruolo del settore profit, o, come mostra l'esperienza del fondo povertà minorile, dal contributo fattivo e significativo che svolgono le fondazioni di origine bancaria.

Le dimensioni sulle quali intervenire, simultaneamente, per innescare un cambiamento di struttura e costruire dei veri ed efficaci sistemi integrati di servizi possono essere riassunte in:

- dimensione istituzionale;
- dimensione programmatica e direzionale;
- dimensione interprofessionale;
- dimensione gestionale e organizzativa.

È necessario, pertanto, un modello di governance che vada a toccare e coinvolgere sia il livello centrale che quello regionale e locale e che veda coinvolto attivamente il Terzo settore. Il tutto in **regime sussidiario e di amministrazione condivisa**. In tal modo si potrà finalmente pervenire a definire un nuovo modello di interazione tra questo ed il sistema pubblico con modalità che siano permanenti, diffuse e non episodiche, efficaci, connotate da leale, paritaria e fattiva collaborazione tra le istituzioni e lo stesso mondo del Terzo settore, in linea con quanto statuito dal Codice del Terzo settore (artt. 55 e ss.) nonché con i principi sanciti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 131/20.



Appare anche necessario valorizzare e sostenere lo sviluppo di ulteriori forme di **welfare territoriale**. Tra queste anche il **welfare aziendale e integrativo** che, se mutualisticamente gestito, può generare un processo virtuoso di apertura e sostenibilità anche a favore di tutti i cittadini, occupati e non, in regime solidaristico, chiamando le aziende ad agire come parte attiva di un welfare comunitario, radicato sui territori.

In quest'ottica vanno definiti adeguati standard che garantiscano omogeneità, qualità e solidarietà.

Come va promosso, il più ampio coordinamento nell'ambito del complessivo sistema di risposta ai bisogni di sostegno delle persone destinatarie di tali attività, prestazioni e servizi, anche in termini di valutazione di impatto sulle singole persone e sulle comunità di riferimento, avendo l'attuazione dei diritti umani come metro di valutazione.

Appare, inoltre, di fondamentale importanza basare la programmazione su un approccio volto a sostenere e valorizzare, in chiave di empowerment, le potenzialità delle persone che vengono prese in carico, facendo in modo che vi sia, sempre più, un sistema solido, competente ed efficace, capace di promuovere sul territorio la partecipazione delle reti di cittadinanza, coniugando welfare e sviluppo della democrazia su base di equità, pari opportunità, accessibilità e contrasto alle disuguaglianze.

8. IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Il ruolo del Terzo settore in tale contesto assume particolare rilevanza anche grazie agli strumenti della **co-programmazione, co-progettazione, accreditamento e convenzionamento** di cui all'art. 55 e seguenti del Codice del Terzo Settore. Strumenti, questi, che appaiono i più appropriati in quanto volti a favorire, già a partire dalle fasi di co-programmazione, la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini, attraverso le proprie organizzazioni più rappresentative, contribuendo direttamente ai processi concernenti la rilevazione dei bisogni, nonché la definizione delle politiche di sviluppo sul territorio e la corretta allocazione delle risorse.

Come previsto nelle Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo settore, adottate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72/2021, gli artt. 55, 56 e 57 del Codice del Terzo settore rappresentano un'applicazione dell'art. 118, ultimo comma, Cost. che **valorizza ed agevola la possibile convergenza su "attività di interesse generale" fra la pubblica amministrazione e gli ETS**.

Sul punto, la Corte Costituzionale (sentenza n. 131 del 2020), ha chiarito come si tratti di *"una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost."*, un originale canale di *"amministrazione condivisa"*, alternativo a quello del profitto e del mercato, scandito *"per la prima volta in termini generali"*



*[come] una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria". Ed ha, altresì, sottolineato il fondamentale ruolo che gli enti del Terzo settore svolgono in tali procedure, chiarendo proprio come gli ETS rappresentano la "società solidale" e **"costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, (...) in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno"**.*

Infatti, è proprio attraverso la conoscenza diretta delle problematiche e delle risorse individuali e collettive presenti sul territorio che si può svolgere una efficace azione volta alla promozione della coesione sociale, garantendo, al contempo, sicurezza sociale e perseguimento di attività di interesse generale.

Strettamente legata a tale aspetto è la non più procrastinabile necessità di provvedere anche a sancire, definitivamente in norma, che l'affidamento dei servizi alla persona non possa essere effettuato attraverso gare al massimo ribasso, contrastando prassi non rispettose delle vigenti normative in materia. Il tutto è stato reso più complesso dalla riforma in materia di concorrenza (Legge n. 118/22, e Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022, attuativo della stessa) che, intervenendo su alcune disposizioni del D.lgs. n. 502/92, ha comportato l'estensione delle regole sulla concorrenza agli enti privati che erogano servizi sanitari e sociosanitari e, conseguentemente, anche agli enti di Terzo settore, senza operare alcuna distinzione tra questi e i privati profit.

Tutto ciò, indirettamente, rappresenta un forte ostacolo al raggiungimento dello scopo primario dei servizi (es. assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare socio-assistenziale, centri semiresidenziali, teleassistenza, ecc.) che è quello di garantire alle persone beneficiarie l'accesso a servizi plasmati sui loro stessi bisogni e sulle specifiche e variegate esigenze di ognuno avendo come fine ultimo quello di garantire la migliore qualità di vita possibile.

In tale ottica sarebbe auspicabile prevedere, attraverso un'applicazione evoluta degli strumenti della coprogrammazione, co-progettazione e convenzionamento, forme di affidamento di servizi in modalità integrata multiservizi nei confronti della stessa persona/famiglia, valorizzando in termini di tariffe il valore aggiunto di tale integrazione, nonché l'innegabile beneficio in termini di personalizzazione degli interventi.

Ad essere prioritariamente garantita deve essere la qualità delle prestazioni rese e il rispetto delle condizioni di lavoro, anche quando si operi attraverso gli istituti della co-progettazione, accreditamento e convenzionamento. Per questo occorre adottare delle linee guida nazionali omogenee di definizione delle tariffe atte a garantire, in modo uniforme, un



sinallagma tra remunerazione del servizio e requisiti richiesti, soprattutto in termini di pianta organica.

Inoltre, occorre adottare delle linee guida nazionali omogenee che individuino dei criteri utili alla definizione dei requisiti di accreditamento per l'erogazione dei servizi.

Questo al fine di garantire che tali criteri siano individuati sempre in stretta correlazione alla tipologia e quantità di servizi da erogare. Occorre, pertanto, garantire la stabilità, la continuità, la professionalità, con la raccomandazione che i livelli minimi organizzativi per l'erogazione di volumi di prestazioni siano sempre adeguatamente dimensionati rispetto allo specifico servizio, ferma restando la garanzia dell'adeguatezza delle competenze e dell'assetto organizzativo degli enti del Terzo settore deputati alla loro attuazione.

In ogni caso i livelli minimi organizzativi per l'erogazione di volumi di prestazioni non devono essere definiti a discapito di Enti del Terzo settore di piccole dimensioni, dovendosi sempre avere a riferimento l'adeguatezza e la competenza e non già la mera dimensione dell'ente o la sua capacità economica.

Ribadito che ovunque nel mondo la qualità dei servizi erogati è direttamente proporzionale alla qualità del trattamento degli operatori e delle operatrici impegnati, vanno anche garantite adeguate forme di **trasparenza** rispetto ai contratti applicati alle lavoratrici e lavoratori, nel rispetto di quanto sancito dalla riforma del Terzo settore, al fine di dare compiuto riconoscimento ai loro doveri e diritti, nonché nei rapporti con i volontari. In tale contesto è inoltre necessario prevedere l'adeguamento automatico delle tariffe dei servizi esternalizzati a fronte del rinnovo dei contratti di lavoro sottoscritti con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

In tale contesto la **formazione**, iniziale e continua, e quanto più possibile interprofessionale, ha un ruolo chiave. Occorre, quindi, garantire il supporto delle associazioni maggiormente rappresentative delle persone beneficiarie nella formazione e aggiornamento, secondo, ad esempio, i nuovi paradigmi anche sanciti dalle Convenzioni internazionali di riferimento, dei professionisti coinvolti nei servizi al fine di progettare e garantire servizi realmente inclusivi, coerenti e attenti ai bisogni delle diverse tipologie di beneficiari a cui occorre sempre garantire la centralità. Apporto essenziale anche per colmare, attraverso apposite campagne informative accessibili, la possibile mancanza di conoscenza e consapevolezza da parte delle famiglie delle opportunità dei servizi presenti o esigibili sul territorio.

9. CONCLUSIONI

In conclusione, il Forum Nazionale del Terzo Settore, con il supporto della Consulta Welfare, ha valutato opportuno procedere all'aggiornamento del proprio Manifesto "Verso un nuovo sistema di welfare" nel presente testo. Ma non si può negare che poco o nulla ha prodotto



la precedente versione nel permeare le istituzioni e le pubbliche amministrazioni, al di là di cambiamenti settoriali di cui è già stato dato conto nella descrizione del quadro normativo corrente che tuttavia non hanno prodotto una revisione armonica ed unitaria dell'intero sistema; vi è inoltre il rischio di confliggenza o quanto meno dispersione tra norme, programmi, processi e procedure operative. Allo stato attuale i valori ed i contenuti del Manifesto se è vero che hanno indiscutibilmente prodotto un accrescimento della cultura e della consapevolezza su tali temi di pari passo non risultano aver ancora pienamente prodotto un cambiamento di approccio e di operatività nelle organizzazioni di Terzo Settore e in alcune realtà afferenti lo stesso Forum. Anzi ci si potrebbe spingere ad affermare che in questi anni, soprattutto nell'era post Covid e nell'era dei conflitti armati, piuttosto si sta assistendo ad una involuzione del sistema.

Ovviamente si spera che anche grazie a questo contributo si possa, invece, invertire rotta facendo avanzare il nostro Paese anche a livello europeo e internazionale quale un paese leader in tema di diritti umani, civili e sociali e dove al centro delle politiche ci sono le persone.

Un Manifesto quindi che parla alle Istituzioni ed ai decisori politici, agli operatori, ai protagonisti del Terzo Settore (cfr. Postfazione), ai media ed a tutti i portatori di interesse in tema di welfare, e primi tra tutti ai singoli cittadini che con i loro comportamenti attivi potranno essi stessi, nella quotidianità di vita, decretare il successo di questo documento.

RINGRAZIAMENTI

Si esprime gratitudine e ringraziamento per le persone e le organizzazioni che hanno elaborato i documenti riportati per stralcio in alcune parti del presente lavoro, nonché quanti hanno contribuito alla redazione dello stesso.



POSTFAZIONE

Il percorso di revisione del documento redatto nel 2022 è stato arricchente per tutti i partecipanti al progetto ed ha permesso di aggiornare i temi alla luce delle complessità più recenti a livello macro (epidemia, conflitti, diseguaglianze, ecc.) e della diversa situazione politica nella PA italiana, sia centrale che periferica. Viene analizzata la situazione attuale e vengono elencati in dettaglio gli obiettivi per l'evoluzione verso un Welfare con caratteristiche di Universalità, Prossimità, Inclusività da attuare in un contesto di concreta esigibilità dei diritti.

Il documento può essere il riferimento per due rilevanti compiti, uno a livello di advocacy nei confronti della PA centrale e della Politica, l'altro come guida per l'attività sul territorio da parte degli ETS.

IL MANIFESTO COME LEVA DI ADVOCACY

Il documento elenca i 28 Obiettivi da perseguire, analizza le aree di rischio e di disfunzionalità attuali, mette in evidenza i temi per i quali, per poter realizzare il “Nuovo Sistema di Welfare”, sono necessarie particolare vigilanza e pressione, a livello di amministrazione centrale e a livello politico, per promuovere le leggi e i decreti attuativi necessari. Questo compito ricade sui Vertici del Forum Nazionale del Terzo Settore, in sinergia e alleanza con altre organizzazioni attente al benessere della Società. In parallelo, sta al Sistema degli ETS supportare l'attività di advocacy condotta dal Forum stimolando la creazione di un'attesa e di una pressione da parte di tutta la base sociale di riferimento.

IL RUOLO DEGLI ETS

La realizzazione degli obiettivi indicati nel documento richiede anche interventi e iniziative importanti da parte del mondo degli ETS: molti di questi sono indicati nel contesto del documento, mentre alcuni sono emersi durante il dibattito all'interno dei gruppi di lavoro.

Il principale punto di attenzione è riuscire a realizzare un approccio integrato al territorio e alla comunità coinvolta, tenendo conto in modo compatibile e sinergico di tutti gli elementi che costruiscono il bene-essere della persona, della famiglia, della comunità: sanitario, sociale, cultura, sport, tempo libero, stili di vita, istruzione, alloggio, lavoro. Coinvolgendo tutti gli stakeholder presenti: PA locale, ETS, Imprese, Volontariato, Associazionismo, Filantropia, Famiglie. Stimolando anche soluzioni di Welfare Generativo. Agendo in questo modo, e favorendo la Prevenzione che è strettamente connessa, sarebbe possibile contenere i costi globali per il bene-essere collettivo.

Cruciale diventa la capacità di lavorare in rete: generare, partecipare, integrare reti organizzative. Condividere informazioni e base-dati, sviluppare partnership anziché competizioni; riconoscere i contributi di ciascuno alla realizzazione del migliore servizio. Sempre a questi fini, saper individuare valorizzare e utilizzare dei “luoghi” per creare comunità: Case della Comunità, strutture comunali, sedi di Mutue.



Concordare a livello di territorio quali indicatori, tra quelli riconosciuti come affidabili, utilizzare per fissare obiettivi e misurare i risultati di Impatto Sociale positivo.

Realizzare una vera Coprogrammazione e Coprogettazione, riuscendo a dialogare con la PA locale a pari (o a migliore) livello di competenze nella lettura dei bisogni e nella progettazione di soluzioni integrate aventi al centro la persona e la famiglia.

Tutto questo richiede, da parte degli ETS, di disporre di competenze (possibilmente interne all'organizzazione), per affrontare temi e soluzioni complessi. E poter così, proponendo soluzioni integrate alla PA locale ed entrando nei mercati del Welfare Aziendale e delle Famiglie "capianti", uscire dal meccanismo delle gare al ribasso; realizzando tariffe che assicurino, da un lato, un migliore trattamento dei/le operatori/ci e, dall'altro, la possibilità di investire in competenze.

Per poter realizzare tutto questo è necessario che gli ETS dispongano di dimensioni non piccole, che gli consentano di sostenere i necessari investimenti in competenze. In certi casi ciò stimolerà fusioni tra ETS e/o Accordi di Rete

Più in dettaglio, i compiti degli ETS

- Sviluppare al proprio interno le competenze che permettano di dialogare alla pari con gli altri stakeholder: PA, Fondazioni filantropiche, ecc. per essere in grado di contribuire alla Co-programmazione e Coprogettazione del Welfare di territorio.
- Operare in rete con gli altri ETS presenti sul territorio, considerando in certi casi anche ipotesi di aggregazione/fusione, in modo da facilitare gli investimenti necessari in competenze (vedi Co-programmazione) e la possibilità di offrire servizi integrati di assistenza alle persone e alle famiglie. Facilitando così la possibilità di negoziare con la committenza prezzi più remunerativi.
- Utilizzare gli "hub" e gli "spoke" presenti sul territorio, quali Case della Comunità, Case della Salute, sedi di Mutue, per agevolare i rapporti tra gli ETS, i contatti con le famiglie destinatarie dei servizi, la ricomposizione della sussidiarietà tra i vari erogatori di servizi.
- A questi fini è importante che l'analisi dei bisogni e le architetture dei servizi di welfare siano il più possibile integrate, centrate sulla persona e sulla famiglia, viste entrambe in una prospettiva olistica.
- Sviluppare la figura del "Case Manager/Referente di progetto" per tener conto dell'unicità della singola persona e della singola famiglia. Creando le condizioni organizzative che permettano di considerare questa figura un valore aggiunto e non



un costo aggiuntivo. In questo modo sarà possibile individuare anticipatamente i bisogni emergenti e fare prevenzione.

- Perseguire, ove opportuno e necessario, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), supportata da strumenti di teleassistenza.
- Proporre e stimolare soluzioni di Welfare Generativo, al fine di rigenerare le risorse investite rendendole disponibili per altre persone ed altri bisogni. Si tratta di responsabilizzare le persone che ricevono aiuto e le loro cerchie familiari e amicali in modo che possano sia contribuire all'efficacia degli interventi sia mettere a disposizione le loro competenze per affrontare altri bisogni.
- Investire in capacità organizzative e specialistiche per entrare anche nel mercato del Welfare Aziendale, che è più remunerativo. Per poter fare questo è necessario accedere a piattaforme tecnologiche che garantiscano l'osservanza delle regole imposte dall'Agenzia delle Entrate che consentono la deducibilità fiscale e contributiva dei servizi di welfare i cui costi sono sostenuti dall'azienda.
- Analoghe competenze da parte degli ETS sono necessarie anche per affrontare il mercato del Welfare negoziale/contrattuale.
- In logica di complementarità e sussidiarietà, ricondurre l'offerta di servizi di welfare entro il sistema complessivo con al centro il Pubblico, integrato dal Non Pubblico. Questo implica che il singolo ETS dovrà gradualmente essere preparato ad un approccio multistakeholder che coinvolga PA, Terzo Settore, Imprese (Welfare Aziendale), Filantropia Strategica (Fondazioni), Organizzazioni di Volontariato, Famiglie (Welfare Generativo).
- Come previsto anche nel quadro del PNRR, è necessario disporre a livello territoriale di servizi che tengano conto in modo integrato dei bisogni dello specifico soggetto (Persona o Famiglia) e ottimizzino l'utilizzo di risorse locali. D'altra parte, per assicurare coerenze e mettere in comune le migliori pratiche, è bene che gli strumenti e la pianificazione di medio periodo siano promossi e concordati a livello centrale. Il Terzo Settore, appoggiandosi anche, ove esistano, alle Organizzazioni di Mutualità e alle case della Comunità e della Salute, può proporsi come punto di integrazione (hub) sul territorio delle risposte ai vari bisogni di servizi di welfare.
- Sul lungo periodo la Prevenzione si rivela in tutti i casi l'approccio più efficace e meno oneroso. Riguardando la Persona e la Famiglia, i vari bisogni di welfare sono sempre



interconnessi. Per questo, l'offerta dei servizi di prevenzione va disegnata in modo integrato tenendo conto dei vari aspetti.

- In ogni caso, per poter fissare obiettivi e misurare risultati, è essenziale disporre di dati attendibili e di indicatori di misurazione condivisi. Questo è il prerequisito per pianificare, progettare e attuare soluzioni efficaci e che rispondano a bisogni reali. Inoltre, per accedere anche a fonti di finanziamento provenienti dalla Finanza Sostenibile e in particolare dalla Finanza Sociale, diventa importante misurare in modo affidabile l'Impatto Sociale realizzato attraverso progetti e servizi di Welfare, evitando il rischio del cosiddetto *social washing*⁵. Tutto questo implica che, come parte del contratto con la committenza, vengano identificati indicatori di misurazione dell'impatto generato dal progetto che siano significativi e quanto più possibile misurabili in modo non troppo oneroso. Anche questo richiede che gli ETS investano in competenze e in una cultura condivisa di misurazione dell'impatto delle attività svolte.
- Altro tema rilevante è la disponibilità di dati socio-economico-demografici e di analisi del territorio in termini sufficientemente analitici. Per sviluppare programmi di welfare di lungo respiro è necessario che gli ETS sorveglino gli andamenti demografici, collegandosi anche con ISTAT e Openpolis. In questo modo la conoscibilità e valorizzazione dei dati, in un processo bilaterale, diviene un elemento qualificante nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, quali propedeutici dei processi trasformativi secondo logiche collaborative e paritarie.
- Diventa estremamente importante anche disporre di Piattaforme Tecnologiche condivise per l'accesso ai diversi data base e per lo scambio di dati tra i differenti stakeholder; e per consentire ai cittadini e alle famiglie di accedere facilmente e poter scegliere tra le possibili diverse risposte ai propri bisogni. Le Piattaforme attualmente disponibili assicurano l'accesso solo ad alcuni stakeholder e hanno obiettivi di tipo commerciale (Market Place) assicurando esclusivamente il collegamento tra fornitori e clienti di servizi di welfare.
- Sono tipiche, in questa prospettiva, le piattaforme di servizi di Welfare Aziendale promosse da alcune multinazionali. Queste escludono dall'accesso sia le famiglie ove nessun componente abbia un rapporto di lavoro dipendente con l'azienda acquirente del servizio, sia gli ETS non convenzionati con la piattaforma. La stessa

⁵ Con *social washing* si intende esibire risultati sociali di fatto non corrispondenti alla realtà o solo apparenti.



PA locale non ha l'accesso. Sarebbe auspicabile intervenire presso la PA centrale perché piattaforme di libero accesso multistakeholder vengano considerate infrastrutture di pubblico servizio accessibili a tutti gli stakeholder. Con questi obiettivi dovranno essere definiti i relativi requisiti di accesso e di trasparenza cui possano fare riferimento le PA locali.

- In tale contesto assumono rilievo anche alcune specifiche soluzioni proposte dal mondo bancario e assicurativo. Vi è da registrare che tali proposte spesso contengono una serie di limitazioni tali per cui risultano scarsamente fruibili per i destinatari finali. Opportuno sarebbe che si proceda ad una loro profonda rivisitazione in un rapporto collaborativo con gli Enti del Terzo settore, che potrebbero contribuire ad una loro semplificazione e maggiore attinenza alla risposta degli effettivi bisogni delle persone con fragilità.
- Per rendere fruibile alle famiglie una piattaforma tecnologica è ovviamente necessaria una formazione di base per le persone non “nate digitali”. Questo è un tema che è necessario affrontare, almeno nel medio periodo, per rendere accessibili a tutti i servizi di welfare.
- In generale, per tutti i settori di intervento, è necessario che l'intera comunità disponga di maggiore informazione e conoscenza dei bisogni nei vari ambiti di welfare, delle possibili risposte e dei dati e delle dimensioni reali. Per queste ragioni sono necessari, da un lato, programmi di comunicazione e, dall'altro, progetti di formazione che andrebbero previsti a livello di territorio per un'utenza multistakeholder.



APPROFONDIMENTI TEMATICI

I LIVELLI ESSENZIALI

La definizione dei Lep, Leps e revisione dei Lea, rappresenta la preconditione per dare al sistema dei servizi sociali, unitamente agli altri settori del welfare, quali sanità e pensioni, maggiore affidabilità e strutturalità. Assieme ai Lep ed ai Leps, come detto, dovranno essere rivisitati i Lea ed individuate le relative modalità di finanziamento al fine di assicurarne l'effettivo conseguimento, con il coinvolgimento delle autonomie locali e del Terzo settore. Ed essendo i Lep posti quali elemento propedeutico ed imprescindibile per definire gli accordi con le Regioni per le materie da demandare ad esse in ambito di autonomia differenziata, inibire tale possibilità, se non prima siano stati appunto ben definiti e dettagliati i Lep, appare assolutamente opportuno, se non necessario. Allo stesso tempo vanno chiaramente indicate le fonti di finanziamento alle quali le Regioni che avranno richiesto ed ottenuto maggiori spazi di autonomia potranno attingere per garantirne l'effettiva esigibilità. Come occorre definire in che modo lo Stato si riserva di intervenire nel caso in cui le Regioni non dovessero concretamente garantire l'applicazione dei Lep.

Il tutto tenendo conto che il finanziamento dei servizi sociali risulta ancora largamente sottofinanziato. Pertanto, è richiesta una particolare attenzione nel reperire le necessarie risorse, anche attraverso una ricomposizione della spesa, in modo da garantire un rapido ed adeguato finanziamento dei livelli essenziali. In buona sostanza, prima di dare attuazione all'autonomia differenziata, occorre definire un insieme di prestazioni minime da garantire in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale, sulle quali tutte le persone possano contare a prescindere dalla Regione e dall'ambito nelle quali sono localizzate.

Tenuto conto che, comunque, non tutto sarà facilmente prefigurabile, nell'orizzonte di programmazione, si rendono necessarie azioni di rafforzamento delle prestazioni e dei servizi sociali offerti al territorio. Rafforzamento al quale il Terzo Settore, ove opportunamente sostenuto ed adeguatamente coinvolto, intende concorrere in modo significativo.

Allo stesso tempo, occorre essere consapevoli che occorre anche colmare criticità pregresse presenti nell'attuale sistema. In alcuni ambiti, infatti, pur essendo presenti livelli essenziali strutturati gli stessi risultano declinati sotto forma di principi generici, ed hanno scarsa incidenza in termini di esigibilità. Mentre occorre determinare, con puntualità, una vincolatività dei Lep ed una chiarezza circa la conseguenziale attivazione degli stessi sui territori. Ciò, per esempio, lo si avverte fortemente nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria dei Lea sanitari: nella costruzione negli articoli 22 e ss. del DPCM 12 gennaio 2017; nella



costruzione della presa in carico di minorenni; nella presa in carico delle persone con disabilità o con disagio psichiatrico; nelle coppie e nelle famiglie. In tali ambiti spesso si assiste a rimpalli tra servizi e livelli di Governo, nonché assorbimento delle risorse in passaggi burocratici (tra sociale, sociosanitario, risorse regionali e/o aziendali, ecc.). Uguale impasse è presente in molti territori per il “durante, dopo di noi”. Si rende, quindi, necessario operare affinché nella strutturazione dei futuri livelli essenziali vengano superate tali criticità, rimodulando, al tempo stesso, quelli già esistenti nell’ottica sopra descritta.

Una specifica attenzione occorrerà quindi dedicare a quanto concretamente si realizzerà a livello territoriale in materia di LEP (LEA e LEPS nella specificità delle politiche di welfare). Le opportunità offerte dalla realizzazione e avvio delle Case della Comunità sono, in tal senso, potenzialmente significative per un concreto coinvolgimento, oltre che dei soggetti sopra indicati, delle organizzazioni di terzo settore con particolare riferimento ai temi della partecipazione dei cittadini. In tal senso occorre considerare la “questione LEP” sotto molteplici aspetti:

- dal punto di vista della concreta esigibilità (primo obiettivo da raggiungere, subito dopo la loro concreta definizione e finanziamento);
- dal punto di vista delle valutazioni di esito non solo in termini tecnici (clinici, economici, ecc.) ma anche – e soprattutto – in termini di capacità di ogni singolo LEP di contribuire ad un effettivo miglioramento della qualità di vita delle persone;
- definizione/erogazione/monitoraggio/valutazione dei LEP intesi quindi come laboratori permanenti di democrazia e partecipazione per dare concretezza sia ai temi dell’evoluzione inclusiva dei contesti comunitari che per dare senso pieno anche agli strumenti operativi che il quadro normativo ha già definito (in primis: progetto individuale e budget di progetto/cura/salute che deve includere anche le risorse comunitarie al pari delle risorse istituzionali per comporre il quadro di fattibilità dei sostegni necessari a garantire la massima inclusione sociale).

In termini di priorità, e a partire dai LEPS e LEA stabiliti dalle norme e dalle programmazioni in vigore, si ritiene quindi necessario agire a livello regionale e territoriale affinché il terzo settore possa concorrere e partecipare (come detto, non solo in termini di fornitura ed erogazione di servizi, interventi e prestazioni) alle attività oggetto degli accordi di programma previsti dal PNNA 2022/2024 (la cui bozza NON include, appunto, alcun tipo di coinvolgimento degli ETS).

Oltre alla revisione dei Lea e della loro integrazione con il sistema sociale occorre, pertanto, definire i livelli essenziali in tutti gli ambiti di intervento (per es. accesso al lavoro e benessere lavorativo, il diritto alla casa), revisionando e definendo i vari Lea, Lep, Leps, Liveas, ecc., nonché infrastrutturando di conseguenza il territorio, in modo tale che i diritti siano resi pienamente e concretamente esigibili, come previsto dalla nostra Costituzione. E ciò, soprattutto alla luce dell’avviata riforma che darà attuazione all’autonomia differenziata.



Bisognerà, pertanto, definire i confini entro i quali il sistema pubblico è tenuto a garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni (siano essi LEP, LEPS, LEA), valorizzando il ruolo sussidiario del Terzo settore. Si possono così realizzare modelli di filiera in grado di spaziare dalla prevenzione alla protezione dell'autonomia, dalla cura all'assistenza delle persone in tutte le fasi della vita, ricomprendendovi anche l'erogazione di servizi e di sussidi dedicati alla non autosufficienza.

Come già evidenziato, se da una parte la definizione dei LEP (LEA e LEPS, nella specificità delle politiche di welfare) rappresenta un nodo strategico e ineludibile per promuovere il passaggio da un sistema di "protezione" ad un sistema di "diritti", tuttavia deve rilevarsi come il tema dei livelli essenziali assume connotazioni più ampie sia in relazione ai temi della riduzione delle disuguaglianze (anche in relazione al percorso avviato dalla XIX Legislatura per l'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost. e alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge 26 giugno 2024, n. 86, che dà attuazione all'autonomia differenziata) con riguardo al coinvolgimento attivo delle comunità in termini sia di rispetto ed esigibilità dei LEP (monitoraggio) che di valutazione di efficacia (esiti).

Pertanto, quanto previsto dalla L.234/2021 e, più in generale, quanto previsto dal D.M.77/2022, dalla programmazione sociosanitaria (sia sul versante del Piano Sociale Nazionale che su quello delle specifiche programmazioni – non autosufficienza, disabilità, cronicità, caregiver familiari) e dalla legislazione inerente i LEP (LEA e LEPS, nella specificità delle politiche di welfare) deve divenire uno specifico e strategico elemento di attenzione del Forum Terzo Settore, rivendicando la partecipazione alle attività di monitoraggio e valutazione previste dalla normativa vigente (in particolare, l'art. 4 L.33/2023).

LE POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

L'indagine 2023 sui temi della Long Term Care e sulla fragilità condotta da Italia Longeva delinea un quadro di insieme che rappresenta efficacemente la dimensione dei problemi e quindi la complessità e la crucialità delle risposte:

“Al 2021, anno più recente per il quale erano disponibili i dati in questione - quantificare e caratterizzare la distribuzione e i trend temporali degli ultimi undici anni della fragilità nella popolazione over 50 italiana, tramite utilizzo di oltre 8 milioni di record sanitari dei medici di medicina generale - il 40% della popolazione over 50 presentava una qualche forma di fragilità (lieve, moderata o severa), con un evidente trend in aumento rispetto agli anni passati ed in particolare rispetto al 2011 quando questo dato si attestava al 26%”.

“L'analisi dettagliata di studi scientifici internazionali ci evidenzia una verità inconfutabile: per affrontare efficacemente la fragilità, è fondamentale un'identificazione precoce degli



individui fragili all'interno della comunità. Questo passo critico favorisce l'implementazione di percorsi assistenziali personalizzati, concepiti per rispondere in modo adeguato alle esigenze specifiche di coloro che incidono, e incideranno sempre più, sulla sostenibilità del sistema di assistenza sanitaria. Non dobbiamo sottovalutare l'importanza cruciale di strumenti validati e universalmente applicabili per la misurazione della fragilità. Essi costituiscono il fulcro per quantificare il reale bisogno di assistenza e sono imprescindibili per una pianificazione accurata e mirata dei servizi sanitari, sia a livello nazionale che regionale. Questi strumenti forniscono informazioni essenziali per coordinare gli interventi tra i vari livelli di assistenza e permettono un'allocazione efficiente delle risorse."

Tutto ciò non appare compreso nei primi passi in attuazione della Legge Delega in materia di politiche in favore delle persone anziane (Legge n. 33/23). Questo comporta che l'attenzione e il ruolo attivo del Terzo Settore dovranno fortemente e da subito incrementarsi per monitorare e intervenire nella definizione dei numerosi ulteriori provvedimenti necessari a realizzare quanto indicato in Legge Delega e nel Decreto legislativo n. 29/24, attuativo della stessa. In tal senso, sarà fondamentale definire ed organizzare stabili forme di monitoraggio, ricerca ed elaborazione di proposte sui temi dell'invecchiamento attivo e delle politiche per la non-autosufficienza.

Sarà però a livello regionale e soprattutto territoriale che il Terzo Settore dovrà agire non solo per concorrere all'erogazione di interventi e sostegni, quanto, soprattutto per le realtà di advocacy, per incrementare forme attive di "presidio democratico" riguardo allo sviluppo della cultura dei diritti e sulla capacità generativa dei sistemi di welfare. In tal senso si ritiene che i temi dell'integrazione delle politiche (a partire da quelle per garantire l'integrazione sociosanitaria), del coinvolgimento attivo delle persone destinatarie di servizi e prestazioni e della capacità delle comunità locali di ripensare il proprio sviluppo e funzionamento in chiave inclusiva debbano divenire i terreni di maggiore impegno e collaborazione con la P.A. e in tal senso sviluppare capacità e competenze, soprattutto nelle esperienze di co-programmazione.

LE POLITICHE DEL LAVORO

Le politiche del lavoro assumono considerazione anche in ragione dell'enorme valore inclusivo rivestito dall'esperienza lavorativa nella vita delle persone. In tal senso, non può che essere connaturato alle finalità di un moderno e adeguato sistema di servizi sociali l'obiettivo di promuovere piena e buona occupazione per tutti, realizzando azioni di discriminazione positiva, in particolare nei confronti delle donne, dei NEET, dei care leavers,



dei migranti, delle persone con disabilità o persone in situazione di oggettivo svantaggio, delle persone anziane, ecc.

Un primo orientamento in tal senso lo si è iniziato a registrare con l'adozione, con il DPCM del 7 dicembre 2021, delle "Linee guida per favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del PNRR e del PNC", soprattutto laddove si stabilisce di prevedere clausole di premialità per l'offerente o il candidato che utilizzi o si impegni a utilizzare specifici strumenti di conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro per i propri dipendenti, nonché modalità innovative di organizzazione del lavoro e/o che si impegni ad assumere, oltre alla soglia minima percentuale prevista come requisito di partecipazione, persone con disabilità, giovani con età inferiore a trentasei anni e donne, per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali.

Tuttavia, si registra la mancanza di un intervento di sistema che incida in maniera forte ed omogenea nel settore. Si registrano, invece, meri interventi spot che tendono ad intervenire su un singolo microcontesto, mancando così di concreta efficacia ed incisività generale.

Inoltre, troppo spesso non si riescono a reperire dati sulla rete occupazionale che siano davvero corrispondenti e rappresentativi della realtà.

D'altra parte, si evidenzia un grande impegno del Terzo settore, con specifico riguardo alle parti datoriali, nel procedere ai rinnovi dei Contratti collettivi nazionali di lavoro, in modo da poter riconoscere ed assicurare dignità al lavoro nel Terzo settore stesso.

E ciò, tra l'altro, senza dimenticare la grave problematica della sostenibilità delle risorse nell'ambito del lavoro nel Terzo settore, non solo con riguardo alla questione del massimo ribasso ma anche con riferimento alla necessità di procedere ad una corretta quantificazione delle prestazioni rese nonché alla revisione del tariffario nel settore socio-sanitario; anche alla luce delle distorsioni che si stanno realizzando in alcune regioni.

LE POLITICHE MIGRATORIE ED ACCOGLIENZA

Il diritto alla mobilità, a migrare e a richiedere asilo in un altro Paese, sono sanciti nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e rappresentano un tema cruciale da affrontare non solo nel presente, ma anche in prospettiva per il nostro futuro, tenendo anche conto delle implicazioni derivanti dalla transizione demografica.

Pertanto, particolare attenzione va posta alle dinamiche migratorie e politiche anche legate ai temi dell'accoglienza. Tema, questo, tanto attuale quanto emergenziale anche rispetto alle conseguenze del conflitto russo-ucraino e di quello israelo-palestinese nonché di ogni altro conflitto in corso, ma che non può e non deve limitarsi solo agli aspetti emergenziali o



legati a reazioni emotive, o discriminare rispetto alle diverse situazioni in cui essi si generano.

Al fine di superare una visione di breve periodo e attuare una strategia di ampio respiro è necessario pianificare le fasi di programmazione, di attuazione e di monitoraggio e valutazione delle azioni messe in campo, in coerenza con il quadro europeo ed internazionale.

Accogliere, per il Terzo settore, deve significare prima di tutto agire un principio di solidarietà e fratellanza globale che prescinde da ogni condizione personale o sociale. L'accoglienza deve, inoltre, essere sempre caratterizzata da un approccio aperto ed inclusivo e tendere a garantire il rispetto dei diritti fondamentali delle persone e condizioni di vita dignitose. I minori stranieri non accompagnati vanno accolti nel pieno rispetto della legge Zampa 47/2017, con particolare attenzione per la valorizzazione dell'affido familiare e dei tutori volontari.

L'aiuto nei Paesi di origine, laddove possibile, rimane la prima azione su cui investire risorse ed energie, valorizzando e sostenendo, a tal fine, il lavoro delle reti legate al mondo della cooperazione internazionale, parte sostanziale del Terzo settore.

Le organizzazioni del Terzo Settore hanno fatto proprie le sfide collegate al diritto a emigrare ed, in tale contesto, il Forum Terzo Settore sostiene e promuove una politica europea dell'accoglienza e dell'inclusione dei migranti e richiedenti asilo, contrastando le pratiche dei respingimenti collettivi, garantendo sicurezza in mare e il soccorso delle vite umane.

Il Forum del Terzo settore rifugge da ogni forma di conflitto armato ed opera per promuovere contesti di pace positiva. Pace e disarmo rappresentano gli orizzonti a cui tendere e verso i quali orientare ogni possibile sforzo ed iniziativa.

IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

Anche in ragione dell'andamento demografico, occorre, rapidamente, ripensare l'intero sistema per approntare servizi appositamente dedicati al sostegno alla natalità, alla genitorialità e alle famiglie, capaci di potenziare gli strumenti di conciliazione tra vita lavorativa e tempi di vita familiare. Il tutto deve essere volto a creare le migliori condizioni attraverso le quali si possa esercitare la corresponsabilità genitoriale, nell'ambito di comunità che vanno rese sempre più educanti e inclusive, a partire dai primi giorni di vita dei bambini, per poi proseguire con servizi e prestazioni garantiti nel tempo e su tutto il territorio nazionale.

La genitorialità va sostenuta anche nel nome del diritto dei bambini alla famiglia espressamente richiamato dalla Convenzione Onu dell'89 sui diritti del Fanciullo.

In tale direzione vanno ripensate le politiche di promozione dell'affido familiare, dell'adozione nazionale e internazionale. È infatti essenziale che i minori fuori dalla famiglia



abbiano la possibilità di tornare ad essere figli, se in stato di abbandono, e di sperimentare relazioni di tipo familiare significative se la famiglia biologica vive condizioni temporanee di fragilità. Fermo restando che nel caso di minori fuori dalla famiglia deve essere garantita l'accoglienza in famiglia e - solo ove non è possibile- garantita una accoglienza di tipo familiare;

Spesso, infatti, in questo ambito, le politiche per la genitorialità rimangono circoscritte a livello di dibattito sociale, culturale e politico, ma senza trasformarsi in concreti ed efficaci interventi di sistema.

Ciò, tra l'altro, diviene sempre più cogente, anche alla luce degli ultimi dati Istat, che confermano l'aumento della denatalità nel nostro Paese. Secondo i dati provvisori, infatti, il tasso di natalità si attesta al 6,4 per mille (rispetto al 6,7 per mille nel 2022), con una diminuzione delle nascite rispetto al 2022 di 14mila unità (-3,6%). Dal 2008, ultimo anno in cui si è assistito in Italia a un aumento delle nascite, il calo è di 197mila unità (-34,2%).

IL PROGETTO DI VITA INDIVIDUALE, PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

Il sistema di welfare ancora oggi è fortemente incentrato sulla protezione delle persone rispetto a situazioni che, volta per volta, si evidenziavano come fragili o critiche, rendendole alla bisogna destinatarie di assistenza o di meri trasferimenti monetari. La gran parte delle politiche, infatti, tende a intervenire prevalentemente su tali aspetti, spesso, tra l'altro, con misure segmentate, che raramente hanno un solido ancoraggio ad una più ampia valutazione dello sviluppo della persona nella sua unicità. Quasi mai questo determina interventi di provata efficacia e quasi mai il livello di gradimento, tra i destinatari ed i loro familiari, risulta essere soddisfacente.

Per questo motivo occorre evolvere verso un sistema maggiormente efficace ed efficiente: un sistema, quindi, che sia in grado di garantire, con i giusti e adeguati sostegni, una presa in carico tempestiva, globale e continuativa per l'intero arco della vita delle stesse persone e di chi se ne prende cura e carico.

Un siffatto modello avrebbe anche il pregio di prevenire processi cronicizzanti e di utilizzare in modo molto più efficace le risorse anche dal punto di vista sanitario e sociale.

Si eviterebbero infatti inutili ingravescenze, ma anche soluzioni di istituzionalizzazione, se non di vera e propria segregazione.

Il principale diritto che occorre assicurare, anche alla luce della esperienza vissuta con l'emergenza pandemica, è quello di far sì che le persone possano scegliere di poter vivere il proprio percorso di vita come un diritto "umano" connesso a ciascuna persona, indipendentemente dal proprio profilo di funzionamento o dalle proprie condizioni personali o socioeconomiche, e senza mai subire processi di de-umanizzazione.



Questo impone quindi di adottare finalmente un modello di sviluppo valido per tutte le persone, proponendo la costruzione di contesti inclusivi in cui tutti possano esprimere le proprie scelte, propensioni ed attitudini.

Pertanto, tutti gli interventi, servizi e prestazioni devono vedere nel progetto di vita individuale della persona lo strumento per garantire adeguati sostegni, utili a migliorare la sua qualità di vita e rendere esigibili i propri diritti anche attraverso la definizione di un adeguato budget di progetto e l'individuazione della figura del "Case Manager".

In tale contesto rilevano i contenuti del D. lgs. n. 62/24, il quale, disciplinando proprio il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità, afferma in modo chiaro ed inequivoco i suddetti principi. Il progetto, infatti, partendo dai desideri, dalle aspettative e preferenze della persona beneficiaria, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. E ciò, garantendo la continuità del progetto stesso, non solo nello spazio, in caso di trasferimenti anche in altre regioni, ma anche nel tempo, andando a coprire tutto l'arco della vita della persona, anche quando la stessa entra nell'età anziana (art. 33, D.lgs. 29/24).

IL PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le cui misure dovrebbero andare a regime entro il 2026, stenta ad esprimere i cambiamenti che ci si aspettava dalla sua attuazione. Si auspica tuttavia che ci siano ancora le condizioni per evitare che vada persa la grande opportunità che rappresenta per il Paese.

Rimaniamo convinti infatti che il PNRR sia una grande opportunità per l'Italia per porre in essere una complessiva nuova strutturazione del sistema Paese, che lo traghetti verso assetti sociali più equi e coerenti con i più avanzati standard europei, verso sistemi produttivi sostenibili e verso un'amministrazione più efficace e flessibile, nonché sburocratizzata, che sia più direttamente al servizio dei cittadini e del progresso della nostra società, sia attraverso un potenziamento delle varie infrastrutture digitali ed organizzative, sia soprattutto attraverso un nuovo linguaggio e nuove competenze.

Ogni riforma e investimento deve tendere, quindi, a creare nuove e più ampie opportunità, non potendo il PNRR limitarsi a fornire risorse per perpetuare lo status quo ante, pur intervenendo dopo la crisi pandemica e bellica.

Tale approccio sicuramente deve connaturare tutti gli investimenti e le riforme della Misura 5 (Coesione ed inclusione) e 6 (Salute), che più direttamente prevedono azioni strutturate per le politiche attive del lavoro e il sostegno all'occupazione, l'attivazione di infrastrutture



sociali a favore delle persone e dei nuclei familiari “fragili” e soluzioni per l’abitare (per persone con disabilità, persone senza fissa dimora, ecc.) idonee a garantire una vita quanto più indipendente possibile. Soprattutto, idonee a garantire una partecipazione attiva nelle comunità, anche combattendo le marginalità, soprattutto in zone periferiche e non urbane, oltre che una presenza forte sul territorio di presidi a supporto di stili di vita attivi, prevenzione e percorsi di abilitazione/riabilitazione ed assistenza socio-sanitaria prossima al cittadino. Ma anche le altre Misure del PNRR non possono che essere viste a supporto di questo nuovo modo di intendere il welfare che trasversalmente attraversa tutti gli ambiti del nostro sistema Paese: dalla digitalizzazione della Misura 1 (utile per l’interoperabilità dei dati anche per quella presa in carico globale tra più Pubbliche Amministrazioni sopra indicata) alla costruzione di ambienti sostenibili della Misura 2 (per esempio per la progettazione di ambienti scolastici tramite il coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti con l’obiettivo di influenzare positivamente l’insegnamento e l’apprendimento) a tutto il sistema di infrastrutturazione dei servizi 0-6 anni della Misura 4, o l’intervento straordinario di counseling e orientamento professionale attivo per supportare anche giovani con disabilità, finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nei cicli I e II della scuola secondaria di secondo grado (programmi e iniziative specifiche di mentoring, disabilità).

Tutto ciò, in ambito di welfare, si traduce come priorità nel:

- creare le condizioni per la parità di genere (nelle proprie dimensioni sociali, lavorative, familiari, ecc.);
- creare le condizioni perché i giovani siano valorizzati (nella loro crescita personale, di istruzione, professionale, ecc.)
- creare le condizioni per superare i divari territoriali (non solo tra Nord e Sud, anche se il 40% delle risorse territorializzabili del Piano sono destinate al Mezzogiorno).

Tutto ciò nella certezza che costruire sistemi di garanzia di tal tipo eleva il livello generale di benessere e di sicurezza e promozione sociale.

Per realizzare questo insieme di obiettivi sono però necessari profondi cambiamenti nella gestione del PNRR a livello nazionale e locale. In particolare, riteniamo che si debba intervenire tempestivamente su tre questioni strettamente connesse e determinanti: trasparenza, amministrazione condivisa, capacità progettuali PA. Coniugare con intelligenza queste tre dimensioni significa infatti una maggiore consapevolezza dei cittadini, un coinvolgimento diretto nella sua attuazione delle organizzazioni sociali e del terzo settore, un maggiore tasso di responsabilità e protagonismo delle amministrazioni pubbliche di ogni livello. Tutto questo a garanzia, nell’immediato, di una ottimale gestione delle risorse del PNRR e, in prospettiva, di costruire un efficace e condiviso sistema di gestione dei programmi di spesa pubblica.

A questo si aggiunge la questione relativa alla prevista infrastrutturazione delle “Case della Comunità” che, ove coerenti con le finalità sopra espresse, potrebbero rappresentare i



“luoghi” nei quali “ri-comporre”, a livello locale, la gran parte delle attività e iniziative fin qui descritte.

Le Case della Comunità, infatti, nascono – o sarebbero dovute nascere – come strutture sanitarie, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria: un luogo, visibile e facilmente accessibile per la comunità di riferimento, dove cittadine e cittadini possono trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.

Ed in tale contesto, il Forum Terzo Settore ha fortemente voluto che nel PNRR le Case di Comunità venissero considerate un luogo in cui offrire alle persone non solo risposte ai loro bisogni di salute ma anche supporto nei loro percorsi di vita.

Purtroppo, però, tale percorso sta affrontando molti ostacoli e criticità.

Infatti, entro il 2026, il PNRR prevede un totale di 1.038 strutture in tutto il paese, ma le Regioni mirano a raggiungerne 1.421 con fondi supplementari. Tuttavia, dai risultati dei monitoraggi si evidenziano ritardi nella realizzazione di tali strutture nonché la carenza di personale medico in quelle già avviate.

Criticità, queste, non adeguatamente affrontate e superate dalle Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub, recentemente emanate dall’AGENAS.

In tale contesto divengono fondamentali gli esiti del rapporto “*Pnrr e Terzo settore: cosa cambia e perché*”⁶, realizzato dal Forum Terzo Settore e Openpolis e presentato nel settembre 2024, dai quali rileva come nel percorso di attuazione del Pnrr si continuino a riscontrare problemi di accessibilità dei dati e di scarsa partecipazione delle parti sociali.

In tale rapporto si evidenzia, in particolare, l’impatto che la revisione, approvata dalle istituzioni europee e successivamente formalizzata a livello nazionale con il DI 19/2024, ha avuto sul disegno originario.

In primo luogo, si mettono in luce le modifiche quantitative degli interventi programmati. Sono 265 le misure oggi previste (tra queste 199 investimenti e 66 riforme), rispetto alle 214 del Pnrr nel suo disegno originario (tra i 153 investimenti e le 61 riforme originariamente fissati).

È vero che l’importo totale del “nuovo” Pnrr è aumentato (da 191,5 miliardi di euro a 194,4 miliardi di euro), ma nel rapporto in discorso si evidenzia come sono davvero poche le misure di specifico interesse del Terzo settore per le quali si attesta un importante incremento di finanziamento (tra queste, gli investimenti in materia di politiche attive del lavoro e di assistenza domiciliare). D’altra parte, si registrano numerosi settori defianziati

⁶ È possibile visionare il rapporto completo “Pnrr e Terzo settore: cosa cambia e perché” al seguente link: <https://www.forumterzosettore.it/files/2024/09/report-24.pdf>. È, altresì, disponibile l’abstract al seguente link: <https://www.forumterzosettore.it/files/2024/09/abstract-24.pdf>



del tutto o in parte e, di conseguenza, progetti, soprattutto sociali, che hanno perso l'accesso alle risorse del Pnrr.

Più nello specifico, emerge che sono 18 le misure di interesse per il mondo del Terzo settore modificate. Per alcune di esse è intervenuta una riduzione parziale della dotazione finanziaria (Piani Urbani Integrati, rigenerazione urbana e investimento relativo alla costruzione o l'ammodernamento di asili nido e scuole dell'infanzia); due misure sono state totalmente definanziate e, quindi, eliminate dal piano (quella concernente la valorizzazione dei beni confiscati alla mafia e quella relativa alle infrastrutture sociali di comunità) e una misura risulta commissariata (abbattimento degli insediamenti abusivi per contrastare il caporalato).

Si rileva, quindi, come importanti investimenti cardine del piano originario, per i quali, tra l'altro, era stata dal PNRR stesso evocata la partecipazione degli enti del Terzo settore (pur non garantendo allora un loro effettivo coinvolgimento nella fase attuativa) sono stati oggetto di una revisione peggiorativa e di un'inopportuna riduzione dei relativi finanziamenti. Ciò, nonostante gli stessi interessino temi di estrema rilevanza per la vita quotidiana dei cittadini e per la cui attuazione il coinvolgimento diretto degli Enti di Terzo settore, quali forze sociali radicate nella società e rilevanti per la progettazione, la pianificazione e l'implementazione delle politiche pubbliche, avrebbe potuto essere decisivo.

È opportuno rilevare come, invece e ancor di più nell'attuale contesto, assume una fondamentale importanza il ricorso agli strumenti dell'amministrazione condivisa. E ciò in quanto gli stessi, ove effettivamente praticati, possono essere garanzia di maggior successo nell'attuazione del Pnrr (sia "vecchio" che "nuovo"). Infatti, proprio adesso che il piano risulta depauperato di risorse specificamente funzionali all'attuazione di misure di rilevanza sociale e le fragilità delle macchine amministrative locali risultano sempre più evidenti a fronte di un progressivo accentramento statale nella gestione delle misure, rendendo ancor più difficile e rallentata la loro attuazione, solo un'azione congiunta, in termini di competenze, visione ed esperienza, può concretamente offrire una risposta efficace e valida ai bisogni delle comunità e permettere al Pnrr di centrare i suoi obiettivi di sviluppo sociale ed economico sui territori.

Inoltre, un ulteriore elemento di criticità che si registra e che è stato già nel tempo segnalato, è quello che riguarda la trasparenza. Infatti, come emerge dal rapporto in discorso, le modifiche che hanno interessato il piano e di cui si dà atto nel rapporto stesso, non sono state rese subito note o facilmente individuabili. Per lungo tempo i dati accessibili sono stati, infatti, pochi e non aggiornati.

Ad oggi, pur se è apprezzabile una (seppur tardiva) pubblicità degli open data relativi alla nuova organizzazione delle misure e allo stato di avanzamento procedurale dei progetti in essere rispetto al precedente report elaborato in materia, continuano a persistere criticità.



Affinché si possa, infatti, predisporre un esatto e quotidiano monitoraggio sull'andamento dei progetti in essere (che consenta di seguire l'inizio, l'avanzamento e la conclusione dei lavori) è necessario che i dati in questione risultino aggiornati con regolarità, chiarezza e completezza contenutistica a beneficio dei cittadini, degli analisti e degli stessi decisori politici.



APPENDICE

IL PILASTRO EUROPEO DEI DIRITTI SOCIALI 2021-2023

Mentre superiamo la pandemia, mentre prepariamo le riforme necessarie e acceleriamo la doppia transizione verde e digitale, credo che sia giunto il momento di adattare anche il regolamento sociale. Un regolamento che assicura la solidarietà tra le generazioni. Un regolamento che premia gli imprenditori che si prendono cura dei propri dipendenti. Che si concentra sui posti di lavoro e apre opportunità. Che mette su un piano di parità competenze, innovazione e protezione sociale.

*Presidente della Commissione Europea Ursula von der Leyen
20 gennaio 2021*

Dopo le parole della Presidente von der Leyen, non si poteva che partire nella stesura del presente documento da quanto previsto dal Pilastro europeo dei diritti sociali 2021-2023, dal quale possiamo trarre le seguenti considerazioni:

- il cambiamento verso un futuro più verde, più equo e più inclusivo comporterà costi e sfide a breve termine: ecco perché è così importante accompagnare il cambiamento e aiutare le comunità e gli individui ad adattarsi al nuovo mondo. Ciò richiede una forte attenzione alle questioni sociali
- il cambiamento climatico e le sfide ambientali, la digitalizzazione, la globalizzazione e le tendenze demografiche stanno cambiando rapidamente la nostra vita quotidiana
- il Covid-19 ha esposto l'Europa a ulteriori drastici cambiamenti nei nostri posti di lavoro, nell'istruzione, nell'economia, nei sistemi di welfare e nella vita sociale
- è in momenti di profonde trasformazioni come queste che il nostro tessuto sociale viene messo alla prova
- gli europei continuano, legittimamente, a mantenere la promessa di un'economia sociale di mercato efficiente, con posti di lavoro che consentano una vita dignitosa e protezione nei momenti di bisogno
- nove europei su dieci ritengono che l'Europa sociale sia importante per loro e dovrebbe offrire pari opportunità e accesso al mercato del lavoro, nonché condizioni di lavoro eque e protezione sociale
- il miglioramento e l'adattamento del nostro "regolamento sociale" – promuovere un'economia che funzioni per le persone e promuovere il progresso sociale – è al centro della risposta dell'Europa a questi cambiamenti
- coordinamento e solidarietà saranno necessarie anche negli anni a venire per rimbalzare verso un decennio più verde e più digitale



- anche se in varia misura, le sfide future sono simili in tutti gli Stati membri
- dobbiamo tutti impegnarci per definire un nuovo sistema di “regole sociali” che assicuri la solidarietà tra le generazioni e crei opportunità per tutti, premi gli imprenditori che si prendono cura dei propri dipendenti, si concentri sull’occupazione e promuova condizioni di vita e di lavoro migliori, investa in un’istruzione inclusiva e di alta qualità, formazione, competenze e innovazione, e assicuri a tutti un’adeguata protezione sociale per rafforzare la dimensione sociale europea in tutte le politiche dell’Unione sancite dai trattati. Ciò garantirà che la transizione verso la neutralità climatica, la digitalizzazione e il cambiamento demografico sia socialmente equa e giusta, e che il Green Deal europeo e l’imminente decennio digitale 2030 siano un successo per tutti gli europei.

I 20 PRINCIPI DEL PILASTRO EUROPEO

I 20 principi del pilastro europeo dei diritti sociali, di seguito riportati, rappresentano il faro che dovrebbe guidare tutti gli Stati parte verso un’Europa sociale forte, e definiscono la visione per la costruzione di un nuovo “regolamento sociale”.

Essi esprimono principi e diritti essenziali per mercati del lavoro e sistemi di welfare equi e ben funzionanti nell’Europa del XXI secolo.

Alcuni principi riaffermano diritti già presenti nell’acquis dell’Unione; altri fissano obiettivi chiari per il percorso da seguire mentre affrontiamo le sfide derivanti dagli sviluppi sociali, tecnologici ed economici.

1. Istruzione, formazione e apprendimento permanente

Ogni persona ha diritto a un’istruzione, a una formazione e a un apprendimento permanente di qualità e inclusivi, al fine di mantenere e acquisire competenze che consentono di partecipare pienamente alla società e di gestire con successo le transizioni nel mercato del lavoro.

2. Parità di genere

La parità di trattamento e di opportunità tra donne e uomini deve essere garantita e rafforzata in tutti i settori, anche per quanto riguarda la partecipazione al mercato del lavoro, i termini e le condizioni di lavoro e l’avanzamento di carriera.

Donne e uomini hanno diritto alla parità di retribuzione per lavori di pari valore.

3. Pari opportunità

A prescindere da sesso, razza o origine etnica, religione o convinzioni personali, disabilità, età o orientamento sessuale, ogni persona ha diritto alla parità di trattamento e di opportunità in materia di occupazione, protezione sociale, istruzione e accesso a beni e



servizi disponibili al pubblico. Sono promosse le pari opportunità dei gruppi sottorappresentati.

4. *Sostegno attivo all'occupazione*

Ogni persona ha diritto a un'assistenza tempestiva e su misura per migliorare le prospettive di occupazione o di attività autonoma. Ciò include il diritto a ricevere un sostegno per la ricerca di un impiego, la formazione e la riqualificazione. Ogni persona ha il diritto di trasferire i diritti in materia di protezione sociale e formazione durante le transizioni professionali.

I giovani hanno diritto al proseguimento dell'istruzione, al tirocinio o all'apprendistato oppure a un'offerta di lavoro qualitativamente valida entro quattro mesi dalla perdita del lavoro o dall'uscita dal sistema d'istruzione. I disoccupati hanno diritto a un sostegno personalizzato, continuo e coerente. I disoccupati di lungo periodo hanno diritto a una valutazione individuale approfondita entro 18 mesi dall'inizio della disoccupazione.

I disoccupati hanno diritto a un sostegno personalizzato, continuo e coerente. I disoccupati di lungo periodo hanno diritto a una valutazione individuale approfondita entro 18 mesi dall'inizio della disoccupazione.

5. *Occupazione flessibile e sicura*

Indipendentemente dal tipo e dalla durata del rapporto di lavoro, i lavoratori hanno diritto a un trattamento equo e paritario per quanto riguarda le condizioni di lavoro e l'accesso alla protezione sociale e alla formazione. È promossa la transizione a forme di lavoro a tempo indeterminato.

Conformemente alle legislazioni e ai contratti collettivi, è garantita ai datori di lavoro la necessaria flessibilità per adattarsi rapidamente ai cambiamenti del contesto economico.

Sono promosse forme innovative di lavoro che garantiscano condizioni di lavoro di qualità. L'imprenditorialità e il lavoro autonomo sono incoraggiati. È agevolata la mobilità professionale.

Vanno prevenuti i rapporti di lavoro che portano a condizioni di lavoro precarie, anche vietando l'abuso dei contratti atipici. I periodi di prova sono di durata ragionevole.

6. *Salari*

I lavoratori hanno diritto a una retribuzione equa che offra un tenore di vita dignitoso. Sono garantite retribuzioni minime adeguate, che soddisfino i bisogni del lavoratore e della sua famiglia in funzione delle condizioni economiche e sociali nazionali, salvaguardando nel contempo l'accesso al lavoro e gli incentivi alla ricerca di lavoro. La povertà lavorativa va prevenuta. Le retribuzioni sono fissate in maniera trasparente e prevedibile, conformemente alle prassi nazionali e nel rispetto dell'autonomia delle parti sociali.



7. *Informazioni sulle condizioni di lavoro e sulla protezione in caso di licenziamento*

I lavoratori hanno il diritto di essere informati per iscritto all'inizio del rapporto di lavoro dei diritti e degli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro e delle condizioni del periodo di prova. Prima del licenziamento, i lavoratori hanno il diritto di essere informati delle motivazioni e a ricevere un ragionevole periodo di preavviso. Hanno il diritto di accedere a una risoluzione delle controversie efficace e imparziale e, in caso di licenziamento ingiustificato, il diritto di ricorso, compresa una compensazione adeguata.

8. *Dialogo sociale e coinvolgimento dei lavoratori*

Le parti sociali sono consultate per l'elaborazione e l'attuazione delle politiche economiche, occupazionali e sociali nel rispetto delle prassi nazionali. Sono incoraggiate a negoziare e concludere accordi collettivi negli ambiti di loro interesse, nel rispetto della propria autonomia e del diritto all'azione collettiva. Ove del caso, gli accordi conclusi tra le parti sociali sono attuati a livello dell'Unione e dei suoi Stati membri.

I lavoratori o i loro rappresentanti hanno il diritto di essere informati e consultati in tempo utile su questioni di loro interesse, in particolare in merito al trasferimento, alla ristrutturazione e alla fusione di imprese e ai licenziamenti collettivi.

È incoraggiato il sostegno per potenziare la capacità delle parti sociali di promuovere il dialogo sociale.

9. *Equilibrio tra attività professionale e vita familiare*

I genitori e le persone con responsabilità di assistenza hanno diritto a un congedo appropriato, modalità di lavoro flessibili e accesso a servizi di assistenza. Gli uomini e le donne hanno pari accesso ai congedi speciali al fine di adempiere le loro responsabilità di assistenza e sono incoraggiati a usufruirne in modo equilibrato.

10. *Ambiente di lavoro sano, sicuro e adeguato e protezione dei dati*

I lavoratori hanno diritto a un elevato livello di tutela della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro. I lavoratori hanno diritto a un ambiente di lavoro adeguato alle loro esigenze professionali e che consenta loro di prolungare la partecipazione al mercato del lavoro. I lavoratori hanno diritto alla protezione dei propri dati personali nell'ambito del rapporto di lavoro.

11. *Assistenza all'infanzia e sostegno ai minori*

I bambini hanno diritto all'educazione e cura della prima infanzia a costi sostenibili e di buona qualità. I minori hanno il diritto di essere protetti dalla povertà. I bambini provenienti da contesti svantaggiati hanno diritto a misure specifiche tese a promuovere le pari opportunità.



12. *Protezione sociale*

Indipendentemente dal tipo e dalla durata del rapporto di lavoro, i lavoratori e, a condizioni comparabili, i lavoratori autonomi hanno diritto a un'adeguata protezione sociale.

13. *Prestazioni di disoccupazione*

I disoccupati hanno diritto a un adeguato sostegno all'attivazione da parte dei servizi pubblici per l'impiego per (ri)entrare nel mercato del lavoro e ad adeguate prestazioni di disoccupazione di durata ragionevole, in linea con i loro contributi e le norme nazionali in materia di ammissibilità. Tali prestazioni non costituiscono un disincentivo a un rapido ritorno all'occupazione.

14. *Reddito minimo*

Chiunque non disponga di risorse sufficienti ha diritto a un adeguato reddito minimo che garantisca una vita dignitosa in tutte le fasi della vita e l'accesso a beni e servizi. Per chi può lavorare, il reddito minimo dovrebbe essere combinato con incentivi al (re) inserimento nel mercato del lavoro.

15. *Reddito e pensioni di vecchiaia*

I lavoratori dipendenti e i lavoratori autonomi in pensione hanno diritto a una pensione commisurata ai loro contributi e che garantisca un reddito adeguato. Donne e uomini hanno pari opportunità di maturare diritti a pensione.

Ogni persona in età avanzata ha diritto a risorse che garantiscano una vita dignitosa.

16. *Assistenza sanitaria*

Ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili.

17. *Inclusione delle persone con disabilità*

Le persone con disabilità hanno diritto a un sostegno al reddito che garantisca una vita dignitosa, a servizi che consentano loro di partecipare al mercato del lavoro e alla società e a un ambiente di lavoro adeguato alle loro esigenze.

18. *Assistenza a lungo termine*

Ogni persona ha diritto a servizi di assistenza a lungo termine di qualità e a prezzi accessibili, in particolare ai servizi di assistenza a domicilio e ai servizi locali.



19. Alloggi e assistenza per i senzatetto

Le persone in stato di bisogno hanno il diritto di accedere ad alloggi sociali o all'assistenza abitativa di qualità.

Le persone vulnerabili hanno diritto a un'assistenza e a una protezione adeguate contro lo sgombero forzato.

Ai senzatetto sono forniti alloggi e servizi adeguati al fine di promuoverne l'inclusione sociale.

20. Accesso ai servizi essenziali

Ogni persona ha il diritto di accedere a servizi essenziali di qualità, compresi l'acqua, i servizi igienico-sanitari, l'energia, i trasporti, i servizi finanziari e le comunicazioni digitali. Per le persone in stato di bisogno è disponibile un sostegno per l'accesso a tali servizi.



SCHEDE DI DETTAGLIO ELABORATE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA CONSULTA WELFARE DEL FORUM TERZO SETTORE

L'abitare come servizio integrato

Osservazioni e proposte del Gruppo di lavoro 3 in merito a una politica abitativa a favore di persone anziane e fragili.

Con la crescente longevità della popolazione si pone un interrogativo: è sicuramente giusto e necessario garantire una abitazione, ma è sufficiente?

Questo interrogativo è emerso in modo evidente nel corso della pandemia da Covid-19, ma allo stato non trova ancora risposte soddisfacenti.

L'impatto della pandemia sulle persone fragili ha messo in evidenza i limiti dell'attuale modello abitativo nelle sue dimensioni fondamentali: l'ambiente domestico, l'edificio, il quartiere (Ranci, Arlotti, Lamura, Martinelli, 2023). Ambienti di vita pensati e realizzati assumendo a riferimento lo stereotipo della persona giovane, di sesso maschile, nel pieno delle sue capacità, a fronte di una società caratterizzata dalla progressiva crescita di persone anziane sole e fragili. Un numero crescente di persone che, consapevoli dei rischi della fragilità e pur se proprietari della abitazione in cui vivono, per non vedersi intrappolati nella morsa "istituzionalizzazione – badantato – isolamento", vuole giustamente scegliere dove vivere e con chi condividere l'alloggio. Essi esprimono la richiesta di un ambiente adatto ai loro bisogni che garantisca inclusione sociale, protezione e vita indipendente: tutte cose che l'attuale modello abitativo non garantisce.

Ad avanzare questa richiesta non è una parte residuale della popolazione. Secondo il rapporto Istat (2023) in Italia la popolazione ultrasessantacinquenne ammonta a 14 milioni 177 mila individui al 1° gennaio 2023, e costituisce il 24,1 per cento della popolazione totale. Tra le persone ultraottantenni si rileva comunque un incremento che le porta a 4 milioni 529 mila e a rappresentare il 7,7 per cento della popolazione totale. Degli over 65 circa 4,2 milioni (2021) vivono sole: una quota pari al 7,2% della popolazione e al 31% della popolazione over 64enni. Stando alle proiezioni demografiche dell'Istat, gli anziani soli diventeranno 6,1 milioni nell'arco di 20 anni (2041) e rappresenteranno a quel punto l'11% della popolazione complessiva: più di una persona su dieci.

Stiamo dunque parlando di bisogni fondamentali di una quantità di persone che supera decisamente un quarto della popolazione nazionale che esprime la risposta più netta all'interrogativo posto all'inizio: essere proprietari della casa in cui si vive non è più sufficiente a rispondere alle esigenze di un numero crescente di cittadini.



Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR 2021) - Il PNRR, pensato per porre rimedio ai danni della pandemia, giustamente dedica a queste esigenze non secondarie risorse. L'obiettivo è avviare una stagione di politiche a favore delle persone fragili intervenendo tanto sulle loro condizioni abitative, quanto sul sistema dei servizi territoriali di prossimità. Purtroppo, allo stato, ci sono tutti gli elementi per pensare che si stia perdendo un'occasione irripetibile in quanto non sono visibili segni di quell'auspicato cambio di rotta.

Andando a verificare il contenuto delle principali linee di intervento relative alla Misura 2: Rigenerazione urbana e housing sociale, quello che emerge è un approccio tradizionale del tutto ignaro delle sollecitazioni provenienti in particolare dalla WHO (2007, 2015), riguardo alle relazioni tra invecchiamento, salute e ambiente. Di fatto sta venendo meno quella che doveva essere la finalità del Piano e cioè l'adeguamento delle condizioni abitative a fronte della crescente fragilità di parte consistente della popolazione, come messo in evidenza nel Report del Forum terzo settore e Openpolis (2023). Forse si è pensato che, essendo le persone anziane in larga parte proprietarie delle case in cui vivono (Falasca 2015), avrebbero deciso in modo autonomo come migliorare le loro condizioni mettendo a disposizione adeguati incentivi. Purtroppo, sappiamo come è andata a finire: i bonus edilizi, per come concepiti, hanno impegnato enormi risorse pubbliche per interventi che forse, se meglio indirizzati, avrebbero potuto risolvere molti problemi. Ad esempio, privilegiando l'abbattimento delle barriere, a partire dalla realizzazione degli ascensori in case pubbliche e private, piuttosto che il rifacimento delle facciate.

Ma come già detto i bisogni delle persone fragili non sono risolvibili intervenendo solo sulle caratteristiche fisiche e tecnologiche di abitazioni, edifici e quartieri, ma è necessario intervenire anche sulla qualità del sistema dei servizi di prossimità, civili e sociali.

Anche su questo fronte il PNRR prevede linee di intervento sia con le misure relative alla domiciliarità e sia con le riforme della non autosufficienza e della disabilità.

Legge Delega n. 33/2023 (Deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane) - Agli estensori della Legge Delega non è sfuggita l'importanza del tema nel momento in cui nel testo si indica la necessità di intervenire sulla qualità dei servizi residenziali, sui servizi di comunità e sulla condizione abitative. Infatti all'art. 2, comma 2, lettera m, si indica l'esigenza di: riqualificazione dei servizi di semi residenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (cohousing.), mentre all'art. 3, comma 2, lettera a, punto 6 prevede la promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (cohousing



intergenerazionale), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi.

Come si vede, anche se non si precisa esattamente in che senso debba avvenire la 'qualificazione', la Delega esprime comunque la necessità di elaborare nuovi modelli abitativi che tengano in maggior conto le esigenze delle persone fragili. Al riguardo c'è da dire, purtroppo, che anche lo Schema di Decreto legislativo che avrebbe dovuto meglio definire le misure indicate in delega, di fatto non offre maggiori chiarimenti. Si rinvia a "linee guida" del CIPA o a "progetti sperimentali" in merito a non precisate formule di "coabitazione" sottovalutando il fatto che, tanto esperienze internazionali, quanto nazionali, attestano che il modello abitativo più gradito (non dimentichiamo l'altissima percentuale di anziani che vivono in case di proprietà) è quello degli alloggi individuali assistiti a cui, però, non si fa il minimo cenno

In sintesi, il punto critico è che le misure finalizzate a migliorare la qualità abitativa dal punto di vista delle caratteristiche funzionali di abitazioni, edifici e quartieri non si integrano con quelle finalizzate a sostenere i bisogni di inclusione sociale, protezione e vita indipendente. In altri termini, pur avendo mezzi e opportunità, stenta ad emergere una strategia di progressiva integrazione tra dimensione hard e soft della qualità abitativa. La cosa che sorprende è che sia esperienze internazionale, che nazionali, offrono numerose e interessanti riferimenti da cui trarre insegnamento.

Esperienze internazionali - Il tema della qualità dell'abitare è stato giustamente posto al centro delle riflessioni avviate in molti paesi come vero snodo delle nuove politiche di sostegno ad una popolazione che invecchia (Falasca 2018). Non si tratta solo di progettare nuovi e più numerosi servizi per anziani: nessun paese è oggi in grado di affrontare una crescita costante e potenzialmente illimitata dei servizi sociali e sanitari. Si tratta invece di realizzare città e case in modo compatibile con le esigenze dell'intero arco di vita delle persone, non solo perché certamente più accoglienti per tutti, ma anche perché possono prevenire i rischi di fragilità in vecchiaia, generando una minore domanda sanitaria. Occorre, in sostanza, produrre una nuova offerta abitativa, pubblica e privata, in grado di mettere le persone in condizione di cercare e trovare autonomamente risposte efficaci ai propri bisogni, riducendo le barriere che i più diffusi modelli abitativi e di organizzazione urbana oggi propongono ai soggetti fragili, a causa dell'età o di altre disabilità.

Negli Stati Uniti, in Canada e Nord Europa sono ormai diffusi nuovi modelli d'intervento che hanno nella dimensione abitativa il loro minimo comune denominatore. Si tratta spesso di abitazioni singole o raggruppate, dotate di alcuni servizi di base (in genere una portineria-reception od operatori con funzioni di primo contatto, servizi di allarme o telesoccorso,



monitoraggio e servizi di assicurazione) e altri fornibili a richiesta (ristorante o preparazione dei pasti, spesa, ritiro della posta, pulizie domestiche, assistenza alla persona). Sono quasi sempre presenti spazi comuni, iniziative di aggregazione e socializzazione, centri benessere e servizi di prevenzione o sostegno alle esigenze sanitarie di base.

In tutte le esperienze più recenti si presta una particolare attenzione alla localizzazione dello stabile, alla sua prossimità ai servizi primari (che devono essere raggiungibili anche a piedi), a modelli insediativi che facilitino la relazione fra i residenti e il giusto grado di contatto (ma anche di separazione) con eventuali altri residenti in età e fasi della vita diverse. Si risponde, cioè, ad alcune delle prime e più frequenti richieste delle persone: vivere con altri, trovare sicurezza e assicurazione, ricevere alcuni servizi senza interferire eccessivamente con il proprio desiderio di indipendenza.

La riflessione che sostiene questa evoluzione privilegia l'ipotesi che sia più efficace ed efficiente spostare i servizi e facilitare la loro relazione con le persone che ne usufruiscono, piuttosto che costringere gli anziani a muoversi negli ultimi anni della loro esistenza fra servizi residenziali a crescente intensità sanitaria e assistenziale. In ogni caso, anche in questo scenario, è stato dimostrato che un insediamento di abitazioni di buona qualità e con servizi dedicati è sinergico a quello della diffusione di servizi domiciliari ben governati, capillari e flessibili, in grado di rispondere ai bisogni più diffusi dei più anziani: consegne a domicilio, pasti, trasporti, servizi alla persona, servizi sanitari. La base abitativa garantisce solidità ai piani di cura migliorandone anche efficienza ed economicità, prevenendo in modo efficace l'utilizzo precoce e inappropriato di servizi più complessi e costosi (nonché meno graditi), fra i quali le RSA.

Esperienze nazionali – Delle esperienze maturate in questi anni nel nostro Paese quella di maggiore interesse è indubbiamente quella degli *'alloggi assistiti'* proposti da enti locali, aziende pubbliche, associazioni, aziende private e Fondazioni (Pesaresi 2023), (Arlotti, Costa, Deriu, Mastropietro 2022). Si tratta di formule abitative, alternative alle strutture residenziali per anziani, che contribuiscono ad ampliare la gamma di scelte offerte alle persone con graduale perdita di autonomia, per età o disabilità, che desiderano vivere in casa.

Di fatto è la risposta alla sollecitazione dell'WHO quando afferma che la soluzione va ricercata in politiche abitative e urbane improntate ai principi dell'*ageing in place* e dell'*age friendly city*.

Volendo essere più precisi con il termine *'alloggi assistiti'* si intende un appartamento, più spesso di piccole dimensioni, che accoglie in genere una famiglia di anziani o un anziano/a solo. Sono possibili anche altre tipologie di convivenze come quelle intergenerazionali o quelle fra anziani non legati da rapporti di parentela, ma queste due ultime ipotesi sono poco diffuse in Italia. Gli alloggi assistiti, dunque, sono in genere destinati ad anziani singoli che



conservano un certo grado di autonomia o ad una coppia dove almeno uno dei due conserva un certo grado di autonomia; in entrambi i casi i residenti degli alloggi assistiti sono in grado di autogestirsi dal punto di vista delle principali attività di vita quotidiana in modo autonomo o con una serie di servizi che possono essere forniti al loro domicilio.

Queste tipologie di alloggi nel nostro Paese, da contesto a contesto, assumono denominazioni molto variegata come ad esempio: alloggi protetti, alloggi sociali, minialloggi protetti, mini alloggi per persone autosufficienti, gruppi appartamento ecc. Le diverse esperienze sono tutte accomunate dallo stesso approccio, che è quello di permettere a chi è avanti con gli anni, di vivere autonomamente, facendo leva sulla capacità di continuare a mantenere i propri ritmi di vita in un contesto adeguato grazie a supporti esterni.

Dunque, in estrema sintesi, gli alloggi assistiti dovranno garantire in forma integrata servizi abitativi di:

- monitoraggio e sicurezza della vita in casa: l'obiettivo è di garantire la sicurezza della vita domestica, anticipando l'individuazione di eventuali difficoltà e l'assistenza in caso di problemi o per gestire situazioni di crisi. Il livello di monitoraggio si dovrà adattare alle esigenze dei residenti e ai problemi particolari che essi incontrano;
- supporto alla vita di relazioni: il mantenimento dei legami sociali per assicurare una vita di relazioni è una dimensione essenziale dei progetti abitativi inclusivi ed assistiti. Ha una funzione preventiva contro la perdita di autonomia, la chiusura in sé stessi, il rischio di isolamento e solitudine;
- sostegno all'autonomia: abitare un alloggio ordinario per una persona fragile può richiedere il sostegno per uno o più degli aspetti seguenti: fare i lavori domestici, cucinare i pasti, effettuare il bagno, alzarsi e andare a letto, spostarsi, ecc. L'alloggio assistito dovrà assicurare questi servizi secondo le esigenze espresse dalle persone;
- sostegno all'inclusione sociale: gli alloggi assistiti dovranno prevedere servizi ed attività finalizzate all'inclusione sociale dei residenti anziani o disabili. Il sostegno previsto dovrà permettere ai residenti di partecipare alla vita della città e di condurre una vita piena. Si traduce in sostegno all'accesso ai servizi e ai diritti (accesso alla sanità, alla formazione, al lavoro, al tempo libero, alla cultura, allo sport, ecc.).

Conclusioni - Non sfuggono le implicazioni di una politica dell'abitare rivolta alle persone fragili incentrata sull'idea degli 'alloggi assistiti':

- con essi l'idea di 'casa' evolve in direzione del '*servizio integrato*' che non si esaurisce con il possesso della abitazione, ma si arricchisce di una pluralità di servizi di prossimità (civili e sociosanitari) di cui fruire singolarmente e collettivamente;
- le indicazioni della WHO riguardo all'ageing in place e alle age friendly city andranno tradotte in riferimenti cogenti rivedendo la ormai obsoleta normativa sugli standard edilizi e urbani;



- una attenzione ben maggiore andrà posta al contributo che l'innovazione tecnologica può offrire non solo nel campo della assistenza a distanza ma in tutte quelle attività che non richiedono la presenza fisica:
- acquistando rilevanza la funzione di servizio, assumono maggior ruolo i titolari delle politiche di welfare. In altre parole, è venuto il momento di richiedere una forte integrazione tra politiche abitative e politiche sociosanitarie a tutti i livelli istituzionali;
- particolare attenzione dovrà essere posta alle politiche di sostegno all'offerta, in particolare quella pubblica, ma anche nel rapporto pubblico/privato. Al riguardo una grande attenzione andrà posta alle opportunità che offre tanto il patrimonio pubblico che privato in parte significativa sottoutilizzato;
- sicuramente la "gestione" di questo nuovo modello abitativo richiederà una nuova 'cultura dell'abitare' e l'impegno di nuove competenze (formazione) sul fronte dell'intervento sociale e sociosanitario nei servizi di prossimità, di assistenza nell'uso di nuove tecnologie, ecc.;
- la specificità della domanda e la conseguente risposta di questo nuovo modello abitativo non potrà essere pienamente colta nella sua complessità facendo affidamento solo sul ruolo pubblico e sul mercato. Sarà necessario promuovere sedi e percorsi di coinvolgimento delle energie del Terzo settore in iniziative di co-programmazione e co-progettazione nell'ambito di programmi territoriali e nazionali di politiche abitative e di rigenerazione urbana con riferimento al PNRR e oltre. È solo a questo modo che sarà possibile cogliere pienamente la domanda sociale in tutta la sua articolazione e, in questo senso, il contributo che può dare il terzo settore ha un valore incomparabile. Da questo punto di vista il ruolo di stimolo e indirizzo di Age.it è essenziale.



Bibliografia

Arlotti M., Costa G., Deriu F., Mastropiero M. (2022) - Abitare in autonomia nella terza età - Esperienze e pratiche in Italia - Alta Scuola SPI – Luciani Lama

[Online] Available at: <http://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2022/11/28-ottobre-2022-ricerca-Alta-Scuola-su-abitare-anziani.pdf>

Falasca C. (a cura di) (2015) - 2° Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia che vivono in case di proprietà

[Online] Available at: <https://www.abitareeanziani.it/wp-content/uploads/2016/07/2%C2%AF-Rapporto-AeA.pdf>

Falasca C. (a cura di) (2018) - Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità – Ed. Liberetà, Roma

Forum nazionale del terzo settore, Openpolis (2023) – Il PNRR, le politiche sociali e il terzo settore – Roma

[Online] Available at: https://pnrr.forumterzosettore.it/wp-content/uploads/2023/07/report_forum_terzo_settore_7.pdf

ISTAT (2023), Rapporto annuale – La situazione del Paese, Roma

[Online] Available at: <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2023/Rapporto-Annuale-2023.pdf>

Pesaresi F. (2023) - Gli alloggi assistiti. Un'alternativa alle strutture residenziali per anziani, in *I luoghi della cura* Marzo 2023

[Online] Available at: <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2023/03/gli-alloggi-assistiti-unalternativa-alle-strutture-residenziali-per-anziani/>

Piano nazionale di ripresa e resilienza #nex generation Italia (2021),

[Online] Available at: https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/PNRR_2021_0.pdf

Ranci C., Arlotti M. Lamura G., Martinelli Flavia (2023), La solitudine dei numeri primi – Invecchiare da soli nell'epoca della pandemia, ed. Il Mulino, Bologna

WHO (2007) - Global Age-friendly Cities: A Guide, Geneva

[Online] Available at: https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/



WHO (2015) – World Report on Ageing and Health, Geneva

[Online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Gruppo 4 Consulta Forum Terzo Settore “Contrasto alle discriminazioni”

Le discriminazioni possono manifestarsi in molte forme diverse, dall'etnia alla religione, dall'orientamento sessuale al genere, dall'età alla disabilità con aspetti intersecanti che possono riguardare a livello individuale o istituzionale la vita delle persone coinvolte, causando loro delle conseguenze devastanti. Le norme di tutela contro le discriminazioni generalmente includono leggi, politiche e regolamenti che vietano le discriminazioni e promuovono l'uguaglianza di opportunità.

Il sottogruppo, soffermandosi in particolare sui temi della parità di genere, discriminazione razziale, discriminazione per minore età e pari opportunità per le persone con disabilità, tenendo conto della necessità di garantire un'attenzione trasversale al tema delle non discriminazioni, ha considerato approfondito il contenuto del Manifesto sul tema del contrasto alle discriminazioni ritenendo solamente di proporre l'inserimento nel “Quadro normativo di riferimento” della legge 67/06 “Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni” e della “Convenzione del consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica di Istanbul” del 2011, ratificata dall'Italia il 27 giugno del 2013.

Inoltre, il “Quadro normativo di riferimento” può essere aggiornato in merito alla legge di bilancio 30 dicembre 2023 n. 213, alla legge 227/21 in materia di disabilità e legge 33/23 per le persone anziane.

Ovviamente rilevare le discriminazioni che subiscono le persone marginalizzate richiede un sistema informativo adeguato e aggiornato: ad esempio, la mancanza di dati disaggregati sulla disabilità rappresenta una grave lacuna nelle indagini statistiche. Senza informazioni specifiche e dettagliate sulla disabilità, prestando attenzione a tutte le età, diventa difficile comprendere appieno le esigenze e le sfide affrontate dalle persone con disabilità e progettare interventi mirati per migliorare la loro inclusione sociale, economica e politica. I dati disaggregati sulla disabilità sono essenziali per identificare disparità, monitorare l'accesso ai servizi, valutare l'efficacia delle politiche esistenti e programmare nuove iniziative. Questi dati consentono anche di comprendere meglio le intersezioni tra la disabilità e altri fattori, come genere, etnia, classe sociale, per affrontare le disuguaglianze in modo più efficace.



La disponibilità di dati accurati e completi è fondamentale per garantire l'efficacia delle politiche pubbliche. Senza informazioni sufficienti, le decisioni politiche e di allocazione delle risorse possono essere basate su ipotesi anziché su evidenze concrete, portando a inefficienze, sprechi e, potenzialmente, a un'allocazione inadeguata delle risorse. Inoltre, i dati possono aiutare a individuare aree in cui è necessario intervenire per migliorare i risultati del welfare. Pertanto, investire nella raccolta, nell'analisi e nell'utilizzo dei dati è essenziale per indirizzare le politiche pubbliche, ottimizzare i sistemi di welfare e garantire che raggiungano coloro che ne hanno diritto. (Art. 31 Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e Art. 11 Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica)

Sul tema della raccolta dati si segnalano le recenti Osservazioni conclusive (19 febbraio 2024) del Comitato per l'eliminazione delle discriminazioni nei confronti delle donne, sull'Ottavo rapporto periodico dell'Italia che raccomanda allo Stato di:

14 (c) Raccogliere sistematicamente dati e creare meccanismi per monitorare e valutare l'efficacia delle leggi e delle politiche volte a promuovere l'uguaglianza de jure (giuridica) e de facto (sostanziale) tra donne e uomini e l'empowerment femminile.

28 (h) Garantire la raccolta sistematica di dati sull'incidenza di tutte le forme di violenza di genere contro le donne e le ragazze, compresa la violenza domestica, la sterilizzazione forzata, la cyberviolenza e il femminicidio, disaggregati per età, regione, disabilità e relazione tra la vittima e l'autore del reato, coprendo tutte le regioni dello Stato parte.

Il sottogruppo ha affrontato anche il tema della prevenzione dei discorsi d'odio nei confronti delle donne e delle persone con disabilità e anche su questo tema è interessante riportare quanto è stato affermato nelle Osservazioni conclusive anzidette:

Stereotipi

25. Il Comitato accoglie con favore l'adozione della Delibera 442/17/CONS per l'eliminazione degli stereotipi di genere nei programmi televisivi di informazione e intrattenimento, l'adozione del Decreto Legislativo n. 208 del 2021 che conferisce all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni (AGCOM) il potere di sanzionare i discorsi d'odio nei servizi di media audiovisivi e l'istituzione dell'Osservatorio indipendente sui media contro la violenza nel linguaggio sulle donne, nel 2023. Tuttavia, il Comitato rileva con preoccupazione:

(a) La persistenza del sessismo e degli stereotipi di genere a livello sociale e istituzionale e la mancanza di informazioni sull'applicazione delle sanzioni;



(b) *Discorsi di odio contro donne e ragazze lesbiche, bisessuali, transgender e intersessuali e donne e ragazze con disabilità, anche nello spazio digitale;*

(c) *La mancanza di salvaguardie contro gli stereotipi di genere associati ai sistemi biometrici, di sorveglianza e di profilazione algoritmica utilizzati dalle autorità di polizia nella lotta al crimine.*

26. Il Comitato raccomanda allo Stato parte di:

(a) ***Rafforzare le misure normative esistenti e accelerare l'adozione di una strategia globale con misure proattive e sostenute per eliminare gli stereotipi sui ruoli e le responsabilità delle donne e degli uomini nella famiglia e nella società, stanziare adeguate risorse umane, tecniche e finanziarie per la sua attuazione in collaborazione con le regioni, e garantire la valutazione delle sanzioni imposte dall'Autorità Garante delle Comunicazioni (AGCOM) nei casi che riguardano l'uso di un linguaggio discriminatorio nei confronti delle donne e i discorsi di odio;***

(b) ***Adottare misure risolutive per contrastare i discorsi di odio contro le donne e le ragazze LGBTI e le donne e le ragazze con disabilità e promuovere l'uso di un linguaggio sensibile al genere nei media, anche ritenendo le piattaforme di social media responsabili dei contenuti generati dagli utenti;***

(c) ***Mettere in atto adeguate salvaguardie per prevenire gli stereotipi di genere associati ai sistemi biometrici, di sorveglianza e di profilazione algoritmica da parte delle autorità di polizia nella prevenzione e nell'investigazione dei crimini e adottare misure per eliminare i pregiudizi algoritmici legati all'intelligenza artificiale e ai servizi algoritmici.***

Il sottogruppo raccomanda l'adozione di un linguaggio che riconosca e rispetti la diversità delle identità di genere e che sia accogliente per tutte le persone coinvolte. Un linguaggio inclusivo può contribuire a creare un ambiente rispettoso per tutte le persone riducendo il rischio di discriminazione ed esclusione delle persone in base al loro genere. Inoltre, utilizzare un linguaggio rispettoso del genere può anche riflettere un impegno per la parità di genere e per la promozione dei diritti umani.



Il linguaggio comune ossia quello che utilizziamo quotidianamente già nella stessa definizione linguistica “Forma di condotta comunicativa atta a trasmettere informazioni e a stabilire un rapporto di interazione che utilizza simboli aventi identico valore per gli individui appartenenti a uno stesso ambiente socioculturale” fa sì che nelle parole che vengono maggiormente usate e in molte espressioni di uso corrente si celano stereotipi e significati discriminatori. Essi, tuttavia, nella maggior parte dei casi, non sono nemmeno percepiti come tali, cosicché si consolidano, si tramandano, si accettano e divengono parte integrante della nostra mentalità perché percepite dalla consuetudine come prive di connotazione offensiva o discriminante. Il libro di Marshall Rosenberg “Le parole sono finestre (oppure muri)” dove l’autore introducendo il concetto di comunicazione nonviolenta sottolinea che la stessa non può essere circoscritta alla dimensione personale ma che implica la struttura culturale e sociale in cui ogni singola persona vive. Questo non significa che se non avvengono cambiamenti collettivi ognuno di noi sia esonerato da un impegno diretto e personale visto che il paradigma di violenza è implicito nelle nostre comunicazioni.

La consapevolezza della struttura delle nostre società, la responsabilità di chi vive una condizione di privilegio, la violenza (non sempre immediatamente riconoscibile) che contraddistingue qualunque forma di discriminazione, costituiscono una base imprescindibile da cui partire come allenamento quotidiano proprio per decifrare ciò che non conosciamo direttamente ma che dobbiamo saper cogliere (empatia) senza farci guidare da risposte abituali o persino automatiche dettate non necessariamente da mancanza di sensibilità ma che deriva semplicemente dall’utilizzo del linguaggio comune

La discriminazione razziale secondo le Nazioni Unite: il lavoro da fare in Italia

Il Comitato delle Nazioni Unite per l’eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (CERD) ha pubblicato, il 31 agosto 2023, le Osservazioni conclusive sullo stato di attuazione in Italia della Convenzione internazionale sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale del 21 dicembre 1965, ratificata dall’Italia con legge 13 ottobre 1975, n. 654.

Il Comitato ha raccomandato all’Italia di realizzare alcune azioni di sistema, quale quella di migliorare la raccolta dati, disaggregati, anche per poter valutare l’impatto delle politiche su specifici gruppi di popolazione; di garantire l’attuazione della proibizione della discriminazione razziale e di colmare la lacuna della mancata creazione dell’istituzione Indipendente per i Diritti Umani.

Relativamente alle politiche e al quadro di riferimento istituzionale per contrastare la discriminazione razziale, il Comitato ha richiesto di far diventare l’UNAR (l’Ufficio Nazionale Antidiscriminazione Razziale) indipendente, di dotarsi del Piano Nazionale contro il Razzismo, garantendo che sia dotato di risorse adeguate e di un meccanismo per monitorarlo e valutarne l’attuazione.

Il Comitato raccomanda altresì azioni efficaci per contrastare i discorsi e crimini connessi all’odio razziale, a partire dall’attuazione della legislazione già in vigore sul tema.



In particolare, sulle persone provenienti da contesto migratorio raccomanda:

(a) Take all necessary measures to combat discrimination against migrants, asylum seekers and refugees in the State party and ensure the adequate protection of their right to life, security and physical integrity.

(a) Adottare tutte le misure necessarie per combattere la discriminazione contro i migranti, i richiedenti asilo e i rifugiati nello Stato parte e garantire l'adeguata protezione del loro diritto alla vita, alla sicurezza e all'integrità fisica;

(b) Ensure that, in practice, migrants and asylum seekers are effectively allowed to apply for international protection and referred to asylum authorities and refugee status determination procedures.

b) Garantire che, nella pratica, i migranti e i richiedenti asilo siano effettivamente autorizzati a richiedere protezione internazionale e indirizzati alle autorità per l'asilo e alle procedure di determinazione dello status di rifugiato;

(c) Ensure that refugee status determination procedures take into consideration, without discrimination, persons in need of international protection and offer sufficient guarantees of respect for the principle of non refoulement;

(c) Garantire che le procedure per la determinazione dello status di rifugiato prendano in considerazione, senza discriminazioni, le persone bisognose di protezione internazionale e offrano sufficienti garanzie di rispetto del principio di non respingimento;

(d) Ensure that asylum seekers and migrants in irregular situation have effective access to accommodation and adequate living conditions, as well as access to psychological and legal services, as well as counselling;

d) Garantire che i richiedenti asilo e i migranti in situazione irregolare abbiano un accesso effettivo ad un alloggio e a condizioni di vita adeguate, nonché l'accesso ai servizi psicologici e legali, nonché alla consulenza;

(e) Ensure that immigration detention is only applied as a measure of last resort for the shortest period of time, after an assessment on a case-by-case basis on its legality, necessity and proportionality;

(e) Garantire che la detenzione degli immigrati sia applicata solo come misura di ultima istanza per il più breve periodo di tempo, dopo una valutazione caso per caso della sua legalità, necessità e proporzionalità;

(f) Take adequate measures to put an end to the practice of de facto detention of migrants;

f) Adottare misure adeguate per porre fine alla pratica della detenzione di fatto dei migranti;

(g) Assess its migration legislation, in particular Law 132/2018 and Law 50/2023 (Cutro Law) with a view to repeal all provisions that are not in compliance with international human rights principles and are not proportionate in light of the objectives and purposes of the Convention; 6 CERD/C/ITA/CO/19-20, para 20 CERD/C/ITA/CO/21



(g) Valutare la propria legislazione sull'immigrazione, in particolare la Legge 132/2018 e la Legge 50/2023 (Legge Cutro) al fine di abrogare tutte le disposizioni che non sono conformi ai principi internazionali sui diritti umani e non sono proporzionate alla luce degli obiettivi e scopi della Convenzione; 6 CERD/C/ITA/CO/19-20, paragrafo 20 CERD/C/ITA/CO/21

(h) Take measures to guarantee compliance with the prohibition of refoulement and the prohibition of collective expulsion.

(h) Adottare misure per garantire il rispetto del divieto di respingimento e del divieto di espulsione collettiva.

(i) Provide training to law enforcement officials and authorities working on migration in order to raise awareness about the impact of racial biases on their work in order to ensure non-discriminatory conduct when performing their functions.

(i) Fornire formazione ai funzionari delle forze dell'ordine e alle autorità che lavorano sulla migrazione al fine di aumentare la consapevolezza sull'impatto dei pregiudizi razziali sul loro lavoro al fine di garantire una condotta non discriminatoria nello svolgimento delle loro funzioni.

Restrictions of humanitarian work

19. The Committee urges the State party to repeal the provisions that restrict organizations and individuals from carrying out humanitarian work and rescue operations of migrants and to ensure that human rights defenders and humanitarian workers can freely exercise their functions. The Committee further recommends that the State party adopt all necessary measures to protect human rights defenders, in particular those working on the rights of groups protected under the Convention, enabling them to carry out their work free from fear of harassment and reprisals of any sort.

Restrizioni al lavoro umanitario

19. Il Comitato esorta lo Stato parte ad abrogare le disposizioni che limitano le organizzazioni e gli individui a svolgere attività umanitaria e operazioni di salvataggio di migranti e a garantire che i difensori dei diritti umani e gli operatori umanitari possano esercitare liberamente le loro funzioni. Il Comitato raccomanda inoltre che lo Stato parte adotti tutte le misure necessarie per proteggere i difensori dei diritti umani, in particolare coloro che lavorano sui diritti dei gruppi protetti dalla Convenzione, consentendo loro di svolgere il proprio lavoro senza timore di molestie e ritorsioni di qualsiasi tipo. Altre raccomandazioni si soffermano sulle misure per contrastare il razzismo nello sport, sul garantire l'accesso alla giustizia ma anche sul *Racial profiling and excessive use of force by law enforcement officials* e la necessità di garantire una consultazione permanente con la società civile.



Garantire i diritti di bambine, bambini e adolescenti, senza alcuna discriminazione

Il Comitato ONU sui diritti dell'infanzia, nelle sue più recenti Osservazioni conclusive relative alla Convenzione sui diritti dell'infanzia ratificata in Italia con la legge n. 171 nel 1991, ha prestato particolare attenzione al tema della non discriminazione.

Non discriminazione

14. Il Comitato ribadisce le sue precedenti preoccupazioni (CRC/C/ITA/CO/3-4, par. 24), in particolare:

(a) le disparità esistenti tra le Regioni relativamente all'accesso ai servizi sanitari, allo standard di vita essenziale e 9 all'istruzione per tutti i minorenni nel Paese;

(b) la prevalenza di atteggiamenti negativi nei confronti dei minorenni in base al loro stato, origine, orientamento sessuale o identità di genere.

15. Prendendo atto degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 5.1 e 10.3, il Comitato raccomanda che lo Stato parte garantisca piena protezione contro qualunque forma di discriminazione inclusa la sensibilizzazione rispetto all'istigazione all'odio nazionale, razziale o religioso, mediante:

(a) l'adozione di misure urgenti per affrontare le disparità esistenti tra le Regioni relativamente all'accesso ai servizi sanitari, allo standard di vita essenziale, ad un alloggio adeguato, compresa la prevenzione degli sgomberi forzati, lo sviluppo sostenibile e l'accesso all'istruzione di tutti i minorenni in tutto il Paese;

(b) il potenziamento delle misure per contrastare gli atteggiamenti negativi tra i rappresentanti dello Stato e il pubblico;

(c) il potenziamento di altre attività preventive contro la discriminazione e, se necessario, l'adozione di azioni incisive a beneficio dei minorenni e in particolare quelli in situazioni svantaggiate e di emarginazione, come i richiedenti asilo, i rifugiati e i migranti; gli apolidi; quelli appartenenti a minoranze, compresi i minorenni Rom, Sinti e Caminanti; quelli nati da genitori non sposati tra loro; minorenni LBGT e quelli che vivono in famiglie LBGT; quelli intersessuati; quelli con disabilità; e i minorenni di strada.

La discriminazione, che nel relativo Sottogruppo è stata trattata con grande sensibilità, ha diverse sfaccettature, in particolare l'attenzione è stata posta al concetto di **intersezionalità**, ovvero, per quanto ogni persona si senta discriminata, per esempio per l'età (ageismo), per genere (donna o non binario), per provenienza geografica (razzismo e antimeridionalismo), esisterà sempre chi subisce una discriminazione maggiore rispetto alla propria. Ad esempio, in Italia una donna, quindi, una figura sociale già discriminata, lo sarà meno di una donna nera, povera o mussulmana, oppure persone in transizione.

La discriminazione, quindi, è socialmente **oggettiva** e la Consulta welfare ne ha preso atto. Ciò che dovrebbe, peraltro, essere effettuato, al fine di combattere in maniera efficace la discriminazione, sarebbe considerare ogni e qualsiasi tipo di emarginazione anche dal punto



di vista **soggettivo**, consapevoli che nel corso della vita ogni persona ne può subire di diverse forme e che la gara di gravità tra le stesse, oppure la tendenza a minimizzare e sminuire, non conducono alla rimozione dei relativi fattori ed a risolverne i problemi.

Considerando gli svantaggi in una **prospettiva di genere** e pensando, per esempio, alla maternità è necessario evidenziare ciò: questo è un paese che, quando si parla di cali demografici tutti puntano lo sguardo verso le donne che vogliono fare carriera, le egoiste, mentre quando ci si permette di fare un figlio/a allora si dice loro che è una scelta individuale che non deve essere pagata da terzi. “Questo è un sistema che si aspetta che le donne lavorino come se non facessero figli, ma che facessero dei figli come se non lavorassero” (cit. Michela Murgia).

Riconosciamo le discriminazioni solamente se **le sperimentiamo** mentre, se non le abbiamo subite facciamo fatica a riconoscerle. Infatti, è come per le parole, “ovvero ciò di cui non si parla non esiste”, siamo incapaci di vedere ciò che non conosciamo. Se anche ci viene fatto notare che siamo *davanti* e gli altri sono tutti *indietro*, spesso *non ci giriamo*. Non ci si “volta”, per evitare di scontrarsi con la discriminazione altrui, che magari è stata per qualche tempo anche la nostra, ma se non la si guarda, non esiste.

Un ulteriore problema da rilevare è che d’abitudine entriamo in relazione con le persone svantaggiate compatendole, dispiacendoci dei loro problemi, che tuttavia rimangono problemi altrui, da risolversi in altra sede. Invece, si dovrebbe usare l’**approccio empatico**, prendendosi carico delle proprie responsabilità e trattando come importante non solo quello che lo è per noi stessi e, quindi, fare del problema altrui, un problema comune da risolversi insieme.

Conclusioni

È fondamentale favorire azioni formative rivolte a persone con disabilità, familiari, operatori/operatrici cittadini/e per riconoscere e contrastare le discriminazioni privilegiando approcci multidisciplinari, in ragione del fatto che agire contro le discriminazioni significa capire/comprendere/conoscere i contesti comunitari, individuare le barriere/stereotipi/pregiudizi, rimuovere o tentare di rimuovere le cause. La complessità della contemporaneità impone letture/analisi multiple (pensiamo al dibattito avviatosi con l’introduzione potente e veloce di sistemi di intelligenza artificiale e ai rischi che meccanismi culturali ed economici che producono e generano esclusione si riversino anche in questi strumenti/modelli, ecc.)

Necessario agire contro le discriminazioni con il rispetto della regola della coerenza. Impensabile dichiararsi “attivista” contro le discriminazioni fondate sulla disabilità e sottoscrivere una petizione che punti a limitare i diritti delle persone in base al loro orientamento sessuale, etc. Il Terzo Settore deve continuare a promuovere azioni che



aiutino a comprendere le comuni origini delle discriminazioni in tutte le loro tipologie: diretta, indiretta, sistemica, intersezionale, sia dal punto di vista personale che collettivo.

Scheda di dettaglio Gruppo 8 sull'assistenza domiciliare integrata (adi) e socio-assistenziale con indicazione delle priorità, iniziative, attività che si ritengono più cogenti

1. Premessa

Il setting domiciliare ha ormai acquisito, nella consapevolezza dei *policy maker*, degli addetti ai lavori e della stessa opinione pubblica, **la valenza di snodo strategico di un sistema di welfare che deve garantire alla variegata platea di beneficiari, spesso con elevata necessità di sostegno e bisogni di tipo sociosanitario e sociale** (adulti e minori con disabilità anche complesse, con patologie croniche, anziani non autosufficienti, pazienti in palliazione, etc.) **il diritto fondamentale di ricevere, in modalità integrata, cure, supporto, assistenza e tutela a partire dal luogo a loro più caro, più prossimo e più vicino: la propria casa.**

Per le persone con disabilità, l'assistenza domiciliare deve anche contribuire a garantire l'inclusione sociale, a scongiurare il rischio di segregazione e ad evitare l'istituzionalizzazione, assicurando a tali persone l'opportunità di continuare vivere nella propria casa, senza spezzare il legame con i familiari, ma, anzi, sostenendo questi ultimi nelle attività di cura e assistenza della persona stessa.

Tutto questo è previsto dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che l'Italia si è impegnata ad attuare con la sua ratifica avvenuta con la l.n. 18/09 e che, all'art. 19, comma 1, lettera b) prevede espressamente il diritto delle **persone con disabilità a vedersi assicurato l'accesso ad una serie di servizi a domicilio** o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, **compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione.**

In tale scenario si inserisce anche il progetto di vita personalizzato e partecipato, che, in linea con quanto indicato dalla Legge Delega sulla Disabilità (l.n. 227/21) e nel relativo decreto legislativo in corso di approvazione, deve essere in grado di garantire la **possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa, promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali.**

In Italia, tuttavia, anziché svilupparsi come un modello "nativamente integrato" e come tale in grado di progettare e realizzare gli interventi di profilo sociale con quelli di matrice sanitaria, i servizi di assistenza domiciliari si sono sviluppati, con non poche criticità, a partire



da due filiere amministrative parallele che hanno dato vita a servizi distinti, disomogenei nel territorio nazionale e che nella stragrande maggioranza dei casi non interagiscono tra loro.

2. Quadro generale: descrizione del servizio, dei beneficiari e delle modalità di attivazione

2.1 Le cure domiciliari sociosanitarie

Sul versante sanitario, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel quadro dei “**livelli essenziali di assistenza**”⁷ e, nello specifico, nell’ambito dell’“assistenza distrettuale” in cui ritroviamo l’“assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale”, definisce le “**cure domiciliari**” (art. 22 del DPCM 12/01/17) come “**l’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico**” necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona beneficiaria⁸. I **beneficiari** delle cure domiciliari sono le “**persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse**”.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è **accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.**

L’ultimo comma dell’art. 1, all. H, del DPR 270/2000 pone **l’attenzione sulla centralità della persona beneficiaria dell’ADI stabilendo espressamente che “Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall’intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitare il ricovero”**. Inoltre, come previsto dall’art. 14 della l.n. 328/2000, ove la persona abbia un più ampio progetto individuale, è necessario che il Piano assistenziale sia con esso coordinato.

In relazione al **bisogno di salute** della persona che emerge dalla valutazione ed al **livello di intensità, complessità e durata** dell’intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli.

⁷ I livelli essenziali di assistenza ossia l’insieme delle prestazioni e dei servizi che esso stesso è tenuto a fornire in modo uniforme a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). sono stati **aggiornati con il DPCM del 12/01/2017**, integralmente sostitutivo del previgente D.P.C.M. del 29/11/01 (che già individuava le cure domiciliari tra i livelli essenziali).

⁸ Occorre precisare che l’ADI va nettamente distinta dall’assistenza domiciliare (ADP) programmata erogata dai medici di medicina generale. Si tratta, infatti, di due servizi diversi: l’ADP non richiede il PAI ed è un intervento del singolo MMG, mentre nell’ADI il MMG è coinvolto nell’ambito del PAI e di altri interventi.



Cure domiciliari di livello base	Cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] livello	Cure domiciliari integrate (ADI) di II[^] livello	Cure domiciliari integrate (ADI) di III[^] livello
<p>Prestazioni professionali, anche ripetute nel tempo, di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico - infermieristico e/o - riabilitativo - con integrazione con eventuali interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale 	<p>Prestazioni professionali prevalentemente di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico/infermieristico/assistenziale <p>ovvero prevalentemente di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riabilitativo/assistenziale <p>Se necessari sono assicurati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli accertamenti diagnostici, - la fornitura di farmaci - la fornitura dei dispositivi medici monouso - l'assistenza protesica - i preparati per la nutrizione artificiale - l'integrazione con eventuali interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale 	<p>Prestazioni professionali prevalentemente di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico/infermieristico/assistenziale ovvero prevalentemente di tipo: riabilitativo/assistenziale <p>Se necessari sono assicurati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli accertamenti diagnostici, - la fornitura di farmaci - la fornitura dei dispositivi medici monouso - l'assistenza protesica - i preparati per la nutrizione artificiale - con integrazione con eventuali interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale 	<p>Prestazioni professionali di tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico - infermieristico - riabilitativo - accertamenti diagnostici - fornitura di farmaci - fornitura dei dispositivi medici monouso - assistenza protesica - preparati per nutrizione artificiale - supporto alla famiglia e/o al care-giver. - integrazione con eventuali interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.



Beneficiari: persone con bisogni sanitari di bassa complessità	Beneficiari: persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati	Beneficiari: persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati	Beneficiari: persone con patologie con elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati
Coefficiente di intensità assistenziale (CIA)⁹ sotto lo 0,14;	Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) tra 0,14 e 0,30	Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) tra 0,31 e 0,50	Coefficiente di intensità assistenziale CIA maggiore di 0,50,
Attivazione: modalità previste dalle regioni e dalle province autonome	Attivazione: modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali, fermo restando: <ul style="list-style-type: none"> 1) valutazione multidimensionale 2) presa in carico della persona 3) definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona. 		

2.2 L'assistenza domiciliare socio-assistenziale

In base all'art. 22, lett. g) della legge 328/2000, tra i **livelli essenziali delle prestazioni sociali** da garantire in favore delle **persone con disabilità** (ossia di coloro che hanno il riconoscimento di cui all'art. 3 della l.n. 104/92) rientrano anche **gli interventi volti a favorire la permanenza della persona presso il proprio domicilio. Il diritto all'assistenza domiciliare è rinforzato** al successivo comma 3, ove è previsto **che in ogni ambito territoriale deve comunque essere sempre garantita l'erogazione dell'assistenza domiciliare.**

⁹ CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma



L'assistenza domiciliare è erogata dai Comuni a loro totale carico¹⁰.

Con l'istituzione del **Fondo per la non autosufficienza** (L. 296 del 27.12.2006 art. 1, comma 1264) sono stati rafforzati i **servizi socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità nei confronti delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie**, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio delle stesse attraverso: l'Attivazione o il rafforzamento del **supporto alla persona non autosufficiente o alla famiglia** attraverso

l'incremento **dell'assistenza domiciliare**, il supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia **eventualmente anche con trasferimenti monetari** nella misura in cui gli stessi siano **condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari** e il supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia **eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare**.

L'art. 3 del Decreto del 26 settembre 2016 stabilisce che le Regioni debbano utilizzare le risorse del Fondo prioritariamente, e **comunque per una quota non inferiore al 40%, per finanziare gli interventi in favore delle persone con disabilità gravissima**¹¹

3. I numeri dell'assistenza domiciliare in Italia

3.1 Dimensione del servizio

Le cure domiciliari erogate attraverso le aziende sanitarie del SSN, pur essendo, come detto sopra, sin dal 2001 un servizio ricompreso tra il Livelli essenziali di assistenza¹², tutt'oggi è **un setting assistenziale sensibilmente sottodimensionato rispetto alle necessità** che presenta, inoltre, notevoli disparità tra le diverse regioni, in totale disallineamento con gli altri paesi europei. Analoga situazione si configura rispetto all'assistenza domiciliare socio-assistenziale.

a) Anziani: Prendendo come **riferimento i dati relativi alle cure domiciliari rivolte alla popolazione ultrasessantacinquenne**, la quale non rappresenta il target esclusivo del servizio¹³ ma certamente una delle fasce di popolazione più interessate in virtù della

¹⁰ Fatta salva l'eventuale compartecipazione al costo in base all'ISEE – che per i maggiorenni è a scelta quello familiare o ristretto, come previsto dal DPCM 159/2013 e dal DPCM 14 febbraio 2001)

¹¹ Per persone con disabilità gravissima si intendono le persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento o sono definite non autosufficienti in base alla tabella di cui all'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e che, a seguito di una valutazione condotta utilizzando i criteri e le indicazioni fornite dallo stesso decreto, si trovano specifiche condizioni.

¹² In particolare le cure domiciliari sono classificate dal Decreto di revisione dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) in quattro livelli, sulla base di un Coefficienti d'Intensità Assistenziale (CIA) dato dal rapporto tra giorni in cui si effettua almeno un accesso ed il numero di giornate previste dal Progetto di Assistenza Individuale (PAI): cure domiciliari di livello base, che non richiedono la stesura del PAI e Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di I, II e III livello organizzate ed erogate sulla base di un PAI.

¹³ L'art 22 del decreto LEA identifica, come già evidenziato (par. 1.1) quali soggetti eleggibili *“le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse”*, senza alcun requisito di età



maggiore incidenza di patologie cronico-degenerative e di situazione di fragilità sociosanitaria, il ritardo italiano emerge in modo netto.

Nel 2022, anno a cui risalgono i dati più aggiornati, **hanno ricevuto interventi in ADI poco più di 460.000 italiani over 65, ossia il 3,3% della popolazione anziana**, valore medio nazionale che testimonia la lentezza dei progressi sul fronte dell'ADI con un incremento di appena uno 0,3% sul 2021¹⁴.

Un ritardo che appare tanto più manifesto alla luce del confronto con i principali partner europei¹⁵: a fronte del 3,3% italiano, si registra il 5,6% della Francia, il 7,3% dei Paesi Bassi, il 10,3% spagnolo ed il 16,6% ed il 11,8% rispettivamente della Germania e della Svezia.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale¹⁶, il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD), cioè l'assistenza socio-assistenziale garantita dai Comuni, per gli over-65 è storicamente sotto il 2% (nel 2019, ad esempio, riceveva servizi sociali a domicilio l'1,6% degli anziani).

Pertanto, pur presumendo che nei dati sugli anziani assistiti a domicilio dei paesi benchmark citati confluiscono anche tali interventi di profilo sociale e pur accorpendo i due valori l'Italia resta fanalino di coda.

b) Persone con malattie rare: I dati si presentano drammatici anche per la popolazione con malattie rare. Nel nostro Paese, secondo la rete Orphanet Italia, i malati rari sono **circa 2 milioni e nel 70% dei casi si tratta di pazienti in età pediatrica**. Considerata la totalità dei malati rari, quelli seguiti con assistenza domiciliare rappresentano l'1,6% del totale dei pazienti a cui l'assistenza domiciliare viene garantita. In sintesi, sul totale dei malati rari, attualmente, solo il 3,4% riceve assistenza domiciliare.¹⁷

3.2 Raffronto fra le diverse situazioni regionali

Si riscontrano **marcate disparità regionali nell'offerta di ADI**. Per gli ultra65, si va da una copertura del 5,5% in Molise allo 0,9% della Calabria, **anche se non si rileva, in questo senso, il consueto differenziale Nord-Sud** con diverse regioni meridionali (oltre il Molise, Abruzzo, Basilicata e Sicilia) con percentuali oltre il 4%.

L'inadeguatezza nonché il divario regionale degli attuali volumi di cure domiciliari è evidente se si considera una popolazione di 14 milioni di ultra65, di cui il 43% presenta almeno una patologia cronica grave ed oltre 52% una situazione di multicronicità, **ma soprattutto di**

¹⁴ FONTE: Italia Longeva 2023 «Trend di fragilità e Long Term Care in Italia»

¹⁵ FONTE: OECD 2022 <https://stats.oecd.org/>

¹⁶ Che interessa le persone con disabilità ai sensi dell'art. 3 della l.n. 104/92

¹⁷ FONTE: OSSERVATORIO MALATTIE RARE: <https://www.osservatoriomalattierare.it/progetti/osservatorio-farmaciorfani/18695-malattie-rare-il-6-quaderno-di-ossfor-e-sui-servizi-di-assistenza-domiciliare-integrata>



quei 3,9 milioni di anziani in condizione di non autosufficienza che costituiscono i principali soggetti eleggibile in ADI e che tuttavia non accedono al servizio. Un gap che va colmato in fretta se si considera che gli anziani non autosufficienti saranno 4,4 milioni nel 2030 e si stima che, nel 2050, su una popolazione di 54,4 milioni di persone (proiezione ISTAT) 1 Italiano su 10 sarà o non autosufficiente¹⁸.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socio-assistenziale nell'area della disabilità con riferimento alle persone di **età inferiore a 65 anni**, in base agli indicatori territoriali dell'Istat, relativi all' anno 2020, **la percentuale media di comuni coperti dal servizio si attesta nel 67,8%** (Nord-ovest 76,1 - Nord-est 54,7 - Centro 79,2 – Sud 61,6 – isole - 57,5).

Il risultato del rapporto relativo alla presa in carico dei beneficiari dell'assistenza domiciliare è pari a 4,1 (rapporto tra utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione - costituita da persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni - per 100 persone)

3.3 Continuità/intensità degli interventi

Non c'è però solo un problema di ampliamento della platea di anziani che accedono alle cure domiciliari, **ma anche una problematica relativa alla continuità/intensità degli interventi garantiti a domicilio.**

La media nazionale delle ore di assistenza domiciliare sanitaria dedicate al singolo caso trattato per i pazienti anziani¹⁹ è pari a 16 ore²⁰, in stragrande maggioranza interventi di tipo infermieristico. Una media nazionale che sconta, anche in questo caso, **un'impressionante disomogeneità regionale:** si passa dalle 48 ore per caso della Valle d'Aosta alle 4 ore del Veneto ed alla 6 di Molise, PA di Bolzano e Toscana.

Fatta salva questa forte variabilità regionale è palese che una media di 16 ore di trattamento appare del tutto insufficiente e **stride fortemente con gli standard dei Paesi europei utilizzati come benchmark che garantiscono le stesse ore in poco più di un mese.**

4. Le criticità: sottodimensionamento, difformità, mancanza di un approccio integrato e carenza di personale

Dall'analisi sopra eseguita emergono una serie di considerazioni che possono essere **estese al complesso della vasta e variegata popolazione eleggibile** in assistenza domiciliare.

Innanzitutto, c'è una **duplice criticità rispetto al dimensionamento del servizio ADI.**

¹⁸ FONTE: Meridiano Sanità- *Le Coordinate della Salute Anno 2023*

¹⁹ FONTE: Ministero della Salute 2023; Annuario statistico del SSN 2021

²⁰ In realtà non c'è quasi differenze per i soggetti non anziani che ricevono 17 ore per caso trattato, mentre per i pazienti terminali si arriva a 23 ore.



1. **Sotto il profilo quantitativo l'Italia si attesta su percentuali nettamente inferiori in termini di persone assistite a domicilio rispetto al reale fabbisogno e al trend dei principali Paesi europei, che presentano valori tripli o addirittura quadrupli. A tal riguardo è, tra l'altro, assolutamente necessario adoperarsi per raggiungere gli obiettivi fissati dal PNRR²¹;**
2. **Sotto il profilo della continuità/intensità dell'ADI, il numero di ore erogate per ciascun caso trattato (mediamente 16 ore come rilevato poc'anzi) non rappresenta una presa in carico realmente efficace della persona beneficiaria (livelli di servizio garantiti nel panorama europeo che si attestano tra le 15-20 ore mese). Purtroppo, il PNRR ma anche più recenti documenti di natura programmatica²² non fanno presupporre un cambio di direzione in questo senso ma anzi reiterano tale fattore di debolezza: il 60% delle nuove prese in carico sono infatti classificate come cure domiciliari di base, a cui corrisponde 1 ora/mese di assistenza; il 20% dei nuovi fruitori del servizio è, invece, inquadrato nella fascia ADI di 1° livello, che garantisce 2 ore/mese. Si evince pertanto che solo il 20% dei nuovi beneficiari otterrà una presa in carico effettiva. Con simili livelli assistenziali è inoltre difficile immaginare quelle ricadute in termini di risparmi sul livello ospedaliero su cui si dovrebbe fondare la sostenibilità post 2025 del sistema di assistenza domiciliare.**
Ai problemi relativi al dimensionamento dell'assistenza domiciliare rispetto alle reali esigenze della popolazione si connettono **alcuni ulteriori elementi che incidono in modo non marginale rispetto allo sviluppo compiuto di un pilastro di welfare domiciliare.**
3. **C'è un problema di difformità dei modelli regionali ad oggi in corso di definizione, dovuto al fatto che solo recentemente l'ordinamento sanitario ha ricompreso l'ADI tra i servizi soggetti al trinomio autorizzazione/accreditamento/contratto ai sensi del D.Lgs. 502/1992²³, sancendo l'estraneità delle cure domiciliari ex art. 22 dei LEA del sistema degli appalti di servizi regolati dal Codice dei Contratti pubblici. Tuttavia, è mancata una regia nazionale unitaria a supporto di questo passaggio, ragion per cui le regioni**

²¹Ci si riferisce, nello specifico, alla Missione 6 Componente 1 sub-investimento M6-C1-1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI). Il Piano infatti ha stanziato un finanziamento di poco inferiore ai 3 miliardi di euro per il quadriennio 2022-2025, con l'obiettivo di raggiungere al 31 dicembre 2025 una platea di circa 1.495.000 anziani over-65 pari a circa il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne target.

²² Si veda a riguardo la stratificazione contenuta nelle appendici del Piano nonché il Decreto del Ministro della Salute del 9 gennaio 2023 recante *“Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale operante nel SSN”* elaborato da AGENAS.

²³ Ciò è avvenuto con la legge di Bilancio 2021 (art.1 comma 406) che ha esteso le cosiddette “3” (autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale) alle cure domiciliari. Successivamente l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni n.141 del 4 agosto 2021 ha identificato una serie di requisiti omogenei e coordinati a livello nazionale.



stanno procedendo in ordine sparso, con tempistiche e modalità fortemente differenziate sul piano della definizione delle proprie regole di sistema, anche riferite ai requisiti di accreditamento. Esse, talvolta, sono, infatti, stabilite in modo arbitrario (con la richiesta, spesso ingiustificata, di elevati indici di fatturato o di personale) traducendosi, da un lato, in marcate diseguaglianze di servizio per i cittadini e, dall'altro, in un impedimento per gli Enti del Terzo Settore ostacolati nel poter contribuire, anche in minima parte, a svolgere le attività di interesse generale previste statutariamente in palese violazione del principio di sussidiarietà sancito dalla Costituzione e garantito dalla stessa riforma.

4. **C'è il problema delle risorse Regionali non continuative:** L'assistenza domiciliare socioassistenziale per la disabilità gravissima si traduce in un "assegno di cura" o un "contributo di cura", subordinati alle temporanee disponibilità di risorse regionali. Di conseguenza l'assistenza non è garantita in maniera continuativa negli anni nonostante le situazioni di cronicità che caratterizzano le condizioni dei beneficiari.
5. **C'è un problema legato alle tariffe,** in quanto con il venir meno delle gare di appalto e con il passaggio all'accreditamento ancora in fase di attuazione in diverse regioni **si sta profilando un'autentica "giungla tariffaria"**. Una situazione colta da un recente report curato da AGENAS²⁴ dal quale per l'ADI emergono:
 - i) la mancanza di dati da parte delle regioni; ii) delle forti differenze regionali circa la periodicità di aggiornamento delle tariffe; iii) una grande variabilità rispetto alle metodologie di determinazione delle tariffe.
6. Anche in questo caso, **mancano delle linee nazionali omogenee di definizione delle tariffe atte a garantire, in modo uniforme, un sinallagma tra remunerazione del servizio e requisiti richiesti.** Tutto ciò, indirettamente, rappresenta un forte ostacolo al raggiungimento dello scopo primario del servizio, che è quello di soddisfare, attraverso servizi di "qualità" in grado di garantire l'elevata "personalizzazione" le "specifiche esigenze" della persona beneficiaria garantendo la migliore qualità di vita possibile.
7. **C'è un problema di risorse professionali** poiché, come noto, la carenza di personale sanitario e sociosanitario costituisce allo stato attuale la principale criticità del SSN. In questo senso la sola assistenza domiciliare per raggiungere l'obiettivo del 10% di ultrasessantacinquenni presi in carico previsto nel PNRR/DM77, garantendo al contempo livelli di intervento in linea con gli standard europei (pari a 200-240 ore/anno) **assorbirebbe un numero elevatissimo di risorse professionali al momento, ma anche nel prossimo futuro, irreperibili sul mercato del lavoro.**

²⁴ FONTE: AGENAS, 2024; "Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale



8. **C'è un problema di persistenza di un approccio prestazionale** poiché l'assistenza domiciliare viene ridotta ad un mero insieme di prestazioni erogate da singoli professionisti e fatica ad evolvere verso una presa in carico realmente integrata e multiprofessionale capace di tenere conto di tutti gli aspetti di cura, compresa l'inclusione sociale, secondo il modello bio-etico e psico-sociale della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, prospettiva fatta recentemente propria anche dalla legge 33/2023 per la cura degli anziani. Laddove la persona non autosufficiente venga assistita a domicilio, es. da personale infermieristico, esperienza comune a molte famiglie sul territorio nazionale, si assiste ad un'inadeguata formazione professionale, spesso migliorata dal supporto delle stesse associazioni dei beneficiari del servizio.

Tali criticità, sebbene i presupposti legislativi siano maturi e le risorse non manchino, stanno rallentando il decollo dell'assistenza domiciliare nei diversi SSR. Va tenuto conto che le risorse messe a disposizione dal PNRR per l'ADI (che rappresentano l'unico stanziamento autorizzato per un intervento di spesa corrente dell'intero piano) **vanno spese entro la scadenza del 2025**. Bisognerà pertanto superare in fretta le impasse legislative, amministrative e gestionali.

A questi aspetti di problematicità relativi all'ADI **se ne aggiungo poi degli ulteriori per quanto riguarda l'assistenza domiciliare socioassistenziale erogata dai Comuni**.

1. **Fruizione solo nel Comune di residenza e in presenza del caregiver:** L'assistenza domiciliare socioassistenziale è prevista a domicilio o a scuola e solo nel Comune di residenza poiché la copertura, come visto, è erogata a livello comunale. Questo tipo di assistenza si traduce nella vita quotidiana in una ridotta inclusività soprattutto nel caso di minori, per i quali non è possibile scindere il contesto sanitario da quello sociale. Come previsto da numerose disposizioni di Legge, gli interventi devono essere integrati per ottenere efficacia ed applicati sia nel contesto domiciliare sia nei contesti sociali, relazionali, scolastici, ludici. Ogni attività di assistenza a minori dovrebbe essere integrata in un contesto utile al miglioramento della qualità della vita. Inoltre, le cure domiciliari ad alta intensità prevedono, oltre ad un numero di ore molto esigue e variabili in base al contesto regionale, la erogabilità solo a domicilio e in presenza continuativa del caregiver. Di conseguenza, non solo non viene garantita un'assistenza continuativa ma il caregiver non è mai sollevato dalla cura del proprio caro/figlio nemmeno nelle ore dell'assistenza.
2. E tutto ciò costringe le famiglie con bambini o adulti non autosufficienti con disabilità gravissima, spesso, a valutare percorsi di istituzionalizzazione presso strutture residenziali, spesso inappropriate per specifici quadri patologici e non compatibili con la vita di comunità, e con il diritto all'inclusione sociale, soprattutto per i piccoli pazienti.
3. **Impossibilità di fruizione del servizio da parte delle persone con disabilità ricoverate in strutture residenziali:** Le persone con disabilità ricoverate presso strutture



residenziali sono escluse dalla possibilità di usufruire dell'assistenza domiciliare, così di fatto viene limitata la possibilità di assistenza nei rientri periodici in famiglia, non favorendo la continuità affettiva. Tale discriminazione impedisce anche la possibilità di de-istituzionalizzazione, in quanto per usufruire dell'assistenza domiciliare la persona con disabilità deve essere dimessa ed iscritta alle lunghe liste d'attesa lasciando la persona e la famiglia prive di continuità di cure ed assistenza.

4. **Criticità nell'utilizzo e applicazione dell'ISEE per l'accesso all'assistenza domiciliare socio-assistenziale:** I regolamenti di accesso all'assistenza domiciliare socio-assistenziale sono spesso in contrasto con quanto previsto dal DPCM 159/2013, in quanto, pure in presenza di un beneficiario maggiorenne, viene chiesto (ai fini della compartecipazione del beneficiario) l'ISEE familiare (e non riconosciuta la possibilità, in alternativa e a scelta del richiedente) di presentare l'ISEE ristretto. In aggiunta a ciò, vengono illegittimamente prese in considerazione anche le provvidenze economiche legate alla condizione di disabilità. Si ritiene anche essenziale sottolineare che allo stato odierno, il calcolo dell'ISEE è strutturato in maniera tale da non poter scorporare dall'indicatore stesso somme quali per esempio risarcimenti per danno ospedaliero, piuttosto che indennità percepite dalle amministrazioni pubbliche in ragione di una condizione di disabilità (cfr. Consiglio di Stato n. 842 del 29/02/2016). Inoltre, l'accesso al servizio è spesso condizionato a coloro che possiedono un ISEE sotto una certa soglia escludendo in origine le famiglie composte da un solo caregiver che supera le soglie ISEE, semplicemente perché possiede un immobile di proprietà e un salario dignitoso.
5. **Assenza del servizio per nuclei familiari e correlazione tra povertà e disabilità.** Come si evince dal rapporto di CBM Italia che indaga la correlazione tra povertà e disabilità, **almeno 1 su 6 delle persone con disabilità coinvolte nello studio non riceve alcun aiuto** (domiciliare, economico, sostegno all'inserimento lavorativo, centro diurno, ...) **da enti pubblici. Gli aiuti richiesti più frequentemente**, soprattutto nei casi delle disabilità più complesse, perché non ricevuti o ricevuti in misura insufficiente rispetto ai bisogni, riguardano **l'assistenza sociosanitaria e quella sociale**, rispettivamente indicate nel 39% e nel 37% dei casi. Tutto ciò determina un **generalizzato senso di abbandono da parte delle istituzioni**: il carico di cura grava prevalentemente sulla famiglia, che spesso non sente un adeguato sostegno dall'esterno per farvi fronte e avrebbero bisogno di più servizi, più qualificati, più flessibili, finalizzati anche a supportare le famiglie nel loro insieme e i caregiver. L'isolamento avvertito dalle famiglie può manifestarsi come deficit di conoscenza e consapevolezza rispetto alle opportunità dei servizi presenti o esigibili, primariamente presso le istituzioni.



5. Proposte per lo sviluppo dell'ADI

- 1) Occorre realizzare delle azioni strutturali per sopperire ai servizi attualmente sottodimensionati non solo per stabilizzare gli organici negli ospedali ma anche per realizzare o rafforzare quei servizi sul territorio volti a garantire, anche in coerenza con il più ampio progetto individuale ai sensi dell'art. 14 della l.n. 328/2000, a tutti gli aventi diritto, dei servizi di assistenza domiciliare (sia socio-sanitaria che socio-assistenziale, quest'ultima nel rispetto del DPCM 159/2013) di qualità, appropriati e personalizzati in base al bisogno, anche al di fuori del proprio domicilio, che possano costituire un'alternativa al percorso ospedaliero e/o ad evitare l'istituzionalizzazione, alleviando il carico di cura gravante sulle famiglie.
- 2) Occorre garantire il supporto delle associazioni maggiormente rappresentative delle persone beneficiarie nella formazione e aggiornamento, secondo i nuovi paradigmi di approccio alla disabilità sanciti dalla Convenzione ONU, dei professionisti coinvolti nei

servizi al fine di progettare e garantire servizi realmente coerenti con i bisogni delle diverse tipologie di beneficiari.

- 3) Occorre superare l'approccio prestazionale verso una presa in carico integrata e multiprofessionale.
- 4) Occorre garantire l'assistenza domiciliare a tutti i bambini e adulti non autosufficienti con disabilità gravissima (art.2 DPCM 27/11/2017), che ne fanno richiesta e in maniera continuativa, e dunque non essere subordinata a liste d'attesa ed alla variabilità delle disponibilità delle risorse regionali.
- 5) Occorre garantire una risposta adeguata al bisogno del beneficiario, in linea con gli standard internazionali (garantendo fino a 15-20 ore/mese di assistenza) attraverso un mix di interventi di profilo sanitario, sociosanitario e sociale, gestiti da soggetti accreditati in grado di erogare in modo organico ed integrato i servizi. Occorre formare una figura di profilo sociosanitario abilitata ad operare nei diversi setting dell'assistenza primaria, domicilio compreso, coadiuvando la professione infermieristica agendo, rispetto ad alcuni spazi di operatività, su indicazione e sotto la supervisione di quest'ultimi.
- 6) Occorre collegare l'ADI con i vari interventi, anche assistenziali (es. percorsi riabilitativi residenziali, arrivo di nuove terapie) in una logica di continuum assistenziale in modo da essere adeguabile tempestivamente in base ai bisogni della persona beneficiaria, senza una visione a compartimenti separati tra le varie prestazioni assistenziali anche attraverso il progetto individuale.
- 7) Occorre colmare, attraverso apposite campagne informative accessibili, la possibile mancanza di conoscenza e consapevolezza rispetto alle opportunità e servizi presenti o esigibili da parte delle famiglie e delle persone con disabilità, anche con riferimento all'ADI e all'assistenza domiciliare socioassistenziale.



- 8) Occorre adottare delle linee guida nazionali omogenee di definizione delle tariffe atte a garantire, in modo uniforme, un sinallagma tra remunerazione del servizio e requisiti richiesti, soprattutto in termini di pianta organica.
- 9) Occorre adottare delle linee guida nazionali omogenee che individuino dei criteri utili alla definizione dei requisiti di accreditamento per l'erogazione del servizio, evitando che tali requisiti possano essere stabiliti in modo arbitrario dalle regioni e siano, invece, individuati sempre in stretta correlazione alla tipologia e quantità di servizi da erogare, e previsti al fine di garantire la stabilità, la continuità, la professionalità, con la raccomandazione di evitare l'introduzione di livelli minimi organizzativi per l'erogazione di volumi di prestazioni che favorirebbero i grandi operatori e taglierebbero la possibilità ai cittadini di organizzarsi, concretizzando il principio di sussidiarietà, anche con gli Enti del Terzo settore di piccole dimensioni, fermo restando il rispetto dell'appropriatezza e della congruità tra risorse e qualità dei servizi erogati

Mutualità in chiave di nuovo welfare innovativo che vada oltre l'attuale offerta di servizi di matrice pubblica.

Gruppo 9 Mutualità in chiave di un nuovo welfare innovativo che vada oltre l'attuale offerta di servizi di matrice pubblica

1. Una considerazione preliminare: la spesa sanitaria in Italia

La spesa sanitaria italiana (pubblica e privata) nel 2022, si è attestata su una cifra di poco superiore ai € 171 miliardi²⁵, di cui 131 di provenienza pubblica e 40 privata. La quota pubblica, finanziata attraverso la fiscalità generale, coerentemente con la natura di sistema universalistico del SSN (modello Beveridge), copre il 75,5% della spesa complessiva, un valore inferiore alla media UE dove nel 2022, la copertura pubblica fa fronte all'81,3% della spesa sanitaria corrente. Valori inferiori all'Italia si rilevano solo in Grecia, Portogallo e Spagna, dove la quota pubblica si è ferma rispettivamente al 59,2%, 63,4% e 70,4% del corrente.

Nonostante la propria natura pubblica, il sistema sanitario italiano si caratterizza (parimenti a quelli di altri Paesi mediterranei) per una consistente quota di spesa privata, pari a ¼ del totale; un fenomeno in crescita costante, passata nel periodo 2016-2022 da 28 miliardi agli attuali 40, con una variazione media annua sul periodo +6,6% all'anno e che va comunque

²⁵ Fonti: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, 2023- *Il Monitoraggio della spesa Sanitaria Rapporto n.10*. CREA Sanità, 19 Rapporto "Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione"



analizzato rispetto ad altre due variabili: i) le fonti di finanziamento, ii) le tipologie di consumo.

Per quanto attiene il finanziamento della spesa privata ciò avviene sostanzialmente attraverso pagamento diretto da parte dei cittadini: 36 miliardi su 40 sono infatti *out of pocket* e solo 4,2 rappresentano spesa intermediata da soggetti aggregatori della domanda²⁶. Sebbene nel periodo considerato (2016-2022) l'intermediazione sia cresciuta (+2,2%) il trend è ancora molto debole se confrontato con quello complessivo di incremento.

Sul fronte dei consumi, i dati ci dicono che il 37% delle risorse private vanno nell'acquisto di beni (farmaci, prodotti medicali non durevoli, attrezzatura terapeutica); il 13% in servizi di ricovero, degenze ospedaliere ma soprattutto in strutture di LTC (9%); il 29% in servizi ambulatoriali (quali visite specialistiche, diagnostica, servizi di assistenza e riabilitazione infermieristica, fisioterapia, psicologica, etc.); il restante 21% in servizi e prestazioni rientranti nell'area delle cure odontoiatriche²⁷.

In sintesi, alla spesa pubblica gestita dal Servizio Sanitario Nazionale si affianca una quota rilevante di spesa privata la quale, tuttavia, per il 90% è un esborso diretto delle famiglie (*out of pocket*), non intermediata. Tale spesa, che spesso consente l'accesso a prestazioni essenziali (LTC, specialistica e diagnostica, assistenza e riabilitazione), va "messa a sistema" attraverso soggetti sussidiari e che operano in una logica collaborativa con il SSN.

Un ragionamento che va nella direzione indicata anche dall'OCSE, che tra le diverse soluzioni per finanziare i sistemi sanitari in una situazione di bisogni di cura crescenti con costi di gestione che aumentano, a parità (o con incrementi marginali) di risorse disponibili, **propone di rivalutare i confini tra pubblico e privato, tra spesa pubblica e spesa privata.**

L'opportunità di un processo di integrazione tra risorse pubbliche e risorse private, volto a garantire che esigibilità e sostenibilità vadano di pari passo, richiede soggetti in grado di agire in un'ottica solidaristica, mutualistica e non orientata all'utile, gestendo le risorse conferite con il fine esclusivo dell'assistenza: **tali soggetti sono enti del terzo settore e si chiamano società di mutuo soccorso (SoMS).**

2. Le società di mutuo soccorso: principi, normative e caratteristiche distintive

Le SoMS sono enti del Terzo Settore sottoposti primariamente dalla legge speciale n. 3818/1886 e successive modificazioni²⁸, nonché agli articoli 42, 43 e 44 del Codice del Terzo

²⁶ La spesa intermediata è, a sua volta, composta (anno 2022) per il 76,5% da polizze collettive (€ 3,2 mld.), per il restante 23,5% (€ 737,8 mln.) da polizze individuali

²⁷ Cergas-Bocconi, 2023; Rapporto OASI 2023; *I consumi privati in sanità* di M. Del Vecchio, L. Fenech, L. M. Preti, V. Rappini

²⁸ Di particolare importanza la riforma di cui all'articolo 23 del decreto legge n. 179/2012 convertito in legge n. 221/2012),



Settore²⁹, disciplina che ne sancisce **l'assenza di finalità di lucro e il perseguimento di finalità di interesse generale sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà nonché l'impossibilità per le stesse di svolgere attività di impresa.**

Il primo aspetto da sottolineare è come esse operino ad integrazione e complemento del sistema pubblico dei servizi e delle prestazioni, in difesa del diritto alla salute e del benessere delle persone, secondo il principio solidaristico della ripartizione tra tutti i soci degli oneri derivati dallo stato di bisogno, opportunamente riconosciuto e regolamentato. **L'attività delle SoMS dà quindi concretezza al principio di "sussidiarietà orizzontale", affiancando l'apporto del privato non profit alla componente pubblica, che resta primaria ed essenziale**, garantendo coperture nelle aree in cui il SSN si trova maggiormente sotto stress, ovvero negli ambiti tradizionalmente più scoperti dell'attuale sistema di welfare (odontoiatria, prestazioni sociosanitarie, LTC, etc.). Una visione che supera definitivamente qualsiasi malintesa contrapposizione tra sistema pubblico ed associazionismo mutualistico in virtù della collaborazione e del concorso rispetto ad una missione comune di protezione sociale.

Il secondo aspetto da rimarcare è il principio di non lucratività, da cui discende l'assenza di finalità speculative rispetto alla remunerazione del capitale, la centralità del socio, la garanzia di assistenza a vita, la "porta aperta" a nuovi soci, la partecipazione democratica ed il controllo, l'autonomia gestionale. Si tratta di caratteristiche che distinguono nettamente le SoMS dalle assicurazioni sanitarie con cui sono spesso, impropriamente, confuse. Proprio in virtù di tali principi, **le forme mutualistiche di sanità integrativa prevengono, rispetto ai modelli assicurativi, pratiche di selezione dei rischi (cherry picking sanitario)**, garantendo una quota associativa fissa (e non determinata in base allo stato di salute del paziente) e coprendo anche patologie pregresse. La legge 3818/1886 (art. 1) delimita e precisa **l'azione delle SoMS rispetto a due macroaree:**

- i quattro filoni di attività di cui all'art. 1: a) erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitarie; b) erogazione di sussidi ai soci per prestazioni sanitarie; c) erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti; d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci in condizione di gravissimo disagio economico;

²⁹ A questi si affiancano: l'articolo 83 comma 5 che conferma il vantaggio fiscale con la detraibilità del 19% dei contributi associativi per un importo non superiore a 1.300 euro versati dai soci alle SoMS che svolgono le attività istituzionali previste dalla legge; L'art. 85 del CTS (modificato dall'art. 26 del DL n. 73/2022 convertito con legge 122/2022 che applica anche alle SoMS il principio della non commercialità delle attività svolte nei confronti dei soci e dei loro familiari conviventi.



- la previsione di cui all'art. 2, che prevede che esse possano *“promuovere attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici.”*

Per quanto attiene le attività di cui ai punti a) e b) è **esplicitamente previsto che esse possano “essere svolte anche attraverso l’istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)”** (si rimanda, a riguardo, alla scheda di approfondimento tecnico-normativa allegata)

In base ai requisiti dimensionali di cui all'art. 44 del Codice del Terzo Settore e alle suddette macroaree di operatività, le SoMS si possono distinguere in due grandi famiglie:

- **mutue sanitarie**, società più strutturate sul piano organizzativo e gestionale, con un ampio numero di soci territorialmente distribuiti dal livello regionale fino a quello nazionale, che hanno un versamento annuo di contributi associativi superiore a 50.000 euro e gestiscono fondi sanitari integrativi;
- **mutue storiche o “minori”**, società con sedi storiche nei quartieri urbani e paesi, con un numero di soci contenuto e capacità organizzativa di tipo associativo, che hanno un versamento annuo di contributi associativi non superiore a 50.000 euro e che non gestiscono fondi sanitari.

3. Mutualità, territorialità e assistenza sanitaria integrativa

Le SoMS si caratterizzano pertanto sia quali soggetti di aggregazione/gestione della domanda di cure ed assistenza che, in una prospettiva mutualistica, potenziano la capacità di corrispondere ai bisogni delle persone anche mediante l'impiego di risorse aggiuntive private, sia **quali realtà radicate all'interno delle comunità e che storicamente hanno svolto funzioni di aggregazione sociale e promozione dei territori**. Una funzione storica ma di strettissima attualità considerando che il territorio, come luogo di sviluppo di comunità e di coesione sociale, si trova al centro di molte delle indicazioni contenute nel “Next Generation EU” e di conseguenza nel PNRR italiano³⁰.

Già in anni recenti a livello europeo sono maturati concetti e linee guida per la “Shared Social Responsibility” e, in questo contesto, seppur tardivamente, da parte di tutte le organizzazioni della società civile e in particolare da parte delle imprese, si sta formando una maggiore consapevolezza della necessità di sviluppare strategie e comportamenti attenti all'ambiente, al benessere delle persone e alla coesione sociale da intendersi come attenzione non solo ai propri dipendenti, bensì anche ai contesti esterni ed alle comunità con le quali l'ente o l'impresa interagisce³¹.

³⁰ In Italia, a fronte dell'aumento delle necessità di assistenza sociosanitaria e della riduzione delle risorse pubbliche disponibili, sono stati disegnati e sperimentati approcci di welfare generativo e di partecipazione sinergica e sussidiaria da parte della comunità locale e del gruppo sociale/famigliare di appartenenza della persona.

³¹ La Sostenibilità - economica, ambientale, sociale - si è affermata, negli ultimi anni a livello internazionale, come questione strategica. L'approccio multistakeholder rappresenta la modalità più efficace di perseguire la sostenibilità



Tutte funzioni di rinnovata importanza a fronte di un sistema assistenziale pubblico, sanitario e sociosanitario, ormai fortemente e sempre più regionalizzato, in cui la dimensione territoriale e la capacità di relazione sono due parametri fondamentali per misurare la qualità e l'efficacia delle prestazioni. La statistica, perciò, deve fare i conti anche con le molteplici variabili che provengono dalle autonomie territoriali.

È ormai dimostrato dai fatti – la pandemia Covid-19 ce lo ha insegnato molto bene - che **un sistema assistenziale è efficace quanto più è prossimo ai bisogni concreti delle persone e non tanto a quelli indotti da mere valutazioni tecnico-utilitaristiche.**

Anche per questo **le SoMS individuano nell'educazione alla salute un obiettivo preliminare volto a non alimentare usi impropri o sproporzionati dei servizi sanitari** che, anziché prescritti sulla base di valutazioni mediche, talvolta sono indotti da pacchetti di prestazioni predefiniti dai gestori assicurativi di fondi sanitari, sulla base di nomenclatori che rispondono più a previsioni di economia contabile, che a reali ed effettive necessità mediche. **La capacità di ascolto verso le persone e i loro bisogni è un valore da perseguire ed implementare mediante azioni di co-programmazione e co-progettazione**, non solo con il recepimento dei reclami a valle, ad erogazione avviata o conclusa, ma **soprattutto con l'attenzione alle richieste a monte, prima che il denaro venga speso, quando le prestazioni devono essere definite.** Essenziale è poi avere cura di diffondere tra gli assistiti una ampia e precisa informazione sulle prestazioni alle quali hanno diritto nonché sulle modalità di contatto e di accesso alle coperture che devono essere rese il più possibile facilmente agibili.

Il rapporto funzionale e diretto con i territori, in termini di conoscenza dei bisogni e di possibile realizzazione ed auto-organizzazione locale di filiere assistenziali socio-sanitarie, rappresenta un decisivo fattore di orientamento e un valore aggiunto del modello mutualistico. In questa logica, va tutelato il principio della **libera scelta associativa**, riconosciuto dalla Costituzione nonché dal diritto eurocomunitario della concorrenza, da parte dei datori di lavoro di potersi avvalere di un ente assistenziale integrativo diverso dal fondo sanitario bilaterale di settore o di categoria, e di poter adempiere così all'obbligo economico contrattuale sulla base di legittime e opportune valutazioni di interesse, interazione e convenienza a maggior vantaggio per i propri dipendenti e, complessivamente, delle possibili ricadute positive sul welfare di territorio ³².

coinvolgendo, in modo sinergico ed integrato, Pubblica amministrazione, Imprese, Terzo Settore, Operatori finanziari, Comunità locali. Linee guida e alcune regole devono valere a livello nazionale; mentre realizzazione e soluzioni è opportuno che siano il più possibile vicine alle diverse realtà locali.

³² Si indicano due ipotesi di iniziative che potrebbero essere promosse da parte delle SoMS, in partnership con altre reti operanti sul territorio:

- elaborare proposte per le PMI locali indirizzate ai loro dipendenti e alle relative famiglie che includano sia i servizi sanitari che quelli legati al benessere delle persone, evidenziando i benefici per le Imprese dal punto di



La cooperazione sociale, ad esempio, già da tempo ha posto alla base della contrattazione del welfare aziendale la scelta gestionale di tipo mutualistico capace di mettere a valore dell'intera comunità, in un determinato territorio, il peso economico della propria contribuzione integrativa sanitaria. Partendo da quella massa critica, attraverso una gestione mutualistica, si può arrivare a rendere sostenibile l'estensione delle coperture integrative anche a quei cittadini non garantiti dalla contrattazione del lavoro.

4. *Il valore aggiunto della mutualità per le persone e soprattutto per i soggetti in condizione di fragilità sociosanitaria*

La Mutualità, sin dalle sue origini, si colloca al centro ed al servizio dei territori rispondendo a bisogni di protezione economica e di coesione sociale. È nello spirito della mutualità intervenire in modo sussidiario e coordinato con la Pubblica Amministrazione, che resta comunque il principale finanziatore e erogatore di servizi sociosanitari, potendo sviluppare maggiormente sinergie e complementarità con attori presenti sul territorio quali le Imprese e gli altri enti del Terzo Settore.

Le SoMS ed i Fondi sanitari mutualistici integrativi da esse gestiti possono rappresentare modelli di filiera in grado di spaziare dalla prevenzione alla protezione dell'autonomia, dalla cura all'assistenza delle persone in tutte le fasi della vita, ricomprendendovi anche l'erogazione di servizi e di sussidi dedicati alla non autosufficienza da parte delle società più strutturate (mutue sanitarie)³³.

In particolare, le SoMS, strutturate e che gestiscono Fondi sanitari mutualistici, possono proporsi a livello locale come punto di integrazione di sistema (hub) multistakeholder, rispondendo alle esigenze descritte più sopra (PNRR, Sostenibilità, servizi sociosanitari per le PMI, ecc.). In tutto questo la prossimità è, nei fatti, la condizione preliminare all'appropriatezza e all'efficacia degli interventi.

vista della loro reputazione sul mercato e della loro capacità di attrarre, assumere e trattenere i/le migliori giovani laureati/e e diplomati/e. Nello sviluppare queste proposte potranno essere messe a fattor comune esperienze già in atto da parte di alcune SoMS;

- promuovere, in partnership con altre Reti, lo sviluppo di piattaforme tecnologiche di territorio che permettano di mettere in rete le famiglie, la PA locale, gli ETS, le Imprese presenti sul territorio stesso; questa soluzione permetterebbe di superare il limite delle piattaforme attualmente operative che mettono in collegamento solo le famiglie dei dipendenti di aziende (generalmente di grandi dimensioni) con ETS e fornitori di servizi sociosanitari che operano a livello regionale o nazionale.

³³ Preso atto che la legge delega n. 33/2023 in favore delle persone anziane non fa cenno alcuno alla organizzazione di risorse aggiuntive di tipo privato-sociale tramite le quali integrare le risorse pubbliche, ad oggi ritenute da più parti inadeguate, rimane il fatto che le SoMS prevalentemente di questo si occupano sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà (art. 1 della legge 3818).



A tal riguardo le SoMS, **oltre ai suddetti interventi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie** in relazione sussidiaria con il SSN, possono dare un contributo fattivo:

- **alla promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita** attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro. Queste attività rientrano tra quelle istituzionali proprie delle SoMS per le quali spesso costituiscono l'attività prevalente. Le mutue sanitarie prevedono anche apposite campagne dedicate alla prevenzione;
- **all'implementazione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva in particolare delle persone anziane.** La rete vasta delle SoMS storiche permette di integrare ed interagire in territori che risentono fortemente dell'isolamento. Il fatto che le sedi di molte società siano situate in aree interne e non urbane consente loro di sviluppare una capacità aggregativa importante e fondamentale per evitare la marginalizzazione delle persone anziane o comunque affette da disturbi fisici e/o cognitivi;
- **alla promozione dell'impegno in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché alla sorveglianza, tutoraggio e cura delle fasce di età più fragili,** svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie. **In alcune società di mutuo soccorso storiche i soci volontari svolgono attività di controllo e sorveglianza verso altri soci più anziani e in difficoltà, specialmente nelle aree interne;**
- **alla promozione di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani,** anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro per le fasce di età più esposte al rischio di esclusione sociale o per le persone in condizione di fragilità socioeconomica. Molte società hanno costituito gruppi di cammino che, oltre a favorire la socializzazione, permettono di svolgere attività fisica orientata;
- alla promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, **di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing intergenerazionale*),** da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi. **In Piemonte è in atto un progetto integrato tra cooperative sociali, cooperative di medici e mutue sanitarie per la salvaguardia della domiciliarità attraverso dispositivi domotici di**



monitoraggio non invasivo;

- **al rafforzamento dell'autonomia nella gestione della vita quotidiana anche grazie al pieno accesso ai servizi e alle informazioni conseguito attraverso azioni di alfabetizzazione informatica** e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane; molte SoMS utilizzano hardware e software recuperati per svolgere attività di alfabetizzazione informatica e di servizio abilitante all'utilizzo della strumentazione informatica.

Si tratta di una tipologia di interventi che potrebbero essere realizzati, ad esempio, da società di mutuo soccorso storiche anche attivando forme di **partenariato collaborativo con altri soggetti del Terzo Settore** (organizzazioni di volontariato, associazioni, enti filantropici, etc.). In questo senso sarebbe utile far entrare nella cultura delle SoMS anche di minori dimensioni la capacità di utilizzare gli indicatori di misurazione dell'Impatto Sociale. Questo sforzo contribuirebbe, nel contempo, a promuoverne la legittimazione e ad incontrare l'esigenza delle PMI di poter documentare il loro contributo alla creazione di Valore Sociale.

Accanto a tali interventi tesi a promuovere **l'invecchiamento attivo e a contrastare l'esclusione o la marginalizzazione sociale degli anziani**, le SoMS, ed in particolare le mutue sanitarie, potrebbero svolgere **un prezioso ruolo sussidiario per la sostenibilità degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti**.

La spesa sanitaria e sociosanitaria per le condizioni di non autosufficienza costituisce infatti un capitolo oneroso di spesa in capo alle famiglie e la legge n.33 del 23 marzo 2023 di riforma delle politiche in favore delle persone anziane (ed il correlato Decreto Legislativo che sta facendo il suo iter di approvazione) impone, nei fatti, **una seria riflessione sulla reale esigibilità dei servizi e delle prestazioni ivi previste dovendo constatare la scarsità se non l'assenza di risorse aggiuntive per farvi fronte**.

Nel breve periodo le risorse garantite dal PNRR possono rappresentare, seppure con le note difficoltà di spesa, una fonte di sollievo. Ma sulla non autosufficienza la questione fondamentale è **prevedere la sostenibilità e il mantenimento di prestazioni e servizi ad essa dedicati nel lungo periodo per i quali la disponibilità di risorse adeguate si rende indispensabile**.

I tempi sarebbero pertanto maturi per una riflessione approfondita, ispirata da una visione intergenerazionale e solidale, sulla possibilità/opportunità che forme integrative mutualistiche di assistenza, economicamente autorganizzata ed autogestita, affianchino in maniera complementare i Livelli essenziali pubblici di intervento.

Conoscere i confini reali entro i quali il sistema pubblico è in grado di garantire l'erogazione dei propri servizi (LEP, LEPS, LEA), è pertanto un passaggio



fondamentale per consentire la costruzione di piani assistenziali mutualistici effettivamente integrativi, dovendo altresì tenere conto che, nell'ambito delle autonomie regionali, sussiste il rischio dell'asimmetria territoriale delle risorse rispetto alle prestazioni da garantire.

