

COVID-19: EMERGENZA SANITARIA ED EMERGENZA SOCIALE.

LE AREE SCOPERTE DEL WELFARE IN ITALIA

Castellano Massimo¹

SOMMARIO

A partire dal decreto-legge del 17 marzo 2020 n.18 (il c.d. *decreto Cura-Italia*) il governo ha ritenuto prioritaria la straordinaria necessità e urgenza di contenere gli effetti negativi che l'emergenza epidemiologica COVID-19 ha prodotto, e sta ancora producendo, sul tessuto socio-economico nazionale,. Gli interventi di protezione sociale volti a contrastare gli effetti della crisi in atto non debbono dar luogo a nuove, e intollerabili, disuguaglianze, ma, anzi, debbono essere costruiti per tutte le persone e a misura delle persone a rischio. L'obiettivo principale del Governo, quindi, è quello di contrastare la creazione di nuove disuguaglianze e di agire con tempestività attraverso la definizione di interventi da mettere in campo che mirano al rafforzamento della coesione sociale del paese. In quest'ottica è fondamentale che il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire e a rafforzare, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza. Il Sistema dei Servizi Sociali deve svolgere questo ruolo nei confronti di ogni membro della collettività, con particolare attenzione verso coloro che si trovano, o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità. Oggetto del paper sono tutte le persone che all'interno del nostro sistema sociale, in piena emergenza sanitaria, sono coinvolte in situazioni di estrema fragilità; obiettivo è quello di evidenziarne le situazioni limitanti e le problematiche persistenti e, al contempo, identificare le possibili linee d'intervento volte a mitigare gli effetti sociali della diffusione del virus.

¹ Culture in Economia del Settore Non Profit e del Microcredito.
Università di Palermo, Dipartimento Scienze Economiche, Aziendali e Statistiche (SEAS)
massimo.castellano@unipa.it
Abitazione: Via Francesco Crispi 133, Palermo 90133

Introduzione

Nell'analisi delle politiche pubbliche la pandemia Covid-19 costituisce un buon esempio di quello che è chiamato *focusing event*. Un evento che, per la sua natura dannosa, inaspettata e improvvisa, forza l'opinione pubblica e i decisori politici a inserire nell'agenda pubblica e istituzionale temi che non necessariamente vi sarebbero entrati o che almeno non lo avrebbero fatto con la stessa forza, la stessa visibilità e la stessa rapidità. L'intero processo pubblico di *agenda setting*, focalizza l'attenzione collettiva su alcuni temi distogliendola da altri, per cui le priorità si ridefiniscono rapidamente, le inerzie istituzionali vengono rapidamente superate, almeno in parte e a certe condizioni, e il venir meno di certe resistenze al cambiamento, agisce come potenziale innesco per un cambio di policy. (Razzetti, 2020) (Birkland, 1998)

Da un punto di vista strettamente politico il fenomeno riveste una certa rilevanza per tre ordini di motivi. Un primo elemento da considerare riguarda il cambiamento repentino dell'agenda politica. In tal senso, infatti, nel definire l'agenda il sistema politico altera improvvisamente l'ordine del giorno delle questioni che meritano di essere oggetto di attenzione e decisione, per cui le priorità sono "date" e non più "decise" e possono tornare alla ribalta problemi accantonati o affacciarsi sulla scena problemi del tutto nuovi. Un secondo elemento da considerare, riguarda la libertà di manovra del governo che, in seguito all'urgenza imposta dallo stato di emergenza innescato da un *focusing event* come quello del Coronavirus è chiamato ad assumere provvedimenti eccezionali e a prendere le decisioni necessarie per fronteggiare la crisi e farlo in tempi ragionevolmente rapidi. Un terzo elemento, riguarda l'urgenza che legittima il ricorso a strumenti decisionali eccezionali, tende a indebolire punti di veto, a ridurre resistenze istituzionali di varia natura aprendo nuovi spazi di opportunità. (Razzetti, 2020) (Kingdon 1993, 1995)

Lasciando sullo sfondo le questioni politiche è opportuno adesso focalizzare la nostra attenzione sul rapporto fra la diffusione del Coronavirus e gli effetti sul sistema sociale. A partire dal decreto-legge del 17 marzo 2020 n.18 (il c.d. decreto *Cura-Italia*), infatti, il governo ha ritenuto prioritaria la straordinaria necessità e urgenza di contenere gli effetti negativi che l'emergenza epidemiologica COVID-19 ha prodotto, e sta ancora producendo, sul tessuto socio-economico nazionale, prevedendo misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), della protezione civile e della sicurezza, nonché di sostegno al mondo del lavoro pubblico e privato ed a favore delle famiglie e delle imprese. Il paper, quindi, intende analizzare come in seguito alla diffusione del virus in Italia si sia favorito o meno un cambiamento sul piano delle politiche di welfare volte a mitigare gli effetti sociali della pandemia. In tale ambito, la politica sanitaria e le misure di salute pubblica adottate per il contenimento del contagio sono le prime ad essere chiamate in causa. A cascata seguono altri temi centrali per il sistema delle politiche sociali che mettono in evidenza tante aree scoperte del welfare state italiano e che riguardano le politiche del lavoro e di sostegno al reddito, l'assistenza alle famiglie e a tutte quelle categorie di persone che vivono in una condizione di fragilità come gli anziani, i disabili, i minori e i senza fissa dimora.

Le politiche sociali per fronteggiare l'emergenza Covid-19

Gli interventi di protezione sociale volti a contrastare gli effetti della crisi in atto non debbono dar luogo a nuove, e intollerabili, disuguaglianze, ma, anzi, essi debbono essere costruiti per tutte le persone e a misura delle persone a rischio. Questo significa, in primo luogo, salvaguardare i posti di lavoro, ogni volta che sia possibile, assistere chi perde l'occupazione e attenuare gli effetti che derivano dal temporaneo cambio di vita. In secondo luogo, le misure adottate debbono essere di semplice e tempestiva attuazione, al fine di evitare di intervenire senza effetti certi e immediati. L'obiettivo principale del Governo, quindi, è quello di contrastare la creazione di nuove disuguaglianze e di agire con tempestività attraverso la definizione di interventi da mettere in campo che mirano al rafforzamento della coesione sociale del paese. In tal senso, l'esperienza internazionale ci offre importanti spunti, invitandoci da subito ad adottare un approccio universale, rivolto a tutte le persone, e a raggiungere l'obiettivo utilizzando e adattando strumenti già a disposizione, che consentano sia l'identificazione e il supporto immediati dei beneficiari, sia la possibilità di differenziare le risposte in base alle diverse esigenze di ognuno. (Barca e Gori, 2020)

L'azione del Governo può essere valutata alla luce di tre criteri. Il primo criterio è quello di considerare l'intera popolazione e distinguere al suo interno le diverse categorie di persone colpite (minori, inoccupati, pensionati, gli occupati, ma cogliendo anche qui i loro assai diversi gradi di vulnerabilità, a seconda della natura dei rapporti di lavoro e della resilienza delle imprese). Il secondo, criterio, riguarda la scelta degli strumenti di welfare esistenti più adatti, modificandoli ed espandendoli in modo da adattarli alla situazione

emergenziale. Infine, l'ultimo criterio, si basa sulla comunicazione di questo messaggio universale, al fine di rendere chiaro sin dall'inizio che nessuno sarà lasciato indietro. (Barca e Gori, 2020)

Il problema della protezione sociale universale voluta dal Governo italiano si ricollega all'esperienza internazionale in precedenti crisi di simile violenza. In particolare, la metodologia sviluppata a livello internazionale individua tre tipologie di "espansione" o di "uso" dei programmi di welfare esistenti al momento della crisi:

- 1) espansione verticale, dando di più a chi riceve determinate prestazioni di welfare;
- 2) espansione orizzontale, ampliando il numero di persone/famiglie coperte dai programmi di welfare in essere, con modifica delle regole di eleggibilità, rapida identificazione e avviso ai beneficiari, più forte comunicazione, etc.;
- 3) espansione delle tipologie di servizio/assistenza, riconoscendo automaticamente a chi è già beneficiario di un certo intervento altre forme di sostegno. (Barca e Gori, 2020)

Per quanto riguarda la realtà italiana, nell'attuale situazione di emergenza è fondamentale che il sistema dei servizi sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza. (Circolare n.1/2020) È un ruolo che il sistema dei servizi sociali deve svolgere nei confronti di ogni membro della collettività, con particolari attenzioni verso coloro che si trovano o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità, anche in relazione alla necessità di garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (articolo 22 della legge n. 328/2000)².

È fondamentale che ciascun Ente, ciascuna struttura e ciascun operatore siano consci del ruolo che i servizi sociali sono chiamati ad assicurare nell'attuale contesto e ridefiniscano ed adattino nel modo migliore i servizi e le prestazioni lavorative per garantire una risposta di elevata qualità e al tempo stesso rigorosa nell'assicurare il rispetto delle norme precauzionali che il Governo ha dovuto assumere. Gli sforzi dovranno concentrarsi sulle attività che, nell'attuale momento, rivestono carattere di priorità e privilegiare, ove possibile, modalità di lavoro agile.

Alcune Regioni stanno emanando specifiche direttive con riferimento ai rispettivi sistemi dei servizi sociali regionali, raccordandosi con le Unità di Crisi attivate a livello regionale. Le prerogative regionali individuano, in tal senso, una sede cruciale di collegamento della gestione sanitaria e sociale dell'emergenza e di risposta alle difficoltà di Comuni e Ambiti. A livello territoriale è auspicabile che i servizi sociali comunali e di ambito operino anche in chiave di coordinamento di tutte le realtà che operano nel sociale, opportunamente raccordandosi, a tal fine, anche con i Centri Operativi Comunali (COC), ove attivati dai Sindaci.

Gli enti territoriali possono assicurare continuità alle attività rivolte all'inclusione sociale dei nuclei beneficiari del reddito di cittadinanza, ma possono anche riconvertire le risorse a tal fine stanziare (anche in termini di personale) per far fronte ai bisogni assistenziali collegati al periodo emergenziale. La Circolare sopra citata, inoltre, sottolinea l'importanza di rimodulare i servizi non essenziali, concentrando le risorse disponibili sui servizi ed interventi maggiormente utili nel momento emergenziale e, al contempo, enumera gli interventi e i servizi di cui non è stata prevista alcuna sospensione quali i consultori, i SERT ed i centri per i senza tetto: servizi strumentali al diritto alla salute o ad altri diritti fondamentali della persona (alimentazione, igiene, accesso a prestazioni specialistiche).

La Circolare sottolinea il coordinamento fra Terzo settore e servizi sociali pubblici territoriali ed il ruolo fondamentale degli enti del Terzo settore, opportunamente coordinati dai servizi sociali pubblici territoriali, nell'erogazione dei servizi a domicilio in sostegno delle fasce deboli della popolazione. In tale ambito rientrano i servizi svolti da organizzazioni di volontariato anche in convenzione con Enti locali a favore di persone impossibilitate a muoversi dal proprio domicilio quali, i servizi di distribuzione alimentare a domicilio per disabili o anziani senza assistenza oppure di consegna di farmaci o altri generi di prima necessità, o anche il disbrigo di pratiche o il pagamento di bollette. Servizi spesso svolti in accordo con gli assistenti sociali di riferimento e quindi necessari per la salute e la soddisfazione di bisogni primari degli utenti. E' opportuno sottolineare che i servizi a domicilio sono diventati di centrale importanza per tutti coloro che sono posti in sorveglianza attiva e quindi impossibilitati a lasciare le proprie abitazioni anche per esigenze indifferibili, quali la spesa alimentare o il rifornimento di medicinali.

² La Legge 328/2000 intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà

Il welfare in Italia di fronte alla sfida del Covid-19: priorità e soluzioni

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di fronte alla sfida del Covid 19

La diffusione di questa nuova malattia ha convogliato l'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni su un tema centrale per il nostro sistema di welfare che è rimasto, tuttavia, ai margini nel dibattito politico degli ultimi vent'anni: le (precarie) condizioni di salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La prima osservazione riguarda il sotto-finanziamento del SSN, così come confermato da una recente analisi dell'OCSE (2019) secondo la quale la spesa sanitaria in Italia è inferiore alla media dell'UE. Nel 2017 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,8 % del PIL, collocandosi al di sotto della media UE del 9,8 %. La spesa sanitaria pro capite si è attestata a 2.483 EUR (rettificata per tenere conto delle differenze nel potere d'acquisto), oltre il 10 % in meno rispetto alla media dell'UE, pari a 2.884 EUR. Dopo la crisi economica del 2009, la spesa sanitaria pro capite ha registrato un calo fino al 2013, per poi riprendere ad aumentare moderatamente. Nel 2017 la spesa sanitaria era finanziata per il 74 % da fondi pubblici (ossia il 6,5 % del PIL). Sebbene i LEA di base coprano un'ampia gamma di servizi, le spese non rimborsabili a carico delle famiglie sono relativamente elevate (24 %) e costituiscono la maggior parte della spesa sanitaria rimanente. Le assicurazioni sanitarie private rivestono un ruolo marginale, andando a coprire soltanto il 2 % circa della spesa sanitaria totale.

Una seconda osservazione, messa in luce dallo studio dell'OCSE, riguarda le differenze regionali in termini di capacità contributiva ed efficienza dell'assistenza sanitaria. Il sistema sanitario italiano è finanziato principalmente con le entrate derivanti dal gettito fiscale generale, integrate da quelle dalle imposte regionali sul reddito delle imprese e delle persone fisiche, e dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie direttamente a carico del paziente (*spesa out-of-pocket*). Di conseguenza, sollevano preoccupazioni le capacità delle regioni più povere o con capacità di performance inferiori di fornire servizi sanitari di elevata qualità senza aumentare le imposte regionali o il disavanzo già esistente. Tuttavia, tramite controlli molto rigorosi della spesa, la maggior parte delle regioni è riuscita negli ultimi anni a mantenere in equilibrio i bilanci sanitari. Nel 2017 sono stati imposti piani di risanamento sottoposti a vigilanza a livello nazionale solo in sette regioni su venti (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia), un numero inferiore rispetto al 2007.

Una terza osservazione, riguarda il pagamento del ticket, una prassi diffusa in tutta Italia, ma con tariffe ed esenzioni che variano da una regione all'altra. Storicamente, la spesa *out-of-pocket* ha rappresentato poco più di un quinto del totale della spesa sanitaria in Italia. Tuttavia, nell'ultimo decennio, la quota di questa categoria di spesa è gradualmente aumentata, di pari passo con gli obblighi di compartecipazione alle spese per molti servizi sanitari e farmaci in diverse regioni. Poiché ciascuna regione fissa in modo autonomo i livelli di compartecipazione alla spesa farmaceutica e le esenzioni per determinate fasce della popolazione, l'ammontare del ticket non è lo stesso in tutto il paese. Non esistendo massimali annuali per la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie o farmaceutiche, il pagamento del ticket si ripercuote maggiormente sugli utenti non esenti dal ticket che ricorrono spesso ai servizi sanitari. (OCSE, 2019)

Un'ulteriore osservazione, concerne l'elevata mobilità interregionale dei pazienti che è uno degli indicatori delle disuguaglianze nell'erogazione dei servizi sanitari in tutto il paese. La percentuale di pazienti sottoposti a cure in una regione diversa da quella di origine è passata dal 7 % nel 2001 a circa l'8,5 % nel 2016. La percentuale di pazienti originari delle regioni meridionali che scelgono di recarsi in altre regioni per ricevere cure mediche è quasi doppia rispetto a quella dei pazienti che vivono al Nord.

Ancora un'osservazione importante, riguarda l'accessibilità al nostro SSN. Secondo l'OCSE (2019) quasi tutti i residenti italiani sono coperti dal SSN, che sostiene la maggior parte delle spese mediche ospedaliere e delle visite mediche. Soltanto il 2 % circa della popolazione ha segnalato un bisogno sanitario non soddisfatto nel 2017 principalmente a causa di problemi connessi ai costi e a problematiche legate ai tempi di attesa. I dati sui bisogni sanitari non soddisfatti indicano altresì notevoli differenze di accesso alle cure tra le regioni, in quanto, i cittadini delle regioni meridionali, meno prospere, hanno una probabilità quasi doppia di riscontrare un bisogno sanitario non soddisfatto rispetto a quelli nelle più ricche regioni settentrionali. Nelle regioni meridionali sono superiori anche il tasso di bisogni sanitari non soddisfatti legati ai tempi di attesa e alle distanze da percorrere. (European Commission, 2019)

Dal punto di vista della gestione delle risorse umane, gli ostacoli a livello di formazione e assunzione di nuovi medici destano preoccupazioni riguardo alla carenza di personale. Sebbene il numero di medici pro capite in Italia sia ancora superiore alla media dell'UE, la composizione anagrafica dei medici attualmente in esercizio desta preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione in futuro. Nel 2017 più della metà dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55

anni, la percentuale più elevata dell'UE. Le preoccupazioni circa la futura disponibilità di personale medico sono aggravate dagli ostacoli a livello di formazione e assunzione dei nuovi medici, necessari per sostituire il gran numero di medici che presto andranno in pensione. Tali ostacoli sono altresì all'origine di un'emigrazione massiccia di neolaureati in medicina e di giovani medici all'inizio della carriera.

Sempre in tale ambito, l'OCSE (2019) ha evidenziato che in Italia il quadro normativo per l'assistenza infermieristica non è ancora stato riveduto per consentire la creazione di nuovi ruoli e il trasferimento di compiti e di responsabilità, come è invece avvenuto in altri paesi dell'UE. Tuttavia, secondo un'indagine condotta nel periodo 2015-2016 tra gli operatori sanitari, i dirigenti sanitari e pazienti, circa il 30 % degli intervistati ha dichiarato che nei cinque anni precedenti vi sono stati cambiamenti di ruolo del personale infermieristico impiegato nella gestione dei casi di tumore al seno e oltre il 50 % degli intervistati ha citato un ampliamento del ruolo degli infermieri nella gestione dei casi di infarto miocardico acuto (Maier et al., 2018). In concreto, tali risultati indicano che in Italia sembra emergere un trasferimento dei compiti, per la cui ulteriore attuazione potrebbero essere necessarie modifiche normative volte a rimuovere gli ostacoli rimanenti.

Se da un lato un sistema sanitario, come quello italiano, già ai limiti delle proprie capacità produttive è destinato a funzionare a pieno regime, dall'altro, non ha consistenti margini di espansione, almeno nell'immediato, proprio perché girava a pieno regime già prima della crisi. L'imperativo del contenimento dei costi, che ha dominato il dibattito italiano sulle politiche sanitarie degli ultimi due decenni e che ha determinato una contrazione del personale (soprattutto tramite la riduzione del turnover), sembra ora improvvisamente ridimensionato dall'irruzione nell'agenda di una questione sanitaria come l'attuale pandemia. (Razzetti, 2020)

Il Decreto "*Cura Italia*" sembra infatti segnare una significativa inversione di tendenza, stanziando una cifra non marginale (circa 3 miliardi di euro) a favore del SSN allentando molti vincoli finanziari attraverso deroghe alla normativa esistente. Per il 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1,41 miliardi di euro, cui si aggiungono 1,65 miliardi stanziati per alimentare le disponibilità del *Fondo per le Emergenze Nazionali*. Inoltre, per fronteggiare l'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, sono state adottate misure di potenziamento del SSN attraverso:

1. il finanziamento aggiuntivo per incentivi in favore del personale dipendente del SSN;
2. il potenziamento delle risorse umane del Ministero della salute;
3. il potenziamento delle reti di assistenza territoriale;
4. l'attivazione di aree sanitarie temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID-19;
5. la requisizione in uso o in proprietà, da ogni soggetto pubblico o privato, di presidi sanitari e medico-chirurgici, nonché di beni mobili di qualsiasi genere, occorrenti per fronteggiare la predetta emergenza sanitaria;
6. gli incentivi per la produzione e la fornitura di dispositivi medici;
7. il potenziamento delle strutture e del personale della Sanità militare;
8. il potenziamento delle risorse umane dell'INAIL;
9. l'incremento delle attività assistenziali e di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità connesse alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Le misure a sostegno del lavoro

L'emergenza COVID-19, oltre agli aspetti sanitari, invita a prendere in esame anche altre aree del sistema di welfare italiano la cui storica inadeguatezza si segnala in modo particolarmente evidente in questo momento storico. La categoria del lavoro presenta gradi di vulnerabilità assai differenziati, per cui è fondamentale esplicitarli per evitare che, al suo interno, l'intervento riguardi solo lavoratrici e lavoratori più garantiti e rappresentati. Ferma restando la stabilità dell'occupazione pubblica, possiamo allora distinguere all'interno dell'occupazione privata (circa 22 milioni di unità) quattro insiemi in ordine decrescente di rischio, incrociando i gradi di vulnerabilità delle imprese e del lavoro stesso. (Barca e Gori, 2020)

Il lavoro saltuario e irregolare costituisce, secondo le stime ISTAT, una parte significativa della forza lavoro (oltre 4 milioni di unità) impiegata spesso, almeno per parte dell'orario di lavoro, in imprese regolari, oppure del tutto irregolari ed è una fascia particolarmente colpita dalla crisi e dai provvedimenti necessari a superarla. Per questa categoria, solo l'espansione del Reddito di Cittadinanza appare in grado di impedire l'impoverimento delle persone che perderanno il lavoro. Nel contempo, però, vanno anche valutate ipotesi di

espansione verticale (maggiore importo), orizzontale (eliminazione per un periodo del requisito patrimoniale, realizzazione di una campagna di adesione, previsione di autocertificazione seguiti da controlli ex-post, etc.), ovvero di integrazione con assistenza o altri servizi.

La tipologia del lavoro dipendente o autonomo di piccole e medie imprese non resilienti (oltre 3milioni di unità) è dominata dal fatto che l'attività imprenditoriale è particolarmente esposta, per patrimonio, capitale investito, innovatività e redditività, a reggere un periodo di perdite. Qualunque sia la natura del rapporto di lavoro vi è un elevato rischio di poterlo preservare. Mentre le imprese possono beneficiare solo in alcuni casi di misure sul fronte finanziario, appare qui necessario valutare sia l'adattamento della *Nuova assicurazione sociale per l'impiego* (NASpI), sia l'espansione del Reddito di Cittadinanza.

La terza categoria comprende le forme di lavoro dipendente precario o lavoro di sub-fornitori di piccole, medie e grandi imprese (fra 2 e 3 milioni di unità). In questa categoria, alla resilienza dell'impresa, ovvero alla sua capacità e motivazione a sostenere un periodo di perdite, per patrimonio, capitale investito, innovatività e redditività, si accompagna la possibilità che l'impresa interrompa in modo non negoziato i rapporti di lavoro, perché tale rapporto è a breve termine e soggetto a rinnovo, o perché il lavoro è svolto da imprese sub-fornitrici mono-committenti. Per questo insieme, se le misure finanziarie rivolte all'impresa non sono tali da modificare le scelte aziendali, l'efficacia di misure tradizionali di assicurazione sociale che traslino a carico dello Stato una parte dei costi del lavoro (cassa integrazione e cassa integrazione in deroga) appare dubbia e controversa, mentre andrebbe preso in considerazione l'adattamento della NASpI e, forse, del Reddito di Cittadinanza.

Infine, l'ultima categoria comprende il lavoro dipendente stabile e autonomo di piccole, medie e grandi imprese resilienti (fra 11 e 12 milioni di unità) caratterizzato dalla natura stabile del contratto di lavoro con la resilienza dell'impresa. In questo caso, per affrontare la fase di crisi, accanto a misure sul fronte finanziario rivolte soprattutto alle piccole imprese, appaiono efficaci le misure tradizionali di assicurazione sociale sopra richiamate.

In tale contesto un recente documento elaborato da Forum Disuguaglianze e Diversità (ForumDD) e l'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), nel marzo 2020, sentendo la necessità di contribuire al dibattito pubblico in tempi rapidi ha elaborato quattro principi a tutela di tutti i lavoratori colpiti dalla crisi:

1. Il *principio dell'universalità della protezione sociale*, secondo il quale nessuno deve restare indietro, ma anzi il pacchetto complessivo di azioni deve raggiungere chiunque venga colpito dalla crisi;
2. Il *principio dell'equità delle risposte*, secondo cui bisogna diversificare gli interventi in base alle differenti, e specifiche, esigenze di ognuno. Il riconoscimento delle specifiche condizioni e necessità di ciascuno deve costituire l'unico criterio che motiva le differenze nelle risposte pubbliche; in altre parole lo Stato non deve prevedere trattamenti preferenziali per alcuni rispetto ad altri;
3. Il *principio della sostenibilità attuativa*, in base al quale la semplicità è la prima strada per sostenere subito chi è in difficoltà. Pertanto, si devono mettere in campo prestazioni che siano il più possibile agevoli da attuare, comunicare e ricevere, come insegna l'esperienza internazionale;
4. Il *principio dell'orientamento al futuro*, secondo il quale le azioni realizzate nell'immediato devono rappresentare il miglior punto di partenza per quelle che sarà necessario predisporre in seguito.

Le considerazioni sopra esposte, vanno inquadrare, all'interno del *Decreto Cura Italia*, dove sono contenute delle norme che salvaguardano la classe lavoratrice nel suo complesso dall'emergenza Covid-19. Fra le norme introdotte a sostegno dei lavoratori sono stati istituiti i congedi parentali a seguito della sospensione dei servizi educativi per l'infanzia e delle attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado conseguente all'emergenza epidemiologica. I lavoratori dipendenti pubblici e privati e i lavoratori autonomi iscritti alle relative gestioni INPS possono usufruire di un congedo continuativo o frazionato, di durata complessiva non superiore a quindici giorni, per i figli di età non superiore a 12 anni (o anche di età superiore nei casi di figli con disabilità grave), con un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione e con il riconoscimento della contribuzione figurativa; la possibilità di fruire, in alternativa ai suddetti benefici e in presenza dei medesimi presupposti, di un voucher per l'acquisto di servizi di baby-sitting nel limite massimo complessivo di 600 euro, elevato a 1.000 euro per i dipendenti del settore sanitario pubblico e privato, nonché per i dipendenti della Polizia di Stato e per il personale del comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico impiegato per l'emergenza epidemiologica.

Ai lavoratori dipendenti privati, inoltre, è riconosciuto il diritto, in presenza di figli minori tra i 12 e i 16 anni di astenersi dal lavoro per il periodo di sospensione dei servizi educativi per l'infanzia e delle attività didattiche, senza corresponsione di indennità né riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro. Per quanto riguarda i familiari disabili ai sensi

della legge 104/92³ sono stati previsti ulteriori complessivi dodici giorni di permesso retribuito che si aggiungono ai tre giorni di permesso mensile già riconosciuti dalla legge suddetta.

A seguito della riduzione o sospensione dell'attività lavorativa, viene riconosciuta un'indennità per il mese di marzo 2020, pari a 600 euro, in favore dei seguenti soggetti, qualora non siano titolari di pensione e non siano iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie:

- i liberi professionisti, titolari di partita IVA) iscritti alla Gestione separata INPS e di titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa;
- i lavoratori autonomi iscritti alle gestioni speciali dell'INPS (artigiani, esercenti attività commerciali, coltivatori diretti, mezzadri, coloni e imprenditori agricoli professionali);
- i lavoratori dipendenti stagionali del settore turismo e degli stabilimenti termali;
- gli operai agricoli a tempo determinato che nel 2019 hanno svolto almeno 50 giornate effettive di attività di lavoro agricolo;
- i lavoratori iscritti al Fondo pensione lavoratori dello spettacolo;
- i titolari di rapporti di collaborazione presso federazioni sportive nazionali, enti di promozione sportiva, società e associazioni sportive

E' stato, inoltre, istituito, il *Fondo per il reddito di ultima istanza*, volto a garantire, nel limite di spesa di 300 milioni di euro per il 2020, misure di sostegno al reddito per i lavoratori dipendenti e autonomi che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID 19, hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attività lavorativa. Una quota parte del suddetto fondo (200 milioni di euro per il 2020) viene destinata al sostegno al reddito in favore dei lavoratori iscritti alle casse professionali in via esclusiva. Infine, è stata prevista l'erogazione di un bonus di 100 euro a favore dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, con reddito complessivo non superiore a 40.000 euro, che, durante il periodo di emergenza sanitaria da COVID 19, continuino a prestare servizio nella sede di lavoro nel mese di marzo 2020.

Il sostegno al reddito delle famiglie

Il *Forum Disuguaglianze e Diversità* (ForumDD) e l'*Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile* (ASviS) hanno formulato, recentemente, una proposta operativa (ForumDD e ASviS, 2020) per fronteggiare la caduta di reddito delle famiglie dovuta alla crisi innescata dalla diffusione della pandemia Covid-19.

Secondo questo documento l'obiettivo primario consiste nell'evitare da subito il diffondersi dell'impoverimento e l'acuirsi delle disuguaglianze. Nell'azione pubblica economica e sociale necessaria per contrastare la crisi indotta dal virus, si possono identificare tre distinti obiettivi, di pari rilievo:

- a) evitare l'impoverimento delle persone e l'acuirsi delle disuguaglianze conseguenti alla caduta dei redditi da lavoro e agli ostacoli derivanti dal distanziamento sociale;
- b) evitare il collasso del sistema produttivo, specie di quella parte che costituisce la capacità competitiva potenziale del paese e la sua infrastruttura sociale;
- c) promuovere attività private, pubbliche e sociali prioritarie, necessarie nel breve termine per contrastare (in condizioni di sicurezza sanitaria) gli effetti del virus e nel medio-lungo termine per imprimere, con la partecipazione dei cittadini e del lavoro, un cambio di rotta allo sviluppo su basi di giustizia ambientale (transizione ecologica e agro-alimentare) e sociale.

Gli obiettivi sono fra loro legati, in quanto un processo d'impoverimento diffuso, di per sé ingiusto, acuirebbe le già gravi disuguaglianze esistenti, aggraverebbe le conseguenze psicologiche dell'isolamento ed eroderebbe la fiducia nelle istituzioni, minando anche gli altri obiettivi. Un collasso del sistema produttivo causerebbe una perdita non recuperabile per tutta la popolazione e sarebbe fonte di nuove disuguaglianze. Pertanto, il promuovere attivamente e in modo partecipato servizi fondamentali e attività connaturate a uno sviluppo giusto e sostenibile rappresenterebbe una certezza, un punto di riferimento, per un sistema economico allo sbando e incerto, e ridurrebbe le disuguaglianze.

Per conseguire i tre obiettivi, secondo il documento, sono a disposizione tre tipologie di strumenti, che, non a caso, si ritrovano, in misure diverse, in tutte le manovre emergenziali del mondo, quali il sostegno immediato del reddito delle persone e delle famiglie, il sostegno della liquidità delle imprese, di ogni dimensione, private e sociali e le missioni strategiche pubbliche, dal lato della domanda e dell'offerta.

³ La legge 104/1992 è una legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone diversamente abili e ne tutela i diritti

Il sostegno al reddito delle persone e delle famiglie, è un obiettivo che va costruito immediatamente per evitare l'impoverimento delle persone e mantenere la coesione sociale e democratica del paese, al fine di aiutare a evitare il collasso di molte imprese.

Il sostegno della liquidità delle imprese, necessario per evitarne il collasso, dovrà assumere la forma di una garanzia statale, a costo zero, per scoperti o prestiti effettuati dalle banche alle imprese, indipendentemente dal rischio di mercato, e, in alcuni casi, per trasferimenti in conto capitale e di supporto. In tale ambito sono state avanzate due proposte integrative alle misure già introdotte dal Decreto "*Cura Italia*": il *Sostegno di Emergenza per il Lavoro Autonomo* (SEA) e il *Reddito di Cittadinanza per l'Emergenza* (REM). Il primo strumento, sostituisce il bonus di 600 euro una tantum per gli autonomi e serve a tutelare il lavoro autonomo. L'importo del SEA non è in somma fissa indistinta, bensì cambia in base alle diverse situazioni. Il suo obiettivo principale consiste nel sostenere chi è in più grave difficoltà e pertanto l'ammontare del contributo è determinato in modo progressivo secondo le condizioni economiche del nucleo del lavoratore autonomo. Il SEA punta, inoltre, a mantenere la capacità produttiva del lavoro autonomo. Dunque, il suo valore è parametrato anche alla perdita di guadagno (in proporzione al proprio volume abituale di attività), così da supportare in modo più intenso chi ne è stato maggiormente colpito.

Il secondo strumento indicato nel documento, il *REM* utilizza i dispositivi del Reddito di Cittadinanza e lo sostituisce per i nuovi richiedenti per il periodo di vigenza. Il suo obiettivo consiste nel costruire subito una diga contro l'impoverimento, raggiungendo rapidamente tutta la popolazione in condizione di necessità non toccata da altre prestazioni di welfare. In questa prospettiva diventa cruciale facilitarne l'utilizzo da parte di tutti coloro che, pur possedendone i requisiti, non ne hanno sinora considerato l'impiego e adattare temporaneamente i requisiti alla situazione di emergenza. Di conseguenza, rispetto al Reddito di Cittadinanza sono previsti:

- l'informazione automatica agli aventi diritto;
- la drastica semplificazione della documentazione necessaria per beneficiare della misura;
- la velocizzazione delle procedure per l'erogazione del trasferimento;
- la modifica dei vincoli di accesso legati al patrimonio mobiliare e immobiliare;
- l'allentamento temporaneo delle sanzioni legate alla condizione di lavoro irregolare e altro.

Quasi tutti i paesi del mondo si stanno muovendo o si sono già mossi in questa direzione e l'Italia ha l'opportunità di poter operare a partire da uno strumento che già esiste.

Le missioni strategiche pubbliche sono realizzabili attraverso il sistema di istruzione e formazione, salute e ricerca, attraverso appalti pubblici innovativi e investimenti, e dando indirizzi al sistema delle imprese pubbliche. Esse potranno riguardare finalità quali:

- il rafforzamento del sistema sanitario e di produzione pubblica di farmaci;
- il rafforzamento del sistema formativo nel suo complesso e, di conseguenza, del capitale umano,
- una copertura digitale adeguata dell'intero territorio;
- la costruzione e l'utilizzo di piattaforme digitali collettive per i servizi fondamentali;
- la transizione energetica;
- il potenziamento di filiere agro-alimentari corte e sostenibili, etc.

Il problema della povertà

Il problema della povertà costituisce un'altra area coinvolta dal Covid-19 che richiede, anche in questo caso, degli opportuni interventi. In un recente documento (*Alleanza per la Povertà*, 2020) si ritiene fondamentale accrescere il sostegno al reddito per coloro che si trovano in difficoltà economica in questa fase di assenza di lavoro, facendo in modo che questo possa risultare adeguato al sostentamento e possa raggiungere tutte le persone bisognose. L'Alleanza, quindi, ritiene fondamentale che si agisca sul Reddito di cittadinanza, sia per renderlo più adeguato alla fase attuale sia perché dovrà comunque essere in grado nel medio periodo di continuare a sostenere in misura equilibrata tutte le famiglie il cui reddito rimarrà insufficiente.

Rispetto a questa opzione secondo il documento redatto si aprono tre possibili scenari:

1. un semplice potenziamento del Fondo dedicato al reddito di cittadinanza per far fronte da subito all'attesa espansione della platea degli aventi diritto, a parità di requisiti di accesso;
2. un potenziamento più consistente del Fondo accompagnato da un periodo di sospensione della condizionalità e da un'agevolazione dei meccanismi e delle pratiche di accesso anche attraverso l'allentamento di alcuni requisiti;

3. il passaggio verso una misura universale e incondizionata (*reddito di base o basic income*).

In linea generale, le misure di sostegno ai redditi vanno pensate sulla base di due finalità, non necessariamente alternative:

✓ in base a una logica assicurativa (i.e. *ottica individuale*) di mantenimento del livello abituale di reddito da lavoro;

✓ in base a una logica assistenziale (i.e. *ottica familiare*) di supporto di ultima istanza a favore dei nuclei familiari che in virtù della riduzione del reddito, nonostante le suddette misure assicurative, scivolassero verso una situazione di privazione economica

Il documento descrive in sette punti le misure da adottare nella "fase 2", tra cui:

1. il riequilibrio degli importi del beneficio tra le famiglie proprietarie di abitazione e le famiglie con minori e più numerose;
2. lo sviluppo di analisi preliminari per indirizzare al meglio i beneficiari nei percorsi di inclusione socio-lavorativa. Occorrerebbe dunque ripristinare l'analisi preliminare, senza la quale una maggiore integrazione tra i servizi sociali e quelli per l'impiego, comunque da rafforzare, diventa imprescindibile per il buon funzionamento dei percorsi d'inclusione dei beneficiari.
3. il rafforzamento dei servizi sociali e della complessiva infrastruttura sociale territoriale, al fine di mettere le istituzioni pubbliche nelle condizioni di supportare la complessità di bisogni che una drammatica crisi, come quella attuale, produrrà tra le persone, in particolare tra le più fragili.;
4. il ripristino di un piano nazionale o di programmi pluriennali per la lotta alla povertà e all'esclusione, insieme a luoghi di confronto permanente con le principali organizzazioni coinvolte nel contrasto alla povertà;
5. la mancanza di un Osservatorio sulla povertà non consente un adeguato controllo da parte di componenti esterni alla pubblica amministrazione sull'andamento dello strumento e sul suo monitoraggio. L'esperienza del passato ha dimostrato che il monitoraggio risulta spesso tardivo ed incompleto mentre sarebbe fondamentale per definire i futuri interventi migliorativi di adeguamento dello strumento. Oltre al nucleo di valutazione già previsto dalla normativa sul Reddito di Cittadinanza, che tuttavia per essere realmente efficace dovrebbe essere messo in grado di operare al più presto, occorrerebbe dunque creare un organismo di confronto permanente con le principali Organizzazioni coinvolte nel contrasto alla povertà.
6. L'Alleanza ricorda infine la necessità di assumere provvedimenti concreti per i senza fissa dimora
7. e una modifica sulla contabilizzazione del reddito da lavoro nel calcolo dell'indicatore che consenta o meno di accedere al reddito di cittadinanza.

Il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza di fronte all'emergenza Covid-19: i bisogni educativi

In questo momento complesso è importante ricordarsi che il sistema educativo italiano risponde innanzitutto ai diritti costituzionali dei bambini e ragazzi a ricevere un'istruzione e ad avere accesso a risorse adeguate al fine di assicurare il pieno sviluppo delle proprie capacità fin dai primi anni di vita e di contrastare le disuguaglianze di partenza. Esso è anche importante e fondamentale per aiutare a risolvere i problemi di conciliazione famiglia-lavoro per i genitori.

Nei mesi del lockdown dovuto all'emergenza Coronavirus, gli insegnanti e i dirigenti scolastici, nonché gli attori sociali ed educativi presenti nelle comunità, hanno cercato in molti casi di dare continuità allo sviluppo e all'apprendimento dei bambini e ragazzi, attraverso, in particolare, l'utilizzo delle tecnologie e la didattica a distanza. Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha offerto classi virtuali e piattaforme online per tutte le scuole al fine di garantire il rispetto del diritto all'istruzione. Questi sforzi, tuttavia, non possono sostituire l'azione educativa che si fonda sulla relazione, sull'accoglienza e sull'organizzazione della vita dei bambini e degli adolescenti giorno dopo giorno. Un'azione educativa diretta che è necessario riprendere, con le dovute misure di sicurezza, il prima possibile.

Comprendere gli effetti immediati della crisi sanitaria e del confinamento sui bambini e sulle loro famiglie è estremamente difficile oggi, in assenza di dati aggiornati provenienti dagli istituti statistici. Allo stesso tempo, è particolarmente necessario, per poter mettere in campo risposte mirate in tempi brevi. È per questo motivo che Save the Children ha deciso di svolgere, in Italia un'indagine campionaria sugli effetti della pandemia COVID-19. (Save the Children, 2020).

La rilevazione è stata condotta online, dal 22 al 27 aprile, su un campione statisticamente rilevante a livello nazionale, di 1003 minori in età compresa tra 8 e 17 anni, utilizzando un questionario volto ad osservare l'impatto delle restrizioni dovute all'emergenza sanitaria sui bambini e gli adolescenti in Italia. Nello specifico, le domande del questionario, poste sia ai bambini che ai loro genitori, riguardano la composizione del nucleo familiare ed il livello socioeconomico; le caratteristiche demografiche dei minori; l'impatto economico delle restrizioni dovute all'emergenza sanitaria; l'accesso alla didattica a distanza e il ruolo della scuola; gli effetti del confinamento sul percorso scolastico dei bambini e sul loro sviluppo socio-emozionale; le aspettative rispetto al futuro.

L'impatto economico della chiusura delle filiere produttive non alimentari e delle attività commerciali, unito alle indicazioni sul distanziamento è drammatico. Soltanto il 14,8% dei genitori ha, infatti, dichiarato che la propria situazione economica non cambierà. Per circa la metà delle famiglie (46,7%), invece, le risorse economiche si sono notevolmente ridotte e più di una famiglia su 10 (13,6%) ha subito una riduzione di salario definitiva, mentre il 7,4% dei genitori ha perso il lavoro.

Il 36,6% dei genitori ha smesso temporaneamente di lavorare e per il 54,5% delle famiglie questo ha comportato una riduzione di salario temporanea (inclusi cassa integrazione o congedo parentale). Da un punto di vista territoriale, tale percentuale si eleva al 61,8% nel Nord-Est. Conseguentemente quasi la metà delle famiglie nel nostro Paese (44,7%) ha dovuto ridurre le spese alimentari e il consumo di carne e pesce a livello nazionale (41,3%), al Sud (48,2%), e nelle Isole (47,4%). Un dato ancora più allarmante se si considera che prima del lockdown il 41,3% delle famiglie più fragili beneficiava del servizio di mensa scolastica per i propri figli e per quasi tutti loro (40,3%) questo servizio era esente o quasi da pagamenti.

Una famiglia su tre (32,7%) ha dovuto rimandare il pagamento delle bollette (37,1% al Sud, e 43,8% nelle Isole) e una su quattro (26,3%) anche quello dell'affitto o del mutuo. Il 21,5% delle famiglie (28,2% al Sud) non ha potuto comprare medicinali necessari o ha dovuto rinunciare alle cure mediche necessarie per mancanza di soldi. Una famiglia su cinque ha dovuto ricorrere a prestiti economici da parte di familiari o amici e il 15,5% ha dovuto fare conto su aiuti alimentari. Per le famiglie più fragili gli aiuti da parte dello Stato sono quasi raddoppiati passando dal 18,6% prima delle restrizioni dovute al Covid al 32,3% durante il lockdown.

Al disagio economico si aggiunge anche l'impatto sulla povertà educativa. Tra mille difficoltà i bambini e i ragazzi riescono mediamente a proseguire gli studi. In generale una famiglia su cinque (21%) vorrebbe una maggiore comunicazione con gli insegnanti, quattro su dieci (39,9%) ritengono che i propri figli non riescano a seguire il ritmo scolastico e dall'inizio del lockdown è aumentata del 50% la quota di chi ritiene che i propri figli abbiano bisogno di un sostegno nello studio.

Tra le famiglie in maggiore difficoltà, molte sono quelle che vorrebbero un aiuto più consistente da parte degli insegnanti (72,4%) e un accesso più semplice alla didattica a distanza (71,5%) perché ritengono le attività scolastiche più pesanti per i loro figli (63,4%), difficili (53,9%), eccessive (46,7%). Tra queste, più di una famiglia su dieci (11,8%) può contare solo sugli smartphone come device per accedere alla didattica a distanza, una su quattro (24,4%) teme che questa situazione comporterà qualche insufficienza per i propri figli, 1 su 10 (9,6%) teme che i propri figli possano perdere l'anno (nonostante le disposizioni ministeriali), l'8,6% che addirittura questa situazione possa comportare l'abbandono della scuola da parte dei propri figli.

In effetti quasi la metà delle famiglie con maggiori fragilità (45,2%) vorrebbero le scuole aperte tutto il giorno con attività extrascolastiche e supporto alle famiglie in difficoltà, opzione che comunque è gradita in generale dai genitori del nostro Paese (39,1%). D'altronde sei genitori su dieci (60,3%) ritengono che i propri figli avranno bisogno di supporto quando torneranno a scuola data la perdita di apprendimento degli ultimi mesi.

Più di un genitore su 3 (34,7%) è preoccupato rispetto alla possibilità di andare a lavorare o cercare un nuovo lavoro con le scuole chiuse, percentuale che sale al 44% tra i genitori più in difficoltà. Anche dal punto di vista dei figli, la situazione della didattica durante il lockdown non appare priva di problemi, soprattutto per le primarie: quasi un bambino tra gli 8 e gli 11 anni su dieci (9,6%) non ha mai sperimentato le lezioni on-line o lo ha fatto meno di una volta a settimana, mentre la percentuale cala drasticamente per le scuole secondarie di primo e secondo grado (rispettivamente 3% e 1,3%).

La prospettiva si inverte se parliamo di attività extracurricolari, che non fanno mai il 28,6% dei bambini tra gli 8 e gli 11 anni, il 32% dei ragazzi tra i 12 e 14 anni e il 34,8% degli adolescenti tra i 15 e i 17 anni. Uno su cinque tra i bambini e ragazzi in Italia fa più fatica a fare i compiti (22,1% tra gli 8 e gli 11 anni, 19,2% tra i 12 e i 14, 21,8% tra i 15 e i 17). Quasi la metà dei bambini e dei ragazzi pensa che anche dopo, quando riapriranno le scuole, le lezioni e i compiti non saranno più come prima, ma solo per un periodo (42,7% tra gli 8 e gli 11 anni, 45,1% tra i 12 e i 14, 50,7% tra i 15 e i 17). Più di un bambino o ragazzo su 5 (22,4%),

tra quelli che vivono in famiglie più fragili dal punto di vista socio-economico, pensando a quando tornerà a scuola, non si sente sicuro con le materie e vorrebbe più aiuto o supporto.

La povertà improvvisa, la paura per il futuro, la demotivazione costituiscono una miscela di fattori che rischia di gravare come una pesante eredità sulle spalle degli studenti, aumentando i già importanti divari di apprendimento che caratterizzano il nostro Paese.

Il tema è stato sottolineato da vari organismi internazionali, tra cui *Alleanza per l'Infanzia* (2020), che, attraverso un suo documento, ha sollevato una serie di preoccupazioni circa le conseguenze sui bambini e sui ragazzi in seguito all'isolamento sociale e alla chiusura degli spazi educativi, preoccupazioni che sono state espresse anche in Italia da un folto numero di pediatri e neuropsichiatri infantili. Tra queste preoccupazioni vi è anche quella dell'ulteriore aumento della già elevata incidenza della povertà di bambini e ragazzi, con un peggioramento anche della povertà educativa. In questo contesto, è certamente cruciale che il reddito delle famiglie sia sostenuto e che i genitori siano messi in condizione di poter lavorare. Appare tuttavia altrettanto necessario portare al centro del dibattito il ruolo del sistema educativo e dell'istruzione, sia per assicurare una crescita adeguata ai bambini e ai ragazzi che per sostenere i genitori lavoratori.

In questa prospettiva, l'*Alleanza per l'Infanzia* nella sua recente proposta condivide l'importanza di rafforzare nell'immediato gli interventi di conciliazione in atto (congedo parentale straordinario, lavoro a distanza laddove possibile, voucher babysitter) e nel procedere nella fase 2 (e 3) dell'emergenza COVID-19, con la progressiva riapertura delle attività produttive, affrontare contestualmente i bisogni educativi e di socialità dei bambini e ragazzi, i problemi di conciliazione famiglia-lavoro per i genitori di figli minori, in particolare sotto i 14 anni, e il rischio di impoverimento dell'offerta di servizi educativi per la prima infanzia.

La riapertura dei servizi educativi per l'infanzia, delle scuole e dei servizi socio-educativi in condizioni di sicurezza sanitaria pone senza dubbio complessi problemi organizzativi, di utilizzo dello spazio e di personale, così come di attività effettuabili. La loro soluzione, quindi, non può essere rimandata ma dovrà essere affrontata, come avviene per altri settori e in altri paesi, definendo un Protocollo di salute e sicurezza nazionale specifico per questi comparti attraverso una cabina di regia che coinvolga Istituzioni e parti sociali, e cogliendo l'emergenza sanitaria come uno stimolo per ripensare organizzazioni spaziali e modalità didattiche.

Secondo la proposta dell'Alleanza, nell'ottica di un rafforzamento delle opportunità educative e di socializzazione per bambini e ragazzi, si rende necessaria:

1. una riprogettazione dei servizi comunali a gestione diretta o indiretta (tramite appalti, e/o convenzioni), che coinvolga tutti i principali soggetti presenti in ogni territorio (enti locali, scuole, servizi sanitari, sindacati, Terzo settore);
2. una risposta quanto più possibile coordinata al fine di promuovere opportunità educative e di socializzazione diffuse e di prossimità (per evitare spostamenti) sul territorio, in micro-gruppi, svolti all'aperto o in spazi chiusi che consentano il rispetto dei requisiti di distanziamento fisico, con chiari protocolli sanitari;
3. una ricognizione, per i bambini e ragazzi della scuola dell'obbligo e superiore, di coloro che non sono stati ancora raggiunti dalla didattica a distanza, per mancanza di accesso agli strumenti telematici o per abbandono, in modo da canalizzare le risorse messe a disposizione a questo fine dal governo e mettere a punto iniziative specifiche di sostegno e recupero durante l'estate;
4. riprendere e rafforzare, pur con i requisiti richiesti dalla nuova situazione, le iniziative sospese o fortemente ridotte durante la Fase 1 a sostegno dei bambini e ragazzi con disabilità o in condizione di grave disagio familiare

Tali azioni dovrebbero partire da una mappatura territoriale **1)** degli spazi aperti e apribili a bambini e ragazzi, privilegiando quelli verdi e attrezzati e le sedi scolastiche, che potrebbero essere utilizzate per la fornitura di servizi e **2)** dei soggetti che operano in ambito educativo, culturale, ricreativo e sportivo, al fine di valutare il coinvolgimento di tutti gli attori disponibili in un piano inclusivo di servizi che valorizzi le risorse, le esperienze e le professionalità già presenti sul territorio, utilizzando anche i giovani già selezionati per il servizio civile.

In un'ottica di medio-lungo periodo, senza aumentare la numerosità delle commissioni operanti nell'ambito della risposta pubblica alla pandemia, ma per focalizzarne meglio le competenze in un quadro integrato, è necessario che ai tavoli e alle commissioni che stanno lavorando alle condizioni necessarie per la riapertura dei servizi per la prima infanzia e delle scuole partecipino maggiormente i soggetti che in questi servizi operano e di questi servizi sono responsabili (ANCI, Conferenza Stato-Regioni, insegnanti, educatori, sindacati, enti del Terzo settore e dell'associazionismo civico) al fine di formulare chiare linee guida nazionali

per evitare che ciascun Comune o Regione si muova totalmente per conto suo, o non faccia nulla, lasciando le famiglie e i bambini e i ragazzi esclusivamente alle proprie risorse, accentuando le disuguaglianze, oltre che possibili rischi di iniziative fuori controllo dal punto di vista sanitario, oltre che educativo.

Nel documento proposto dall'Alleanza, accanto a una progressiva riapertura dei servizi e della scuola, viene affrontata la questione della conciliazione che dovrà essere favorita attraverso:

1. l'utilizzo del lavoro a distanza ovunque sia possibile, ma con possibilità di negoziare gli orari e con equilibrio tra donne e uomini e lungo la filiera gerarchica, auspicabilmente regolato attraverso percorsi partecipati dalle rappresentanze dei lavoratori;
2. la previsione della facoltà di andare in part time lungo straordinario, se espressamente richiesto da genitori con figli minori di 14 anni, assicurando il pieno diritto alla reversibilità su richiesta del lavoratore e della lavoratrice, sia per i padri sia per le madri, in modo da favorire l'alternanza tra i due;
3. il prolungamento del congedo genitoriale straordinario, con la possibilità di fruirne part time (analogamente al congedo ordinario), con una maggiore copertura contributiva e con un premio di giorni aggiuntivi se condiviso a turno da entrambi i genitori.
4. la valorizzazione del lavoro a distanza che, se non combinato con un adeguato set di congedi e permessi e in assenza di servizi educativi e scuola, potrà rappresentare, nelle circostanze attuali, una soluzione solo parzialmente adeguata, sovrapponendosi alla presenza dei figli 24 ore su 24 e ai compiti aggiuntivi di *home schooling*, di fatto prodotti dalla didattica a distanza, specie per i più piccoli. Il tutto, spesso, in condizioni di affollamento abitativo e mancanza di strumenti e competenze tecnologiche adeguate.

Infine, il documento sottoscritto dall'Alleanza sottolinea che la prolungata chiusura dei nidi, delle scuole e dei servizi integrativi per l'infanzia, nonché dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, costituisce un rischio, già in atto, per la stessa esistenza di questi servizi e l'occupazione di chi vi lavora, a conferma di una situazione di forte sofferenza soprattutto nei servizi privati, che costituiscono quasi la metà dei, già scarsi, nidi di infanzia, ma anche in quelli pubblici e nelle scuole dell'infanzia, così come tra gli educatori che lavorano con le scuole e con i bambini e i ragazzi disabili. Si rende necessario, pertanto, un sostegno economico per affrontare la transizione (inclusi i costi dei necessari adeguamenti strutturali e organizzativi), perché diversamente il rischio è che alla ripresa si possa assistere ad un drammatico ridimensionamento anziché ad un ampliamento di tale rete, accentuando ulteriormente la scarsità di questi servizi che colloca l'Italia tra i paesi europei meno generosi e meno universalistici in questo settore così cruciale per lo sviluppo e le pari opportunità tra bambini.

Assistenza agli anziani e Covid-19 in Italia: dalla Silver Economy al settore Long Term Care (LTC)

In tempi di isolamento sociale forzato, emerge nel dibattito pubblico la questione delle persone anziane sole, fragili, bisognose di qualche forma di assistenza. Considerando le rilevazioni ISTAT, secondo cui gli individui con almeno 65 anni di età costituiscono oggi il 22,8% della popolazione, ci si rende conto di come la vulnerabilità delle persone anziane rispetto al Coronavirus, particolarmente aggressivo nei loro confronti, e le difficoltà per famiglie e assistenti familiari (le cosiddette “badanti”) a raggiungerli per prendersene cura portano al pettine il nodo della totale inadeguatezza delle attuali forme di assistenza per le persone anziane. In un momento come quello attuale, l'assistenza domiciliare (SAD) offerta dai Comuni, ad esempio, per piccoli servizi domestici, disbrigo di pratiche e commissioni potrebbe svolgere un ruolo importante nel contrastare la solitudine e ridurre gli spostamenti della fascia di popolazione più esposta al rischio del contagio, ma tuttavia, nel corso questa pratica non solo non è stata rafforzata, ma al contrario ha subito restrizioni e limitazioni all'accesso. (Razzetti, 2020)

A partire dal 2011, le risorse destinate agli anziani tendono a diminuire mentre continua ad aumentare la popolazione di riferimento. (ISTAT, 2019) La spesa pro-capite per gli anziani, infatti, è passata da 122 euro nel 2010 a 92 euro annui nel 2016. La quota rivolta agli anziani sul totale della spesa sociale dei Comuni risulta in diminuzione già dagli anni precedenti, per una crescita meno sostenuta rispetto alle altre aree di utenza che ha portato la quota per gli anziani dal 25% del 2003 al 17% nel 2016.

Le principali voci di spesa per l'area anziani sono le strutture residenziali, comunali o private convenzionate (che assorbono circa il 38% delle risorse) e l'assistenza domiciliare. A risiedere nelle strutture comunali o finanziate dai Comuni è lo 0,8% degli anziani, valore stabile nel tempo ma contraddistinto da importanti differenze territoriali: dal 2,1% del Nord-est scende allo 0,1% nel Sud, dove i comuni che offrono questo tipo di assistenza sono solo il 16,9%, contro il 56,9% al Nord-est e il 33,3% a livello nazionale.

I Comuni destinano il 37% della spesa sociale per gli anziani all'assistenza domiciliare. La tipologia prevalente offerta dai Comuni è quella socio-assistenziale, che consiste nella cura e igiene della persona e nel supporto nella gestione dell'abitazione. Dal 2010 al 2016 per questo tipo di assistenza si registra un calo del 25% sia per la spesa che per il numero degli anziani assistiti, i quali passano da quasi 176mila nel 2010 a meno di 132mila nel 2016 (dall'1,4% all'1% degli anziani residenti). A questi utenti si aggiungono quasi 76mila persone (lo 0,6% degli anziani residenti) che ricevono Assistenza Domiciliare Integrata, ovvero con l'integrazione di prestazioni di tipo sanitario a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Anche l'assistenza domiciliare Integrata subisce un calo rispetto al 2010, quando gli anziani assistiti erano oltre 86mila, pari allo 0,7% dei residenti.

Come per le altre aree di utenza, emergono importanti squilibri a sfavore delle regioni del Sud, dove la spesa annua è di 48 euro pro-capite contro 80 euro nelle Isole, 78 al Centro, 91 al Nord-Ovest e 159 al Nord-Est. E' interessante notare che mentre al Nord-Est la spesa sociale pro-capite per gli anziani è diminuita dell'8% dal 2010 al 2016, nelle altre ripartizioni geografiche il calo è molto più accentuato: -19% al Sud, -24% nelle Isole, -34% al Centro e -35% al Nord-Ovest.

Le considerazioni sopra riportate introducono il concetto di *silver economy* che fa riferimento all'insieme dei servizi e dei prodotti destinati alla platea degli over 50 o, come sancito dalla Commissione Europea, alla somma delle attività economiche relative all'invecchiamento della popolazione e alle esigenze specifiche della popolazione over 50. Quello che distingue questo specifico approccio è il concepire l'invecchiamento della popolazione non come un costo per la collettività in termini di *burden of care*, bensì come una vera e propria risorsa che innesca meccanismi positivi nel mercato di riferimento. (Berloto e Perobelli, 2019)

Il fenomeno dell'invecchiamento investe indistintamente tutti paesi dell'Unione Europea e sta cambiando e delineando un nuovo assetto sociale in cui l'anziano ricopre un ruolo sempre più preponderante. Nuovi linguaggi, nuovi bisogni e, di conseguenza, nuove tipologie di offerta dovranno essere implementate rispetto a diversi ambiti di servizio, per adattarsi al meglio e con efficacia al mutarsi e all'evolversi della società. La *silver economy* in questo scenario è da ritenersi costituita da un nucleo essenziale di servizi sociali e sanitari, residenziali, semiresidenziali e domiciliari (che prendono il nome di *white economy*) a cui si aggiungono altre e variegata aree di servizio. (Berloto e Perobelli, 2019)

La *white economy*, più specificatamente, indica e ricomprende tutti servizi che possono essere ricondotti sotto il cappello tradizionale dell'assistenza e che rispondono a bisogni assistenziali che vengono coperti, difatti, dal settore del *Long Term Care* (LTC), sia esso pubblico o privato. La *silver economy*, a questi servizi sanitari e sociali, aggiunge una molteplicità di mercati e di diversi settori collegati (edilizia, tecnologia, turismo, cultura, benessere, prodotti finanziari) adottando quindi una prospettiva particolarmente ampia ed inclusiva dei bisogni e dei servizi per gli over 50. Alla tradizionale utenza degli anziani fragili e non autosufficienti, la *silver economy* aggiunge i "giovani anziani" e gli addetti alla cura (formale e informale). Una prospettiva di questo tipo costituisce quindi una vera e propria rivoluzione rispetto al settore sociosanitario come lo conosciamo oggi, sia in termini di perimetro e sfera di azione che di utenti e bacino di utenza potenzialmente raggiunto. (Berloto e Perobelli, 2019)

Il settore sociosanitario e sociale italiano per la LTC si caratterizza storicamente per l'assenza di un modello definito e organico a livello nazionale, e si è costruito su una serie di interventi legislativi successivi e progressivi che si sono sovrapposti nel tempo raggiungendo, di fatto, il risultato di accostare interventi a interventi e aggiungendo livelli di complessità crescente. La frammentazione e l'eterogeneità territoriale sono diventate in questo modo due caratteristiche distintive del settore. Il quadro normativo di riferimento a sua volta è variegato e frammentato in modo che gli interventi, ad oggi, non sono riuniti né tantomeno ricompresi in una cornice comune nemmeno a livello regionale. Comprendere e riconoscere la prospettiva dei diversi *policy makers* in termini di tematiche promosse e priorità identificate appare quindi, e da sempre, un esercizio di difficile soluzione anche se di grande interesse perché potrebbe contribuire a sciogliere i nodi della comprensione del sistema e a fare il punto sulle diversità e similitudini in essere, soprattutto alla luce dei recenti avvenimenti a carattere sanitario che hanno sconvolto la situazione mondiale. (Berloto e Notarnicola, 2019)

Le Regioni continuano a essere i principali pagatori dei servizi (con le quote sanitarie da Servizio Sanitario Regionale, i fondi sociali, i fondi non autosufficienza regionali e altre forme di integrazione alla spesa). Inoltre, il bacino territoriale regionale è quello a cui gestori e utenti guardano per la definizione delle regole di funzionamento e le modalità di accesso ai servizi.

Per comprendere ed identificare i maggiori cambiamenti di policy e le innovazioni rispetto al tema anziani (autosufficienti e non-autosufficienti) promosse dai soggetti pubblici risulta necessario, in prima

battuta, partire dall'analisi di cosa sia originato dalle regioni. Per fare questo è stata condotta, recentemente, una ricognizione sistematica e puntuale di quanto è stato prodotto nelle diverse regioni italiane negli ultimi 5 anni (Berloto e Notarnicola, 2019), con l'obiettivo di mappare gli interventi normativi e di policy che le regioni italiane hanno adottato nell'arco temporale compreso tra il 1° gennaio 2015 e il 30 aprile 2019, adottando uno schema di analisi che permettesse di individuare le principali linee di sviluppo del settore.

In questo contesto e considerando in maniera aggregata i risultati di tutte le regioni, la ricerca ha individuato che le aree su cui le singole regioni si sono maggiormente focalizzate hanno riguardato cambiamenti di sistema (31,1%) e cambiamenti di servizi esistenti (30,7%), mentre una percentuale poco inferiore di interventi ha invece riguardato cambiamenti di strategia complessiva regionale (27,8%) e solamente il 10,43% degli atti sono invece stati adottati per porre in essere servizi innovativi.

Questi primi risultati evidenziano complessivamente due macro tendenze: da un lato, la necessità di alcune regioni, con sistemi sociosanitari di formazione recente, di recuperare quanto non ancora fatto e normato rispetto alla regolazione e dall'altro, quella delle regioni più avanzate di aggiornare regole di funzionamento ormai in essere da diversi anni.

Analizzando le prospettive e i cambiamenti promossi dalle regioni in ambito strategico, la ricerca ha evidenziato gli elementi che sono risultati maggiormente inclusi nelle diverse strategie regionali degli ultimi anni:

- indicazione della necessità di analisi dei target e analisi dei bisogni e presentazione dei risultati;
- identificazione di specifici obiettivi da perseguire e definizione degli obiettivi di policy;
- identificazione di azioni operative, necessarie per lo sviluppo futuro del settore.

Liguria, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Molise sono le regioni che, tra i loro atti, hanno insistito maggiormente sulla visione strategica insistendo su obiettivi strategici nuovi o rinnovati (Piemonte), il Molise ha privilegiato l'analisi dei bisogni della popolazione o un mix tra obiettivi, mentre Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria sono le regioni che, tra i loro atti, hanno privilegiato l'analisi dei bisogni e la definizione di azioni.

Rispetto ai cambiamenti di sistema, la ricerca ha, inoltre, messo in primo piano gli elementi che sono risultati maggiormente inclusi e che hanno riguardato tre aree tematiche principali: *governance*, sistema di finanziamento e rete di servizi. Riguardo al tema della *governance*, sono stati incluse:

- tutte le iniziative di riconfigurazione dei sistemi sanitari e sociosanitari;
- le istituzioni di nuove aziende pubbliche così come gli accorpamenti o le fusioni di enti o aziende con competenze anche in materia di anziani;
- l'istituzione di organi di coordinamento, cabine di regia, gruppi di lavoro o altri organi intermedi con competenze sul tema;
- la ridefinizione delle competenze, ruoli e funzioni degli attori del sistema, ad esempio attività di monitoraggio e vigilanze, funzione di gestione e allocazione dei budget etc..

Queste azioni hanno riguardato soprattutto Abruzzo, Lombardia, Puglia, Campania, Toscana, Veneto e Calabria.

Nel caso di interventi riferiti al sistema di finanziamento, la seconda area tematica, sono stati classificati in questo modo solamente gli interventi che riguardavano delle iniziative riferite al finanziamento complessivo quale ad esempio l'allocazione e l'utilizzo di fondi regionali, le regole di assegnazione annuale dei fondi, il riparto di fondi nazionali ed europei. Questi hanno riguardato soprattutto le regioni Marche, Basilicata, Piemonte, Valle d'Aosta e Sicilia.

Infine, nella terza area tematica, riguardante gli interventi riferiti alla rete dei servizi sono state mappate solamente le iniziative riguardanti regole di autorizzazione e accreditamento e di monitoraggio regionale dei servizi e hanno riguardato soprattutto le regioni dell'Emilia Romagna, della Sardegna, del Molise, e la Provincia Autonoma di Bolzano

In tema di dimensioni dei servizi questa è stata declinata sia con riferimento ai cambiamenti di servizi pre-esistenti, sia alla messa in essere di nuovi servizi. I dati della ricerca rilevano che l'innovazione per i servizi già esistenti è stato pressoché equamente trattato da tutte le regioni, senza distinzioni tra nord e sud del Paese e con una relativa eterogeneità dei contenuti promossi, in linea con le caratteristiche delle singole regioni che quindi hanno cercato di agire sulla rete dei servizi a seconda delle specificità e necessità del sistema regionale. Le uniche regioni per le quali non sono stati individuate iniziative di questo tipo con riferimento alla rete dei servizi sociosanitari e sociali per anziani sono Liguria e Umbria.

Rispetto ai nuovi servizi, ovvero quelli introdotti ex novo per la prima volta nel periodo 2015-2019, la mappatura è stata orientata a identificare le diverse tipologie introdotte per quella specifica regione. Le diverse tipologie di nuovi servizi includono:

- ✓ nuove soluzioni al domicilio;
- ✓ nuove soluzioni per l'abitare e l'*housing sociale*;
- ✓ nuove forme di residenzialità assistenziale;
- ✓ nuove forme di centri diurni;
- ✓ nuove modalità di presa in carico (PIC);
- ✓ counselling.

Quello che colpisce maggiormente, ovviamente, sono i territori dove in cinque anni non sono state promosse (o quasi) innovazioni a livello regionale, come ad es. Calabria, Sicilia e Marche

Dopo avere mostrato quali siano stati i principali oggetti di lavoro su cui le regioni si sono concentrate con riferimento al settore anziani e LTC dal 2015 a oggi, la ricerca si è soffermata sulle necessità di cambiamento che potranno emergere adottando la prospettiva dei servizi. (Berloto e Notarnicola, 2019) Potendo beneficiare del confronto diretto con il Network Keyprovider del settore si è chiesto loro, in una prospettiva dal basso, quali dovrebbero essere i temi prossimi oggetto di lavoro per le regioni. L'esito della survey⁴ condotta nella primavera 2019 mostra i seguenti temi come prioritari dai gestori dei servizi:

1. lavorare sul tema del *counseling alle famiglie* per orientarle al meglio rispetto a servizi pubblici sempre più scarsi e per essere meglio in grado di leggere i loro bisogni e attivare le risorse strettamente necessarie;
2. lavorare sull'*integrazione tra pubblico e privato*, se la prospettiva è quella di un sempre maggior allargamento della forbice risorse pubbliche e bisogni dei cittadini è necessario che anche i policy makers ne prendano atto e attivino una modalità di interlocuzione e integrazione tra privato (anche con forme di welfare aziendale o di intermediazione di altro tipo);
3. incentivare l'*innovazione di servizi* (soprattutto al domicilio), perché la gamma dei servizi oggi presente nelle reti di offerta normate dal pubblico è molto stringente e ormai definita fin nei minimi dettagli. Si apre un periodo in cui è necessario lavorare sulle sperimentazioni, sulla flessibilità e sulla messa in discussione dei modelli tradizionali per portare a regime nuove soluzioni;
4. lavorare sull'*integrazione della filiera*, in quanto il sistema si sta sempre più polarizzando sulla presa in carico di specifiche casistiche che richiedano modello di presa in carico complessi e sempre più basati sul coordinamento e l'integrazione di attori e servizi diversi, azione non sempre agibile stante le attuali dinamiche del settore.

Questi temi introdotti e analizzati sono stati approcciati con l'obiettivo di cogliere cosa accadrà nel prossimo futuro dal punto di vista dei diversi attori (il regolatore pubblico, gli attori della *silver economy*, i gestori dei servizi), al fine di rendere sempre più chiare le tendenze oggi in atto e le aspettative rispetto al futuro. Una prospettiva che, oggi, alla luce della pandemia globale di coronavirus, acquista un senso ancora più profondo e che richiede interventi risolutivi ancora più urgenti, soprattutto perché ci si rivolge ad una platea caratterizzata da importanti fragilità.

In tale ambito, un'ultima osservazione va fatta sullo sviluppo del fenomeno del *badantato*. Nel corso degli anni 2000 si è prima avviato e poi sviluppato quella che è stata ad oggi la più grande innovazione in tale settore in Italia, ovvero l'istituzionalizzazione del mercato delle badanti, con più di un milione di operatori, la cui entità si apprezza ancora meglio considerando che per i circa 300.000 posti letto in RSA oggi disponibili è possibile stimare che lavorino 225.000 operatori (0,75 operatori per PL). La "badante" diventa così l'unica forma strutturata di servizio domiciliare conosciuta dalle famiglie e nessuna altra forma di assistenza rientra nell'immaginario collettivo italiano. È stato un cambiamento che non ha necessitato di infrastrutture e investimenti ma solo di manodopera, rispetto alla quale ben presto si sono attivati dei meccanismi di *recruitment* anche facendo leva su un preciso momento storico e sociale. (Fosti, Longo e Notarnicola, 2019)

Il fenomeno del *badantato* continua ad avere intrinsecamente dei processi di trasformazione interni, ancora oggi non guidati dal regolatore pubblico. Gli anni di permanenza media delle assistenti familiari nel nostro paese, accresciuti significativamente, hanno permesso un processo di integrazione sociale, che le ha portate a stabilizzarsi, ad avere un domicilio proprio e proprie reti sociali. Tutto ciò ha causato, da un lato, un

⁴ Alla survey hanno risposto 17 delle 20 aziende presenti nel Network Keyprovider del settore, operanti nelle seguenti regioni: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia Autonoma Trento, Puglia, Toscana, Veneto.

aumento dei costi per avere un assistente convivente e, dall'altro lato, una maggiore facilità nel trovare persone con molti anni di esperienza di assistenza LTC. Tuttavia, la recente frenata di ogni forma di immigrazione, poco si correla con il costante aumento delle persone con bisogni di LTC e quindi determinerà presto la necessità di quale innovazione di policy, in un senso (nuove immigrazioni) o nell'altro (nuovi servizi). I segnali sembrano dire che sarà necessario un investimento strutturale o di ricerca e sviluppo (per lo meno per la parte di innovazione tecnologica) e che difficilmente potrà essere di nuovo un cambiamento *labour intensive* visto anche considerando che le proiezioni statistiche già parlano di carenze strutturali di operatori nel prossimo futuro. (Fosti, Longo e Notarnicola, 2019)

Se non è possibile a oggi diagnosticare in modo preciso quale sarà la strada del settore LTC (in Italia ed in Europa) è possibile però dire che sono in atto numerosi tentativi ancora in cerca di una guida o di una rotta da seguire. Nel profondo la vera questione che rimane da dirimere è se il regolatore pubblico vorrà essere regista delle trasformazioni necessarie, indicando una strada realistica e percorribile, o se, per l'ennesima volta vorrà nascondersi dietro la facciata di un universalismo formale, lasciando che solo le determinanti epidemiologiche, sociali, e di mercato costruiscano il futuro settore, così come è già accaduto negli ultimi 20 anni con il fenomeno delle badanti. (Fosti, Longo e Notarnicola, 2019)

Le famiglie con disabili di fronte all'emergenza Covid-19: condizioni economiche e reti di aiuti

La disabilità di un singolo individuo si riflette sulle condizioni economiche e lo stile di vita di tutta la sua famiglia, perché, da una parte, essa può rendere più difficile trovare o conservare un'occupazione e ottenere retribuzioni soddisfacenti; dall'altra può far aumentare significativamente le spese familiari, come ad esempio quelle sanitarie, per l'assistenza specializzata, per l'acquisto di ausili sanitari, per l'eliminazione di eventuali barriere nell'abitazione. Inoltre, è problematico per i familiari conciliare il lavoro con le attività di cura ed a soffrirne è spesso il lavoro retribuito e (ciò vale soprattutto per le donne in quanto principali erogatrici di quelle attività). Tutto ciò comporta che la presenza di un disabile, da un lato può ridurre le risorse economiche della famiglia e, dall'altro, ne condiziona l'uso, per cui ne consegue un possibile abbassamento del tenore di vita dell'intera famiglia (ISTAT, 2019).

Nel sistema di welfare italiano prevalgono le politiche di tipo passivo, volte cioè a compensare le ridotte capacità di reddito tramite trasferimenti sociali legati alla presenza di disabilità. Accanto al sistema di welfare, che in Italia interviene a sostegno di invalidità gravi, la famiglia svolge un ruolo di ammortizzatore sociale verso i membri più fragili all'interno o all'esterno delle mura domestiche. Per soddisfare i bisogni di cura e assistenza di cui sono portatrici le famiglie con disabili, si attivano, infatti, le reti di aiuto informale o gratuito fornito da persone non coabitanti quali, prevalentemente, figli, genitori o fratelli, ma anche vicini e amici. Infatti, anche se il numero delle famiglie costituite al proprio interno da tre generazioni è basso, la maggior parte degli individui, come conseguenza dell'allungamento della sopravvivenza, possiede una rete di parentela in cui sono compresenti tre generazioni che condividono diversi decenni del percorso di vita e sono inseriti in una complessa rete di legami. Allo stesso tempo però, la riduzione della fecondità determina una diminuzione del numero di figli e discendenti potenzialmente disponibili. Gli aiuti informali contribuiscono a sostenere le condizioni economiche delle famiglie con disabili, sia direttamente, fornendo un aiuto economico, sia indirettamente, erogando supporto per beni e servizi necessari nel vivere quotidiano, che altrimenti dovrebbero essere acquistati sul mercato. (ISTAT, 2019)

Il welfare pubblico nel suo complesso, malgrado i progressi, è, per dimensioni e struttura degli interventi, insufficiente, nel nostro paese, a liberare il quadro dalle zone grigie. Il percorso, spesso drammatico, che porta dalle menomazioni alle limitazioni fa anche emergere come l'impegno a cercare di "limitare le limitazioni" spesso abbia un costo rilevante in termini di ridotte opportunità, e non soltanto economiche, per i membri della famiglia, in particolare le donne. Le disabilità finiscono, dunque, per essere fonte di disuguaglianza di opportunità, oltre che per coloro che ne soffrono direttamente, anche per i loro familiari e amplificano alcune preesistenti disuguaglianze di opportunità di genere ma anche territoriali. Tali considerazioni se analizzate all'interno della situazione contingente caratterizzata dall'emergenza Covid-19 portano alla considerazione che la disabilità è ancora un rischio di cui la società, attraverso le sue istituzioni, si fa ancora troppo poco carico, e lascia che esso ricada in misura rilevante sui singoli. Affrontare la nuova emergenza sanitaria significa anche ricollocare il problema della disabilità più tra i rischi individuali che non tra quelli sociali. (ISTAT, 2019)

Sul totale delle prestazioni pensionistiche erogate in Italia nel 2017 un quarto è destinato a persone con disabilità (24,9%) per una spesa complessiva di 37,2 miliardi di euro pari al 13% della spesa complessiva

per pensioni. Il 34,7% della spesa è allocata al Nord, il 21,9% al Centro, il 43,4% nel Mezzogiorno. Dal 2012 ad oggi la spesa per i trasferimenti economici in favore delle persone con disabilità risulta sostanzialmente stabile, ma con andamenti diversificati rispetto al settore di intervento. Si osserva così che la spesa di natura previdenziale si è mantenuta stabile, mentre quella assistenziale è diminuita costantemente fino al 2016. Spostando l'attenzione dalle singole prestazioni ai beneficiari, nel 2017 sono stati 4,4 milioni i destinatari di trasferimenti economici legati alla disabilità (1,3 pensioni pro capite), che rappresentano il 6,8% della popolazione e l'11,3% della popolazione in età attiva. Dal punto di vista demografico, la disabilità è una condizione che coinvolge soprattutto gli anziani: quasi la metà dei beneficiari (43,1%) ha più di settantacinque anni, il 59,4% ne ha più di sessantacinque. Il numero di beneficiari cresce con l'avanzare dell'età quando la condizione di disabilità si cumula al naturale processo di invecchiamento. Le differenze di genere sono legate alla longevità: infatti, la quota di beneficiari dopo gli 84 anni di età è a vantaggio delle donne. (ISTAT, 2019)

L'articolo 118 della Costituzione e la Legge quadro n.328 del 2000 attribuiscono ai Comuni le competenze gestionali sui servizi socio-assistenziali, finalizzati a garantire un adeguato supporto alle famiglie con bisogni sociali di varia natura, tra cui quelli connessi alla cura e all'inclusione sociale delle persone disabili. Secondo le rilevazioni dell'ISTAT, dal 2003 fino all'ultimo anno disponibile i Comuni italiani nel loro complesso hanno impiegato risorse crescenti per le persone con disabilità, sia in valore assoluto sia in rapporto alla popolazione di riferimento, passando da circa un miliardo e 22 milioni di euro nel 2003 a un miliardo e 797 milioni di euro nel 2016. La spesa annua pro-capite per persona disabile residente in Italia è quasi raddoppiata, passando da 1.478 a 2.852 euro; parallelamente è aumentato il peso di questa tipologia di spesa sulla spesa sociale totale dei Comuni: dal 19,7% al 25,5%. Ciò è dovuto al fatto che la spesa per i disabili ha continuato a crescere dal 2003 al 2016, anche se dopo il 2009 ad un ritmo leggermente più contenuto rispetto al passato. L'istituzione del fondo nazionale per la non autosufficienza sembra dunque aver garantito una maggiore tutela alle persone con disabilità rispetto ad altri segmenti vulnerabili della popolazione. (ISTAT, 2019)

Il problema della disabilità può essere affrontato attraverso un'analisi a livello familiare (ISTAT, 2019). Le reti di aiuto informale in Italia per la disabilità, infatti, svolgono una funzione rilevante dal momento che il modello di welfare nel nostro Paese continua a basarsi sulla famiglia, e, in particolare, sulle donne, per dare sostegno ai soggetti più vulnerabili (persone con disabilità, disoccupati, anziani, bambini). Le reti di aiuto informale sono espressione di legami intergenerazionali che si manifestano con forza ma anche in modo mutevole in tutte le fasi del ciclo di vita e consentono di fare fronte ai diversi bisogni che via via si presentano: assistere bambini o anziani, fare compagnia, accompagnare o dare ospitalità, espletare pratiche burocratiche o svolgere attività domestiche, dare un sostegno economico, effettuare prestazioni sanitarie, aiutare nello studio o nel lavoro.

In un Paese come l'Italia, in cui, per effetto delle dinamiche demografiche in atto da diverso tempo, quali l'allungamento della sopravvivenza e la riduzione della fecondità, i legami intergenerazionali assumono un rilievo particolare. Le donne sono, da sempre, più coinvolte nelle reti di aiuto informale rispetto agli uomini, e incontrano grandi difficoltà a conciliare il loro ruolo di *caregiver* con la partecipazione al mercato del lavoro. In conseguenza delle frequenti interruzioni lavorative per motivi di cura di altri familiari e parenti, senza compensazioni né relativi diritti pensionistici, le *caregiver* corrono un maggior rischio di finire in età anziana in condizione di povertà; inoltre, per via della maggiore sopravvivenza e della più lunga vedovanza, le donne sono anche più spesso destinatarie di aiuti, nella fase più anziana (ISTAT, 2019)

È possibile studiare la rete di assistenza delle famiglie con disabili, l'organizzazione interna di tale rete, la dimensione e la direzione dei flussi di aiuto secondo le tre componenti distinte per la loro provenienza: informale o gratuita, privata o a pagamento, e pubblica cioè proveniente da istituzioni quali Asl, Comuni e cooperative convenzionate. Le famiglie si avvalgono in misura differente del sostegno proveniente, a titolo gratuito, da persone non coabitanti: si tratta per la maggior parte di aiuti erogati da familiari e parenti non coabitanti, ma anche, in minor misura, di amici e vicini. Le famiglie con disabili ricevono sostegno dalla rete informale in misura doppia rispetto alla media delle famiglie (32,4% contro 16,8% del totale delle famiglie). Si tratta di un ventaglio di aiuti molto articolato e che, data la struttura per età invecchiata di queste famiglie, comprende, in larga parte, aiuti per assistenza di adulti (52,0% contro 15,9%), compagnia, accompagnamento e ospitalità (48,6% contro 25,5%), attività domestiche (45,0% contro 33,2%), espletamento di pratiche burocratiche (41,2% contro il 23,9%) e prestazioni sanitarie (38,1% contro il 17,6%).

L'estensione della rete si amplifica in base alle condizioni di difficoltà delle famiglie ed alla capacità di attirare aiuti da fuori le mura domestiche: gli aiuti ricevuti crescono passando dalle famiglie con anziani a quelle con un disabile e crescono ancora di più se sono presenti entrambe le caratteristiche. Le famiglie con

disabili ricevono, invece, in misura inferiore rispetto alla media, aiuti di tipo economico (12,8% contro 21,3%), nello studio (0,9% contro 3,2%) e in cibo, vestiario (7,6% contro 9,5%).

In generale, le reti di aiuto informale si manifestano soprattutto nell'erogazione di supporto per le attività domestiche ma quando si prendono come riferimento le famiglie con disabili, portatrici di bisogni specifici, esse si attivano soprattutto per attività di cura della persona nelle attività quotidiane come aiuti per vestirsi, lavarsi, mangiare, e a seguire, con occorrenze comunque più frequenti rispetto alla media delle famiglie, anche per fare compagnia, accompagnare o ospitare, per espletare pratiche burocratiche e per erogare prestazioni sanitarie.

La maggiore intensità degli aiuti informali erogati alle famiglie con disabili è anche riscontrabile considerando la molteplicità degli aiuti gratuiti: le famiglie con disabili sono in grado di attivare una rete di sostegno dalle maglie più fitte. Mentre per il totale delle famiglie il sostegno si concentra nel 55,7% dei casi su un solo tipo di aiuto nell'arco di un mese, per le famiglie con disabili si assiste a un'ampia diversificazione degli aiuti che in quasi la metà dei casi (46,0%) rientrano in tre o più tipologie. Tra gli aiuti erogati dalla rete informale, il più importante (lo considera tale 1 famiglia con persona disabile su 10) sembra essere proprio quello di assistenza, cioè la cura della persona disabile nelle attività quotidiane, seguono le prestazioni sanitarie (6,1% delle famiglie) e, quindi, compagnia, accompagnamento e ospitalità (4,5%). Per il totale delle famiglie la graduatoria è diversa: sono più importanti gli aiuti per l'assistenza dei bambini (3,6%), seguiti da quelli economici (2,8%) e da quelli per attività domestiche (2,7%).

A livello territoriale permangono le storiche differenze tra le ripartizioni geografiche: la rete informale di aiuti è più estesa e ramificata nel Nord, in particolare nel Nord-Est del Paese. In questa area, che è anche quella dove gli aiuti alle famiglie in generale sono più diffusi (20,5% rispetto al 16,8% della media nazionale), le famiglie con disabili che ricevono aiuti informali sono il 37,7% contro il 35% nel Nord-Ovest, 30,9% nel Centro e solo il 28,8% nel Mezzogiorno. Anche la configurazione degli aiuti cambia nelle varie zone del Paese: nel Nord-Est sono più frequenti gli aiuti per compagnia, accompagnamento e ospitalità, per le attività domestiche, le pratiche burocratiche e anche gli aiuti economici; nel Nord-Ovest, gli aiuti per compagnia, accompagnamento e ospitalità; nel Centro, l'assistenza degli adulti, le prestazioni sanitarie e gli aiuti economici; nel Mezzogiorno sono più frequenti gli aiuti per attività domestiche e assistenza di adulti. La molteplicità degli aiuti informali è un po' più diffusa nel Mezzogiorno dove il 49,6% delle famiglie con disabili riceve tre o più tipi di aiuto, seguita dal Nord-est con il 48,2%, che distanzia di 6 punti percentuali Nord-ovest e Centro (entrambe 42% circa).

Le famiglie con disabili fanno ricorso ai servizi offerti dal mercato per procurarsi, pagandoli, gli aiuti di cui hanno necessità nella percentuale del 24,4%, ben superiore al 10,1% relativo al totale delle famiglie. Le famiglie con disabili ricorrono ai servizi a pagamento per usufruire di un collaboratore domestico (13,6% contro il 7,9% della media delle famiglie), l'assistenza ad un anziano (10,3% contro 1,6%) e l'assistenza ad un disabile (6,7% contro 0,6%). Ricadono in questo ambito anche i servizi di cura a domicilio alimentati dalle ondate migratorie femminili a partire dagli anni '90 (Naldini, 2014; Bonizzoni, 2019).

Di nuovo, sono molto rilevanti le differenze territoriali. A Nord vi ricorrono il 27% circa delle famiglie con disabili, altrove il 22% circa. Nel Nord sono più frequenti tanto l'assistenza ad un anziano (12% circa) quanto quella ad un disabile (8% circa); inoltre, nel Nord-est è maggiore anche il ricorso ad un collaboratore domestico (16,0%).

Una parte del sostegno alle famiglie in Italia proviene dal settore pubblico o istituzionale. Questo tipo di supporto comprende sia aiuti economici sia prestazioni non sanitarie di aiuto e assistenza a domicilio erogati dal Comune, da istituti di beneficenza o enti, oppure prestazioni sanitarie a domicilio erogate da ASL o cooperative convenzionate. Il sostegno del settore pubblico alle famiglie è, però, inferiore rispetto a quello ricevuto in modo informale o a pagamento, ma per le famiglie con disabili, esso è del tutto paragonabile a quello privato o a pagamento: degli aiuti erogati dal settore pubblico beneficia il 25,4% delle famiglie con disabili (contro il 7,1% della media).

Per quanto riguarda il mix degli aiuti, la ricerca condotta dall'ISTAT evidenzia che le famiglie complessivamente raggiunte da una qualunque forma di aiuto o sostegno sono il 27,6%, ma se si considerano le sole famiglie con disabili la percentuale praticamente raddoppia, raggiungendo il 54,2%. La componente più rilevante è quella informale che riguarda un terzo di queste famiglie, mentre gli aiuti privati e quelli pubblici si equivalgono, essendo entrambi utilizzati da circa un quarto di esse. Complessivamente il 31,6% delle famiglie con almeno un componente con gravi limitazioni si avvale di una sola tipologia di aiuto mentre il 22,7% ricorre a due o più fonti nel corso dell'anno. La pluralità di bisogni di queste famiglie spiega la notevole

differenza tra l'ultimo dato e quello corrispondente, relativo alla media di tutte le famiglie (appena 5,6%), che per lo più ricorrono soltanto ad aiuti di carattere informale.

Le famiglie con disabili che non ricevono alcuna forma di supporto, né informale, né privata, né pubblica sono ancora moltissime: il 45,8% (contro il 72,4% della media). Anche le differenze territoriali sembrano segnalare importanti squilibri. Quasi due famiglie su tre nel Nord, in particolare del Nord-Est, sono raggiunte da una qualche forma di aiuto, mentre nel Mezzogiorno sono meno di una su due. Nelle aree in cui è maggiore l'utilizzo di una forma di supporto è maggiore anche l'utilizzo delle altre forme: nel Nord-Est, ad esempio, non solo è più sviluppata la rete di aiuti informali ma è anche più alto il ricorso a servizi di mercato, probabilmente grazie a migliori condizioni economiche, e il sostegno erogato da enti pubblici o istituzioni. Nel Mezzogiorno invece il distacco rispetto alle famiglie del Nord-Est è di 8 punti percentuali e riguarda tutte e tre le componenti di aiuto, anche se è particolarmente ampio nel caso del settore pubblico (19,8% rispetto al 30,4% nel Nord-Est).

Come già detto in precedenza la comparsa del coronavirus ha reso più complicata la gestione e l'accudimento delle persone con disabilità. Il *Decreto Cura Italia* ha stabilito, per tutto il territorio nazionale, la sospensione dell'attività nei centri semiresidenziali, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 e di far rispettare le regole per il distanziamento sociale. Nel contempo, però, il *Decreto* ha previsto che l'Azienda sanitaria locale può, d'accordo con gli enti gestori dei centri diurni socio-sanitari e sanitari, attivare interventi non differibili in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, ove la tipologia delle prestazioni e l'organizzazione delle strutture stesse consenta il rispetto delle previste misure di contenimento.

Durante la sospensione delle attività sociosanitarie e socioassistenziali nei centri diurni per anziani e per persone con disabilità, inoltre, considerata l'emergenza di protezione civile e il conseguente stato di necessità, le pubbliche amministrazioni forniscono, avvalendosi del personale disponibile, già impiegato in tali servizi, prestazioni in forme individuali domiciliari o a distanza o resi nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente i servizi senza ricreare aggregazione. Tali servizi si possono svolgere secondo priorità individuate dall'amministrazione competente, tramite co-progettazioni con gli enti gestori, impiegando i medesimi operatori ed i fondi ordinari destinati a tale finalità, alle stesse condizioni assicurative sinora previsti, anche in deroga a eventuali clausole contrattuali, convenzionali, concessorie, adottando specifici protocolli che definiscano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela della salute di operatori ed utenti.

Gli aiuti alla disabilità, però, non si esauriscono all'assistenza domiciliare, ma si estendono nel campo del lavoro e della didattica a distanza. Secondo il *Decreto Cura Italia*, infatti, in primo caso, i lavoratori dipendenti disabili o che abbiano nel proprio nucleo familiare una persona con disabilità, ai sensi della legge 104/92, hanno diritto a svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione. Anche l'assenza dal posto di lavoro da parte di uno dei genitori conviventi di una persona con disabilità non può costituire giusta causa di recesso dal contratto di lavoro ai sensi dell'articolo 2119 del codice civile, a condizione che sia preventivamente comunicata e motivata l'impossibilità di accudire la persona con disabilità a seguito della sospensione delle attività dei centri di assistenza sociosanitari. Per quanto riguarda la didattica a distanza, il *Decreto* ha destinato 10 milioni di euro nel 2020 per consentire alle istituzioni scolastiche statali di dotarsi immediatamente di piattaforme e di strumenti digitali utili per l'apprendimento a distanza, o di potenziare quelli già in dotazione, nel rispetto dei criteri di accessibilità per le persone con disabilità.

La rivoluzione digitale per il welfare a sostegno delle fragilità: anziani, minori e disabili

La società italiana, così come quella europea, è caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione, da un trend delle nascite in calo e da un saldo demografico tra nati e defunti negativo. I nuclei familiari sono sempre più frammentati, così come le reti sociali e di comunità, causando una incidenza crescente della solitudine. A fronte di questi cambiamenti ed in seguito alla crisi economico finanziaria del 2008, i sistemi di welfare locali e nazionali hanno visto ridursi i budget dedicati alle politiche sociali, mentre, di contro, sono aumentati i bisogni dei servizi sociali da parte della popolazione. Alla luce dell'emergenza sanitaria esplosa nel corso degli ultimi mesi in seguito alla diffusione del Covid-19, sorge la necessità di riavviare il dibattito, ormai non più rinviabile, attorno alla riorganizzazione ed al rinnovamento dei servizi tradizionali di welfare: tra le possibili soluzioni avanzate per rispondere al cambiamento si annoverano le

innovazioni tecnologiche, individuate come uno degli elementi del più ampio insieme delle esperienze di *social innovation*. (Perobelli, 2019)

Viviamo in un'epoca caratterizzata dalla *rivoluzione digitale* (diffusione di infrastrutture e strumenti digitali, dispositivi mobili, connessioni ad Internet a banda larga e piattaforme digitali di aggregazione e ricomposizione) che ha profondamente inciso sul modo di vivere, lavorare, gestire le aziende e, in molti casi, ha determinato il cambiamento della struttura e delle caratteristiche di interi settori. Anche il settore del welfare non è rimasto immune da questa rivoluzione e le logiche che caratterizzano l'epoca della digitalizzazione stanno impattando sempre di più sui modelli di erogazione e di organizzazione dei servizi alla persona. Emerge con chiarezza, quindi, che l'innovazione digitale può incidere in diverse direzioni, agendo all'esterno dei confini delle organizzazioni, favorendo o incentivando la creazione di interazioni o comunità tra utenti, può agire nel passaggio tra il confine organizzativo e quanto avviene al suo esterno, infine, può anche intervenire a livello organizzativo interno, incidendo sulle relazioni che vi possono essere tra persone che lavorano in un'organizzazione, oppure mettendo in connessione e modificando le interazioni tra i diversi livelli gerarchici. Le diverse possibilità di applicazione delle innovazioni digitali generano degli impatti non di poco conto dal punto di vista organizzativo e manageriale che interessano anche i servizi di welfare, con specifico riferimento agli anziani, ai minori e alle persone con disabilità. (Rotolo, 2019)

Per quanto riguarda le implicazioni dell'innovazione digitale nei servizi di welfare, in una recente ricerca (Rotolo, 2019b) è stata proposta una lettura delle evidenze raccolte tramite *survey*, casi studio ed interviste volte ad approfondire i principali elementi emersi dallo studio di ciascuna tipologia di servizio: servizi per anziani, servizi per minori e servizi per persone con disabilità. Il primo aspetto analizzato riguarda le implicazioni dell'innovazione digitale nei servizi agli anziani. Il quadro di sintesi che risulta da una indagine esplorativa condotta su 142 strutture sociosanitarie per anziani in Italia restituisce una diffusione limitata delle innovazioni tecnologiche, oggi per lo più legata all'adozione di *app* e dispositivi mobili, oggetti e sensori connessi a Internet e piattaforme digitali di integrazione, mentre sono ancora marginali gli esempi di introduzione e di sperimentazione di tecnologie più innovative. Si riscontra, inoltre, uno scarso orientamento strategico ed una limitata visione su come le tecnologie potrebbero cambiare le modalità di erogazione e di fruizione dei servizi sociosanitari.

Considerato che i servizi erogati nelle strutture sociosanitarie per anziani sono caratterizzati da una componente sanitaria rilevante e, spesso, da condizioni di non autosufficienza degli utenti già molto avanzate, i *provider* sociosanitari auspicano che l'innovazione possa essere introdotta con maggiore semplicità attraverso determinate condizioni quali, la disponibilità di risorse, la rimozione di vincoli normativi e la propensione delle persone che operano all'interno delle strutture ad adottare nuove tecnologie senza produrre forti resistenze. Sul versante della *vision*, invece, si riscontra un approccio ancora legato a paradigmi tradizionali, in quanto sembra ancora mancare al momento una vera spinta verso le nuove frontiere della tecnologia.

La rivoluzione digitale non viene percepita come leva per il miglioramento della capacità di risposta ai bisogni degli utenti, ma come strumento per ricercare l'efficienza produttiva. Il tema delle risorse e dei vincoli ad essi collegati sembra essere l'elemento che più influenza il ragionamento attorno alle nuove tecnologie. Tuttavia, esistono grandi potenzialità da cogliere nell'utilizzo della tecnologia per l'assistenza agli anziani o per supportare i *caregiver*. Si intravedono, infatti, possibilità di erogare servizi innovativi che rispondono alle esigenze di target di utenza non ancora intercettati, dando la possibilità di esplorare nuovi mercati, che essendo al momento al di fuori dei tradizionali schemi di regolamentazione pubblica, presentano anche minori vincoli dal punto di vista delle normative e consentono maggiori spazi di innovazione.

Anche per il settore dei servizi ai minori (Rotolo, 2019b) si conferma il ragionamento svolto attorno ad alcuni temi emersi sull'area degli anziani. Anche in questo caso la preferenza è verso le innovazioni digitali più tradizionali rappresentate in tutti i casi approfonditi dall'utilizzo di applicativi e software ad hoc, spesso veicolati tramite l'uso di dispositivi mobili (ad es. tablet). La decisione di introdurre l'innovazione digitale nei servizi deriva in alcuni frangenti da un impulso quasi imprenditoriale da parte di chi dirige il servizio, oppure di chi era indirettamente coinvolto nell'ambito di attività del servizio scolastico; esistono però anche situazioni in cui l'introduzione di innovazioni digitali è parte di una più consapevole e strutturata scelta strategica aziendale.

La tecnologia si configura sempre come strumento a supporto dei modelli già esistenti, considerata come un valido alleato nella possibilità di arricchire il servizio esistente. L'utilizzo delle tecnologie (software gestionali, *app*, tablet, robot) si affianca quasi sempre all'attività più tradizionale che coinvolge minori e operatori, ampliando le possibilità di interazione e apprendimento. In questo senso, i modelli di servizio non vengono stravolti, ma individuano nuove opportunità di interazione con i beneficiari o anche con i famigliari.

In base ai casi di studio approfonditi non si sono riscontrate resistenze a livello organizzativo, sia nella fase dell'introduzione dell'innovazione tecnologica, sia nel momento in cui essa diventa routinaria nelle attività, così come l'impatto sull'utenza e sui famigliari è stato privo di forti ostacoli. Questo approccio positivo è spiegabile sia in relazione al tipo di utenza (i bambini vivono già in una realtà fatta di dispositivi e altre innovazioni digitali), sia in base alle caratteristiche degli operatori protagonisti dei casi di studio, caratterizzati da un'età giovane e dall'appartenenza a organizzazioni che stanno provando a impostare strategie legate alla digitalizzazione. Complessivamente, però, ci si trova ancora in una fase esplorativa nel percorso di introduzione strutturata delle innovazioni digitali nei servizi ascrivibile all'assenza di strumenti o approcci sistematici di misurazione e di rilevazione degli impatti delle nuove tecnologie. I riscontri raccolti, infatti, durante la ricognizione dei *case study* e nel corso delle interviste fanno principalmente riferimento alla percezione di operatori e alla raccolta indiretta di feedback dei genitori dei bambini.

Il terzo settore preso in esame dallo studio (Rotolo, 2019b) si sofferma sul problema dell'innovazione nei servizi per persone con disabilità. Su tale versante è emerso dalle interviste un ampio divario tra le potenzialità offerte dalle innovazioni tecnologiche digitali in termini di qualità della vita, inclusione e partecipazione alla vita di comunità e l'effettiva diffusione e utilizzo delle stesse, soprattutto all'interno dei servizi pubblici. In tale ambito è importante sottolineare il tentativo di sviluppare un nuovo approccio di lavoro all'interno del *setting* dei centri assistenziali diurni, utilizzando tecnologie assistive e multimediali. E' anche importante sottolineare che l'aver investito sulla fase di progettazione con la finalità di renderla rispondente alle esigenze reali di utenti e operatori, ha contribuito all'esito positivo delle sperimentazioni. I software e le app sviluppate con specifico utilizzo a supporto dei bisogni educativi speciali, ad esempio, vanno a cogliere un'area di servizio di sempre maggiore preoccupazione per i genitori, dove per altro si registra un arretramento dell'investimento pubblico. In tal modo, il modello di servizio cambia per offrire nuove risposte a un fabbisogno sempre crescente.

Un altro elemento importante da mettere in evidenza, per quanto riguarda l'area delle persone con disabilità, è l'utilizzo dell'innovazione digitale a cavallo tra *setting* diversi. Sia per i centri diurni, sia per i minori con bisogni educativi speciali, la forza dell'innovazione digitale risiede nella possibilità che offre di collocarsi trasversalmente tra l'attività svolta nel *setting* istituzionale (centro diurno, scuola, studio dello specialista) e il domicilio dell'utente.

Infine, l'esperienza ci segna un ultimo elemento da considerare. Nell'ottica del mantenimento dell'economicità aziendale, le innovazioni tecnologiche digitali utilizzate sono da ritenersi una spesa sostenibile, soprattutto considerando le possibilità di ammortizzare su più anni gli investimenti fatti, ma anche in relazione alle possibili partnership attivabili con soggetti pubblici e privati.

In conclusione, preme sottolineare che le trasformazioni del contesto sociale, demografico, epidemiologico, economico, stanno facendo emergere con sempre maggiore forza la necessità di individuare modalità di risposta alternative più coerenti con l'evoluzione dell'utenza, per cui la tecnologia potrà essere un valido supporto nel raggiungere questi ambiziosi obiettivi. La digitalizzazione può avere un duplice impatto sui modelli di servizio del settore welfare. Nel primo, le innovazioni digitali sono utilizzate come supporto al modello di servizio tradizionale, come una modalità per ampliare le prospettive di lavoro e le possibilità di interazione con gli utenti e le loro famiglie. Il secondo approccio, invece, è quello che riserva un ruolo più dirompente per la tecnologia nei servizi, che può essere utilizzata per individuare oggetti e modalità di lavoro per dare risposta a fabbisogni crescenti e attualmente non coperti dai servizi tradizionali o, ancora, per consentire nuove modalità di risposta ai bisogni degli utenti al di fuori dei perimetri tradizionali e trasversalmente tra i diversi *setting*. In definitiva, l'indagine esplorativa condotta su una parte del settore welfare restituisce una fotografia fatta di ampi spazi di innovazione ancora da occupare, soprattutto occorre riflettere in merito al ruolo che può avere la rivoluzione digitale. La domanda cruciale cui dovranno rispondere nel prossimo futuro i moderni manager del welfare è se salire sopra il treno in corsa della tecnologia digitale per prendere un posto a sedere, magari come macchinisti della locomotiva, oppure se si vuole rischiare di essere travolti dall'alta velocità dell'innovazione. (Rotolo, 2019b)

Brevi considerazioni conclusive

L'esperienza del Covid-19 ha messo ancor più in evidenza le problematiche e le fragilità del nostro sistema di protezione sociale. In merito alle considerazioni sopra svolte necessitano alcune riflessioni di carattere conclusivo. La prima riflessione, riguarda la presenza di una comunità di policy (fatta perlopiù di

tecnici ed esperti), organizzata e indispensabile per superare l'emergenza, capace di sfruttare la crisi per modificare l'agenda, contestare lo status quo, argomentare in favore di un cambiamento, anche radicale, delle linee di politica pubblica seguite negli ultimi decenni: una comunità, cioè, capace di agire efficacemente come gruppo di *advocacy*. (Razzetti, 2020) In secondo luogo, per costruire un impianto comprensibile, efficace e robusto, si deve partire dall'intera popolazione distinta in minori, inoccupati, pensionati e occupati, valutare le misure da modificare o espandere, affinché tutte le categorie siano tutelate, e attivarle tempestivamente, realizzando una campagna comunicativa potente che utilizzi le piattaforme digitali pubbliche in costruzione. (Barca e Gori, 2020) Una terza riflessione riguarda l'azione pubblica economica e sociale necessaria per contrastare la crisi indotta dal virus. In tal senso si possono identificare tre distinti obiettivi, di pari rilievo:

a) evitare l'impoverimento delle persone e l'acuirsi delle disuguaglianze conseguenti alla caduta dei redditi da lavoro e agli ostacoli derivanti dal distanziamento sociale;

b) evitare il collasso del sistema produttivo, specie di quella parte che costituisce la capacità competitiva potenziale del paese e la sua infrastruttura sociale;

c) promuovere attività private, pubbliche e sociali prioritarie, necessarie nel breve termine per contrastare (in condizioni di sicurezza sanitaria) gli effetti del virus e nel medio-lungo termine per imprimere, con la partecipazione dei cittadini e del lavoro, un cambio di rotta allo sviluppo su basi di giustizia ambientale (transizione ecologica e agro-alimentare) e sociale. (ForumDD e Asvis, 2020)

Se si vuole agire affinché la finestra di opportunità aperta dalla crisi anche sul fronte delle politiche sociali diverse da quelle sanitarie non si richiuda rapidamente e che nella definizione dell'agenda e delle politiche abbiano voce anche gruppi più vulnerabili e meno organizzati di quelli ascoltati sino ad oggi, appare quindi più che mai cruciale il ruolo delle tante forme organizzate della società a difesa di questi gruppi. Spetterà quindi ai corpi intermedi e alle reti e alle alleanze che fanno *advocacy* (dall'Alleanza per l'Infanzia alla rete Investing In Children, da Save the Children all'Alleanza contro la Povertà in Italia, da ActionAid al Network non autosufficienza e ai tanti altri soggetti attivamente impegnati nel primo e nel secondo welfare) provare a sviluppare strategie comunicative convincenti e avanzare proposte scientificamente robuste, per aiutare a trasformare le tante "condizioni" di difficoltà esacerbate dalla crisi in corso in veri e propri "problemi" così si potrà forse non solo scongiurare il rischio che la crisi del Coronavirus accresca le disuguaglianze, ma anche trasformare questa occasione drammatica nel volano per un auspicabile *policy change*. (Razzetti, 2020)

Bibliografia

- Alleanza Contro la Povertà (2020), Le proposte dell'Alleanza contro la povertà durante e dopo l'emergenza, 14 aprile 2020, www.alleanzacontrolapoverta.it
- Alleanza per l'Infanzia (2020), La scuola e i servizi educativi per la prima infanzia sono altrettanto cruciali delle attività produttive per la ripresa e il futuro del paese, 30 aprile 2020, www.alleanzainfanzia.it
- Barca, F. e Gori, C. (2020), Una protezione sociale universale per affrontare subito l'emergenza. Proposte costruttive per il confronto in Parlamento e nel Paese, Roma 16 marzo 2020, www.forumdisuguaglianzediversita.org
- Berloto S. e Notarnicola E. (2019), La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le regioni?, in Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano: EGEA SpA
- Berloto S. e Perobelli E. (2019), Dalla *Silver Economy* al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto, in Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano: EGEA SpA
- Birkland, Th. A. (1998), Focusing Events, Mobilization, and Agenda Setting, *Journal of Public Policy*, 18
- Camera dei Deputati (2020), Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, Servizio Studi, Documentazione parlamentare, 20 aprile 2020, www.temi.camera.it
- European Commission (2019), Country Report Italy 2019. European Semester, Brussels
- Forum DD e ASVIS (2020), Curare l'Italia di oggi, guardare all'Italia di domani. Proposta per rendere universale la protezione sociale contro la crisi, Forum Disuguaglianze e Diversità (ForumDD) e Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS), 30 marzo 2020, Il documento è disponibile sul sito www.secondowelfare.it
- Fosti G., Longo F. e Notarnicola E. (2019), Conclusioni: quali lezioni per il settore LTC? in Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano: EGEA SpA
- ISTAT (2019), La spesa dei comuni per i servizi sociali. Anno 2016 (dati provvisori), Statistiche Report, 3 gennaio 2019, Roma: ISTAT, www.istat.it
- ISTAT (2019), Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni, Roma: ISTAT, www.istat.it
- OCSE (2019), Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE, Parigi: OECD Publishing, Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles.
- Maier C. et al. (2018), Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries, *Human Resources for Health*, 16(1):24.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, *Sistema dei Servizi Sociali – Emergenza Coronavirus*, Circolare n.1/2020, 27 marzo 2020, www.lavoro.gov.it
- OCSE-Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari (2019), Italia: Profilo della sanità (2019), Lo Stato della Salute nell'UE, Parigi: OECD Publishing, Bruxelles: Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari
- Perobelli E. (2019), Rinnovare i servizi alla persona: cambiamenti in atto e traiettorie evolutive, in Perobelli E. e Rotolo A., *L'innovazione digitale nei servizi di welfare. Stato dell'arte e prospettive*, Milano: EGEA SpA
- Razzetti F. (2020), Il Coronavirus e i nervi scoperti del welfare italiano, Torino: Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Percorsi di Secondo Welfare, www.secondowelfare.it
- Rotolo A. (2019), La rivoluzione digitale: un cambio di paradigma senza precedenti, in Perobelli E. e Rotolo A., *L'innovazione digitale nei servizi di welfare. Stato dell'arte e prospettive*, Milano: EGEA SpA
- Rotolo A. (2019b), Innovazione digitale nei servizi di welfare: le implicazioni per il settore, in Perobelli E. e Rotolo A., *L'innovazione digitale nei servizi di welfare. Stato dell'arte e prospettive*, Milano: EGEA SpA
- Save the Children (2020), Riscriviamo il futuro. L'impatto del coronavirus sulla povertà educativa, Roma: Save the Childre Italia Onlus, www.savethechildren.it

- Kingdon, J. W. (1993), How Do Issues Get on Public Policy Agendas, in Wilson, W. J. (a cura di), *Sociology and the Public Agenda*, Newbury Park: Sage Publications.
- Kingdon, J. W. (1995), *Agenda, Alternatives and Public Policies*, New York: Harper Collins.

ABSTRACT

In the analysis of public policies, the Covid-19 pandemic constitutes an event that, due to its harmful, unexpected and sudden nature, forces public opinion and political decision-makers to include issues on the public and institutional agenda that would not necessarily have entered or that at least they wouldn't have done it with the same strength, the same visibility and the same speed. Leaving political issues in the background, it is important to focus attention on the relationship between the spread of Coronavirus and the effects on our country's social system. Starting from the decree-law dated March 17, 2020 n.18 (the so-called *Decreto Cura Italia*), in fact, the government considered the extraordinary need and urgency to contain the negative effects that the epidemiological emergency COVID-19 has produced as a priority, and is still producing, on the national socio-economic fabric, providing measures to strengthen the national health service, civil protection and security, as well as support to the world of public and private work and in favor of families and businesses. Social protection interventions aimed at contrasting the effects of the current crisis must not give rise to new, and intolerable, inequalities, but, on the contrary, they must be built for all people and for people at risk. This means, first of all, safeguarding jobs, assisting those who lose their jobs and mitigating the effects that result from the temporary change of life. Secondly, the measures adopted must be simple and timely to implement, in order to avoid intervening without certain and immediate effects. The main objective of the government, therefore, is to counteract the creation of new inequalities and to act promptly through the definition of interventions to be put in place that aim to strengthen the social cohesion of the country. In this sense, the international experience offers us important ideas, immediately inviting us to adopt a universal approach, aimed at all people, and to achieve the goal by using and adapting tools already available, which allow both identification and support. immediate beneficiaries, and the ability to differentiate responses according to the different needs of each in the current emergency situation. In this perspective, it is essential that the *Social Services System* continues to guarantee and strengthen services that can contribute to the best application of government directives and to maintain maximum social cohesion in the face of the emergency challenge. The *Social Services System* must play this role towards each member of the community, with particular attention to those who are, or are due to the emergency, in a condition of fragility. The subject of the paper are all the people who within our social system, in the midst of a health emergency, are involved in situations of extreme fragility; the aim is to highlight the limiting situations and persistent problems and, at the same time, identify the possible lines of intervention aimed at mitigating the social effects of the spread of the virus.