

Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

La difficoltà non sta nelle idee nuove, ma nell'affrancarsi da quelle vecchie, le quali, per coloro che sono stati educati come lo è stata la maggioranza di noi, si ramificano in tutti gli angoli della mente.

J.M. KEYNES (1935)

INTRODUZIONE

Da molto tempo¹ discutiamo, progettiamo, normiamo e cerchiamo di realizzare l'integrazione dei servizi sociosanitari, in particolare nel campo delle disabilità² e delle non autosufficienze^a. Tale lungo cammino ha rappresentato un determinante nell'innovazione sociale del welfare³⁻⁹ – con effetti differenziati tra il livello nazionale, quelli regionali e ancor più quelli locali – del nostro Paese¹⁰. E non solo, ovviamente¹¹⁻¹⁴.

A seconda di quale punto di vista si voglia assumere, parliamo di decenni di pratiche:

- ▶ caratterizzate da compositi mix di figure molto diverse tra loro – dal personale sanitario a quello assistenziale¹⁵; da quello *professional* a quello del *caregiving* informale^{16,17};
- ▶ correlate a processi riorganizzativi istituzionali altrettanto complessi, e a volte complicati – dalle forme consortili per la programmazione e gestione tra soli EE.LL. e/o con le Asl¹⁸; alla riorganizzazione del rapporto ospedale-territorio¹⁹; alla ricomposizione delle risorse attivate dai diversi attori partecipanti all'intervento^{20,21};
- ▶ con l'emergere di nuovi soggetti e di nuove forme di rapporto tra la committenza pubblica e i fornitori – dalla cooperazione sociale²², alle forme di partenariato pubblico-privato²³, nonché recentemente ai soggetti profit, sul lato

della produzione²⁴; così come al crescente ruolo delle fondazioni bancarie^{25,26} e delle società di *impact investing*²⁷⁻²⁹, sul lato del finanziamento^b;

- ▶ interrelate all'adozione di modelli di regolazione mutuati/adattati dalla sanità – autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione^{30,31} – o a forme più “spinte” di affidamento – come la concessione^{32,33}; se non di vendita vera e propria di strutture/servizi con il diritto di fruizione di una parte di essi a condizioni predefinite – in particolare per quanto riguarda le Rsa;
- ▶ insieme alla partecipazione attiva alla programmazione territoriale – quale possono essere considerate la co-programmazione e la co-progettazione^{34,35}.

L'elenco potrebbe ovviamente continuare.

Non tutto quanto si è poi effettivamente realizzato può essere considerato a pieno titolo innovazione sociale e questo anche per la pressione (in positivo) e i condizionamenti (in negativo) delle transizioni che attraversano il sistema di welfare italiano³⁶⁻⁴¹.

La riflessione che segue dà per acquisita la ricostruzione di tale percorso e intende focalizzarsi su alcuni *drivers* che, alla luce di quanto sappiamo oggi, potranno condizionarne gli esiti. Ci riferiamo, in particolare: alla digitalizzazione – robotizzazione – automazione; alla fragilizzazione del welfare familiare; all'ibridazione tra profit, non profit e public.

L'obiettivo è quello di delineare le premesse per costruire scenari^{42,43}, ovvero per ulteriori approfondimenti in funzione di nuove strategie nonché per implementare *policies* esistenti.

DIGITALIZZAZIONE, ROBOTIZZAZIONE, AUTOMAZIONE E NUOVI MODELLI DI SERVIZIO^c

La digitalizzazione, ovvero la conversione sulla base di un codice binario che trasforma il reale per essere trasmesso/stoccato ovunque con reti e

a. Visto il *mare magnum* delle pubblicazioni uscite in questi anni, per un primo inquadramento si rinvia ai rapporti del Network Non Autosufficienza (www.maggioli.it/rna/), di Itალიlongeva (www.italialongeva.it) e all'Osservatorio Long Term Care del Cergas Bocconi (<http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1°+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMI>).

b. Su questi temi stanno, da tempo, prestando particolare attenzione le riviste *Impresa sociale* www.rivistaimpresasociale.it e la newsletter *Percorsi di Secondo Welfare* www.secondowelfare.it a cui si rinvia.

c. Questo paragrafo riprende una nota scritta per *Welforum informa*, www.welforum.it, in corso di pubblicazione.

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

archivi telematici e successivamente riconvertito di nuovo in reale in ogni parte del mondo interconnesso, può oramai essere considerata il tratto distintivo di una antropologia che vive entrambe le componenti reale/digitale come dimensioni compresenti di unica esistenza umana⁴⁴.

La correlata strumentazione, impostasi a ritmi impressionanti nel corso di pochi anni, è parte integrante delle diverse dimensioni della quotidianità. Basti pensare alla domotica, all'*ambient assisted living*, alla robotica^d e all'intelligenza artificiale, e alle loro applicazioni sempre più automatizzate ovvero indipendenti dall'azione umana: dalla gestione e controllo della casa, agli spostamenti, alla preparazione dei pasti, al monitoraggio/cura a distanza di patologie croniche o meno, al lavoro e ai sistemi di produzione, all'acquisto di beni e servizi, alle attività finanziarie, alla sicurezza, al tempo libero, ecc.

Le componenti fondamentali delle relazioni umane sono sempre più mediatizzate, ovvero trasformate e potenziate da tastiere, smartphone, assistenti virtuali/Ai, ologrammi, ecc. Ogni superficie può divenire uno schermo su cui vedere ed essere visti, leggere ed essere letti, ascoltare ed essere ascoltati. Da strumenti di fruizione passiva di contenuti, gli schermi divengono luoghi di relazione e i siti e le applicazioni le relative infrastrutture.

Lo stesso vale per le nostre strutture cognitive. La connessione sostituisce la memorizzazione e gli algoritmi l'organizzazione del sapere. Tempo, spazio, comunità sociali e politiche, con il passaggio alla rete, assumono così nuovi significati, dimensioni e regole. Stiamo diventando ciò che connettiamo⁴⁵.

Ovviamente non si tratta di una transizione indolore. Tutto ciò impone sfide sociali, etiche, giuridiche⁴⁶, economiche, politiche, ancora di difficile stima e qualificazione. Solo qualche riferimento: la accentuata competizione nell'economia globalizzata collegata alla

innovazione dei sistemi produttivi⁴⁷ e le ricadute sui profili e livelli occupazionali⁴⁸⁻⁵⁰; la concentrazione del potere economico e del controllo politico⁵¹; il processo di individualizzazione, ovvero di superamento della funzione e legittimazione dei corpi intermedi sostituiti da *social media* caratterizzati da personalizzazione, disintermediazione, semplificazione e velocizzazione della relazione di rappresentanza – con la possibilità di ridurre/azzerare la distanza con rappresentanti/rappresentati, in particolare per questi ultimi di esprimersi in prima persona⁵² ed agire forme più o meno efficaci di sorveglianza sull'operato dei governanti.

Siamo poi di fronte a processi sempre più intergenerazionali. Se da una parte, infatti, le nuove generazioni sono composte da "nativi digitali", dall'altra anche le meno giovani vivono inculturazione e socializzazione crescenti con la digitalizzazione. Nel 2017 gli utilizzatori 65-74enni del web sono stati il 30,8% (erano il 13,8% nel 2011), mentre quelli con 75 anni e più l'8,8% (dal 2,7% nel 2011). Se si considera i 45-64enni, oggi *caregiver* di parenti non più autonomi e in prospettiva utenti futuri dei servizi per anziani, il trend è ancora più accentuato. E questo grazie anche al costante miglioramento della semplicità di utilizzo, al supporto diretto ai fruitori, alla percezione di utilità da parte degli utenti stessi⁵³.

Ed è proprio attorno a queste qualità – *simplicity, enabling, usefulness* – che si sta giocando la partita della digitalizzazione dell'assistenza sociosanitaria.

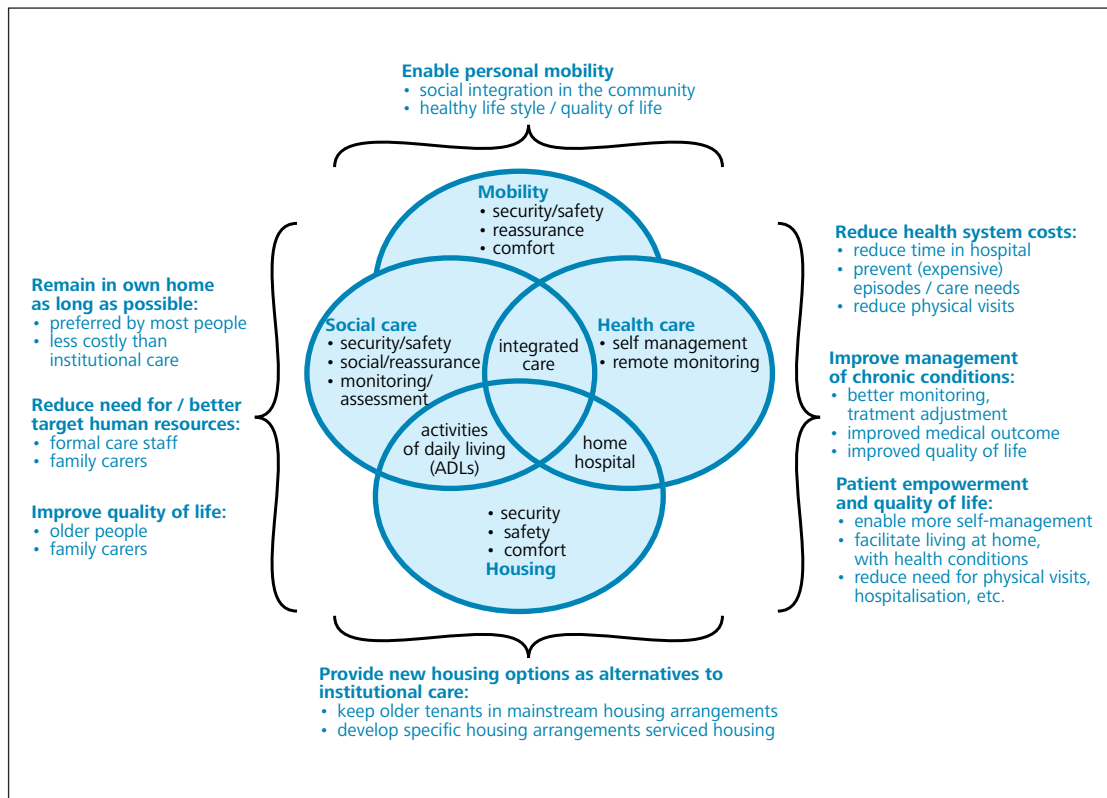
La figura 1⁵⁴ rappresenta sinteticamente l'articolazione delle diverse tecnologie utilizzabili e delle funzioni da esse svolte^e.

Se da una parte la ricerca tecnologica, anche alla luce della influenza e trasferibilità di quanto è già componente ordinaria in campo sanitario⁵⁵⁻⁵⁶, è arrivata a risultati

d. Con robot si intende un sistema fisico intelligente, dotato di attuatori e sensori.

e. Sono debitore a Filippo Cavallo, ricercatore dell'Istituto di Biorobotica della Scuola Sant'Anna di Pisa, sia di questo grafico che, soprattutto, degli stimoli ricevuti in un contesto di amicizia e di curiosità per i reciproci campi di lavoro.

Figura 1. Funzioni dell'assistenza sanitaria che possono beneficiare delle risorse tecnologiche⁵⁴.



assolutamente significativi, dall'altra mancano verifiche effettive dell'impatto che i prototipi realizzati possono avere sia nella condizione di vita degli assistiti che nella riorganizzazione dei modelli di servizio.

I progressi tecnologici nei settori della intelligenza artificiale, della robotica^f, dell'Internet of Things, delle interfacce uomo-macchina e delle comunicazioni stanno infatti ampliando le possibilità di sviluppare nuovi modelli di servizio e/o migliorare quelli

esistenti. Sul mercato sono presenti tecnologie mature e semplici per poter essere fin da ora integrate in servizi assistenziali innovativi. Tuttavia la loro applicazione richiede un cambiamento dei processi assistenziali con nuove o adattate mansioni e maggiori competenze tecnologiche da parte degli operatori e utilizzatori finali. Ciò comporta investimenti iniziali non secondari, sia nella riprogettazione dei modelli di intervento che nella riqualificazione/riorganizzazione del

f. A livello internazionale, attualmente la ricerca è finalizzata a rendere il robot sempre più senziente rispetto alle persone, esecutivo senza latenza temporale e sicuro nella sua interazione fisica con esse. Nel quadro della quarta Rivoluzione industriale (vedi nota 6) "i robot usciranno dalle fabbriche e verranno in mezzo a noi, entrando nell'industria dei servizi e nelle nostre case. ... È importante quindi considerare questa vicenda in termini geografici e sociologici. In Giappone l'impulso principale allo sviluppo della robotica umanoide, nella seconda metà degli anni Novanta, era legato al problema dell'invecchiamento della popolazione: era necessario trovare soluzioni per l'assistenza delle persone non autosufficienti che rappresentassero un'alternativa al sistema delle badanti immigrate; il Giappone infatti è un paese molto chiuso e contrario politicamente a consentire l'immigrazione dall'estero. Diversamente da quanto avviene in Italia e in Europa meridionale, in Giappone ci sono forti resistenze ad accettare assistenza da una persona straniera mentre c'è propensione a interagire con un robot e a preferirne la sua presenza in casa"⁵⁷.

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

capitale umano presente, nonché, ovviamente, nella infrastrutturazione di un mercato di fornitori, installatori, manutentori, *controllers*, ora difficilmente sostenibili per gli erogatori sia pubblici che privati⁸.

È convinzione di molti, al contempo, che se focalizzate sulle reali necessità degli assistiti e delle famiglie, Ict e robotica possano migliorare la qualità di vita, permettere di vivere in modo più sano e indipendente, favorire una migliore gestione delle capacità fisiche e cognitive residue relative all'invecchiamento/disabilità.

Rimane la necessità di verificare sul medio lungo periodo, e con follow up numericamente adeguati: gli ostacoli alla confidenza con le tecnologie; il loro effettivo e concreto supporto per il mantenimento dell'autonomia residua e di una vita quanto più possibile indipendente e relazionalmente significativa; l'efficacia rispetto ai rischi connessi all'ambiente domestico (cadute, disidratazione, malnutrizione, fughe di gas, ecc.); il monitoraggio dei fattori che incidono maggiormente sull'evoluzione dello stato di salute, complessivamente intesa, al fine di progettare l'elaborazione di algoritmi *ad hoc*; la valutazione dell'impatto che esercitano sul livello di benessere complessivo dell'anziano nonché sul suo senso di sicurezza e di appartenenza alle reti primarie e amicali, vs il rischio di un maggiore confinamento (esclusione relazionale e insufficienza di tutela e assistenza); l'effettivo supporto per i caregiver formali e informali, soprattutto nell'ottica di una presa in carico del bisogno più efficace e personalizzata.

In altre parole, così come l'implementazione di servizi sociosanitari capacitanti (personalizzati, appropriati, sostenibili), richiede

di fare sintesi tra prevenzione, medicina e assistenza di iniziativa, riabilitazione, e socializzazione, con un ruolo centrale ricoperto dalle tecnologie – in quanto supportano l'autonomia e la sicurezza dell'assistito; alleggeriscono il *caregiving* familiare o professionale; gestiscono e standardizzano le informazioni utili al governo clinico e alla gestione di sistema dei servizi e degli interventi; stimolano lo sviluppo e miglioramento di vecchi e nuovi modelli di servizi – è altresì vero che nonostante il fermento e il crescente interesse dei *players* del settore e dei *decision makers*, sembra mancare una strategia mirata a trasformare tutto ciò in una *policy* adeguata.

Questo non significa che la digitalizzazione del sociosanitario possa fermarsi. Usando la metafora della *inondazione per tracimazione*, essa comunque proseguirà, per l'appunto con modalità non governate e quindi con esiti che potranno essere particolarmente pesanti in termini di iniquità (*digital divide* tra assistiti, obsolescenza delle competenze professionali soprattutto per le basse qualifiche, ecc.) e conseguentemente di qualità della vita per i destinatari e le loro famiglie.

LA FRAGILIZZAZIONE DEL WELFARE FAMILIARE

In tema di famiglie, nella comunità scientifica è ampiamente condiviso che il nostro sia un sistema di welfare a forte impronta familistica⁵⁸, per la rilevanza che storicamente i legami familiari hanno nella formazione, socializzazione e collocazione delle persone nella stratificazione sociale (dai percorsi educativi, a quelli lavorativi, a quelli economici e politici⁵⁹, per la protezione (micro) sociale che le famiglie da sempre garantiscono⁶⁰ – nello

g. L'Industria 4.0 rappresenta la quarta Rivoluzione Industriale, un processo che dovrebbe portare alla produzione industriale sempre più automatizzata e interconnessa. Macchine e robot, interconnessi con computer e algoritmi intelligenti, perseguono l'obiettivo di lavorare in autonomia con interventi sempre più mirati da parte degli operatori. Il Ministero per lo Sviluppo Economico ha promosso, per il quadriennio 2017-2020, un piano di sviluppo a sostegno delle aziende che intendono attuare la trasformazione da azienda manifatturiera ad Industria 4.0. La manovra è stata accompagnata da un Piano nazionale di comunicazione mezzo stampa generalista, web e social media per sensibilizzare il settore industriale sulle tematiche Industry 4.0 e sui temi di innovazione digitale. Il Piano Nazionale Industria 4.0 ha come principali obiettivi quelli di: incentivare gli investimenti privati su tecnologie e beni I4.0; aumentare la spesa privata in ricerca, sviluppo e innovazione; rafforzare la finanza a supporto di I4.0. Per operare questa trasformazione, oltre a sostenere la creazione delle macrocondizioni (assicurare adeguate infrastrutture di rete), il Mise ha messo in atto una serie di agevolazioni economiche rivolte ad imprese del settore privato. Alcune imprese – sociali e non – impegnate nel sociosanitario, hanno deciso di sperimentare Ict e robotica utilizzando tale opportunità.

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

specifico epidemiologico, esse possono essere considerate un vero e proprio determinante di salute⁶¹ – per una sorta di adattamento-delega-incentivazione da parte del welfare pubblico al *fai da te* delle famiglie⁶². Tale impronta peraltro caratterizza, proprio nel campo delle non autosufficienze, le trasformazioni in atto in molti altri sistemi di welfare europei¹⁶ originariamente meno familistici del nostro.

Nel corso di una serie di studi e ricerche^{38,19,63} abbiamo cercato di quantificare il budget che le famiglie italiane gestiscono in ambito sanitario e sociosanitario al fine di utilizzarlo come misuratore della loro rilevanza (tabella I).

Tenuto conto della necessità di ulteriori studi e approfondimenti, rimane il fatto che si tratta di un risultato quanto mai significativo.

Perché rappresenta un valore complessivo pari alla metà del Fondo sanitario nazionale, a quasi una volta e mezzo la spesa socioassistenziale pubblica, e circa 1/5 della spesa previdenziale Inps complessivamente intesa.

Sia per il fatto che il complesso mondo delle famiglie italiane è in una profonda

trasformazione demografica e culturale, con scenari che fanno realisticamente prevedere che *l'azienda di welfare famiglia* sarà strutturalmente sempre meno in grado di svolgere i compiti garantiti fino ad oggi, per almeno quattro tendenze⁶⁴⁻⁶⁵:

l'invecchiamento, con la riduzione del differenziale di aspettativa di vita tra maschi e femmine, parallelamente all'aumento degli anni in cattiva salute soprattutto delle femmine⁶⁶; la semplificazione delle reti familiari primarie⁶⁷, con una riduzione rilevante del numero di componenti, insieme ad una contemporanea crescita delle famiglie ricomposte nelle quali i legami tra membri e tra generazioni trovano nuovi assetti; il distanziamento fisico dei suoi componenti, ovvero il diradarsi delle reti parentali, reti che a partire dagli anni del boom economico⁶⁷ hanno interconnesso e mutualizzato i rischi dei singoli nuclei familiari a livello territoriale, con la conseguenza del venire meno della possibilità di solidarietà diretta tra le generazioni; la ridefinizione dei comportamenti di genere⁶⁸ e delle capacità

Tabella I. Il budget sanitario, sociosanitario e assistenziale della "azienda di welfare famiglia" (stima nazionale in mld €)^h.

Area di consumi – autoproduzione-acquisti	Stima	Altra stima	Note
Prestazioni sanitarie pagate privatamente dalle famiglie <i>non intermedie</i> – <i>out of pocket</i>	29		
Assistenza familiare	9	6	Altra stima basata sui dati INPS (badanti regolari) + il costo medio annuo INPS delle badanti regolari applicato al numero di badanti irregolari di derivazione IRS (55% del totale badanti).
Compartecipazione servizi sociali	4,2	0	Questo valore, in parte, è inserito nei 29 mld di spesa sanitaria non intermedia.
Autoproduzione (mancato reddito <i>caregiver</i>)	4,1		
Agevolazioni fiscali per ausili e dispositivi legati alle condizioni di invalidità	4,5-5,2		
Valorizzazione dei permessi ex L. 104/92 e 151/2001	3,1		
Trasferimenti assistenziali "informali"	9,1		Assumiamo questo valore, seppur sovrastimato, vista l'impossibilità di profilarlo in modo coerente con la finalità della analisi presentata.
Totale	62,3-63	52,1-52,8	

h. Per un approfondimento del metodo con cui sono stati ricostruiti tali valori si rinvia a Campedelli 2018, 37-38⁶³.

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

economiche, in particolare nel rapporto tra consumi e risparmio¹.

Pur assumendo come presupposto *ottimistico* che l'attuale disponibilità di risorse e la loro distribuzione non si modificheranno in modo significativo (non aumentando la fascia delle famiglie impoverite o riducendo la loro capacità di spesa), se la mole di attività informali non monetizzate venisse svolta da un sistema professionale, l'impatto economico sarebbe comunque quanto mai rilevante e le fonti di finanziamento sopra indicate (risorse proprie, trasferimenti monetari, *tax expenditure*, ecc.), senza interventi strutturali, sarebbero tutte messe a dura prova⁷⁰. In altri termini, i bisogni/domande, soddisfatti dalle famiglie secondo le soluzioni trovate fino ad oggi, si riverserebbero verso altre soluzioni. Facile immaginare che, in primis, queste siano quelle pubbliche.

Da qui l'esigenza di affrontare in modo preventivo e strutturale interventi che possano evitare effetti quali: la pressione impropria nei confronti del sistema pubblico con relativo effetto di ulteriore razionamento; l'aumento delle iniquità di salute e di accesso ai servizi/prestazioni; la crescita delle rinunce e riduzione della effettività dei diritti di welfare riconosciuti⁴¹.

L'IBRIDAZIONE TRA PROFIT, NON PROFIT E PUBLIC

Il terzo *driver* degno di attenzione riguarda il processo di ibridazione che vede coinvolti gli attori a diverso titolo impegnati nel garantire l'erogazione delle prestazioni/servizi sociosanitari. Il tema non è nuovo⁷¹⁻⁷³. Di certo risulta di crescente interesse anche a livello istituzionale, come dimostra il recente rapporto di ricerca dell'Istat sulla cooperazione italiana⁷⁴, lì dove focalizza il tema dei gruppi cooperativi composti anche da enti non cooperativi.

In questa sede, tenendo conto dello stato di avanzamento della Riforma del Terzo settore (L. 106/2016) e delle conseguenti evoluzioni/aggiornamenti giuridici dei singoli attori (D.lgs 117/2017)⁵, con ibridazione intendiamo due profili, da considerare senza soluzione di continuità:

- ▶ la costruzione/consolidamento di rapporti di controllo-partecipazione societaria diversamente correlati tra attori *non profit-profit-public*, di fatto antecedenti la Riforma⁷⁶;
- ▶ l'arrivo di nuovi/riconvertiti attori che nel mercato sociosanitario pubblico (*outsourcing*) e/o privato (*out of pocket* o intermediato), sostanzialmente presidiato dalla cooperazione sociale, sono ora in grado di assumere un profilo più marcatamente imprenditoriale (le associazioni, le fondazioni, le cooperative sociali

-
- i. "L'effetto dell'invecchiamento sul risparmio privato potrebbe variare nel tempo, in linea con la struttura della popolazione, ma dipenderà anche dalla reazione di famiglie e imprese alla senescenza della società. Secondo l'ipotesi del ciclo vitale dei risparmi, gli individui distribuiscono i consumi nell'arco della loro vita accumulando risparmi nel corso della vita lavorativa e attingendovi durante il pensionamento. Le variazioni nella struttura della popolazione avranno quindi un impatto meccanico sui risparmi aggregati per via delle differenze nei tassi di risparmio specifici delle varie età. Nell'area dell'euro, l'atteso incremento del numero di pensionati in percentuale della popolazione totale da qui al 2070 implica un passaggio dal risparmio alla spesa che potrebbe avere un impatto al ribasso sui risparmi aggregati nel lungo periodo. Nel corso dei prossimi dieci anni, tuttavia, questo effetto sui risparmi potrebbe non essere visibile a causa della grossa fetta di popolazione della generazione del "baby boom" che entrerà a far parte della categoria dei lavoratori anziani. Poiché questa fascia d'età si caratterizza per il più alto tasso di risparmio, è probabile che i risparmi pro capite aumentino nel breve periodo. Oltre a queste variazioni nelle coorti di età, l'invecchiamento potrebbe comportare anche una modifica del comportamento di risparmio da parte delle famiglie. Con l'allungamento dell'aspettativa di vita, le famiglie potrebbero essere portate a risparmiare di più nel corso della vita lavorativa, in vista della necessità di fare ricorso a tali risparmi per un periodo di tempo più lungo durante il pensionamento. Anche i bassi tassi di fertilità potrebbero produrre un effetto positivo sui risparmi della popolazione in età lavorativa, poiché riducono le esigenze di consumo legate alla crescita dei figli. Le politiche fiscali e il tipo di sistema pensionistico potrebbero inoltre svolgere un ruolo attivo nell'incoraggiare la popolazione ad accumulare maggiori risparmi nel corso della propria vita lavorativa"⁶⁹.
- j. La legge delega è una norma complessa⁷⁵, la cui implementazione prevede, escludendo il 5x1000 (D.lgs 111/2017) e il Servizio civile (D.lgs 40/2017), ben 38 atti. Solo una parte di questi è stata fino ad ora approvata. Vi sono stati poi, coerentemente con la norma, aggiornamenti degli atti nel frattempo già approvati (D.lgs.105/2018; D.legs. 95/2018; D.l.119/2018). Il cambio di Governo, infine, sembra abbia fatto emergere una diversa attenzione politica sulla materia, al punto che nella Legge di Bilancio 2019 è stato introdotto un aumento della tassazione, ora in fase di correzione, che ha sollevato non poche polemiche. È quindi difficile, in questo momento, prevedere gli esiti di tale implementazione.

– enti non profit di Terzo settore che divengono imprese sociali), ovvero trasformarsi da soggetti *profit* a soggetti *non profit* (le società di capitali – enti *profit* che divengono imprese sociali di Terzo settore e di conseguenza *non profit*), grazie a quanto innovato (la norma originaria era la L. 118/2005 e il D.lgs. 155/2006) in tema di impresa sociale (D.lgs 112/2017)^k, sulla scia della normativa sulle società *benefit* e le start up innovative (D.L. 179/2012 e D.L. 3/2015), ovvero alla “*dilatazione giuridica del perimetro dell’impresa sociale*”.

In termini sintetici, il riordino della disciplina della impresa sociale (vedi Appendice – Impresa sociale): rende inequivocabile la appartenenza al Terzo settore dei soggetti privati che adottino tale qualifica; stabilisce l’ampliamento dei settori di attività in cui è possibile operare così come i profili dei lavoratori svantaggiati inseribili; interviene in materia di disciplina fiscale e, più in generale, sulle modalità di governo.

Tenuto conto dei vincoli stabiliti dalla norma, delle incertezze sulla sua implementazione, delle differenze di trattamento fiscale a seconda della forma giuridica originaria e del tipo di partecipazione finanziaria, ovvero della cautela che alcuni *players* interessati sembrano mantenere, il punto su cui porre l’attenzione riguarda la vasta platea di soggetti che, adottando tale qualifica, risultano potenzialmente in grado di partecipare ai mercati dei servizi sociosanitari.

Alcune stime sul potenziale dell’imprenditoria sociale in generale⁷⁷, e su quello sociosanitario in particolare, sono al riguardo, particolarmente significative.

In generale, considerando l’insieme composto dalle cooperative sociali e dalle imprese sociali *ex lege*, dalle organizzazioni *non profit market oriented*^l, dalle imprese *for profit* operanti nei settori dell’impresa sociale^m, nonché dalle start up innovative a vocazione sociale e dalle società

benefit, arriviamo ad un aggregato di imprese dell’ordine delle 100.000 unità⁷⁷ (tabella II). Di queste, 2/3 sono *profit* e poco più di 1/10 soggetti *non profit* non imprese sociali. In altri termini, i 4/5 del potenziale risulterebbe coperto da attori che fino ad ora non hanno assunto la qualifica di imprese sociali.

Se consideriamo invece il solo sociosanitario, la stima può essere costruita nel seguente modo:

- circa 8500-9000 sono le cooperative sociali;
- all’incirca 500 le imprese sociali *ex lege*;
- altre 3500 le *non profit market oriented*;
- e almeno 27.000 le imprese *profit* che secondo il Censimento Istat 2011ⁿ sulle imprese operano nel sanitario e nell’assistenziale.

In pratica, secondo questa *proxy*, a fronte di circa 9-10.000 imprese sociali operanti nel sociosanitario (coop sociali + *ex lege*), risulterebbero altre 30.000 imprese (*profit* e *non profit market oriented*) potenzialmente in grado di assumere la qualifica di impresa sociale. Quindi i 3/4 del potenziale imprenditoriale verrebbero

Tabella II. L’impresa sociale e lo spettro dell’imprenditorialità sociale in Italia.

Tipologie	N. unità	
Imprese sociali <i>ex lege</i>	1874	
Cooperative sociali	16.918	
Totale imprese sociali	18.792	pari a 20,2%
<i>Non profit market oriented</i> (escluse cooperative sociali)	11.940	pari a 12,8%
Imprese di capitali operative nei settori della L. 118/05	61.776	pari a 66,5%
SIAVS	160	
Società <i>benefit</i>	131	
Spettro dell’imprenditorialità sociale in Italia	92.799	

Fonte: elaborazione Symbola-AICCON su dati Istat (2011), Rapporto Iris Network sull’impresa sociale (2014), Registro Imprese/Startup innovative (2016, 2017), Registro Società *Benefit* italiane (2017).

k. La norma, per la verità, identifica almeno quattro tipi di imprese sociali: le cooperative sociali di tipo a); le altre imprese sociali di servizi (incluse quelle in forma cooperativa); le cooperative sociali di tipo b); le imprese sociali di inserimento lavorativo.

l. In cui le risorse disponibili sono generate fino al 70% da scambi mercantili e che operano con personale dipendente.

m.Nb: secondo la norma del 2005, quindi con un campo di attività più ristretto del decreto del 2017.

n. <http://dati-censimentoindustriaeservizi.istat.it/Index.aspx>

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

coperti da attori che fino ad ora non hanno assunto la qualifica di imprese sociali.

Il passaggio dal potenziale all'effettivo, oltre che dalle scelte degli attori direttamente interessati, dipenderà ovviamente se e come si implementeranno (soprattutto fiscalmente) le soluzioni prospettate dalla Riforma del Terzo settore, da come verrà recepita nelle normative regionali, da come si evolverà il Codice degli appalti, ecc. Di certo, il processo di ibridazione non potrà non essere una delle variabili con cui monitorare e valutare l'evoluzione del sistema sociosanitario del nostro Paese.

PIÙ CHE DELLE CONCLUSIONI...

Le riflessioni sviluppate si sono concentrate sui servizi sociosanitari e hanno preso in considerazione solo marginalmente la rilevanza che riveste, nel nostro Paese, il welfare monetario.

A livello centrale, esso si traduce in trasferimenti assistenziali e in permessi lavorativi gestiti in buona parte dall'Inps, nonché in agevolazioni fiscali di diversa natura. Mentre, in misura minore, in forma di sussidi/buoni erogati dagli Enti locali.

Basti pensare che, nonostante quanto spesso si sente affermare, la spesa complessiva per protezione sociale (previdenza, sanità, assistenza) tra il 2009 e il 2015 non è diminuita

bensì è aumentata, seppur leggermente, di 14 miliardi €, pari al 3,2%. Ciò che risulta significativo è stato l'incremento dei trasferimenti monetari, sia pensionistici (+ 6 miliardi €) che assistenziali (+ 10 miliardi €), a fronte di una altrettanto significativa riduzione dei servizi assistenziali in natura di quasi il 40% (-5 miliardi € rispetto ai 13 del 2009), e di una sostanziale stabilizzazione^o della spesa sanitaria⁶³.

Riconfigurare il rapporto monetario/servizi – o *cash/in kind* – risulta, come ampiamente dimostrato nella vicenda italiana, particolarmente difficile. Proposte di questo tipo, anche negli ultimi anni, ne sono state avanzate diverse⁷⁸⁻⁸⁰.

Si tratta di un determinante – in negativo⁸¹ – che, soprattutto se non si fermerà la propensione allo scambio politico consenso/welfare monetario confermato anche dalla ultima Legge di Bilancio 2019, renderà non solo più difficile affrontare in modo positivo i *trend* sopra indicati, ma la tenuta dello stesso sistema di welfare, complessivamente inteso, sarà messa a dura prova.

Massimo Campedelli

Professional affiliate
Istituto Dirpolis,
Scuola Sant'Anna, Pisa
massimocampedelli@gmail.com

o. Che nei fatti vuol dire de-finanziamento, visto l'aumento della domanda correlata all'incremento della popolazione con malattie croniche, e la/Il ridotta/mancato manutenzione/aggiornamento delle infrastrutture fisiche e tecnologiche.

APPENDICE

IMPRESA SOCIALE

Definizione

“L’impresa sociale è un particolare soggetto del Terzo settore. L’art. 4, comma 1, CTS, include infatti l’impresa sociale in un elenco di enti del Terzo settore “nominati”, che comprende altresì le organizzazioni di volontariato (ODV), le associazioni di promozione sociale (APS), gli enti filantropici, le reti associative e le società di mutuo soccorso. In estrema sintesi, può dirsi che l’impresa sociale è la tipologia organizzativa del Terzo settore specificamente pensata dal legislatore per l’esercizio di attività economica d’impresa, anche se tale esercizio non è in principio precluso agli altri enti del Terzo settore (ETS). L’art. 1, comma 1, d.lgs. 112/2017, chiarisce che quella di impresa sociale è una “qualifica”, in principio acquisibile da tutti gli enti privati a prescindere dalla forma giuridica di loro costituzione (che deve comunque avvenire per atto pubblico: art. 5, comma 1), inclusa quella societaria. Ne deriva la possibilità di avere associazioni “impresе sociali”, fondazioni “impresе sociali”, società cooperative “impresе sociali”, società per azioni “impresе sociali”, e così via. Ovvero, detto altrimenti, impresе sociali costituite in forma di associazione, di fondazione, di cooperativa, di società per azioni, ecc. Ovviamente, la scelta della forma giuridica dell’impresa sociale dipenderà dalle specifiche esigenze sottostanti alla sua costituzione, essendo ciascuna forma giuridica la sintesi di un diverso modello di governance, e dunque di una diversa combinazione di risorse umane, patrimoniali e non patrimoniali, oltre che di una diversa cultura organizzativa che spesso affonda le sue radici in ragioni d’ordine storico o ideologico. Per alcuni tipi di enti, ad esempio gli enti pubblici (nonché le società con unico socio persona fisica), l’accesso alla qualifica è invece espressamente escluso (art. 1, comma 2, d.lgs. 112/2017), mentre per altri, cioè le cooperative sociali e i loro consorzi, la qualifica si ottiene “di diritto” (art. 1, comma 4, d.lgs. 112/2017). Come stabilisce l’art. 1, comma 1, d.lgs. 112/2017, la qualifica è riservata agli enti che operano in conformità alle disposizioni del decreto, cioè che osservano e rispettano tutte le regole in esso contenute, da quelle relative all’attività da esercitarsi (art. 2) a quelle relative all’assenza di scopo di lucro (art. 3), a quelle relative alla redazione e deposito del bilancio sociale (art. 9, comma 2) e al coinvolgimento di lavoratori ed utenti (art. 11), ecc. Tali precetti normativi, pertanto, costituiscono, tecnicamente, non già veri e propri obblighi di comportamento, bensì oneri di qualificazione. Servono più a delineare i confini e il perimetro dell’impresa sociale come fattispecie, che di per sé a prescrivere condotte. Coerentemente con ciò, le irregolarità accertate e non sanate in sede di controllo pubblico danno luogo alla perdita della qualifica di impresa sociale (e alla sua conseguente cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese) e non già alla liquidazione dell’ente, ferma restando la devoluzione obbligatoria del patrimonio (art. 15, comma 8, d.lgs. 112/2017)”⁸².

Campi di attività

L’art. 2 del D.lgs. 112/2017 elenca: servizi sociali; interventi e prestazioni sanitarie; prestazioni socio sanitarie; educazione, istruzione e formazione professionale; salvaguardia dell’ambiente e delle risorse naturali; valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio; formazione universitaria e post-universitaria; ricerca scientifica di particolare interesse sociale; attività culturali e ricreative di interesse sociale; radiodiffusione sonora a carattere comunitario; organizzazione e gestione di attività turistiche di





interesse sociale, culturale e religioso; formazione extra-scolastica; servizi strumentali alle imprese sociali; cooperazione allo sviluppo; o. commercio equo e solidale; servizi finalizzati all'inserimento lavorativo; alloggio sociale; accoglienza umanitaria e integrazione sociale dei migranti; microcredito; agricoltura sociale; attività sportive dilettantistiche; riqualificazione beni pubblici inutilizzati e beni confiscati. Inoltre, In analogia con quanto previsto dalla L. 381/1991 tutti i settori nel caso in cui sono inclusi lavoratori svantaggiati e lavoratori disabili.

Profili dei lavoratori svantaggiati

Sempre l'art.2 del D.legs 112/2017, al comma 4, stabilisce che: *"Ai fini del presente decreto, si considera comunque di interesse generale, indipendentemente dal suo oggetto, l'attività d'impresa nella quale, per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, sono occupati: a) lavoratori molto svantaggiati ai sensi dell'articolo 2, numero 99), del regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione, del 17 giugno 2014, e successive modificazioni; b) persone svantaggiate o con disabilità ai sensi dell'articolo 112, comma 2, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, e successive modificazioni, nonché persone beneficiarie di protezione internazionale ai sensi del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni, e persone senza fissa dimora iscritte nel registro di cui all'articolo 2, quarto comma, della legge 24 dicembre 1954, n. 1228, le quali versino in una condizione di povertà tale da non poter reperire e mantenere un'abitazione in autonomia. 5. Ai fini di cui al comma 4, l'impresa sociale impiega alle sue dipendenze un numero di persone di cui alle lettere a) e b) non inferiore al trenta per cento dei lavoratori. Ai fini del computo di questa percentuale minima, i lavoratori di cui alla lettera a) non possono contare per più di un terzo. La situazione dei lavoratori di cui al comma 4 deve essere attestata ai sensi della normativa vigente".*

Profili fiscali

Sono previste: la detassazione degli utili e degli avanzi di gestione destinati allo svolgimento dell'attività statutaria o ad incremento del patrimonio, nonché al versamento del contributo dovuto per l'attività ispettiva o all' aumento gratuito del capitale sociale a fini della sua rivalutazione; la detrazione d'imposta (per le persone fisiche) o la deduzione dal reddito (per le società e gli altri enti giuridici) del 30% delle somme investite nel capitale sociale di un'impresa sociale in forma societaria (anche cooperativa), misura estesa anche alle fondazioni imprese sociali, o verosia agli atti di dotazione o ai contributi al patrimonio delle fondazioni; la possibilità di raccogliere capitale di rischio attraverso piattaforme online (c.d. *crowdfunding*). Su questo sono poi ritornati i decreti di aggiornamento.

Governo/governance

Determinante, ovviamente, è la forma giuridica di costituzione dell'impresa sociale (capitalistica vs personalistica, a seconda delle origini). Indipendentemente dalla forma, vi è uno standard minimo che ogni impresa sociale deve rispettare: la nomina della maggioranza degli amministratori spetta all'assemblea dei soci o degli associati dell'impresa sociale; l'obbligo di redigere il bilancio di esercizio e il bilancio sociale in conformità a linee guida ministeriali; avere almeno un sindaco con i requisiti previsti dal Codice civile, ovvero un revisore legale iscritto; prevedere forme di coinvolgimento dei lavoratori, utenti ed altri *stakeholder*; rispettare un tetto massimo per le differenze retributive; ecc. Pur essendo vietato agli Enti pubblici costituire un'impresa sociale, la riforma apre alla loro partecipazione che, conseguentemente, alla *governance* (insieme ai soggetti *for profit*), vincolando di non esercitare direttamente o indirettamente il controllo. •

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

BIBLIOGRAFIA

1. Colombini L. L'integrazione socio-sanitaria, percorsi normativi a livello nazionale e locale. *Sistema Salute* 2015; 59: 4.
2. Vivaldi E (a cura di). *Disabilità e sussidiarietà. Il "dopo di noi" tra regole e buone prassi*. Bologna: Il Mulino, 2012.
3. Bassi A. Social innovation: some definitions. *Boletín del Centro de Investigación de Economía y Sociedad*, Barcelona 2011; 88, marzo.
4. Murray R, Caulier-Grice J, Mulgan G, *The open book of social innovation*, 2010. www.nesta.org.uk; www.youngfoundation.org
5. Caulier-Grice J, Davis A, Patrick R, Norman W. Defining social innovation, a deliverable of the project "The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe (TEPSIE), European Commission - 7th Framework Programme, DG Research. European Commission, Brussels. Lead partner: The Young Foundation, 2012.
6. Busacca M. Oltre la retorica della Social Innovation. *Impresa sociale* 2/2013.
7. Evers A, Ewert B, Brandsen, T (a cura di). *Social Innovations for Social Cohesion: 77 Cases from 20 European Cities 2010-14*. European Commission, Nijmegen, 2014.
8. Maiolini R, Mongelli L, Rullani F, Valera A. Da dove nasce l'innovazione sociale? La comunità degli innovatori sociali nel network Ashoka: evidenze empiriche tra regioni e settori. In: Caroli MG (a cura di). *Modelli ed esperienze di innovazione sociale in Italia. Secondo rapporto sull'innovazione sociale*. Milano: Franco Angeli, 2015.
9. Moulart F, Mehmood A, MacCallum D, Leubolt B. *Social innovation as a trigger for transformations. The role of research*, European Commission, Directorate General for Research and Innovation, Brussel, 2017.
10. Il sistema sociosanitario in Italia. Quattro percorsi di lettura. *Atti del Forum RPS. La Rivista delle Politiche Sociali*, 1/2007, gennaio-marzo.
11. Zanon D, Gregori E. *Quality care for quality aging*. Milano: Franco Angeli, 2011.
12. Fosti G, Notarnicola E (a cura di). *Il welfare e la long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi per gli utenti*. Milano: Egea, 2014.
13. Osterle A. *Long-term care policies in Europe: between fiscal and social sustainability*. *Politiche sociali/Social policies*, III, 1/2016.
14. Arlotti M, Ranci C (a cura di). *Coping with the care deficit in times of austerity*. *Politiche sociali* 2018; 1.
15. Longo F, et al. (a cura di). *Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione. Modelli teorici ed evidenze empiriche*. Milano: Egea, 2012.
16. Luppi M. Coinvolgimento familiare e politiche per la non autosufficienza: modelli di defamizzazione in Europa. In: Solera C, Pavolini E (a cura di). *Genere e diritti sociali*. *La Rivista delle Politiche Sociali* 1/2018, gennaio-marzo.
17. Trifiletti R, Milani S. Under the brunt of the crisis: life trajectories of migrant care workers in Italy. *Politiche Sociali, Social Policies* 2018; 1: 67-86.
18. Campedelli M, Carrozza P, Rossi E, (a cura di). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Bologna: Il Mulino, 2009.
19. Campedelli M. Note sulle case della salute. Tra riorganizzazione (sanitaria), integrazione (sociosanitaria) e ricomposizione di attori e determinanti di salute. *Ricerca & Pratica* 2017; 33: 2, 193.
20. Starace F (a cura di). *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*. Roma: Carocci Faber, 2011.
21. Righetti A. *Il budget di salute e il welfare di comunità*. Bari-Roma: Laterza, 2013.
22. EURICSE e IHCO (a cura di). *IHCO Report 2017. Assessing the worldwide contribution of cooperatives to healthcare*, Coop Health & Euricse, www.euricse.eu/wp-content/uploads/2018/03/IHCO-Report-2017-Executive-summary-and-Part-1-1.pdf
23. Catuogno S. *Il partenariato pubblico-privato in sanità. Il ruolo del non profit e le implicazioni sulla performance*. Torino: Giappichelli, 2017.
24. Fosti G, Notarnicola E (a cura di). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea, 2018.
25. Barbetta GP. *Le fondazioni*. In: Gori C (a cura di). *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*. Milano: Franco Angeli, 2012.
26. ACRI (a cura di). *Ventitreesimo rapporto sulle Fondazioni di origine bancaria - Anno 2017*, Roma. www.acri.it/Article/PublicArticle/123/8311/ventitreesimo-rapporto-sulle-fondazioni-di-origine-bancaria---anno-2017
27. Cese – European Economic and Social Committee, *Social impact investment. Opinion*, Brussel, 2014, www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/social-impact-investment
28. Melandri G. *La finanza che include: gli investimenti ad impatto sociale per una nuova economia. Rapporto italiano della Social Impact Investment Task force istituita in ambito G8, Social Impact Agenda per l'Italia*, Roma, 2014. www.socialimpactagenda.it/mission/la-finanza-che-include.
29. Cambridge Associates e Global Impact Investing Network, a cura di. *Introducing the Impact Investing Benchmark*, 2015. https://thegiin.org/assets/documents/pub/Introducing_the_Impact_Investing_Benchmark.pdf

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

30. Avanzini K, Ghetti V. Accreditamento nel sociale: quale strategia? Prospettive sociali e sanitarie 2010; XL, 5. Irs, Milano
31. Bellentani M. Accreditamento delle strutture sociali e sanitarie: aspetti programmatori e metodologie a confronto, paper presentato al Forum sulla Non autosufficienza, Bologna 3-4 novembre 2010.
32. ANCITEL. Gli affidamenti dei servizi socio-assistenziali alla luce del nuovo Codice dei contratti pubblici. Incontri di approfondimento - Giugno 2016. www.welfare.anci.puglia.it/attachments/article/69/Contributo%20tecnico_Codice.pdf
33. Mazzeo L. Gli appalti (e le concessioni) nei servizi sociali: un regime - non troppo - "alleggerito" frutto di una "complicata semplificazione". Urbanistica e appalti 8-9/2016.
34. Marocchi G. Coprogrammazione, coprogettazione e gli anticorpi della conservazione, Welforum 31 agosto 2018, <https://welforum.it/area/terzo-settore>
35. Scalvini F. Co-programmazione, co-progettazione e accreditamento: profili e questioni applicative. In: Fici A (a cura di). La riforma del Terzo Settore e dell'Impresa sociale. Una introduzione. Napoli: Editoriale scientifica, 2018.
36. Campedelli M. Il welfare della Costituzione. Annale de Il Regno 2012-2013. Bologna: Edizioni Dehoniane, 2014.
37. Campedelli M (a cura di). Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute. Politiche Sanitarie 2015; XVI: 1, gennaio-marzo.
38. Campedelli M. La produzione di welfare della "azienda famiglia" e le sue prospettive. In: Fondazione Easy Care (a cura di). La dote e la rete. Una policy e un modello per le non autosufficienze. Reggio Emilia, 2015. www.easy-care.it
39. Campedelli M, Carrozza P (a cura di). Innovazioni nel welfare e nuovo patrocino. Bologna: Il Mulino, 2009.
40. Campedelli M, Lepore V, Tognoni G (a cura di). Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute, diritti. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.
41. Campedelli M, Carrozza P, Pepino L (a cura di). Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali. Bologna: Il Mulino, 2010.
42. Longo F, Del Vecchio M, Lega F. La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie. Milano: Università Bocconi Editore, 2010.
43. Longo F (a cura di). Welfare futuro. Scenari e strategie. Milano: Egea, 2016.
44. Baricco A. The game. Torino: Einaudi, 2018.
45. Badaloni F. Architettura della comunicazione. Progettare i nuovi ecosistemi dell'informazione. Roma: Il mio libro self publishing, 2016.
46. Stradella E, Cavallo F, Aquilano M, et al. Nuove tecnologie per l'assistenza e diritti di cittadinanza. Studi Zancan n. 3-4/2009.
47. ISTAT. Rapporto sulla competitività dei settori produttivi. Roma, Edizione 2018, www.istat.it/it/archivio/212438
48. Kaplan J. Le persone non servono. Lavoro e ricchezza nell'epoca dell'intelligenza artificiale. Roma: Luiss University Press, 2016.
49. ADAPT (a cura di). Il futuro del lavoro. Adapt - Assolombarda, 2018, Milano.
50. Matzaganis M. L'economia digitale e il futuro del lavoro e della protezione sociale. Quaderni della Coesione sociale, 4/8, Osservatorio della coesione sociale - Ocis, Reggio Emilia, 2018.
51. Rampini F. Rete padrona. Amazon, Apple, Google & Co. Il volto oscuro della rivoluzione digitale. Milano: Feltrinelli, 2014.
52. Bentivegna S (a cura di). La politica in 140 caratteri. Twitter e spazio pubblico. Milano: Franco Angeli, 2014.
53. Rotolo A. Innovazione tecnologica nel settore Ltc: diffusione e prospettive. In: Fosti G, Notarnicola E (a cura di). Il welfare e la Long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi per gli utenti. Milano: Egea, 2014.
54. Kubitschke L, Cullen K. ICT and Ageing: European study on users, markets and technologies. European Commission Report, 2010.
55. Ministero della Salute. Patto per la sanità digitale. Roma, 2015.
56. Vicarelli G, Bronzini M (a cura di). Electronic e mobile health. Opportunità e rischi per cittadini, professionisti di cura e sistemi sanitari. Focus, Politiche sociali/Social policies, V, 2/2018.
57. Carrozza MC. I robot e noi. Bologna: Il Mulino, 2017.
58. Naldini M, Saraceno C. Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni. Bologna: Il Mulino, 2011.
59. ISTAT. Rapporto Annuale 2018. La situazione del Paese, www.istat.it/it/files/2018/05/RapportoAnnuale2018.pdf
60. Ferrera M. Le politiche sociali. Bologna: Il Mulino, 2006.
61. Costa G. Cosa sappiamo della salute diseguale in Italia? Paper presentato in occasione del Festival dell'Economia di Trento, giugno 2017, www.disuguaglianzedisalute.it
62. Ascoli U (a cura di). Il welfare in Italia. Bologna: Il Mulino, 2011.
63. Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi. Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.
64. Censis e Ania Consumatori. Gli scenari del welfare. Verso uno stato sociale sostenibile. Milano: Franco Angeli, 2015.

NEWS & VIEWS Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze

65. ISTAT 2017. La spesa dei Comuni per i servizi sociali. Anno 2015 (dati provvisori), www.istat.it/it/files/2017/12/Report_spesa-sociale2015.pdf?title=Spesa+dei+comuni+per+i+servizi+sociali++27%2Fdic%2F2017++Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf
66. ISTAT. 2018. Spese per consumi delle famiglie. Anno 2017, <https://www.istat.it/it/files//2018/06/Spese-delle-famiglie-Anno-2017.pdf>
67. Bugarelli F, Vicarelli G. Interazione e sostegno parentale in ambiente urbano. *Rassegna Italiana di Sociologia* 1979; 3, luglio-settembre.
68. Solera C, Pavolini E (a cura di). Genere e diritti sociali. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1/2018, gennaio-marzo.
69. Nerlich C, Schroth J. L'impatto economico dell'invecchiamento della popolazione e delle riforme pensionistiche, Banca Centrale Europea. *Bollettino Economico*, n.2/2018, Frankfurt am Main, Germany, 2018.
70. Deriu F (a cura di). Lavoro di cura e crescita economica in Umbria, Quaderni della Fondazione G. Brodolini, Studi e ricerche, 2010; 46. www.fondazionebrodolini.it/sites/default/files/publicazioni/file/q46.pdf
71. Fiorentini G. Impresa sociale e sussidiarietà. Dalle fondazioni alle spa; management e casi. Milano: Franco Angeli, 2006.
72. Fiorentini G. Le imprese sociali. In: Fiorentini G, Sapelli G, Vittadini G. *Imprenditore: risorsa o problema? Impresa e bene comune*. Milano: BUR 2014.
73. Fiorentini G, Calò F. *Impresa sociale & innovazione sociale. Imprenditorialità nel terzo settore e nell'economia sociale: il modello IS&IS*. Milano: Franco Angeli, 2013.
74. ISTAT 2019. Strutture e performance delle cooperative italiane. Anno 2015, in collaborazione con Euricse, Roma, www.istat.it/it/archivio/226383
75. Fici A (a cura di). *La riforma del Terzo Settore e dell'Impresa sociale. Una introduzione*. Napoli: Editoriale scientifica, 2018.
76. Venturi P, Zandonai F (a cura di). *Ibridi organizzativi. L'innovazione sociale generata dal Gruppo cooperativo Cgm*. Bologna: Il Mulino, 2014.
77. Venturi P, Zandonai F. *L'impresa sociale riformata. Trattati salienti e nuovi percorsi d'innovazione sociale*, In: Venturi P, a cura di. *Valore e potenziale dell'impresa sociale. Economie plurali per generare progresso e impatto sociale*, Social impact agenda per l'Italia, (2017). www.socialimpactagenda.it/wp-content/uploads/2017/12/Valore-potenziale-dellimpresa-sociale-visualizzazione.pdf
78. IRS-CAPP (a cura di). *Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il welfare di domani. Proposta per una riforma delle politiche e degli interventi socio-assistenziali attuale e attuabile. Prospettive sociali e sanitarie*, XIII, 8-10, agosto-ottobre 2013.
79. Fondazione Easy Care (a cura di). *La dote e la rete. Una policy e un modello per le non autosufficienze*, in proprio, Reggio Emilia, 2015. www.easy-care.it/it/quaderno-di-lavoro-la-dote-e-la-rete.html
80. Ranci C, Arlotti M, Parma A. *La sfida dell'indennità di accompagnamento. Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia*, Welforum, Milano, 2017. <https://welforum.it/il-punto/la-badante-non-basta-piu/sfida-indennita-accompagnamento>
81. Ciarini A, Pennacchi L (a cura di). *I diritti sociali in Europa: investimenti, attori, politiche*. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3/2017, luglio settembre.
82. Fici A (a cura di). *La nuova impresa sociale*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2018.