



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico
e dei Sistemi Socio-Sanitari

**Dalle cure primarie ai gruppi di auto mutuo
aiuto: il ruolo dell’infermiere nei diversi
setting assistenziali**

**From primary care to self-help groups: the
role of the nurse in different healthcare
settings**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Magi Massimo

Tesi di Laurea di:
Boccasile Lilia

Anno Accademico 2022- 2023

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1	8
CONCETTO DI SALUTE E CURE PRIMARIE	8
1.1 <i>La definizione di salute e le sue diverse interpretazioni nel corso della storia</i>	8
1.2 <i>Evoluzione delle cure primarie</i>	11
CAPITOLO 2	14
L'OSPEDALE COM'È CAMBIATO IL SUO RUOLO NEL TEMPO	14
2.1 <i>Il passaggio dal modello ospedalocentrico al modello centrato sulle cure primarie</i>	14
2.2 <i>Criticità del modello ospedaliero nella gestione della salute</i>	20
2.3 <i>Concetto di sistema a rete di cure</i>	22
CAPITOLO 3	25
ASSOCIAZIONISMO DI CITTADINANZA E NASCITA DEI GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO	25
3.1 <i>Concetto e definizione di associazionismo di cittadinanza</i>	25
3.2 <i>Concetto e scopo dei gruppi AMA</i>	28
3.3 <i>L'integrazione socio-sanitaria nei gruppi</i>	31
CAPITOLO 4	35
L'INFERMIERE NELL'OSPEDALE E NELLA COMUNITÀ	35
4.1 <i>Il ruolo dell'infermiere nell'ambito ospedaliero e la sua importanza nel sistema socio-sanitario</i>	35
4.2 <i>L'emergere dell'infermiere di famiglia e il suo compito nella promozione della salute</i>	38
4.3 <i>Collaborazione e integrazione tra le due specialistiche per una gestione efficace della salute del cittadino</i>	43
4.4 <i>L'Infermiere come facilitatore nei gruppi AMA</i>	45
4.5 <i>L'impatto dell'infermiere come facilitatore sulla partecipazione e l'efficacia dei gruppi</i>	47
CAPITOLO 5	51
5.1 <i>Concetto di presa in carico nella gestione dei bisogni sanitari</i>	51
5.2 <i>L'empowerment</i>	52
5.3 <i>Il ruolo dell'infermiere nella presa in carico dei bisogni della salute</i>	54
BIBLIOGRAFIA	59
SITOGRAFIA	61

INTRODUZIONE

All'origine di questa tesi c'è la volontà di voler studiare approfonditamente un ambito che negli ultimi anni, specialmente dopo il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvato dalla Commissione Europea nel giugno del 2021, si è fatto sempre più strada nella nostra cultura sanitaria ovvero l'importanza della territorialità delle cure e il ruolo centrale dell'infermiere nella gestione e nella promozione della salute. Ho voluto altresì esplorare il mondo delle realtà associative e nello specifico nei gruppi auto mutuo aiuto e del modo in cui l'infermiere, anche in questo ambito, possa svolgere un ruolo di sostegno. Ciò che mi ha condotto a sviluppare queste tematiche è stata la necessità di comprendere i processi che negli ultimi trent'anni hanno influenzato i mutamenti nei sistemi sanitari. L'attuale fase di rinnovamento sanitario a cui stiamo assistendo deve fare i conti con uno scenario tradizionale ormai radicato e affrontare una domanda di cambiamento discontinuo e strutturale nonché essere in grado di confrontarsi con le dinamiche, talvolta turbolente, esterne al sistema che riguardano la situazione sociale, economica e quella ambientale. Certo è che il PNRR ha posto le basi per tale evoluzione, lasciando però indietro la figura che, in questo piano, specialmente nella missione 6 ovvero la missione salute, si pone al centro di tale processo ovvero l'infermiere di comunità.

L'elaborato di tesi viene suddiviso in 5 capitoli:

Il primo e il secondo capitolo li definirei di sfondo in cui si è tentato di focalizzare l'attenzione su come è cambiato il concetto di salute nel tempo e di come il ruolo dell'ospedale abbia avuto un cambiamento di rotta.

Nel primo capitolo, in particolare, esamineremo la nozione di salute e come questa sia stata interpretata nel corso della storia. Dalla visione tradizionale di assenza di malattia,

ci si è spostati verso una concezione più ampia che include il benessere fisico, mentale e sociale. Inoltre, analizzeremo come questa evoluzione abbia influenzato il concetto di cure primarie, che oggi comprende una gamma di servizi orientati alla prevenzione e alla promozione della salute.

Il secondo capitolo, poi, sarà dedicato alla trasformazione del ruolo dell'ospedale nel tempo. Partendo dal modello ospedalocentrico tradizionale, esploreremo come il *focus* si sia spostato verso un approccio centrato sulle cure primarie. Questo cambiamento è stato guidato da una serie di considerazioni critiche riguardo al modello ospedaliero e dalla crescente consapevolezza dell'importanza di un sistema di cure basato sulla comunità. Introdurremo anche il concetto di sistema a rete di cure, che sta guadagnando sempre più rilevanza nell'attuale panorama sanitario.

Il terzo e il quarto capitolo sono invece quelli centrali della presente tesi.

Nel terzo capitolo affronteremo l'associazionismo di cittadinanza e l'emergere dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA). Esamineremo cosa significa essere un cittadino attivo nella gestione della propria salute e come i gruppi AMA abbiano contribuito a promuovere la solidarietà e l'assistenza tra individui con esperienze simili.

Nel quarto capitolo, esploreremo il ruolo cruciale dell'infermiere sia nell'ambito ospedaliero che nella comunità. Descriveremo come l'infermiere, in ospedale, svolga un ruolo chiave nel sistema socio-sanitario, mentre nell'ambito comunitario, emergerà l'importanza dell'infermiere di famiglia nella promozione della salute. Investigando la collaborazione e l'integrazione tra queste due specializzazioni, esamineremo come possano contribuire a una gestione più efficace della salute dei cittadini. Inoltre, si analizzerà il ruolo dell'infermiere come facilitatore nei gruppi AMA e l'effetto di questa figura sulla partecipazione e l'efficacia dei gruppi.

Infine, nel quinto capitolo, approfondiremo il concetto di presa in carico dei bisogni della salute. Dopo la definizione del concetto di presa in carico nella gestione dei bisogni sanitari, esploreremo l'*empowerment* come strumento di gestione dei bisogni di salute e il ruolo cruciale dell'infermiere in questo processo.

CAPITOLO 1

CONCETTO DI SALUTE E CURE PRIMARIE

1.1 La definizione di salute e le sue diverse interpretazioni nel corso della storia

La salute è un concetto dinamico e multidimensionale che, negli anni, ha mutato in alcune sue espressioni a seconda del luogo, dell'epoca e della civiltà in cui si esprime. Cercheremo quindi, di comprendere come la percezione e l'approccio alla salute abbiano subito dei cambiamenti significativi nel corso dei secoli.

Nelle civiltà antiche, come quella greca e romana, il concetto di salute era spesso associato a credenze religiose e spirituali. Per citare un esempio, nell'antica Grecia, la salute era collegata all'equilibrio tra mente, corpo e ambiente. I filosofi greci come Ippocrate sostenevano che la malattia era il risultato di uno squilibrio dei quattro umori del corpo e che la guarigione richiedesse il ripristino di tale equilibrio. Durante il medioevo il concetto di salute fu fortemente influenzato dal Cristianesimo. La malattia veniva spesso considerata come un castigo divino per il peccato e la guarigione come un'opera di grazia divina. La peste nera, che colpì l'Europa nel XIV secolo, portò a una visione fatalistica della malattia, in cui l'epidemia era interpretata come un segno dell'ira di Dio. Durante questo periodo le istituzioni sanitarie iniziarono a sorgere e le prime normative sulla salute pubblica furono introdotte.

Con l'avvento della rivoluzione scientifica, nel XVII secolo, il concetto di salute iniziò a basarsi sempre più sul ragionamento empirico e sull'osservazione. Figure come Paracelso contribuirono a spostare l'attenzione dalla spiegazione mistica delle malattie a una

prospettiva più razionale e scientifica. L'illuminismo, nel XVIII secolo, portò all'importanza dell'igiene pubblica e alla consapevolezza dell'influenza dell'ambiente sulla salute. La nascita della medicina basata sull'evidenza nel XIX secolo portò a un approccio più sistematico e scientifico nella diagnosi e nella cura delle malattie. Nel XIX e XX secolo, la salute fu influenzata da diverse correnti di pensiero. Durante il romanticismo, emerse un rinnovato interesse per le medicine alternative e per l'approccio olistico alla salute. Nell'epoca vittoriana, l'igiene e la moralità erano strettamente legate al concetto di salute, e venivano promosse campagne per migliorare le condizioni sanitarie e l'igiene pubblica. Nel frattempo, la scoperta dei batteri e dei virus portò a cambiamento radicale nella comprensione delle malattie infettive¹. Nel contesto contemporaneo, la salute è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità² come uno stato di benessere fisico e psichico e la considera come fattore non solo individuale ma anche collettivo. In quello stesso documento viene riconosciuta come un "diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale". Nel problema della salute entrano quindi in causa non soltanto l'omeostasi fisica ma anche componenti psicologiche e sociali. In questo modo l'individuo viene considerato nelle sue tre dimensioni: biologica, mentale e sociale. Questo nuovo concetto di salute è in contrapposizione alla definizione tradizionale, che considerava la salute semplicemente come "assenza di sintomi"³. Con la pandemia il concetto di salute è stato affiancato al concetto di resilienza. Il concetto di resilienza assume molteplici significati in rapporto a settori disciplinari differenti. In

1 R. PORTER, *"Breve ma veridica storia della medicina occidentale"*, Roma, 1997, p. 167-188.

2 La Costituzione della WHO è stata sottoscritta il 22 luglio del 1946 dai rappresentanti di 61 paesi, ed è entrata in vigore in vigore il 7 aprile del 1948.

3 R. F. CRAVEN, C.J. HIRNLE, *"Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica"*, Milano, 2004, p. 67-78.

questo senso la resilienza si riferisce alla capacità dell'uomo di adattarsi, affrontare e riprendersi da eventi stressanti, avversità o situazioni traumatiche. Essa gioca un ruolo cruciale nella promozione e nel mantenimento del benessere psicologico, emotivo e fisico di un individuo. È un processo dinamico che coinvolge una moltitudine di fattori al fine di mantenere un buon livello di funzionamento sia fisico che mentale, anche di fronte alle avversità. Denota un " processo di riorganizzazione positiva della vita" fondato sull'attitudine ad emergere da una condizione di vulnerabilità potenziando risorse ancora disponibili e favorendo lo sviluppo di quelle latenti per trasformare eventi dolorosi e traumatici in occasioni di apprendimento e crescita individuale/collettiva⁴.

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

Il diritto alla salute, concetto ribadito con fermezza nella dichiarazione Alma Ata nel 1978⁵, è diventato un parametro di qualità di vita che investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico o privato.

4 B. CYRULNIK, E. MALAGUTI, *“Costruire la resilienza, la riorganizzazione positiva della vita e della creazione di legami e significati”*, Trento, 2005, p. 68.

5 La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata il 12 Settembre 1978, riconoscendo la necessità di proteggere e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo fece la seguente dichiarazione «La Conferenza riafferma con fermezza che la salute è uno stato di completo benessere fisico me tra le e sociale e non soltanto assenza di malattia o di infermità- è un fondamentale diritto umano e che il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali nel mondo la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore sanitario».

1.2 Evoluzione delle cure primarie

Nel 1977, la 30^a Assemblea Mondiale della Salute stabilì l'obiettivo della "salute per tutti entro l'anno 2000". L'anno successivo, ad Alma Ata, con solenne dichiarazione, tutti i governi del mondo individuarono nella *Primary Health Care (PHC)*⁶ la strategia per il raggiungimento di quell'impegnativo traguardo.

La dichiarazione di Alma Ata si impegnava al raggiungimento della "salute per tutti" attraverso la diffusione dell'assistenza sanitaria di base quale "parte integrante" del sistema sanitario di ciascun paese, ma soprattutto dell'intero sviluppo sociale ed economico della collettività, in una visione basata sull'equità, la partecipazione comunitaria e l'attenzione centrata sulla prevenzione.

Il settore informale delle cure si fonda sulle cure primarie⁷. Il concetto di cure primarie (*Primary care*) si è andato affermando a livello internazionale a partire dall'autorevole legittimazione ricevuta nel 1978 dalla dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha fondamentale orientato i servizi sanitari da ospedalocentrici a sistemi basati sull'assistenza sanitaria primaria⁸ (*Primary Health care*). Il concetto di cure primarie vorrebbe essere ancora più comprensivo, arrivando ad includere anche servizi sociali⁹ anche se, come vedremo questo risulta essere alquanto problematico da realizzare.

Se la *community Care* (capitolo cinque) è il frutto della de istituzionalizzazione del lavoro

6 La traduzione italiana di *Primary Health Care* è "assistenza sanitaria primaria".

7 L'Assistenza Sanitaria Primaria è definita dall'OMS nel 1978 come "l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere (...). Essa è parte integrante sia del sistema sanitario del paese (...), sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità. Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese (...) costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza."

8 E. MISSONI, G. PACILEO, "*Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*", Milano, 2016, pp. 93-98.

9 G. MACIOCCO, "*Cure primarie e servizi territoriali*", Roma, 2004, p. 87.

di cura, la *primary Care* è il risultato della critica quella concezione ospedale centrica che per molto ha identificato l'ospedale, esplicitamente o implicitamente, come luogo di cura per eccellenza in un'epoca in cui quasi tutta l'organizzazione della medicina ruotava attorno ad esso. Stiamo parlando del periodo che va dai primi decenni del Novecento agli anni 70, quel mezzo secolo che qualcuno ha definito "l'epoca d'oro della biomedicina"¹⁰. Il concetto di cure primarie, come quello di *community Care*, si presta ad un'interpretazione duplice¹¹. La prima lettura, che possiamo considerare riduttiva, considera le cure primarie semplicemente come livello di accesso funzionale al sistema sanitario, necessario per filtrare la domanda dei cittadini in modo da evitare richieste improprie o un sovraccarico di richieste che andrebbe ad allungare le lista di attesa. Questa concezione non rimette sostanzialmente in discussione la centralità dell'ospedale e la gerarchia ascendente di specializzazione che colloca ai livelli apicali l'assistenza secondaria e terziaria. Una concezione, che potremmo definire piramidale, che assegna sostanzialmente alle cure primarie un ruolo subordinato di primo contatto del cittadino con un sistema di cure che continua ad avere il suo cuore nei suoi livelli apicali. La seconda concezione delle cure primarie ritiene invece che si debba ripensarne la collocazione in ottica di ridefinizione della divisione del lavoro di cura non più di tipo gerarchico-piramidale ma su di un *continuum* orizzontale articolato tra le due polarità del settore informale/formale, del sapere comprensivo/specialistico, di prevenzione/promozione, della salute/terapia e del care/cure. In questa seconda accezione delle cure primarie, si necessita di una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari che porta a concepire il territorio quale sede primaria delle cure e di governo dei percorsi di assistenza dei pazienti, sul quale spostare risorse e servizi un tempo assorbiti dagli ospedali. Ciò

10 A. PESCOLIDO, W.R. AVISON, J. MCLEOD, "Mental health, social mirror", Berlino, 2007, p. 221.

11 G. MACIOCCO, "Cure primarie e servizi territoriali", Roma, 2004, p. 64.

comporta un progressivo ribaltamento della logica precedente: se in un'ottica ospedale centrica il territorio era considerato come un ambito residuale dei servizi extra ospedalieri, oggi è l'ospedale che comincia a configurarsi come una forma di assistenza extra territoriale di secondo (ospedali generici) o terzo livello (centri specializzati o di riabilitazione) riservata alle patologie acute o che necessitano di cure particolari.

Ma qual è l'organizzazione in grado di gestire le cure primarie nell'ottica del *continuum* assistenziale indicato sul territorio? Si tratta del *distretto* che rappresenta nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale italiano l'articolazione territoriale più vicina alle comunità locali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)¹².

Il distretto costituisce infatti la sede privilegiata per la programmazione delle attività territoriali delle ASL mediante il programma delle Attività Territoriali (PAT) finalizzato al raggiungimento di determinati risultati di salute per la popolazione che risiede nel suo territorio (almeno 60000 abitanti).

Considerando il nuovo scenario Sanitario Italiano e il suo complesso funzionamento si pone con evidenza la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui della collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze integrate tra le varie professioni per migliorare al massimo cooperazione e collaborazione¹³.

12 Diversamente denominate nelle varie regioni italiane (ASL, AUSL, ULSS, ASP, ecc.) a seconda dei vari modelli organizzativi del Sistema Sanitario Regionale adottati, le ASL costituiscono enti strumentali della Regione, ai quali compete l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie.

13 R. BROLIS, P. MACCANI, A. PERINO, "L'integrazione socio-sanitaria in pratica", Rimini, 2018, p.112-123.

CAPITOLO 2

L'OSPEDALE COM'È CAMBIATO IL SUO RUOLO NEL TEMPO

2.1 Il passaggio dal modello ospedalocentrico al modello centrato sulle cure primarie

Un'analisi retrospettiva delle trasformazioni nella concezione delle funzioni della medicina e del servizio sanitario evidenzia un progressivo, quanto radicale, allineamento della mission¹⁴ organizzativa dell'ospedale. Inizialmente, l'ospedale era un luogo generico che accoglieva diverse categorie di persone, tra cui gli emarginati della società. Fino al XVI secolo, il servizio assistenziale era gestito da religiosi, in un contesto privo di una medicina ufficiale.

Tuttavia, nel XVIII secolo, l'ospedale inizia a diventare una struttura dedicata allo studio, alla classificazione e alla cura delle malattie, mentre il soggetto da specializzare viene selezionato in base al principio dell'esclusione degli ospedali.

L'ospedale moderno diventa così il luogo privilegiato per la specializzazione della tecnica clinica per la gestione del corpo, caratterizzato da ordine e disciplina, con una presenza costante di medici.

Con il tempo, l'ospedale assume anche il ruolo di dispositivo di protezione civile, dove il sapere medico si impone nella definizione delle strategie di cura per affrontare i problemi pubblici, fino a considerare come malattia ogni disturbo mentale degno di nota. L'autorità e lo scientismo clinico cedono il passo ad un nuovo modello di servizio sanitario che

¹⁴ La *mission* organizzativa specifica l'identità, l'ambito di attività e la funzione complessiva di un'organizzazione in relazione alle condizioni contestuali di operatività.

super la logica divisionale della prestazione per sviluppare “un approccio olistico al problema del bisogno assistenziale”¹⁵. La routine organizzativa ospedaliera ha iniziato a convertirsi ad una logica relazionale, contraddistinta dal “criterio-guida dell’umanizzazione delle cure” dove l’ospedale non è l’unico collettore della domanda di salute: altre forme di sapere, altre pratiche, altre figure formali e informali concorrono alla dissoluzione di un modello ospedaliero istituzionale e totalizzante¹⁶; emergono settemila assistenziali alternativi alla concentrazione ospedaliera di prestazioni specialistiche diagnostico-curativa; a garanzia di un’equa distribuzione delle prestazioni e della diffusione di centri di erogazione, è il territorio a costituirsi quale ambito privilegiato di governo socio-sanitario dei processi assistenziali.

Se il processo assistenziale non può limitarsi alla normalizzazione parametrica di valori fisiologici, è necessario che il soddisfacimento e la salvaguardia del bisogno di salute non siano appannaggio esclusivo dei professionisti sanitari ma contemplino il coordinamento e la piena integrazione tra l’azione diagnostico-terapeutica e quella preventivo/promozionale di altri soggetti all’interno delle comunità territoriali.

L’emergenza pandemica ha evidenziato con estrema chiarezza il bisogno di abbandonare il modello che vedeva al centro l’ospedale in favore di un sistema integrato ospedale-territorio.

L’evoluzione dell’assistenza verso forme territoriali di continuità terapeutico-riabilitativa evidenzia ulteriormente come l’ospedale non possa costituire di per sé l’unico tra i sistemi

15 G. BISSOLO, “*Costruire l’integrazione sociosanitaria*”, a cura di L. Fazzi, Roma, 2005, pp 15-18.

16 Nel contesto italiano, a seguito della legge 180 del 78 (legge Basaglia), l’avvento della psichiatria territoriale rappresenta una svolta emblematica nella transizione a modalità di de istituzionalizzazione dell’assistenza. Tanto il superamento del centralismo emarginante delle istituzioni manicomiali quanto il definitivo affrancamento dal concetto di pericolosità sociale associata alla patologia psichiatrica hanno condotto a finalizzati gli strumenti terapeutico-riabilitativi disponibile la piena restituzione dei diritti di cittadinanza e, dunque, alla promozione dell’inclusione sociale per soggetti con sofferenza mentale. Nella maggior parte dei casi i dipartimenti di salute mentale così come le strutture sanitarie territoriali sono integrati con cooperative, imprese sociali e strutture residenziali di varia tipologia.

“comunità sociale” e, dunque, “deve relazionarsi agli altri grandi sistemi societari”¹⁷
 l’ospedale deve perseguire l’obiettivo di realizzare i processi intersettoriali a tutela e a promozione della salute, aldilà della mera offerta di servizi clinici e curativi e in stretta relazione con le più vaste componenti sociali, politiche, economiche e ambientali di un territorio¹⁸.

	Ospedale	Territorio
Apertura sistema	Bassa	Alta
Complessità	Relativamente bassa	Relativamente alta
Relazioni fra attori	Gerarchia	Rete
Attori chiave	Manager, professional clinici, (politici, regione)	Politici (regione ed enti locali), manager, professional clinici, cittadini, terzo settore
Integrazione	Segmentazione e specializzazione	Coordinamento multi-professionale

Volendo fare anche un excursus storico di come il ruolo dell’ospedale sia cambiato nel tempo dobbiamo necessariamente dare uno sguardo a come il nostro sistema sanitario abbia, di pari passo, cambiato le sue connotazioni nel tempo.

17 P. DONATI, “*Il privato sociale che emerge: realtà e dilemmi*”, Bologna, 2004, cap. 11-12.

18 *World Health Organization*, 1985.

L'evoluzione del SS italiano attraversa 4 periodi principali¹⁹:

- Il periodo liberale (1860-1921): caratterizzato in una prima fase dalle riforme del governo Crispi della Sinistra storia e, in una seconda fase, dalla politica di Giolitti. Nel corso degli anni 80 del XIX secolo, il governo Crispi, pur nel quadro di una politica di tipo liberale²⁰, introduce alcune importanti riforme che tendono, nel loro insieme, a delineare quello che è stato definito “un modello di Welfare residuale”²¹, nel quale cioè l'intervento dello Stato in campo sanitario comincia ad affiancarsi in forma complementare ai soggetti che da tempo vi operano. Nel suo insieme, le opere di Crispi delineano un primo assetto il sistema sanitario italiano post-unitario basato su quattro settori tra loro complementari: quello pubblico, basato su di una struttura piramidale tecnico burocratica che alla base la figura del medico condotto e dell'ostetrica comunale; quello privato, basato sui medici libero professionisti; quello non profit delle società di mutuo soccorso rivolto esclusivamente ai lavoratori soci; quello caritativo delle opere pie;
- Il periodo fascista (1922-1943): in questo periodo il regime autoritario crea un nuovo modello di sistema sanitario di tipo “familistico-corporativo” del tutto funzionale al mantenimento del consenso popolare.
- La transizione democratica e il primo modello repubblicano (1944-1977): questo terzo periodo è caratterizzato da una sostanziale continuità, pur tra varie contraddizioni, con il sistema mutualistico corporativo creato da fascismo. Due furono le iniziative potenzialmente innovative, ma la cui portata resta

19 G. GIARELLI, E. VENNERI, “*Sociologia della salute e della medicina*”, Roma, 2009, p.375-389.

20 Basata, cioè, sul principio del *Laissez faire*, ovvero di uno Stato che non si fa carico dei bisogni della popolazione ma si limita al mantenimento dell'ordine pubblico, all'amministrazione della giustizia e alla difesa, delegando tutto il resto alla società civile.

21 G. VICARELLI, “*Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*”, Milano, 1997, p. 351.

sostanzialmente limitata, che vale la pena ricordare in questo periodo ovvero l'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, che però non scalfisce sostanzialmente, dati anche i suoi poteri limitanti, l'apparato burocratico-assistenziale degli enti mutualistici; e la legge di riforma ospedaliera del 1968, rafforzata dalla successiva l. 382 del 1975, la cosiddetta "legge Mariotti", che trasferisce la gestione degli ospedali dalle mutue alle neonate regioni (1970).

- Il secondo periodo repubblicano (1978-ad oggi): il rinnovamento iniziato con il terzo periodo, trova finalmente attuazione in questo quarto periodo con l'istituzione, con l. 833 del 1978, del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Esso è il frutto del clima di trasformazione sociale e politica degli anni '70 e di una nuova domanda di accesso universalistico alla salute e ai servizi sanitari considerati in un'ottica ospedale-centrica ma centrate sulla prevenzione e sul territorio quali assi portanti di un nuovo sistema sanitario²². La creazione di 680 Unità Sanitarie Locali (USL) quali entità territoriali fondamentali del nuovo SSN costituisce l'espressione di questo nuovo approccio, che cerca di superare sia l'iperspecializzazione della medicina terapeutica che la frammentazione e le disuguaglianze prodotte dal sistema mutualistico, integrando tra loro servizi ospedalieri e servizi territoriali in un unico sistema per tutti i cittadini.

L'analisi di questo lungo processo di riforma, che accompagnato sistemi sanitari dei paesi occidentali, evidenzia l'assunzione di caratteristiche diverse, nei tempi e nelle forme. La rilettura nel processo di cambiamento consente anche di constatare che si tratta di un cambiamento endogeno, teso ad aumentare l'efficienza del sistema nel suo

²² Di questo nuovo approccio è portavoce a livello professionale il nuovo movimento di Medicina democratica, fondata tra gli altri nel 1976 da Giulio Maccacaro, docente di Biometria e statistica medica all'Università Statale di Milano.

complesso e che, in quanto tale non assume mai le forme del cambiamento strutturale. Solo nel nuovo secolo si pone con forza il problema della necessità di rivisitare le forme di sistemi sanitari in relazione alla domanda di riforma attivata dai cambiamenti sociali, economici epidemiologici. Analizzando gli attuali processi di riforma si può facilmente notare che le parole chiave richiamano ad uno spostamento del centro del processo di cura dall'ospedale al territorio²³.

	Ospedale	Territorio
Natura sapere	Specialistico	Olistico
Relazioni fra professional	Intra-professionale (fra saperi specialistici)	Inter-professionale (fra professioni e organizzazioni)
Cultura	Professione e organizzativa	Professione

Le parole fulcro sulle quali si gioca la centralità il ritorno al lavoro di cura sono riconducibili quindi alla legittimazione di un sapere olistico che deve essere in grado di integrare diverse conoscenze prospettiva di professionisti che possono essere coinvolti.

Primary Care, cure primarie, assistenza primaria sono le parole chiave più evocate dal dibattito e dagli strumenti normativi.

²³ www.edizionifoscari.unive.it

2.2 Criticità del modello ospedaliero nella gestione della salute

L'evoluzione dell'assistenza verso forme territoriali di continuità terapeutico riabilitativo evidenzia ulteriormente come l'ospedale non possa costituire, di per sé, l'unico tra i sistemi di azione riferiti alla malattia.

Nonostante il modello ospedaliero abbia svolto un ruolo cruciale nella gestione della salute e nel trattamento delle malattie, presenta anche alcune criticità che possono influenzare negativamente l'efficacia complessiva del sistema sanitario.

Alcune delle principali criticità del modello ospedaliero includono:

1. **Eccessiva centralizzazione:** Il modello ospedaliero spesso si basa sull'eccessiva centralizzazione delle risorse e dei servizi sanitari in grandi strutture ospedaliere. Questo può comportare una distribuzione ineguale delle cure, con comunità remote o svantaggiate che possono avere difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari di alta qualità oltre che a una mancanza di attenzione alle cure primarie e alle cure domiciliari, riducendo la prevenzione delle malattie e il monitoraggio continuo delle condizioni dei pazienti;
2. **Costi elevati:** Gli ospedali richiedono investimenti significativi in infrastrutture, tecnologie e personale specializzato. Ciò può portare a un aumento dei costi sanitari, soprattutto se non viene adeguatamente bilanciata l'allocazione delle risorse tra ospedali e cure primarie o preventive.

3.Fragilità del sistema in situazioni di emergenza: In caso di emergenze sanitarie o catastrofi, il modello ospedaliero può essere sovraccaricato e incapace di rispondere in modo tempestivo e adeguato alle esigenze dei pazienti.

4.Carenze nella continuità delle cure: La transizione dei pazienti tra l'ospedale e la comunità può essere problematica, con possibili lacune nella continuità delle cure. Ciò può comportare una gestione inefficace delle malattie croniche e un rischio di ricadute o ricoveri frequenti.

5.Resistenza al cambiamento: L'ospedale è un'istituzione consolidata e a volte può essere resistente all'adozione di nuove pratiche o modelli assistenziali più innovativi e orientati al paziente.

Per superare queste criticità, è essenziale promuovere un'evoluzione del sistema sanitario, dando maggiore enfasi alla prevenzione, alla gestione delle malattie croniche, alla promozione della salute e all'integrazione dei servizi sanitari. Inoltre, investire nelle cure primarie e nella telemedicina può contribuire a migliorare l'accesso alle cure e a ridurre i costi associati alle ospedalizzazioni. L'adozione di approcci più olistici e centrati sul paziente può anche favorire una migliore gestione globale della salute e del benessere delle persone.²⁴

²⁴ www.quotidianosanita.it

2.3 Concetto di sistema a rete di cure

Se davvero il sistema delle cure appartiene ad una un'intera comunità sociale e, dunque, deve relazionarsi agli altri grandi sistemi societari, logico corollario di tale acquisizione è il fatto che, attraverso connessioni multiple, l'ospedale debba perseguire l'obiettivo di realizzare i processi intersettoriali a tutela e a promozione della salute, aldilà della mera offerta di servizi clinici e curativi e in stretta relazione con le più vaste componenti sociali, politiche, economiche e ambientali un territorio.

Il concetto di sistema a rete di cure si riferisce a un approccio organizzativo e gestionale nell'ambito dei servizi sanitari, dove diverse strutture e professionisti lavorano in modo collaborativo e coordinato per fornire un'assistenza integrata e continua ai pazienti.

In questo modello, le diverse componenti del sistema sanitario, come ospedali, cliniche, ambulatori, case di cura, cure primarie e servizi sociali sono collegate tra loro al fine di garantire una gamma completa di servizi di cura integrati e supporto ai pazienti per perseguire l'obiettivo della continuità assistenziale.

Varie caratteristiche del sistema rete di cure che includono:

- **Coordinamento delle cure:** le diverse strutture professionisti all'interno della rete collaborano per coordinare le cure e garantire una gestione continua del paziente durante tutto il percorso di assistenza attraverso un flusso di informazioni e comunicazioni fluide tra i diversi fornitori di assistenza sanitaria e le diverse strutture coinvolte;
- **Continuità dell'assistenza:** grazie alla connessione tra i vari punti del sistema, si cerca di garantire una transizione fluida tra cure ospedaliere, cure primarie cure

domiciliari, riducendo così rischi di frammentazione delle cure e migliorando la continuità dell'assistenza;

- Integrazione di servizi: la rete di cure mira ad integrare i servizi sanitari e sociali permettendo ai pazienti di accedere a cure multidisciplinari e personalizzati in base alle loro specifiche esigenze;
- Promozione della prevenzione: un sistema rete di cure può sostenere una maggiore attenzione alla prevenzione delle malattie e alla promozione dello stile di vita sano, incoraggiando una maggiore partecipazione attiva del paziente nel proprio benessere;
- Utilizzo di tecnologie: la tecnologia dell'informazione e della comunicazione può essere ampiamente utilizzata all'interno della rete di cure per facilitare la condivisione di informazioni tra professionisti sanitari, migliorare la comunicazione con i pazienti e consentire alla telemedicina di agevolare l'interscambio di informazioni;
- Personalizzazione delle cure: grazie alla presenza di una vasta gamma di servizi e professionisti, il sistema rete di cure può personalizzare le cure in base alle caratteristiche individuali di ciascun paziente garantendo un'assistenza su misura e fornendo un approccio globale alla prevenzione, diagnosi, cura e al monitoraggio delle malattie;
- Accesso ai servizi: questo modello può contribuire a migliorare l'accesso ai servizi sanitari, specialmente per le popolazioni rurali o disagiate, riducendo le barriere geografiche e logistiche.

La riorganizzazione della rete ospedaliera va di pari passo con la necessità di raggiungere un equilibrio tra il ruolo dell'ospedale e quello dei servizi territoriali nell'assistenza.

In definitiva, il sistema a rete di cure mira a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la continuità delle cure e l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso, garantendo una migliore gestione della salute dei pazienti e una maggiore collaborazione tra i professionisti sanitari²⁵.

25 G. GIARELLI, E. VENNERI, "*Sociologia della salute e della medicina*", Roma, 2009, p. 445-467.

CAPITOLO 3

ASSOCIAZIONISMO DI CITTADINANZA E NASCITA DEI GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

3.1 Concetto e definizione di associazionismo di cittadinanza

Prima di andare ad analizzare nel dettaglio le caratteristiche peculiari dei gruppi di auto mutuo aiuto dobbiamo analizzare l'approccio che colloca il nostro fenomeno nell'ambito di quella componente della società stessa che viene definita nel contesto europeo continentale come *terzo settore* e in quello anglosassone come *non profit and voluntary sector*²⁶. In altre parole, si tratta di un insieme di "forme sociali che emergono dal tessuto relazionale della società civile" che "fa indubbiamente parte della società civile, ma non la risolve tutta in sé"²⁷. Quando parliamo di Terzo Settore facciamo riferimento al mondo "non profit", che in italiano può essere tradotto con la formula "senza scopo di lucro". Tale espressione semanticamente è interpretabile in due modi; la prima interpretazione spiega il divieto del "lucro soggettivo", cioè la possibilità di dividere gli utili tra chi gestisce, amministra o dirige l'organizzazione; la seconda definisce la ragione stessa della creazione dell'organizzazione. Riguardo a questa seconda interpretazione alcuni studiosi del settore trovano più corretta la formula "not for profit", poiché spiega più precisamente il principio e le ragioni che spingono i fondatori delle organizzazioni senza scopo di lucro. L'interazione tra diverse reti e altre forme di connessione rappresenta uno strumento di fondamentale importanza nel processo di sviluppo delle organizzazioni associative.

26 Negli Stati Uniti, il settore del non profit e del volontariato è diventato un campo di studio e pratica ben definito per oltre tre decenni. Esiste una rivista chiamata "*Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*" dedicata a questo settore. Numerose università offrono corsi di studio sul management delle organizzazioni non profit, e c'è anche un'associazione di ricerca interdisciplinare specifica composta sia da accademici che da professionisti. *l'Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action* (A.R.N.O.V.A.).

27 P. DONATI, "*Il privato sociale che emerge: realtà e dilemmi*", Bologna, 2004, p.9 ss.

Queste interazioni consentono alle organizzazioni di accogliere nuove prospettive, valorizzare esperienze diverse e amplificare le loro voci. Le reti e le connessioni agiscono come risorse fondamentali poiché agevolano la condivisione e lo scambio di conoscenze, aprendo la strada al superamento delle limitazioni territoriali spesso associate alle organizzazioni di piccole dimensioni con forti legami comunitari. Questo superamento è essenziale per rispondere in modo adeguato alle sfide e alle esigenze in evoluzione.

Con il termine associazionismo di cittadinanza si vogliono definire tutte quelle associazioni della società civile che perseguono la comune finalità di promozione, cura e rappresentanza dei diritti, dei bisogni, degli interessi e delle aspettative dei cittadini, ed in specie di quelli più deboli. Alla base di ciò c'è l'inclusione sociale, relativa alle relazioni fra gli attori sociali e, come tale, costituisce il prodotto risultante dal processo di coesione sociale. Se assumiamo come definizione di coesione sociale quella proposta da Chan²⁸ quale "situazione riguardante le interazioni, sia verticali che orizzontali, tra i membri della società in quanto caratterizzati da un insieme di atteggiamenti e norme che includono: fiducia, senso di appartenenza e volontà di partecipare e aiutare, così come le loro manifestazioni a livello comportamentale", abbiamo tutti gli elementi per considerare la coesione sociale come un processo dinamico, multilivello e multidimensionale. Dinamico, dal momento che si tratta di un processo instabile, altamente fluido e sempre a rischio, anziché di una situazione data una volta per tutte. Multilivelli, in quanto richiede tutti e tre i livelli di osservazione della realtà sociale²⁹ ovvero il livello micro delle interazioni sociali, quello meso dei contesti sociali e quello

28 J. CHAN, H. E CHAN, "Reconsidering social cohesion: Developing a definition and analytical framework for empirical research", Milano, 2006, pp. 273-302.

29 C.T. WHELAN, B. MAÎTRE, "Economic vulnerability, multidimensional deprivation and social cohesion in an enlarged European Community", in *International Journal of Comparative Sociology*, 2005, p. 215-239.

macro relativo al sistema societario e alle sue istituzioni nel complesso. Multidimensionale, poiché gli elementi implicati in questo concetto sono plurimi e rimandano ad una molteplicità di dimensioni sociali, politiche, economiche e culturali. È una forma di *cittadinanza attiva*³⁰ che si traduce nell'impegno personale diretto a perseguire i diritti sociali propri e dell'altro. Queste forme organizzative proprie della società civile si caratterizzano infatti per il superamento di una concezione atomistica tipica della cittadinanza moderna³¹ che ha caratterizzato anche la realizzazione del *welfare state* nel corso del '900, il quale si è fondato su di un rapporto individualizzato e diretto dello Stato con il singolo cittadino, marginalizzando quelle forme di solidarietà intermedia che esprimevano un'assunzione diretta di responsabilità anziché di delega allo Stato da parte del cittadino³².

L'associazionismo di cittadinanza proprio di una società complessa e sempre più pluralistica va oltre il presupposto individualistico su cui si è sviluppato il *welfare state*, tutto giocato sull'asse Stato-individuo, ricostituendo uno spazio simile a quelle sfere intermedie della società-la famiglia allargata e la comunità locale- che la modernità aveva cercato di eliminare, considerandole un residuo premoderno.

Si evidenzia così come la cittadinanza non vien più considerata come uno *status* ascritto fondato sull'appartenenza biologica ad una comunità nazionale, ma acquisito grazie ad un percorso di progressivo presa di coscienza dei propri diritti e delle proprie responsabilità verso sé stessi e verso la collettività, un processo di socializzazione etico-civica che si sviluppa attraverso concrete iniziative di auto-organizzazione

30 G. MORO, "Azione civica. Conoscere e gestire le organizzazioni di cittadinanza attiva", Roma, 2005, p. 132-137.

31 T. H. MARSHALL, "Cittadinanza e classe sociale", Torino, 1976, p. 87-92.

32 P. DONATI, "La cittadinanza societaria", Roma-Bari, 1991, p. 241-246.

3.2 Concetto e scopo dei gruppi AMA

Il fenomeno dell'auto mutuo aiuto è una pratica affatto nuova; infatti, nel corso degli anni, è stata una fonte comune di sostegno e supporto per gli individui. Attraverso un'analisi storica, è possibile notare che la nascita e la diffusione dei gruppi di auto mutuo aiuto risalgono ai primi anni del Novecento. È in questo periodo che si vedono le prime iniziative basate sulla mutualità e sull'aiuto reciproco prendere forma. Fu, per l'esattezza, all'inizio degli anni '30 che vediamo nascere formalmente i primi veri gruppi volti all'assistenza non solo in campo sociale ma anche sanitario³³.

L'auto mutuo aiuto può essere considerato una cultura, una filosofia di vita o, in modo più diretto, una pratica e una metodologia per affrontare situazioni di disagio. Questo approccio si basa sull'azione collaborativa delle persone che, partendo da un problema, una difficoltà o un bisogno, si uniscono e si supportano all'interno di un gruppo. Ognuno contribuisce con la propria storia, esperienza, conoscenze e competenze personali, creando così una rete di aiuto reciproco. Uno dei tratti qualificanti dei gruppi sono la presenza e la condivisione tra pari di un problema comune e la convinzione che insieme, facendosi forza, si possa fare qualcosa, anche minima, per risolverlo, modificarlo o quanto meno sopportarlo³⁴. L'AMA punta alla valorizzazione, nonché alla promozione della persona come soggetto responsabile che partecipa attivamente alla vita di comunità ma è anche uno strumento di mantenimento e recupero del benessere personale e collettivo, poiché la cultura del benessere sta anche nella consapevolezza di partecipare a un bene che appartiene a ogni persona, alla famiglia e a tutta la società.

³³ www.automutuoaiutobergamo.org

³⁴ C. NERI, "Il gruppo come cura", Milano, 2021, p. 68.

L'elemento distintivo che caratterizza i gruppi è quello che Borkman³⁵ definisce come *Circle of sharing* ("circolo della condivisione"): ovvero un piccolo numero di persone che scelgono di sedersi in circolo, prive di legami ascrivibili ma con il medesimo problema di salute, disagio sociale o disabilità, per condividere le proprie storie personali di sofferenza al fine di cercare di affrontarli e cambiare la propria situazione.

Senza dubbio il perno fondamentale attorno al quale ruotano tutte le caratteristiche dei gruppi di auto mutuo aiuto è il cosiddetto principio dell'*helper* che «consiste nel trarre beneficio attraverso la testimonianza della propria esperienza, degli ostacoli incontrati e delle competenze acquisite nel tempo. Aiutare gli altri ha una forte valenza d'aiuto per sé stessi».³⁶

L'origine delle associazioni può essere spiegata principalmente da motivazioni di tipo carenziale, legate alla necessità di superare criticità che possono inibire eventuali processi di *empowerment*³⁷ e percorsi di miglioramento delle condizioni di vita sia per i malati che per i loro familiari. D'altra parte, le ragioni alla base della formazione dei gruppi derivano dalle esigenze individuali di gestire al meglio la propria condizione di vita, con l'obiettivo minimo di raggiungere un livello accettabile di benessere fisico e psicologico attraverso la condivisione delle proprie esperienze.

35 T. BORKMAN, "*Understanding self-help/mutual aid*", New Jersey, 1999, p. 12.

36 F. FOCARDI, F. GORI, R. RASPINI (a cura di), "*I gruppi di auto mutuo aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*", Milano, 2006, p. 43.

37 Barnes ha definito l'*empowerment* come un "processo di crescita e sviluppo personale che mette in grado le persone non soltanto di asserire i propri bisogni personali e di influenzare il modo in cui vengono soddisfatti, ma anche di partecipare in quanto cittadini nell'ambito della comunità". Date le numerose sfaccettature proprie del concetto di *empowerment* è quindi una difficoltà nel definirlo, l'OMS nel 1998 lo ha definito come un "processo attraverso il quale le persone possono acquisire un maggior controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la loro salute. La finalità del processo di *empowerment* è, allora, l'acquisizione di fiducia in sé stessi, l'apprendimento della speranza che deriva dal poter sperimentare sé stesso come individuo attivo e capace di prendere in mano la propria esistenza e di esserne padroni. Rappresenta, pertanto, una visione di grande interesse per le associazioni di auto mutuo aiuto, dal momento che si trova in piena sintonia con il principio dell'*helper*."

La condivisione all'interno di questi gruppi rappresenta un'opportunità per cercare un miglioramento nella propria condizione, specialmente nel caso di patologie croniche. Questo miglioramento non significa necessariamente la completa guarigione dalla malattia, ma piuttosto l'accettazione di essa e l'ottimizzazione della qualità di vita. La motivazione a unirsi a tali gruppi è quindi spesso dovuta alle difficoltà di convivere per tutta la vita con una patologia, poiché questa situazione può influenzare non solo il comportamento del paziente, ma anche quello di tutto il suo nucleo familiare.

Parità, mutualità e gratuità insieme rappresentano i saldi requisiti che consentono di sviluppare nuove relazioni interpersonali, le quali rappresentano veri e propri beni sociali. Il processo di recupero e di *empowerment* intesi come modalità di diffusione l'auto mutuo aiuto, hanno avuto maggior presa nei cittadini grazie anche allo sviluppo di un concetto di salute vista in maniera olistica, che non trascura, nel percorso che porta al benessere, anche la dimensione psicologica e sociale. Questo ruolo assunto dai gruppi AMA fa emergere una nuova forma di "cittadinanza sanitaria" che considera il cittadino non tanto come un destinatario passivo dei servizi quanto come un attore sociale consapevole in grado di partecipare alle decisioni e alle scelte politiche relative alla sfera sanitaria. Rappresentano un'importante risorsa all'interno delle comunità, offrendo uno spazio sicuro in cui le persone affrontano insieme sfide personali, condividere esperienze e forniscono sostegno reciproco basandosi proprio sull'idea che le persone che si trovano in situazioni simili possono aiutarsi a vicenda in modo efficace.

Volendo analizzare nel dettaglio la distribuzione territoriale dei gruppi AMA nell'area vasta cinque indicherò alcuni dei gruppi individuati da un sito³⁸ che si occupa di fornire informazioni circa la distribuzione nazionale di questi gruppi. Nell'area vasta cinque i

38 www.amalo.it.

gruppi sono: alcolisti anonimi “il grande spirito” (San Benedetto del Tronto), AL-ANON “il grande spirito” (San Benedetto del Tronto), AL-ANON “gruppo speranza” (Ascoli Piceno), alcolisti anonimi “gruppo speranza” (Ascoli Piceno), associazione insieme ONLUS (Castel di lama, Ascoli Piceno, Grottammare) ama aquilone (Castel di lama, porto d’Ascoli) e due gruppi CAT³⁹ a San Benedetto del Tronto.

3.3 L’integrazione socio-sanitaria nei gruppi

In campo sociale con il termine integrazione intendiamo un processo di inserimento, in un determinato ambito, di chi ne è al di fuori, per motivi diversi: si pensi all’integrazione sociale di disabili, persone affette da disturbi psichici, immigrati o ex detenuti. Vista in tale prospettiva l’integrazione assume un’impronta quasi asimmetrica, data dall’impossibilità di una relazione completamente biunivoca tra il tutto, ovvero la società, e la parte che in essa si vuole integrata: è il singolo che può integrarsi nella società e non viceversa. Se vogliamo invece spostare l’attenzione sul tema dell’integrazione sociosanitaria è logico pensare che tale relazione sia paritaria e biunivoca, e che non c’è qui una parte che deve integrarsi in un tutto, ma un reciproco completarsi dei due ambiti. Dando uno sguardo al passato, il piano sanitario nazionale 1998/2000 apre una prospettiva di cambiamento delle politiche sanitarie in quanto costituisce di fatto la prima normativa nazionale in cui il tema dell’integrazione sociosanitaria viene trattato in maniera organica. “La complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrati, in particolare socio sanitarie”⁴⁰.

³⁹ Per gruppi CAT intendiamo i club alcologici territoriali, ovvero gruppi di auto mutuo aiuto, senza scopo di lucro, che operano in campo nazionale e internazionale per cambiare i comportamenti non solo dell’alcolista e della sua famiglia, ma dell’intera comunità, nell’idea che sia necessario cambiare la cultura sanitaria della società per creare un ambiente che consenta tutti crescita, maturazione e una buona qualità di vita.

⁴⁰ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

L'articolo 3 del decreto legislativo 229 del 1999⁴¹ definisce le prestazioni sociosanitarie come “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quella di riabilitazione”. La centralità dei processi di integrazione e la necessità di ripensare al paradigma che caratterizza le professioni sanitarie verso logiche di tipo olistico e, del resto, ben presente nelle esperienze di innovazioni e servizi di *primary Care*. L'interazione tra le diverse reti e le altre forme di collegamento rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per il processo di crescita delle realtà associative, che ne accolgono le istanze, ne valorizzano le esperienze e la voce. La connessione che lega il mondo delle associazioni di cittadini malati cronici dei loro familiari, nell'ambito della sfera pubblica, con il sistema sociosanitario, può essere considerato come uno degli elementi fondamentali per capire il ruolo nella società e soprattutto il terzo settore. La forte connessione tra le associazioni di auto mutuo aiuto sistema sociosanitario testimonia il fatto che invece 182 su 200, quindi il 91,5% di essi, dichiara di collaborare con aziende sanitarie locali e ospedaliere. In particolare, le figure con cui questa interazione avviene maggiormente sono prevalentemente medici (93,5%), al secondo posto vediamo gli psicologi (78,5%), e in terza posizione ci sono gli infermieri (62%). La costituzione di una rete integrata fra la struttura dei servizi sociali e sanitari e le associazioni di auto mutuo aiuto incontra, purtroppo, molti ostacoli. Per superarli occorre che entrambe le parti si mettano in moto con le loro iniziative. Le associazioni di cittadinanza e, in particolare quelle di auto mutuo aiuto entrano in gioco nell'ambito del nuovo processo di riorientamento secondo la nuova logica delle cure primarie territoriali

⁴¹ D. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo uno della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

(processo ancora in atto dei sistemi sanitari), contribuendo a sviluppare il ruolo del settore informale delle cure della comunità nell'ambito delle cure primarie, sia il processo di integrazione sociosanitaria.

Il distretto (accennato del capitolo 1.2) ha come funzione principale quella di governare la domanda di salute della popolazione del suo territorio garantendo i servizi sanitari di assistenza primaria e l'accesso a una rete integrata di servizi sociali e sanitari (di secondo e terzo livello) anche mediante la realizzazione di uno sportello unico di accesso (PUA) che consenta di facilitare l'accesso ai servizi, specie da parte delle persone più deboli. Le cure primarie rappresentano il focus principale dell'attività distrettuale e dovrebbero essere erogate e gestite nell'ambito di un dipartimento delle cure primarie che comprenda:

- medici di medicina generale in forma singola o associata;
- pediatri di libera scelta;
- medici di continuità assistenziale (guardia medica)
- assistenza specialistica ambulatoriale territoriale
- assistenza farmaceutica
- assistenza a domiciliare integrata
- assistenza consultoriale
- assistenza a disabili e anziani
- assistenza per patologie da HIV /AIDS e per patologie terminali.

Oltre ai dipartimenti di cure primarie, un distretto dovrebbe includere anche il servizio sociale, il servizio per le tossicodipendenze e le articolazioni territoriali dei dipartimenti di salute mentale e prevenzione. Questo modello ancora largamente ideale di distretto sociosanitario pur essendo già in gran parte delineato nella normativa (D.Lgs 229/99), trova ancora molti ostacoli e difficoltà sulla strada della sua effettiva realizzazione nel

contesto delle diverse realtà regionali italiane. Ostacoli e difficoltà che nascono sia all'interno del sistema sanitario a causa delle resistenze della componente ospedaliera al drenaggio di risorse che la sua realizzazione implica⁴², all'incapacità delle istituzioni regionale e locali di operare coerentemente in questa direzione, sia all'esterno da parte dei comuni e dei relativi servizi sociali spesso scarsamente desiderosi di superare il tradizionale campanilismo, come pure da parte delle associazioni e dei gruppi del terzo settore non ancora preparati a collaborare in un'ottica di integrazione con i servizi pubblici. L'integrazione sociosanitaria distrettuale costituisce d'altra parte una strada ormai imprescindibile di fronte al carico crescente di patologie cronico degenerative psico-sociali non certo affrontabile in sede ospedaliera che caratterizza le società industriali avanzate: sempre più si va affermando la necessità di un'assistenza a lungo termine di tipo integrato sociosanitario di cure primarie che rappresenta il cuore fondamentale sul territorio in un'ottica di continuità orizzontale del lavoro di cura con il settore informale di *community Care*.

42 Solo alcune regioni italiane, come l'Emilia-Romagna, hanno ridotto la percentuale di spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria regionale al di sotto del 50% dei propri *budget* sanitari (G. GIARELLI, "Sociologia della salute e della medicina", p.273)

CAPITOLO 4

L'INFERMIERE NELL'OSPEDALE E NELLA COMUNITÀ

4.1 Il ruolo dell'infermiere nell'ambito ospedaliero e la sua importanza nel sistema socio-sanitario

L'Infermiere è garante dell'assistenza generale infermieristica attraverso l'individuazione dei bisogni, la pianificazione degli interventi necessari, l'attuazione di un piano personalizzato di *Nursing* e la valutazione o meno degli obiettivi con relativa risoluzione o meno dei problemi assistenziali.

Nel Novecento e per tutto il secolo, l'infermiere era considerato come un mero esecutore di ordini dettati dal medico, senza alcuna autonomia decisionale o responsabilità. È stato negli ultimi anni del secolo scorso che il suo ruolo si è evoluto, rivelandosi di fondamentale importanza in campo socio sanitario. Questo traguardo è stato raggiunto grazie alle numerose battaglie legali intraprese nel corso del Novecento. In Italia, fu il D.M. Del 1994 n. 739 a sancire definitivamente il “Profilo Professionale dell'Infermiere⁴³” e dunque la sua entrata ufficiale nel mondo delle professioni sanitarie. All'interno degli ospedali, le aree di assistenza dove l'infermiere può svolgere il proprio lavoro sono differenti. Si distinguono in:

- Assistenza di base (medicina, chirurgia, ecc.): in questo caso opera in un contesto organizzativo d'equipe coordinato da un coordinatore infermieristico abilitato. Rappresenta la prima linea di cura fornita dagli infermieri ai pazienti,

⁴³ Il Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.6 del 9-1-1995). È entrato in vigore il 24 gennaio 1995.

incentrata sulle necessità fondamentali di questi ultimi, fornendo loro supporto emotivo, fisico e sanitario.

- **Tecnica** (sala operatoria, dialisi, ecc.): si occupano di una branca specifica dell'assistenza infermieristica. L'infermiere del blocco operatorio ricopre tutte le specificità di ruolo traendone il doppio vantaggio di variare le proprie attività e migliorare la qualità del servizio assistenziale offerto.
- **Critica** (rianimazione, terapia intensiva, dipartimenti di emergenza): l'infermiere di area critica garantisce un'assistenza tempestiva, intensiva e continua utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica. Ricevono una formazione specifica per comunicare con i parenti dei pazienti e per conoscere il funzionamento dei macchinari presenti in queste aree. L'assistenza infermieristica in area critica è una specialità clinica che risente continuamente dei progressi della scoperta scientifica e tecnologica, che richiede lavoro in *team* e alti livelli di competenza per garantire un'assistenza di qualità alle persone assistite e alle loro famiglie.

L'infermiere è una delle figure professionali sociosanitarie che compone l'equipe professionale multidisciplinare nei vari setting ospedalieri. Svolgono una funzione tesa a rispondere a bisogni di salute e sociale contribuendo all'ottenimento di risultati di salute condivisi con tutte le altre professioni sanitarie. La funzione dell'infermiere come professionista sanitario è stata ben declinata e compresa da parte delle organizzazioni sanitarie, sebbene negli ultimi anni stia emergendo anche il valore sociale degli

infermieri⁴⁴. Ad esempio, nel capo I del nuovo Codice Deontologico⁴⁵ delle professioni infermieristiche, più precisamente art.1 e 2, si enfatizza come l'infermiere sia un agente di salute attivo nei contesti sociale in cui opera.

Articolo 1- Valori

L'infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'ordine delle professioni infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori di saperi scientifici. Si pone come agente attivo il contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura della sicurezza.

Articolo 2- Azione

L'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione della ricerca.

44 www.italianjournalofnursing.it.

45 Il Codice Deontologico degli Infermieri è lo strumento che stabilisce e definisce le concrete regole di condotta che devono necessariamente essere rispettate nell'esercizio della specifica attività professionale infermieristica. Il Codice Deontologico fissa le norme dell'agire professionale dell'Infermiere e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con l'assistito. L'ultimo codice deontologico risale al 2019 e rappresenta un patto esplicito dei professionisti con la società, è il più importante atto di autoregolamentazione, è il nostro "saper essere" infermieri.

4.2 L'emergere dell'infermiere di famiglia e il suo compito nella promozione della salute

La delibera del Consiglio dei ministri n.77 del 2022⁴⁶ enuncia questa definizione degli infermieri:

“L’infermiere è referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l’assistito nelle diverse fasi della presa in carico”.

Tale documento rappresenta la riforma dedicata alla missione salute del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). La crisi economica che si è generata a causa della pandemia di COVID 19, le relative misure di contenimento adottate e lo scompiglio creatosi nei vari paesi del mondo ha portato alcuni stati membri dell’UE all’istituzione delle *next generation* EU(NGEU). La *next generation* EU si pone come un programma di forte spinta di ripresa economica che l’Europa ha voluto dare per trasformare un evento eccezionale e repentino, quale è stata la pandemia di COVID 19, in un’opportunità di crescita e sviluppo per tutti gli stati membri. Il PNRR si inserisce all’interno del programma europeo della NGEU come principale componente, con una durata di 6 anni

⁴⁶ Il decreto meglio conosciuto come DM 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, approvato il 22 maggio dal Consiglio dei ministri, rientrante nell’ambito delle azioni di potenziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti dal DPCM 12 gennaio 2017, costituisce il completamento della riforma dei servizi sanitari, in una logica di continuità assistenziale territoriale.

ovvero dal 2021 al 2026. Il piano si sviluppa intorno a 3 assi strategici condivisi al livello europeo, ovvero la digitalizzazione e innovazione, la transizione ecologica e l'inclusione sociale; e si muove su 6 missioni che sono:

1. digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. istruzione e ricerca;
5. inclusione e coesione;
6. salute.

Ogni missione poi è articolata in diverse componenti e in totale sono 16 componenti per tutte le 6 missioni. Il monitoraggio e la rendicontazione del piano sono affidati al servizio centrale del PNRR istituito presso il dipartimento della ragioneria generale dello stato. Alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono i singoli soggetti attuatori: le amministrazioni centrali, le regioni, le province autonome e gli enti locali, sulla base di specifiche competenze istituzionali o della diversa titolarità degli interventi definiti nel PNRR.

La missione Salute prevede due componenti che individuano una serie di riferimento centrate al raggiungimento di due principali obiettivi ovvero il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione dei servizi sanitari/sociali e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Sistema Sanitario Nazionale. In altre parole, mira a rafforzare quelle che sono le prestazioni erogate sul territorio, potenziando e creando strutture e presidi territoriali quali case della comunità, centrale operativa territoriale e ospedali di comunità. Si pone altresì come obiettivo di rafforzare

l'assistenza domiciliare mirando ad aumentare l'integrazione dei servizi socio sanitari e all'implementazione della telemedicina.

Nel Dm gli infermieri avranno un ruolo decisivo nella presa in carico dei pazienti e dei cittadini e in particolare gli infermieri di comunità saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto.

Il nuovo modello di assistenza descritto dal PNRR si muove attorno a quattro principi cardine:

- La sanità d'iniziativa: un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi conclamate della condizione;
- La medicina di popolazione: si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni della salute;
- Stratificazione della popolazione: per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti in base al livello di rischio;
- Il progetto di salute: uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogni di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Viene attivato all'accesso della persona nel SSN in modo da tracciare, orientare e supportare la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi

setting di cura, organizzando le varie informazioni del Fascicolo Sanitario Elettronico⁴⁷ (FSE).

La figura dell'infermiere di Comunità (IFeC) è stata introdotta e descritta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000, mentre in Italia è stata istituita ufficialmente attraverso il Patto della Salute 2019-2021. Questo accordo finanziario e programmatico, della durata di tre anni, mira a migliorare la qualità dei servizi, la continuità dell'assistenza e l'unità del Servizio Sanitario Nazionale. In precedenza, il sistema dell'IFeC era già operativo in alcune ASL di diverse Regioni, come il Friuli-Venezia Giulia e la Toscana, ma senza una definizione chiara del ruolo e senza un quadro nazionale unificato.

Il 13 maggio 2020, il Decreto Rilancio ha introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità per potenziare l'assistenza territoriale ai soggetti infettati da SARS-CoV-2. Le disposizioni di questo decreto sono entrate in vigore due mesi dopo con la promulgazione della Legge 77/2020.

Il 10 settembre 2020, la Conferenza delle Regioni ha approvato le Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e Comunità ai sensi della legge 17 luglio 2020 n. 77, un documento che uniforma il ruolo dell'IFeC nei vari contesti regionali, stabilendo i ruoli, l'inquadramento contrattuale e le esigenze formative.

Darà supporto organizzativo ai pazienti per l'accesso ai servizi e saprà valutare il bisogno della persona accompagnandolo alla risposta più appropriata. Lavora in accordo con il

⁴⁷ Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), conosciuto anche come Electronic Health Record (EHR), è un insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private. Il FSE è istituito in base all'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179. Il FSE è un elemento chiave all'interno dell'insieme di iniziative che si inseriscono nell'ambito della Sanità Digitale e rappresenta un importante strumento per il miglioramento della qualità delle cure che le strutture sanitarie, a tutti i livelli, offrono all'assistito.

MMG e in collaborazione con l'assistente sociale, attivando l'ADI. La realizzazione della Missione Salute del PNRR consentirà quindi di soddisfare la crescente domanda⁴⁸ di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto; migliorare l'assistenza dei pazienti cronici, disabili ed anziani attraverso la rete dell'assistenza territoriale delle cure primarie e di prossimità assistendoli nel proprio domicilio o nella comunità; garantire una maggiore equità nell'accesso ai servizi di base con un contenimento dei costi; rendere omogenea l'offerta della rete territoriale; passare dal trattamento della singola patologia alla presa in carico della persona con cronicità, da una medicina di attesa ad una sanità di iniziativa; ridurre il carico sugli ospedali.

Qui l'infermiere raffigurato nel PNRR è un professionista altamente formato, che oltre a competenze assistenziali avanzate, ha la capacità di gestire e monitorare i bisogni del cittadino, coordinando i diversi servizi. Deve essere un case manager⁴⁹ e conoscere profondamente il territorio in cui opera, per fare in modo che l'assistenza funzioni al meglio.

⁴⁸ www.quotidianosanita.it

⁴⁹ L'Infermiere *Case Manager* (ICM) è il professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato *target* di utenti. Si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale tarato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione. *Case Manager*, in particolare, si inserisce nel contesto della metodologia del *Case Management*: prevede la presa in carico del paziente e della sua famiglia attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi, a seconda dei casi, per agevolare il rientro al domicilio o l'inserimento presso strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione.

4.3 Collaborazione e integrazione tra le due specialistiche per una gestione efficace della salute del cittadino

L'intervento dell'infermiere di famiglia si articola principalmente in tre ambiti lavorativi: a livello ambulatoriale come luogo di incontro in cui i cittadini possono recarsi per ottenere informazioni, per essere guidati in modo più preciso riguardo all'offerta di servizi, o per accedere a prestazioni comprese nei LEA⁵⁰ orientate alla prevenzione collettiva, alla salute pubblica e all'assistenza di base, inclusi interventi di educazione alla salute; a livello domiciliare offre assistenza ai pazienti non autosufficienti o con limitata autonomia che richiedono prestazioni infermieristiche di media-elevata complessità, e inoltre svolge compiti di monitoraggio e valutazione dei cambiamenti sintomatici nello stato di salute in caso di malattia; nel contesto di rete, promuove l'attivazione delle risorse presenti nella comunità e coordina gli operatori sanitari facilitando un approccio olistico e integrato alla persona, garantendo al contempo la continuità dell'assistenza.

Diversamente dall'infermiere ospedaliero, l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) opera nell'ambito territoriale e accompagna il paziente nel suo ambiente domestico al fine di migliorarne la qualità di vita attraverso cure, assistenza socio-sanitaria e il necessario supporto. L'IFeC garantisce una presenza continua e proattiva: oltre a rispondere ai bisogni di salute della popolazione e dei suoi assistiti, è incaricato anche di individuare e prevenire tali bisogni, collaborando con tutte le risorse disponibili all'interno della comunità stessa. Opera in un costante dialogo con i professionisti e le strutture socio-sanitarie che circondano il paziente: medici di medicina generale, pediatri, specialisti medici, servizi sociali, operatori socio-sanitari e socio-assistenziali, servizio di guardia

⁵⁰ I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). Aggiornati il 12 gennaio 2017 con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

medica, ospedale, ambulatori e Case della Salute. Inoltre, ha familiarità con i contesti di vita quotidiana della popolazione anziana, come associazioni, gruppi e circoli. Favorisce la comunicazione e il coordinamento tra tutti gli attori della rete socio-sanitaria al fine di facilitare un approccio integrato e sinergico alle persone, con una prospettiva multiprofessionale.

La collaborazione tra l'infermiere in ospedale e l'infermiere di comunità è intrinsecamente collegata alla necessità di fornire un'assistenza continua e integrata. L'infermiere in ospedale gioca un ruolo critico nella gestione delle fasi acute delle patologie, fornendo cure specialistiche e interventi immediati. La sua competenza tecnica e il suo coinvolgimento durante il periodo di ricovero sono fondamentali per stabilizzare le condizioni del paziente e avviare il percorso di guarigione.

D'altro canto, l'infermiere di comunità opera nell'ambito territoriale, concentrandosi sulla promozione della salute, la prevenzione delle malattie e il supporto a lungo termine. Questo professionista ha una conoscenza approfondita delle dinamiche locali e delle risorse disponibili nella comunità. La sua presenza e la sua relazione continuativa con i pazienti consentono di monitorare da vicino le condizioni di salute, individuare segnali precoci di complicanze e fornire interventi preventivi.

L'integrazione tra questi professionisti si estende anche alla pianificazione e all'implementazione di programmi di educazione alla salute. L'infermiere di comunità può coadiuvare l'infermiere ospedaliero nel fornire informazioni ai pazienti e alle loro famiglie, preparandoli alle procedure future, ai trattamenti e alle attività di auto-gestione. Nonostante le differenze nell'ambiente di lavoro, gli infermieri di famiglia e quelli ospedalieri condividono una serie di competenze e responsabilità che riflettono il loro impegno nel fornire cure di alta qualità e supporto ai pazienti e alle loro comunità.

Entrambe le specialistiche hanno come obiettivo principale la cura e il benessere del paziente. L'Infermiere di Famiglia fornisce assistenza nel contesto del domicilio e della comunità, mentre l'Infermiere in ospedale si concentra sulle cure in un ambiente ospedaliero. Tuttavia, entrambi lavorano per garantire che i pazienti ricevano l'assistenza di cui hanno bisogno, sia durante il ricovero che dopo la dimissione. Questa sinergia tra i due professionisti infermieri è fondamentale per garantire un trattamento olistico e una transizione fluida tra l'ambiente ospedaliero e la comunità.

4.4. L'Infermiere come facilitatore nei gruppi AMA

Cosa significa facilitatore? Si utilizza questo termine in quanto la persona che ne ricopre il ruolo, che sia esso un professionista o meno, non interviene attivamente nel definire le strategie e i contenuti del gruppo, ma agevola il percorso dei soggetti nella presa di coscienza di ciò che stanno affrontando⁵¹.

Uno dei nodi principali nell'auto mutuo aiuto riguarda il possibile ruolo di un professionista nella pratica del facilitatore. Ci si domanda, infatti, se il professionista sia una presenza positiva e necessaria, oppure dannosa e inutile. Le ricerche finora effettuate hanno dato risultati contrastanti. Da un lato vediamo Traunstein e Steinman⁵² oppure Gussow e Tracy⁵³ che indicano come nella maggior parte dei casi, i gruppi siano promossi da persone direttamente coinvolte o dai loro familiari. Dall'altra invece, Borman⁵⁴

51 P. BASTIANONI, *"Narrare il dolore. Esperienze formative rivolte ai facilitatori dei gruppi di auto mutuo aiuto"*, Lecce, 2022, p.87.

52 D. TRAUNSTEIN, R. STEINMAN, *"Voluntary self-Helpdesk organizations, an exploratory study"*, in *J. Voluntary action red*, 1973, *passim*.

53 Z. GUSSOW, G. TRACY, *"Self-help Group: a grassroots response to a need for services"*, in *J. Appl. Behav. Sci*, 1976, *passim*.

54 L. BORMAN, *"Characteristics of development and growth"*, San Francisco, 1976, *passim*.

evidenza il ruolo centrale del professionista sia nell'avvio dei gruppi ma anche nella partecipazione al gruppo stesso.

Sempre Borman idealmente descrive il ruolo de professionista come un ausiliare che è “*on tap but not on top*”⁵⁵. Ciò significa che il facilitatore deve sì, mettersi a disposizione del gruppo e assumere il ruolo di consulente ma senza averne il controllo e quindi senza assumere la responsabilità di essere un *leader*. La *leadership* sarà piuttosto condivisa da ogni membro: nessuno dei singoli membri da solo è in grado di possedere tutte le abilità necessarie per un efficace gestione della guida del gruppo⁵⁶.

Il modo di agire del facilitatore sarà quindi un modo “indiretto” in quanto deve provvedere allo sviluppo dell'autonomia e non dipendenza da parte dei partecipanti, nel senso che deve valorizzare gli aspetti positivi e le risorse, ricordando che le risposte vengono dal gruppo e dai membri e non dal facilitatore, che deve saper stare il più possibile al margine⁵⁷. È come se interpretasse il ruolo di regista, non è un attore bensì si mette dietro le quinte e osserva ogni singolo attore raccontare la sua storia. È il gruppo a svolgere un eventuale azione terapeutica e non la presenza di un presunto “terapeuta”. Il compito essenziale dell'infermiere facilitatore è dismettere i panni dell'esperto detentore assoluto del sapere, e indossare quelli di facilitatore della comunicazione, in modo da valorizzare il ruolo degli altri membri, destrutturando il proprio e accettando di impegnarsi in un piano di condivisione della *leadership* e realizzare, attraverso il suo agire, quello che Borkman⁵⁸ definisce “funzione normalizzante” del gruppo. Il paziente che si avvicina a questo mondo, infatti si sente vulnerabile, bisognoso di aiuto e spesso

55 L. BORMAN, “*Characteristics of development and growth*”, cit., p.133.

56 P. BASTIANONI, “*Narrare il dolore. Esperienze formative rivolte ai facilitatori dei gruppi di auto mutuo aiuto*”, Lecce,2022, p.88-91.

57 V. CALCATERRA, “*Attivare e facilitare i gruppi di auto mutuo aiuto*”, Trento, 2013, p.65-67.

58 T.K. BORKMAN, “*Understanding self-help/mutual aid: experimental learning in the Commonwealth*”, New Jersey, 1999, *passim*.

senza speranze. La partecipazione ad un gruppo AMA può aiutare la persona motivandola ad agire attivamente nel suo percorso di malattia e persino essere di aiuto agli altri⁵⁹.

L'avvicinamento dei professionisti a questo mondo ha sicuramente favorito la nascita e lo sviluppo dei gruppi, modificandone in parte la modalità tradizionale attraverso cui si sono solitamente sviluppate le esperienze di auto-aiuto e quindi attraverso situazioni informali e spontanee.

“L’infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l’individuo ha di svolgere attività auto assistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da altri a o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi”. Questa frase racchiude il pensiero di Dorothea Orem⁶⁰, teorica statunitense, che interpreta l’assistenza infermieristica come una guida, un insegnamento, un sostegno che deve essere svolto in un ambiente confortevole e sicuro. L’infermiere svolge appunto il ruolo di guida, che prende in considerazione la persona malata nel suo “tutto”, secondo una prospettiva olistica.

4.5 L’impatto dell’infermiere come facilitatore sulla partecipazione e l’efficacia dei gruppi

Considerando che, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del DM n.739/94 «L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazione, educativa», perché, quindi, non affidare all’infermiere il ruolo di facilitatore all’interno dei gruppi.

⁵⁹ P. BASTIANONI, *“Narrare il dolore. Esperienze formative rivolte ai facilitatori dei gruppi di auto mutuo aiuto”*, Lecce, 2022, p.93.

⁶⁰ Dorothea Orem (1914-2007), era un’infermiera statunitense che basò l’assistenza infermieristica sulla capacità del singolo di svolgere attività di auto assistenza visto come uno strumento per riprendersi da malattie o da lesioni.

Nella professione infermieristica, si attribuisce una particolare importanza all'aspetto relazionale, considerandolo un valore aggiunto che si manifesta attraverso il rapporto tra infermiere e paziente⁶¹. Finora abbiamo esaminato come il ruolo del professionista facilitatore sia quello di far emergere le peculiarità dei membri del gruppo, esplicitandole al fine di promuovere l'assunzione di autonomia e indipendenza. Effettivamente, il ruolo dell'infermiere comprende anche la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza del paziente, consigliando le strategie migliori per raggiungere uno stato di salute psicofisica adeguato, sia in modo autonomo che con il supporto della famiglia. In questa prospettiva, il paziente non è più una semplice figura passiva, ma assume un ruolo attivo nella gestione della propria malattia.

L'infermiere facilitatore deve mettere a completa disposizione del gruppo le sue conoscenze e competenze, assumendo un atteggiamento di accoglienza e ascolto per costruire una relazione paritaria all'interno del gruppo.

Nel contesto della relazione infermiere/paziente, l'ascolto e il tempo rivestono un ruolo predominante. Ciò significa che nell'interazione quotidiana con il paziente, l'infermiere deve saper comprendere e ascoltare non solo il linguaggio verbale, ma anche quello non verbale. Spesso, la mancanza di tempo è considerata la principale causa di comunicazione inefficace con il paziente. Pertanto, durante gli incontri, la comunicazione viene posta al primo posto, in quanto strumento per migliorare le condizioni di vita dei pazienti e per aumentare la loro consapevolezza del fatto di essere titolari di diritti e non solo destinatari di prestazioni.

Nel continuo esame della relazione infermiere/paziente, è fondamentale concentrarsi sul concetto di empatia, che rappresenta la chiave di volta. L'empatia può essere sintetizzata

⁶¹ www.ipasvi.it

come la capacità di "immedesimarsi", ovvero condividere gli stati emotivi dell'altro. In altre parole, si tratta della capacità dell'operatore di vedere il mondo attraverso gli occhi del paziente, entrando nei suoi pensieri e nelle sue paure per comprenderne appieno il significato. La letteratura suggerisce che l'empatia non si limita alla comprensione, ma comporta anche la condivisione e la partecipazione agli stati emotivi dell'altro⁶².

L'immedesimazione rappresenta una delle caratteristiche fondamentali del facilitatore, e la professione infermieristica trova la sua base teorica nell'atto di prendersi cura degli altri. La presa in carico è un altro aspetto distintivo del ruolo del facilitatore infermieristico. Per l'infermiere, la presa in carico è un processo caratterizzato dalla continuità dell'assistenza, con il paziente al centro di una rete di servizi finalizzati a soddisfare i suoi bisogni.

La continuità dell'assistenza diventa una priorità, soprattutto per valutare l'efficacia e l'appropriatezza della soddisfazione del paziente, specialmente quando si tratta di pazienti cronici, il cui stile di vita è spesso condizionato più dal modello assistenziale che dalla patologia stessa. Nell'ambito dell'auto mutuo aiuto, l'infermiere facilitatore pone al centro ciascun membro del gruppo, facendolo sentire al sicuro e ascoltato, fornendo sostegno emotivo in modo paritario, favorendo la comunicazione e affrontando il gruppo in modo olistico. In questo modo, promuove la circolarità delle narrazioni, consentendo ai membri del gruppo di riflettere sulla propria storia alla luce delle esperienze degli altri. Tra i vantaggi di avere l'infermiere nel ruolo di facilitatore vi è la possibilità di avere una connessione stabile tra ospedale e territorio, che consente di instaurare delle interazioni con altre realtà associative presenti. Nel caso specifico delle associazioni di malati

62 J. STEGENGA, "Curare e prendersi cura", Sansepolcro, 2021, p.102-104.

cronici, l'interazione può avvenire tra gruppi che sorgono attorno a problematiche diverse ma che perseguono sostanzialmente finalità comuni.

Molto spesso il *focus* per coloro che vivono una malattia cronica, è migliorare lo stile di vita, partendo dal malato per arrivare poi alla famiglia⁶³. Non è quindi fondamentale la patologia, piuttosto si dà più importanza alla valutazione delle migliori strategie per affrontare al meglio le sfide quotidiane della vita. Queste interazioni promuovono la dinamica del confronto, sia tra i professionisti che si possono rapportare tra loro sia tra i componenti del gruppo, visto come strumento per superare una serie di limiti che i gruppi si trovano a sperimentare nel corso della loro esistenza.

63 C. NERI, “*Il gruppo come cura*”, Milano, 2021, p. 112-116.

CAPITOLO 5

LA PRESA IN CARICO DEI BISOGNI DELLA SALUTE

5.1 Concetto di presa in carico nella gestione dei bisogni sanitari

La presa in carico in campo sanitario fa riferimento a un processo che consente al paziente di essere valutato, assistito e seguito in modo completo e, soprattutto, continuativo da un *team* multidisciplinare. Essendo, per l'appunto, un processo è incentrato sul susseguirsi di varie valutazioni che consentono una presa in carico integrata e personalizzata. Si inizia con una valutazione approfondita di quelle che sono le esigenze del paziente. Questa valutazione tiene conto non solo delle condizioni cliniche del paziente, ma anche dei suoi bisogni sociali e psicologici. L'obiettivo è ottenere una visione completa del paziente e consentire a lui stesso di avere una visione olistica del suo percorso. Sulla base della valutazione delle esigenze del paziente, viene sviluppato un piano di trattamento personalizzato. Questo piano assistenziale individualizzato⁶⁴ (PAI) è un documento di sintesi che raccoglie e descrive, in un'ottica multidisciplinare, le informazioni relative ai soggetti in condizione di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente.

La presa in carico implica il coordinamento delle varie risorse e servizi necessari per la cura del paziente. Questo include tutti i percorsi diagnostico- terapeutici a cui il paziente deve sottoporsi, così come l'assistenza domiciliare o terapie riabilitative. In questa fase,

⁶⁴ Il PAI è uno tra gli strumenti di pianificazione efficaci e efficienti in grado di raccordare tutte le fasi di diagnosi-cura-assistenza-riabilitazione insieme al PTI (Piano Terapeutico Individuale) e ai PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali).

il coordinamento tra i vari servizi, e quindi il funzionamento della rete, è essenziale per garantire che il paziente riceva il supporto e l'assistenza adeguata⁶⁵.

La presa in carico non si limita alla fase iniziale del trattamento. È un processo continuativo che prevede il monitoraggio costante del progresso del paziente, la *compliance* al trattamento del paziente e l'adattamento del piano in base ai risultati ottenuti⁶⁶.

Uno dei punti chiave nella presa in carico è il coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni relative al suo trattamento, ovvero quello che viene chiamato il *patient engagement*. Tradotto letteralmente significa coinvolgimento del paziente ed è un modello che prevede la partecipazione attiva del paziente nel sistema di cure e lo vede come attore protagonista all'interno del sistema sociosanitario. Promuove l'*empowerment*, in modo da consentirgli di partecipare attivamente al proprio percorso e di assumere una maggiore responsabilità nei confronti della propria salute.

5.2 L'*empowerment*

L'*empowerment* viene definito come un processo di crescita e sviluppo personale che mette in grado le persone, non soltanto di asserire i loro bisogni personali e di influenzare il modo in cui vengono soddisfatti, ma anche di partecipare, in quanto cittadini, nell'ambito della comunità⁶⁷.

65 S. MARCADELLI, P. OBBIA, C. PRANDI, "Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica", Milano, 2018, p-213-217.

66 J.F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE, "Educare il paziente", Milano, 2009, p.55.

67 M. BARNES, "Families and empowerment", London, 1997, cit. p. 71.

Date le numerose sfaccettature proprie del concetto e quindi una difficoltà propria nel definirlo, l’OMS nel 1998 lo ha definito come un “processo attraverso il quale le persone possono acquisire un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria vita”⁶⁸. La finalità del processo di *empowerment* è l’acquisizione della fiducia in sé stessi⁶⁹, l’apprendimento della speranza, che deriva dal poter sperimentare se stessi come individui attivi e capaci di prendere in mano la propria esistenza, rappresenta una prospettiva di grande rilevanza per le associazioni di auto mutuo aiuto. Questa visione è in perfetta armonia con il principio fondante dell’*helper*, come discusso in precedenza. L’obiettivo dell’*empowerment*, quindi, può essere un utile strumento per comprendere il nuovo ruolo che le associazioni di auto mutuo aiuto possono svolgere nel contesto dei servizi sociali e sanitari, nonché nella società in generale.

I processi di recupero e di *empowerment*, intesi come modalità di diffusione dell’auto mutuo aiuto, hanno guadagnato sempre maggiore accettazione tra i cittadini, anche grazie allo sviluppo di un concetto di salute che considera in modo olistico la dimensione psicologica e sociale nel percorso verso il benessere. Per raggiungere un livello di *empowerment*, è essenziale la collaborazione tra l’operatore sanitario e l’individuo stesso. Questa collaborazione è finalizzata a promuovere un senso di autoefficacia e di controllo nei pazienti, creando un ambiente di mutuo rispetto che li sostiene nei momenti di fragilità e debolezza. Il *Patient Empowerment* è una strategia che, tramite l’educazione in ambito sanitario e la promozione di comportamenti salutari, fornisce alle persone gli strumenti necessari per prendere decisioni più informate riguardo al proprio benessere. Questo approccio mira a ridurre le disparità culturali e sociali nella gestione della salute. Può

⁶⁸ Organizzazione Mondiale della Sanità, “*Health Promotion Glossary*”, Sidney 1998, p. 19.

⁶⁹ www.medicitalia.it

essere considerato come un tipo di “terapia informativa” che punta a equilibrare le conoscenze tra il professionista medico e il paziente.

5.3 Il ruolo dell’infermiere nella presa in carico dei bisogni della salute

I cambiamenti che si sono verificati nei bisogni di salute dei cittadini negli ultimi anni, insieme alle trasformazioni nei luoghi di erogazione delle cure e nelle competenze richieste ai professionisti, sollevano interrogativi circa i caratteri che assume il ruolo dell’infermiere. La pratica infermieristica si basa sull’attenzione ai bisogni del paziente, ma questa attenzione si manifesta in diverse forme decisionali che dipendono dalle relazioni con altri professionisti, dal contesto in cui si opera e dalle limitazioni temporali. Il tipo di conoscenza che guida l’azione infermieristica è descritto in modo definito e si sottolinea l’importanza dell’esperienza come orientamento nell’agire. In questo contesto, l’infermiere tende a svolgere un ruolo di collegamento e interconnessione tra i vari attori coinvolti nel processo di cura. La tradizione consolidata che considera il bisogno di assistenza infermieristica come unico fondamento e ambito esclusivo della ricerca e della pratica infermieristica sembra non essere più adeguata a gestire da sola la complessità dei bisogni e delle richieste di salute dei pazienti⁷⁰. Emergono, sempre più chiaramente, le richieste di un approccio multidisciplinare e scientifico, di una prospettiva critica e non riduttiva e di una considerazione del rapporto tra “teoria e pratica” nell’ambito infermieristica. La gestione del bisogno comporta anzitutto, una valutazione volta a riconoscerne l’esistenza e in secondo luogo, l’attuazione di interventi mirati a soddisfarlo. Questo processo avviene in un contesto caratterizzato da livelli variabili di autonomia e

⁷⁰ S. MARCADELLI, P. OBBIA, C. PRANDI, “Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica”, Milano, 2018, p.186.

indipendenza che dipendono dal contesto di lavoro e dalle relazioni tra professionisti. L'infermiere ad oggi non si limita più alla semplice gestione dei pazienti in contesti strettamente sanitari, ma svolge il ruolo di figura di riferimento che contribuisce a potenziare la loro *Health literacy*⁷¹, letteralmente alfabetizzazione sanitaria, ovvero le competenze legate alla gestione delle malattie, alla prevenzione e alla promozione della salute, al fine di spingere gli individui ad agire per migliorare le proprie condizioni di vita e quelle della collettività.

71 S. MARCADELLI, P. OBBIA, C. PRANDI, “*Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica*”, Milano, 2018, p. 134-141.

CONCLUSIONE

Nel corso di questa tesi, abbiamo esaminato il ruolo dell'infermiere in diversi contesti assistenziali, concentrandoci sul passaggio dalle cure primarie ai gruppi di auto mutuo aiuto. Questo percorso di analisi ci ha permesso di comprendere come questa figura sia cruciale nella promozione del concetto di salute, che negli anni abbiamo visto avere un'evoluzione, non solo attraverso la fornitura di cure dirette ma anche attraverso il supporto e l'educazione dei pazienti e dei *caregiver*.

Nel contesto delle cure primarie, abbiamo osservato che l'infermiere operi come un punto di riferimento per i cittadini, fornendo informazioni, orientamento e prestazioni di assistenza di base, nonché esplorato il nuovo ruolo dell'infermiere di comunità, un professionista il cui impatto nel sistema sanitario sta crescendo in modo significativo. Tale ruolo ha avuto un impatto crescente grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Questo documento di programmazione, che riflette gli sforzi del governo per affrontare le sfide socio-sanitarie legate alla pandemia e alla ripresa economica, sottolinea l'importanza di rafforzare i servizi di salute e il loro impatto sulle comunità locali.

È stato evidenziato come l'infermiere di comunità sia una figura chiave nel garantire che le risorse stanziare dal PNRR siano impiegate in modo efficace ed efficiente per migliorare le condizioni di vita e il benessere delle persone. La sua presenza continua e proattiva nelle aree urbane e rurali contribuisce a ridurre le disuguaglianze nella salute, garantendo l'accesso ai servizi sanitari e promuovendo la prevenzione delle malattie. Fondamentale per svolgere il ruolo in maniera olistica è la collaborazione tra l'infermiere di comunità e altri professionisti sanitari, nonché con le agenzie e le organizzazioni locali.

Questa collaborazione multidisciplinare e interprofessionale è fondamentale per garantire una presa in carico completa e integrata dei bisogni di salute della comunità.

Nei gruppi di auto mutuo aiuto, l'infermiere si trova a svolgere il ruolo di facilitatore, creando un ambiente in cui i membri del gruppo possano condividere le proprie esperienze e trovare supporto reciproco. Questa modalità di assistenza si basa sull'*empowerment*, che consente ai pazienti di acquisire fiducia nelle proprie capacità e di gestire le condizioni di salute.

L'infermiere svolge un ruolo cruciale per affrontare le sfide emergenti nella salute pubblica e nella promozione del benessere della comunità, sia nei gruppi di auto mutuo aiuto come ruolo di facilitatore, sia in ospedale come infermiere professionale, che a stretto contatto con i cittadini come infermiere di comunità. La sua presenza e le sue competenze sono fondamentali per garantire una ripresa resiliente e sostenibile, orientata verso una migliore qualità di vita per tutti i cittadini.

Si rende evidente e necessario che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) debba adeguarsi alle nuove esigenze di integrazione tra i servizi sociali e sanitari, soprattutto nell'ambito dell'assistenza territoriale. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la creazione di un modello operativo che promuova la crescita progressiva del numero di infermieri di comunità e che sia in grado di sfruttare al massimo le risorse e le opportunità che essi offrono, con l'obiettivo finale di migliorare la qualità della vita e della salute sia a livello individuale che collettivo.

Questa necessità non dovrebbe rimanere solo una retorica, ma dovrebbe tradursi in azioni concrete volte a promuovere il benessere generale. L'infermiere di comunità, con il suo ruolo multifunzionale e la sua presenza costante sul territorio, può diventare un attore chiave in questo processo di cambiamento. L'obiettivo deve essere il perseguimento di

una migliore qualità di vita e salute per tutti i cittadini, trasformando questa visione in realtà attraverso politiche sanitarie e sociali innovative e orientate al bene comune.

In conclusione, è fondamentale che il SSN abbracci l'evoluzione dei servizi sanitari e sociali, e che promuova un'assistenza territoriale integrata, facendo dell'infermiere di comunità un elemento centrale di questa trasformazione. Solo attraverso un impegno reale e una collaborazione efficace tra professionisti, istituzioni e comunità si potrà raggiungere una migliore qualità di vita e salute per tutti i cittadini.

BIBLIOGRAFIA

- M. BARNES, “*Families and empowerment*”, London, 1997.
- P. BASTIANONI, “*Narrare il dolore. Esperienze formative rivolte ai facilitatori dei gruppi di auto mutuo aiuto*”, Lecce, 2022.
- G. BISSOLO, “*Costruire l’integrazione sociosanitaria*”, a cura di L. Fazzi, Roma, 2005.
- T.K. BORKMAN, “*Understanding self-help/mutual aid: experimental learning in the Commonwealth*”, New Jersey, 1999.
- L. BORMAN, “*Characteristics of development and growth*”, San Francisco, 1976.
- R. BROLIS, P. MACCANI, A. PERINO, “*L’integrazione socio-sanitaria in pratica*”, Rimini, 2018.
- V. CALCATERRA, “*Attivare e facilitare i gruppi di auto mutuo aiuto*”, Trento, 2013.
- J. CHAN, H. E CHAN, “*Reconsidering social cohesion: Developing a definition and analytical framework for empirical research*”, Milano, 2006.
- R. F. CRAVEN, C.J. HIRNLE, “*Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica*”, Milano, 2004.
- B. CYRULNIK, E. MALAGUTI, “*Costruire la resilienza, la riorganizzazione positiva della vita e della creazione di legami e significati*”, Trento, 2005.
- J.F. D’IVERNOIS, R. GAGNAYRE, “*Educare il paziente*”, Milano, 2009.
- P. DONATI, “*Il privato sociale che emerge: realtà e dilemmi*”, Bologna, 2004.

- P. DONATI, *“La cittadinanza societaria”*, Roma-Bari, 1991.
- F. FOCARDI, F. GORI, R. RASPINI (a cura di), *“I gruppi di auto mutuo aiuto in Italia. Indagine conoscitiva”*, Milano, 2006.
- G. GIARELLI, E. VENNERI, *“Sociologia della salute e della medicina”*, Roma, 2009.
- Z. GUSSOW, G. TRACY, *“Self-help Group: a grassroots response to a need for services”*, in *J. Appl. Behav. Sci.*, 1976.
- G. MACIOCCO, *“Cure primarie e servizi territoriali”*, Roma, 2004, p.87.
- S. MARCADELLI, P. OBBIA, C. PRANDI, *“Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica”*, Milano, 2018.
- T. H. MARSHALL, *“Cittadinanza e classe sociale”*, Torino, 1976.
- E. MISSONI, G. PACILEO, *“Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana”*, Milano, 2016.
- G. MORO, *“Azione civica. Conoscere e gestire le organizzazioni di cittadinanza attiva”*, Roma, 2005.
- C. NERI, *“Il gruppo come cura”*, Milano, 2021,
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *“Health Promotion Glossary”*, Sidney 1998.
- A. PESCOSOLIDO, W.R. AVISON, J. MCLEOD, *“Mental health, social mirror”*, Berlino, 2007.
- R. PORTER, *“Breve ma veridica storia della medicina occidentale”*, Roma, 1997.

J. STEGENGA, “*Curare e prendersi cura*”, Sansepolcro, 2021.

D. TRAUNSTEIN, R. STEINMAN, “*Voluntary self-Helpdesk organizations, an exploratory study*”, in *J. Voluntary action red*, 1973.

G. VICARELLI, “*Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*”, Milano, 1997.

C.T. WHELAN, B. MAÎTRE, “*Economic vulnerability, multidimensional deprivation and social cohesion in an enlarged European Community*”, in *International Journal of Comparative Sociology*, 2005.

SITOGRAFIA

www.amalo.it.

www.automutuoiutobergamo.org

www.edizionifoscari.unive.it

www.ipasvi.it

www.italianjournalofnursing.it.

www.medicitalia.it

www.quotidianosanita.it