



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

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

“La sfida della *Community Care* nell'attuale sistema di *welfare*”

“The challenge of Community Care in the current welfare system”

Relatore: Chiar.mo  
Prof. Micol Bronzini

Tesi di Laurea di:  
Alessandro Facciorusso  
Matricola 1077896

Anno Accademico 2020 – 2021



## INDICE

INTRODUZIONE	5
<b>1. SVILUPPO DEL WELFARE STATE ED ESIGENZA DI RINNOVAMENTO</b>	<b>8</b>
1.1 Definizione e cenni storici sulla nascita ed evoluzione del <i>Welfare State</i>	8
1.1.1 Nascita	10
1.1.2 Espansione e consolidamento	12
1.1.3 La crisi	14
1.1.4 Trasformazione e revisione	16
1.2 Finalità ed azioni di <i>welfare</i>	20
1.3 Gli approcci fondamentali del <i>Welfare State</i>	23
1.3.1 L'approccio dei rischi sociali	24
1.3.2 L'approccio strutturale	27
1.3.3 L'approccio delle coalizioni di classe	29
1.3.4 L'approccio istituzionale	32
1.4 I modelli di <i>welfare</i> teorizzati da Titmuss, Esping-Andersen e Ferrera	34
1.5 Il <i>Secondo Welfare</i> come proposta di rinnovamento	40
1.6 Il rapporto tra primo e secondo <i>welfare</i>	46
<b>2. L'APPROCCIO TEORICO DELLA COMMUNITY CARE</b>	<b>51</b>
2.1 Il <i>Community Welfare</i>	51
2.2 I concetti base della <i>Community Care</i>	53
2.3 Comunità ( <i>Community</i> )	56
2.4 <i>Care</i>	60
2.5 Le reti sociali	63
2.5.1 La famiglia (home/family care) e il caregiver	64
2.5.2 Il volontariato	68
2.5.3 Gli Enti del Terzo Settore: promotori di <i>Welfare Community</i> ?	72

2.5.4 Il Distretto Socio Sanitario	79
2.6 La connessione tra le reti sociali e la <i>governance</i>	84
<b>3. LA SFIDA DELLA COMMUNITY CARE</b>	<b>89</b>
3.1 L'influenza dei mutamenti sociali sui percorsi di cura e sulle decisioni politiche	89
3.2 Il lavoro di cura centrato sul paziente: le prospettive della programmazione sanitaria	98
3.3 Multiprofessionalità: dai sistemi sanitari ai sistemi di salute	104
3.4 eHealth: la sanità digitale. Verso una <i>Digital Community Care</i> ? Una sfida da cogliere	110
3.5 Progetti di eHealth in Puglia: CareWell dell'AReSS Puglia e Diomedee dell'ASL di Foggia	118
3.5.1 CareWell - AReSS Puglia	118
3.5.2 Diomedee - ASL di Foggia	123
CONCLUSIONI	132
BIBLIOGRAFIA	135
Altre fonti consultate	143
Congressi-Convegni-Webinar	143
Pubblicazioni-Riviste	144
Normativa di riferimento	145
SITOGRAFIA	147
Ringraziamenti	149

## INTRODUZIONE

La responsabilità della cura e del sostegno agli anziani non autosufficienti, ai disabili e ai soggetti fragili rappresenta una fonte di forte preoccupazione per le famiglie, che non lascia indifferente l'intera società e il sistema salute, nonostante le attenzioni riservate loro negli anni dai sistemi di *welfare*, dovuta alla gravosità dell'assistenza domiciliare sia in termini economici che di gestione, con un forte impatto sull'aspetto psico-emotivo dei *caregiver*.

La comunità, il vicinato e soprattutto la famiglia hanno da sempre rappresentato il cuore della *care* domiciliare, in grado di sviluppare reti assistenziali informali capaci di garantire la presa in carico dei soggetti bisognosi. Per rispondere alla crescente domanda di assistenza, dagli anni '90 in poi si è percorsa la strada dell'istituzionalizzazione delle cure finalizzato ad un'integrazione sociosanitaria, per dare, quindi, una risposta assistenziale sia sanitaria sia sociale, che ha avuto compimento legislativo nei primi anni Duemila. Nel tempo (invero già a partire dagli anni '70 ma soprattutto negli ultimi decenni) l'approccio di cura fondato sulle macrostrutture assistenziali e residenziali si è rivelato insufficiente come risposta sociosanitaria per la comunità, e gli ospedali individuati quali unici collettori della domanda di cura hanno mostrato difficoltà e lacune, accentuate dalla pandemia globale da Covid-19.

Inoltre i cambiamenti nei modelli culturali e familiari e l'esigenza del contenimento della spesa pubblica hanno reso sempre più difficile rispondere alla crescente domanda di cura. Si rende necessario un cambio di passo in un sistema di *welfare* in continuo movimento che richiede nuove e coraggiose sfide.

La risposta ai bisogni della comunità può arrivare da nuovi attori sempre più presenti sul territorio, rappresentati dagli Enti del Terzo Settore e dal volontariato e dalla loro effettiva integrazione nel sistema delle cure che, per citare Marco Ingrosso (2018), non può che essere un sistema complesso e collaborativo.

Il presente lavoro è stato elaborato con lo scopo di acquisire maggiore conoscenza di un approccio alla salute centrato sulla comunità anziché sull'istituzione ospedaliera, e per comprendere se può essere un modello valido in virtù dei cambiamenti dell'attuale sistema di *welfare*.

La tesi è strutturata in tre capitoli.

Nel primo capitolo si presentano i modelli teorici del *welfare state* consolidati, anche conosciuti come modelli di "primo welfare", facendo un accenno alla storia della nascita del sistema di previdenza ed assicurazione sociale, illustrando sinteticamente gli approcci fondamentali del *welfare state*, per poi passare all'analisi di un modello di innovazione sociale conosciuto come "secondo welfare".

Il secondo capitolo è dedicato all'approfondimento del modello teorico della *Community Care*, dalla sua prima teorizzazione alle definizioni più recenti,

all'analisi della sua complessa articolazione e agli intrecci con le reti *formali* ed *informali* che verranno osservate più da vicino.

Il terzo capitolo analizza i mutamenti sociali e culturali, i cambiamenti strutturali ed istituzionali del sistema di cura e di *care*, che portano a riflettere sulle sfide da cogliere dalle reti di assistenza sociosanitaria, anche alla luce delle potenzialità dell'innovazione tecnologica e digitale usufruibile in ottica di *Community Care*.

## CAPITOLO 1

### SVILUPPO DEL *WELFARE STATE* ED ESIGENZA DI RINNOVAMENTO

#### 1.1 Definizione e cenni storici sulla nascita ed evoluzione del *Welfare State*

Il sistema di *welfare* è un'istituzione sociale e politica complessa, ampiamente affermata nelle società avanzate, soggetta a notevoli tensioni e a forti cambiamenti in relazione ai mutamenti sociali, economici e politici che si susseguono nel tempo.

Letteralmente con il termine *welfare* si identifica il “*benessere*” dei cittadini e rappresenta la finalità costitutiva del *Welfare State*: un sistema che protegge i cittadini dai rischi più gravi, quali la malattia, la disabilità, la povertà, l'assenza di lavoro, la vecchiaia, la mancanza di una dimora e di risorse fondamentali per la sopravvivenza; ma intende anche promuovere le migliori condizioni di vita possibili, riducendo le disuguaglianze sociali attraverso sostegni economici e promuovendo le pari opportunità tra i cittadini attraverso servizi educativi, sanitari e sociali<sup>1</sup>.

Si può riassumere lo scopo del *welfare state* in tre finalità sociali fondamentali<sup>2</sup>:

---

<sup>1</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del Welfare*, in Ranci C., Pavolini E., “*Le politiche di welfare*”, Bologna, il Mulino

<sup>2</sup> Briggs A. (1961), *The Welfare State in historical perspective*, European journal of Sociology, vo.2, n.2

1. la lotta alla povertà, ovvero garantire ad individui e famiglie un reddito minimo che permetta loro la sopravvivenza in caso di difficoltà economica;
2. la protezione contro i rischi sociali (es. malattia, vecchiaia, disoccupazione), e le conseguenze negative che ne derivano, con misure che aumentano la sicurezza dei cittadini contro quegli eventi ostili che possono minacciare la loro sopravvivenza;
3. la promozione delle pari opportunità e del benessere individuale e sociale, assicurando, quindi, ad ogni cittadino, senza distinzione alcuna, i migliori standard disponibili in relazione ad una serie di servizi sociali.

Il *welfare state* viene considerato un'ideazione della società ad economia capitalistica. L'espressione fu a vario titolo utilizzata nella prima metà del ventesimo secolo da esponenti politici di orientamento socialista per designare l'insieme delle politiche di intervento statale per il miglioramento delle sorti della classe operaia al di là dell'assistenza ai poveri<sup>3</sup>. In prospettiva opposta, la stessa espressione venne adottata in senso negativo da esponenti tradizionalisti, come sinonimo di "socialismo di stato", cui si contrappose l'idea di una comunità solidaristica nazionale. Fu infine utilizzata, nel clima bellico della Seconda Guerra mondiale, dal socialismo cristiano inglese allo scopo di contrapporre la filosofia

---

<sup>3</sup> Ritter G.A. (1989), *Der Sozialisten*; trad. it *Storia dello Stato Sociale*, Roma-Bari, Laterza (1996)

democratica e orientata al bene comune dello stato, incentrata sul benessere dei cittadini, a quella militarista e autoritaria dello stato nazista<sup>4</sup>.

### 1.1.1 Nascita

La nascita del *Welfare State* si fa risalire al 1881 nella Germania del Secondo Reich, per opera di Otto von Bismarck<sup>5</sup>, il quale intraprese la realizzazione del primo sistema obbligatorio di sicurezza sociale in Europa, che servì da modello per tutti gli altri paesi per la creazione di assicurazioni di stato contro gli infortuni sul lavoro, di malattia, di vecchiaia e disoccupazione, che rappresentano tuttora il nucleo istituzionale dello stato assistenziale. Nel 1883 Bismarck istituì l'assicurazione contro le malattie e nel 1884 quella contro gli infortuni; nel 1889, infine, realizzò un progetto di assicurazione per la vecchiaia. Si gettarono nel continente europeo le fondamenta del moderno *welfare state*. Da quel momento cominciò un processo storico che ha inciso profondamente sulla fisionomia della società, ridisegnando il rapporto tra Stato, Società e Mercato.

Pur nascendo all'interno di un contesto istituzionale tradizionalista e autoritario, qual era il Secondo Reich tedesco, il *welfare state* costituì una novità rivoluzionaria nello scenario delle società industriali di fine Ottocento. Nella

---

<sup>4</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del welfare* cit.

<sup>5</sup> Otto von Bismarck: politico tedesco, soprannominato il *Cancelliere di Ferro*, Primo ministro del Regno di Prussia dal 1862 al 1890, artefice della nascita dell'Impero tedesco, di cui divenendone il primo Cancelliere, promotore di riforme in campo assistenziale (fonte: <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>)

seconda metà di questo secolo ci fu una crescita ed una diffusione dell'economia capitalistica in gran parte dei paesi dell'Europa occidentale, che accelerò lo sviluppo industriale contribuendo al loro rafforzamento economico; nel contempo emerse una serie di nuovi bisogni sociali a seguito della formazione di un'ampia classe operaia sottoposta a difficili condizioni di lavoro e alla concentrazione in quartieri industriali di grandi masse popolari che vivevano in condizioni di povertà e precarietà igienico-sanitaria. Si configura così una questione sociale di dimensioni ed intensità tali da esigere una risposta globale governativa, non poteva essere affrontata soltanto con la solidarietà della comunità, tra l'altro fortemente indebolita dalla nuova società industriale, o con la beneficenza privata insufficiente nei mezzi e negli scopi, o ancora con interventi di tipo pauperistico ad opera dello stato liberale (come l'attivazione dei *Poor Laws*<sup>6</sup> nel Regno Unito). La realizzazione di nuove misure sociali promosse in modo diretto dallo stato, rappresentò una risposta ai nuovi bisogni sociali generati dallo sviluppo industriale e capitalistico, ma fu anche un modo per costruire un consenso sociale intorno alla classe dirigente in un periodo particolarmente turbolento. Questo avvenne prima nella Germania bismarckiana, e in seguito in altri paesi europei come il Regno Unito e i paesi scandinavi.

---

<sup>6</sup> Misure finalizzate a prestare un'assistenza di ultima istanza solo a specifici gruppi di popolazione, i cosiddetti "poveri meritevoli", colpiti dalla povertà a causa di problemi considerati indipendenti dalla loro volontà, cui era destinato un sussidio economico o il ricovero in ospizi di mendicizia; una tipologia di interventi che risulteranno inadeguati ad affrontare l'enorme dimensione dei nuovi problemi (Ranci C., Pavolini E., 2015, *Le politiche di welfare* cit.)

### 1.1.2 Espansione e consolidamento

Nei decenni successivi si confermò e rafforzò il ruolo del *welfare state* che divenne, già prima dello scoppio della Seconda Guerra mondiale, un elemento ormai stabilizzato e irrinunciabile delle società dell'Europa occidentale. In quegli anni erano ancora molto diffusi l'analfabetismo, la malattia, la disoccupazione, lo squallore abitativo e l'indigenza<sup>7</sup>. Ed è proprio in questo contesto, nel 1942 durante la Seconda Guerra mondiale, l'economista e sociologo britannico di orientamento riformatore, Sir William Henry Beveridge consegnò al parlamento inglese un celeberrimo rapporto in cui formulò i principi base di un moderno stato sociale capace di fornire ai cittadini un grado elevato di sicurezza sociale, attraverso un servizio sanitario obbligatorio universalistico, cioè offerto a tutti i cittadini senza discriminazioni di tipo economico, una misura di reddito minimo in grado di garantire la sopravvivenza indipendentemente dall'occupazione lavorativa, un sistema di assicurazioni sociali (pensione, invalidità, disoccupazione, malattia) completo e accessibile a tutti i cittadini.

Con il "Rapporto Beveridge" (*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*) si creano i presupposti teorici e le condizioni pratiche per la costruzione del primo sistema di protezione sociale lungo tutto l'arco della vita dei cittadini, "dalla culla alla tomba".

---

<sup>7</sup> Beveridge W. (1942), *Social Insurance and Allied Services: Memoranda from Organizations. Report by Sir William Beveridge*, His Majesty's Stationery Office, London

L'idea che fosse direttamente lo Stato ad intervenire per sostenere il benessere e garantire la sicurezza a tutti i cittadini, in una visione universalistica, trova un importante consenso politico e tra le masse popolari, specie tra la classe operaia, e ben presto oltrepassò i confini del Regno Unito per diventare il principio guida per lo sviluppo del *welfare state* nei paesi occidentali; ma anche nei paesi socialisti sovietici, lo stato assunse un ruolo cruciale nella produzione e distribuzione dei benefici e servizi di *welfare*.

Nel secondo dopo guerra grazie ad un periodo di pace internazionale e di grande crescita economica, si crearono le giuste condizioni che favorirono l'espansione e lo sviluppo del *welfare state* con una intensità maggiore per il trentennio successivo (1945-1975) tanto da guadagnarsi l'appellativo di "trentennio glorioso", anche definito i "Trenta Gloriosi"<sup>8</sup>.

Sono anni che decretano il consolidamento dello stato sociale nelle forme tuttora prevalenti, molto somigliante a quelle immaginate da Lord Beveridge, in uno scenario conosciuto come "compromesso di mezzo secolo" fondato su un forte tasso di crescita economica che consentì l'incremento salariale (in un sistema di piena occupazione maschile di tipo industriale) e l'estensione dei programmi di *welfare*<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Fourastié J. (1979), *Les Trente Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975* Paris, Fayard

<sup>9</sup> Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le traiettorie attuali di cambiamento*, in Ranci C., Pavolini E., *Le politiche del welfare* cit.

I Trenta Gloriosi furono altresì contraddistinti da un aumento dell'intervento pubblico in campo economico, che comportò nel tempo un incremento considerevole sia della spesa pubblica sia dei livelli di tassazione, che raggiunsero però una soglia difficilmente superabile senza fomentare rivolte contro la pressione fiscale nei ceti sociali più ricchi.

### 1.1.3 La crisi

A partire dalla metà degli anni Settanta le basi sociali ed economiche strutturate durante il periodo del “compromesso di mezzo secolo” cominciarono ad indebolirsi, creando le premesse per una profonda trasformazione della società europea e per una crisi del modello consolidato del welfare. Una fase di intenso cambiamento in cui gli elementi tradizionali dell'assetto socio-economico precedente e quelli innovativi si mescolarono dando vita ad un periodo di turbolenza sociale e di conflitti politici che inevitabilmente produssero effetti sui sistemi di welfare. Sul piano produttivo, questo periodo fu contraddistinto dallo sviluppo di una nuova fase dell'economia capitalista fondata non più soltanto sulla produzione manifatturiera di beni materiali, ma anche e prevalentemente sulla produzione di beni immateriali e di servizi (sia alle imprese sia alle persone), nonché sulla fitta circolazione di informazioni e conoscenza<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Bell D. (1973), *The Coming of post-industrial society: a venture in social forecasting*, New York, Basic

Il settore industriale subisce, di fatto, un pronunciato declino occupazionale, mentre aumenta progressivamente il peso economico del settore dei servizi; nel contempo, però, lo sviluppo del settore terziario era caratterizzato da una forte differenziazione interna: alla crescita dell'occupazione ad elevata qualificazione e ad elevati salari si accompagnò la diffusione di posti di lavoro poco retribuiti e di bassa qualità<sup>11</sup>.

Condizioni che causarono una profonda crisi che investì i sistemi di welfare di gran parte dei paesi europei.

Se i Trenta Gloriosi furono una fase di riduzione delle disuguaglianze sociali, la nuova fase è caratterizzata da una forte divaricazione tra i redditi alti e quelli bassi. Si assiste ad una trasformazione del mercato del lavoro, aumenta il tasso di disoccupazione soprattutto nella forza lavoro maschile, seguito da un'impennata dell'occupazione femminile, massicciamente utilizzata nelle attività dei servizi in grande espansione. La donna era considerata fino a quel momento il cardine della cura e dell'assistenza domestica, di conseguenza tale mutamento ha provocato la diffusione di problemi di conciliazione tra lavoro e cura, legati all'esigenza di trovare soluzioni di accudimento e cura dei figli e dei genitori anziani non autosufficienti. A questi si aggiungono le trasformazioni delle strutture demografiche e familiari della popolazione europea: l'invecchiamento della popolazione, il calo demografico ed una tendenza alla pluralizzazione delle

---

<sup>11</sup> *Ibidem*

strutture familiari che hanno portato ad una crescita di tipologie familiari vulnerabili sul piano reddituale e con difficoltà di conciliazione casa e lavoro, come nel caso di famiglie composte da genitori soli con figli minorenni, oppure gli anziani soli o ancora famiglie plurinucleari con la presenza degli anziani genitori in casa<sup>12</sup>.

Per effetto di tutte queste trasformazioni sono emersi “nuovi rischi sociali”<sup>13</sup>, cioè nuove esigenze di protezione sociale, non diffuse nelle fasi precedenti o diffuse ma con un impatto non così significativo sulle condizioni di vita della popolazione. La conseguenza di questo mutato scenario è una riconfigurazione complessiva dei rischi sociali cui i sistemi di welfare non erano adeguati e pronti, generando, tra l’altro, un insostenibile aumento della spesa pubblica.

#### 1.1.4 Trasformazione e revisione

Sarà ancora una volta il Regno Unito il precursore dei tempi che solleverà la nuova questione sociale, condizionato da una politica che segnerà un brusco cambiamento di clima e di prospettiva storica. Il programma del neonato governo presieduto da Margareth Thatcher (nel 1979) era fondato sull’idea di smantellare

---

<sup>12</sup> Ranci C., Pavolini E. (2015), *Le traiettorie attuali di cambiamento* cit.

<sup>13</sup> Esping-Andersen G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press; Taylor-Gooby P. (a cura di) (2004), *New risks, new Welfare: the transformation of the European Welfare State*, Oxford, Oxford University

l'intervento dello Stato nel settore economico e sociale con lo scopo di promuovere i principi della libera concorrenza e dell'individualismo morale<sup>14</sup>.

In questo clima di trasformazione, l'offensiva liberale all'impianto tradizionale del *welfare state* venne condiviso in quegli anni da altri partiti conservatori dell'Europa continentale.

Tra gli osservatori più attenti alle dinamiche politiche, sociali ed economiche era apparso già evidente che la fase di espansione del *welfare state*, dopo ormai quasi un secolo di storia segnato da una costante crescita, fosse ormai al capolinea, ed il thatcherismo non fece altro che dare conferma a questa tendenza.

Sarebbe seguita una fase molto più controversa ed ambigua, in cui si sarebbero costantemente intrecciati due movimenti opposti, di cui uno spingeva verso lo smantellamento dello stato sociale, sostenuto dai programmi politici conservatori ispirati a Thatcher e Reagan, e l'altro spingeva verso una ristrutturazione profonda del *welfare state*, rinnovato ed adeguato alla mutata realtà sociale ed economica, come sostenuto dalla gran parte della politica di ispirazione socialdemocratica e riformista. A cento anni dalla sua nascita il *welfare state* si trovò davanti a un bivio: ristrutturare il proprio funzionamento e ridefinire le proprie finalità per adeguarsi al nuovo scenario e restare così un elemento di promozione sociale ed

---

<sup>14</sup> "La società non esiste. Ci sono individui, uomini e donne, ci sono famiglie. E nessun governo può fare nulla se non attraverso le persone, mentre le persone, prima di tutto, pensano a loro stesse. È un nostro dovere badare a noi stessi e quindi anche aiutare i nostri vicini a badare a sé stessi. La gente ha avuto troppo in mente i propri diritti acquisiti, senza pensare ai propri doveri, ma non esistono diritti acquisiti senza aver prima assolto i propri doveri" (Thatcher M., 1987)

economica, oppure entrare in una spirale di tagli e riduzioni, sino a diventare un'istituzione residuale, sempre più disfunzionale allo sviluppo dell'economia capitalistica e sempre meno in grado di rispondere ai bisogni sociali della popolazione<sup>15</sup>.

Nonostante le gravi turbolenze ha resistito alla crisi e soprattutto al programma neoliberale di smantellamento: il consenso democratico nei suoi confronti si è dimostrato assai più stabile e di godere di ampio favore nella popolazione europea, tanto che una larga maggioranza di essa preferirebbe un aumento della tassazione per avere maggiori prestazioni di welfare, piuttosto che una riduzione dei servizi a fronte della diminuzione delle tasse.

Ma il controllo della spesa sociale pubblica, nel corso degli anni Novanta e nel primo decennio del nuovo secolo, resta al centro delle agende governative della maggior parte dei paesi europei. La copertura finanziaria dell'aumento dei rischi sociali e per sviluppo di politiche sociali sempre più estensive e generose era compensata dalla sostenuta crescita economica dal dopoguerra in poi, una fase, questa, ormai in esaurimento. Pertanto, l'esigenza di contenimento della spesa pubblica resta centrale, a seguito di un basso livello di crescita economica e di un'elevata pressione fiscale, ma anche per le difficoltà dei paesi europei a creare nuova occupazione per quelle categorie sociali, in particolare donne e giovani, escluse dal gruppo dei principali beneficiari del welfare tradizionale.

---

<sup>15</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del welfare* cit.

Sono gli anni in cui la storia sociale e politica dell'Europa “è caratterizzata da numerosi tentativi di ristrutturare il welfare state in modo da farlo transitare tra la Scilla del debito pubblico da ridurre e la Cariddi dei nuovi rischi sociali da proteggere”<sup>16</sup>, anni che hanno determinato una forte istituzionalizzazione delle politiche sociali.

Nel corso del tempo intorno al *welfare state* si sono costituite solide coalizioni sociali e politiche, composte sia dai principali beneficiari dei programmi sociali sia da organizzazioni pubbliche e private che dovevano la loro ragione di esistere a quei programmi, che hanno reso più difficoltoso il necessario cambiamento.

Le forti tensioni cui è stato sottoposto il *welfare state* hanno contribuito a frantumare quelle alleanze costituite intorno ad esso, una spaccatura intensificata dalla contrapposizione tra i portatori dei vecchi rischi sociali, già riconosciuti e premiati dal welfare tradizionale, e i portatori dei nuovi rischi sociali che necessitano di riforme ed innovazioni in grado di dare risposta alle loro esigenze.

Negli anni post crisi, oltre ad azioni di *retrenchment*<sup>17</sup>, si apre la strada ad una *ricalibratura*<sup>18</sup> del sistema di welfare e verso nuovi paradigmi rivisitati sulla base delle nuove esigenze sociali, politiche ed economiche, spingendosi fino a valutare,

---

<sup>16</sup> *Ibidem*

<sup>17</sup> *Retrenchment* “esplicito” e “nascosto”: politica basata sui tagli alla spesa pubblica e sociale (Pierson P., 2001, *The new Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press)

<sup>18</sup> Ferrera, Hemerijck e Rhodes definiscono tale concetto come un rimodellamento del sistema di welfare lungo una serie di dimensioni: funzionale, distributiva, istituzionale e normativa. La ricalibratura può essere considerata una strategia adattiva di risposta ai profondi cambiamenti socioeconomici e di come migliorare l'efficacia del welfare state in tale situazione (*The future of Social Europe: recasting work and welfare in the new economy*, Oeiras, Celta, 2000)

specie nell'ultimo decennio, misure ed iniziative realizzate attraverso l'uso di risorse non pubbliche (provenienti da imprese, fondazioni, associazioni e altri enti del Terzo settore) anche definite di *secondo welfare*<sup>19</sup>.

## **1.2 Finalità ed azioni di *welfare***

Come si è già accennato in precedenza, gli scopi principali del *welfare state* sono riassumibili in tre finalità sociali fondamentali, quali la lotta alla povertà, la protezione contro i rischi sociali, la promozione delle pari opportunità e del benessere individuale e sociale.

Tali finalità sono da considerarsi complementari e non alternative: si pensi all'assistenza ai più deboli cui vengono distribuiti alcuni benefici e servizi sulla base del bisogno, contemporaneamente si riducono le disuguaglianze create dal mercato capitalistico; così come il perseguimento dell'uguaglianza attraverso forme di protezione contro i rischi sociali accessibili su base universalistica, indipendentemente dai contributi versati dai cittadini.

Per raggiungere gli scopi, il *welfare state* interviene nei processi di distribuzione dei benefici sociali secondo due modalità differenti:

1. in via “diretta” attraverso l'erogazione di prestazioni di welfare, ovvero dall'erogazione di pensioni a quella di sussidi monetari di vario tipo,

---

<sup>19</sup> Ferrera M. (2013), *Secondo welfare: perché? Una introduzione*, in Maino F., Ferrera M. (a cura di) *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

- all'offerta di servizi sociali, sanitari ed educativi, sino alla produzione di beni fondamentali come la casa;
2. in via "indiretta" attraverso agevolazioni fiscali, forme di regolazione dell'economia e dei rapporti di lavoro, la promozione e il finanziamento dei servizi di welfare forniti da attori privati di vario tipo, il sostegno alle capacità di auto-aiuto dei cittadini e delle famiglie<sup>20</sup>.

La distinzione tra azioni "dirette" e "indirette" corrisponde all'idea di inquadrare il *welfare state* all'interno di un sistema più ampio e complesso di attori e meccanismi sociali che operano nella stessa direzione e con finalità simili.

Per questo le teorie classiche del welfare hanno individuato tre circuiti fondamentali<sup>21</sup> attraverso cui il "*benessere*" viene assicurato ai cittadini, ai quali, a partire dagli anni Novanta, se ne è aggiunto un quarto per andare a completare quello che è stato definito il "*diamante del welfare*"<sup>22</sup>: 1) l'intervento dello Stato; 2) il funzionamento del mercato; 3) l'organizzazione delle famiglie; 4) le organizzazioni sociali.

Si noti che gli attori presenti in questo articolato sistema sono, dunque, l'amministrazione pubblica, le imprese private, le reti informali fondate sui legami familiari e il terzo settore. Le istituzioni pubbliche, nelle sue articolazioni nazionali, regionali e locali, quali erogatori dei servizi pubblici essenziali ed

---

<sup>20</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del welfare* cit.

<sup>21</sup> Polanyi K. (1944), *The Great Transformation: Economic and Political Origins of Our Time*; trad. it. *La grande trasformazione*, Torino, Einaudi (1974)

<sup>22</sup> Evers A., Pijl M., Ungerson C. (a cura di) (1994), *Payments for Care*, Avebury, Aldershot

universalistici. Le imprese private in qualità di erogatori specializzati di assicurazioni private di tipo sanitario o previdenziale, o anche quali gestori di ospedali, scuole e servizi sociali privati. Le reti familiari costituiscono la principale fonte di erogazione di welfare precedente alla nascita del welfare state ed hanno mantenuto un ruolo centrale anche nelle società a welfare maturo, se si pensa a quel lavoro non remunerato delle donne per la fornitura di servizi di cura dei bambini e degli anziani non autosufficienti e alla gestione delle relazioni con le istituzioni pubbliche. Ed infine i servizi prodotti nell'ambito del Terzo Settore, spesso fondate su base volontaria oppure cooperativa, non finalizzata a produrre profitti ma orientate alla produzione di beni e servizi di pubblica utilità<sup>23</sup> che spesso operano come partner delle istituzioni pubbliche.

È bene sottolineare che negli ultimi anni si è assistito ad una forte spinta verso la privatizzazione e la *rifamilizzazione* del welfare, ovvero alla tendenza ad attribuire e riconoscere una responsabilità più grande ai soggetti privati e alle famiglie nell'erogazione di servizi di welfare, coincisa con l'aumento della capacità regolatoria delle politiche pubbliche in questi ambiti con la speranza che essi riescano a sopperire alle carenze dell'intervento pubblico diretto<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Ranci C. (1999), *Oltre il welfare state. Terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*, Bologna, il Mulino

<sup>24</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del welfare* cit.

In conclusione, il welfare è un articolato sistema di relazioni *formali e informali* fra le quattro punte del “diamante del welfare”<sup>25</sup>, anche denominato *Welfare Mix*: un complesso istituzionale che lega insieme stato, mercato, famiglia e società civile all’interno del quale un insieme di politiche e di istituzioni pubbliche orientate all’assistenza dei deboli, alla copertura dei rischi sociali e alla riduzione delle disuguaglianze sociali persegue queste finalità attraverso la regolazione del mercato e delle famiglie, la redistribuzione di risorse finanziarie ai cittadini e alla produzione diretta di servizi di welfare<sup>26</sup>.

### **1.3 Gli approcci fondamentali del *Welfare State***

Per spiegare i motivi che hanno fatto del *welfare state* una delle istituzioni fondamentali delle società contemporanee sono state date spiegazioni economiche, sociologiche, politologiche, demografiche, giuridiche e psicologiche. Per rendere più semplice la comprensione di questo processo, Costanzo Ranci (2015) ha identificato quattro approcci fondamentali, che coniugano spesso insieme spiegazioni economiche, sociologiche e politico-istituzionali ed offrono contributi essenziali per capire i fattori esplicativi e i meccanismi dello sviluppo del *welfare*. Si farà una sintesi degli approcci nelle pagine successive.

---

<sup>25</sup> Maurizio Ferrera ha anche definito il «diamante del welfare» come il quadrilatero costituito da Stato, famiglia, mercato del lavoro e mondo associativo (*Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino, 2006)

<sup>26</sup> Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale* in Maino F., Ferrera M. (a cura di) (2013) *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* cit.

### 1.3.1 L'approccio dei rischi sociali

I programmi di *welfare* sono nati per dare risposta alla questione sociale indotta dall'industrializzazione, con il tentativo di costruire un sistema di solidarietà volto a ridurre le disuguaglianze sociali e a proteggere la popolazione dai rischi sociali cui era sottoposta<sup>27</sup>.

I due pilastri fondamentali che costituirono il *welfare* furono, dunque, l'uguaglianza e la sicurezza che a seconda delle circostanze storiche e della capacità dei portatori di rischi sociali, si composero insieme con l'obiettivo di esercitare pressioni sociali e politiche.

La protezione dai rischi fornita dal *welfare* costituiva anche un meccanismo istituzionale attraverso cui diversi gruppi sociali (differenti per esposizione ai rischi e per risorse possedute) trovavano conveniente mettere in comune alcune risorse allo scopo di assicurarsi contro i rischi cui erano sottoposti; ne conseguì che la solidarietà porta ad una riduzione delle disuguaglianze tra gruppi sociali<sup>28</sup>.

Da questo punto di vista il *welfare state* rappresentava un sistema di solidarietà allargato fondato sulla condivisione dei rischi che non avveniva più all'interno di gruppi circoscritti (per mestiere o per comunità di appartenenza), ma si estendeva a gruppi sociali molto più ampi, sino a comprendere la popolazione complessiva

---

<sup>27</sup> Flora P., Heidenheimer A.J. (a cura di) (1981), *The development of welfare states in Europe and America*, New Brunswick, N.J., Transaction; trad. it. *Lo sviluppo del welfare state in Europa e America*, Bologna, il Mulino (1983)

<sup>28</sup> Baldwin P. (1990), *The Politics of Social Solidarity: class bases of the European Welfare State, 1875-1975*, Cambridge, Cambridge University Press

di un intero paese. I rischi sono stati così socializzati, cioè da individuali si sono trasformati in collettivi. Pertanto, si costituì una nuova forma di solidarietà collettiva, fondata sul comune interesse dei cittadini a combattere le avversità, le crisi e i pericoli della vita che si presentavano e ad affrontarle insieme.

La solidarietà del *welfare state* si fonda, però, non solo sulla messa in comune dei rischi, ma anche dei costi associati a tali rischi, rispondendo ad un calcolo di vantaggi e svantaggi per tutti i gruppi sociali che ne fanno parte, cioè di quelli che sono riusciti ad ottenere di farne parte e di quelli che invece sono stati esclusi.

L'approccio fondato sul concetto dei rischi sociali considera, dunque, anche quali siano i gruppi di interessi sociali che ne traggono vantaggi in termini di riduzione dei costi o di protezione dai rischi sociali.

Un aspetto da tenere in considerazione riguarda le profonde trasformazioni sociali ed economiche che hanno interessato le società postindustriali che, di fatto, hanno ridefinito la mappa dei rischi sociali, creando nuove categorie di rischio ed esponendo altre all'insicurezza sociale, ovvero di gruppi portatori di "nuovi rischi sociali"<sup>29</sup> che non hanno ancora ottenuto un pieno riconoscimento dai sistemi tradizionali di welfare, i quali programmi tendono a proteggere maggiormente i portatori dei "vecchi rischi sociali". Il *welfare state* si trova, dunque, ad affrontare

---

<sup>29</sup> Esping-Andersen G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies* cit.; Taylor-Gooby P. (a cura di) (2004), *New risks, new Welfare: the transformation of the European Welfare State*, Oxford, Oxford University

un nuovo problema derivante dalla presenza di conflitti tra diverse categorie a rischio.

Uno di questi aspetti, tra i più determinanti, riguarda senz'altro il mutato ruolo della donna nella società e nel mondo del lavoro. Infatti, i sistemi tradizionali di welfare sono stati modellati su una prospettiva fondata sul lavoro retribuito dell'uomo e sul lavoro familiare non retribuito della donna (*male breadwinner*)<sup>30</sup>, un modello che nel tempo si è rivelato piuttosto fragile, in quanto le donne hanno cominciato a rivendicare una propria identità sociale e a ricoprire un ruolo occupazionale sempre più diffuso, resosi necessario anche dalla difficoltà a garantire l'autosufficienza materiale delle famiglie con un unico reddito, passando, dunque, ad un modello lavorativo retribuito di entrambi gli adulti del nucleo familiare (*dual adult worker*)<sup>31</sup>. E anche in quest'ultimo contesto emergono nuovi rischi sociali connessi alle difficoltà di conciliare lavoro retribuito e cura dei figli per i quali il welfare tradizionale si è mostrato inadeguato per lungo tempo, rendendo necessario lo sviluppo di programmi finalizzati a ridurre le disparità di genere e a sostenere la transizione delle famiglie dal modello *male breadwinner* ad un modello *dual adult worker*.

---

<sup>30</sup> Lewis J. (1992), *Gender and the development of Welfare Regim*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 2, n.3; Orloff A.S. (1993), *Gender and social rights of Citizenship: the comparative analysis of gender relations and Welfare State*, in *American Sociological Review*, vol. 58, n. 3; Saraceno C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, il Mulino

<sup>31</sup> Saraceno C. (1996), *Sociologia della famiglia*, Bologna, il Mulino; Lewis J. (2001), *The decline of the male breadwinner model: implications for work and care*, in *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, vol. 8, n. 2; Naldini M. e Saraceno C. (2011), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Bologna, il Mulino

### 1.3.2 L'approccio strutturale

La nascita del *welfare state*, come si è detto, è riconducibile al periodo della rivoluzione industriale e si sviluppò maggiormente nei paesi caratterizzati da sistemi economici non capitalistici, come nel caso dei paesi a socialismo reale, ma non vi è dubbio che abbia trovato il suo terreno elettivo di espansione nei sistemi capitalistici. Si comprende, dunque, il forte legame esistente tra il *welfare* e il capitalismo.

Il concetto di *welfare capitalism*, anche detto *welfare keynesiano*, è stato utilizzato per indicare che lo sviluppo del welfare ha avuto profonde implicazioni per l'assetto complessivo dell'economia capitalistica perché ne ha alterato in modo significativo le dinamiche costitutive<sup>32</sup>.

L'economista britannico John Maynard Keynes<sup>33</sup> negli anni Venti e Trenta enunciò dei principi su cui si costituì, in seguito, la forma principale di intervento pubblico su cui si fondò il *welfare state*.

Le idee di Keynes (riassunte nella sua opera fondamentale "*Teoria generale dell'occupazione, dell'interesse e della moneta*" pubblicata nel 1936) erano dirette a risolvere i gravi problemi economici ed occupazionali generati dalle crisi ricorrenti cui erano soggette le economie dei paesi occidentali, a partire dalla "Grande depressione" avvenuta dopo il crollo di Wall Street del 24 ottobre 1929.

---

<sup>32</sup> Esping-Andersen G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity

<sup>33</sup> John Maynard Keynes è considerato il padre della macroeconomia e il più influente tra gli economisti del XX secolo (fonte <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>)

La soluzione prospettata da Keynes in assenza di meccanismi automatici di mercato volti a sostenere i consumi nelle fasi di depressione economica, fu quella che fosse lo Stato, attraverso la spesa pubblica, a sostenere il reddito dei cittadini (promuovendo così i consumi), a perseguire l'obiettivo della piena occupazione (attraverso l'espansione dell'impiego pubblico, investimenti pubblici o sussidi ad investimenti privati) e a redistribuire il reddito in modo più equo al fine di elevare le capacità di consumo della popolazione più povera<sup>34</sup>. In questa prospettiva, l'intervento pubblico era utile a ridurre le disuguaglianze sociali e a proteggere i cittadini contro il rischio di povertà e disoccupazione (tra le finalità del *welfare state*), ma soprattutto a rendere più efficiente e stabile il sistema economico fondato su principi di tipo capitalistico.

Keynes aggiunse che se le risorse pubbliche non fossero state sufficienti, gli Stati avrebbero dovuto adottare strategie di indebitamento pubblico per evitare un aumento eccessivo delle tasse che avrebbe avuto effetti depressivi sui consumi.

Nell'impostazione keynesiana il *welfare state* costituisce al tempo stesso un effetto dello sviluppo capitalistico – che richiede l'azione regolativa dello stato allo scopo di stabilizzare l'andamento del ciclo economico – e uno dei principali fattori del suo stesso consolidamento<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del welfare* cit.

<sup>35</sup> *Ibidem*

Secondo l'approccio strutturale, dunque, il *welfare state* ha anche la funzione economica di stabilizzare e regolare l'economia di mercato, provvedendo alla fornitura di quei beni pubblici, come la protezione contro i rischi della perdita del lavoro o l'assicurazione sociale in caso di malattia, che il mercato non è in grado di fornire autonomamente.

Al *welfare capitalism* si sono contrapposte teorie contrastanti<sup>36</sup> che mettevano in discussione la validità del modello e rendevano più complicato il suo percorso di sviluppo senza scalfire il suo valore economico-sociale di regolazione del mercato e di equilibrio sociale. Un consolidamento mostrato da una nota analisi di Gøsta Esping-Andersen (1990) che mise in evidenza l'esistenza di tre regimi di *welfare capitalism*<sup>37</sup> che si affermarono in maniera differente e con diverse varianti nazionali, tema che si affronterà in un paragrafo successivo.

### 1.3.3 L'approccio delle coalizioni di classe

La democrazia politica è stata determinante per lo sviluppo e il consolidamento del *welfare state*, tanto quanto lo è stato l'espansione dell'economia capitalistica. Le coalizioni sociali e politiche hanno avuto un ruolo rilevante nella costruzione dello stato sociale ed il passaggio ad una democrazia partecipata, insieme allo

---

<sup>36</sup> Furono soprattutto due: la teoria *neoliberista*, favorevole alla contrazione della spesa sociale e allo smantellamento del *welfare state*, e la teoria *neomarxista* (O'Connor 1973), sosteneva che lo stato favoriva l'accumulazione di capitale privato attraverso investimenti pubblici e forme di assicurazione sociale.

<sup>37</sup> Esping-Andersen G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism* cit; cfr. paragrafo 1.4

sviluppo del capitalismo, hanno rappresentato la spinta fondamentale alla nascita e all'espansione del *welfare state*.

Il sociologo inglese Thomas Humphrey Marshall (1950) analizza, nel suo celebre saggio<sup>38</sup>, il percorso storico e sociale che ha portato alla concezione moderna di cittadinanza, intendendo con tal espressione la possibilità di un uomo di appartenere ad una comunità in maniera uguale rispetto agli altri uomini.

La cittadinanza, secondo il sociologo, è la condizione necessaria dell'esistenza politica di un individuo, prerogativa conferita a tutti coloro i quali sono membri a pieno titolo della comunità politica e che possiedono uguali diritti e doveri ad essa associati.

Attraverso questo percorso storico e sociale la cittadinanza ha maturato ed ottenuto il riconoscimento giuridico e costituzionale di tre tipi diversi di diritti:

1. *civili*, riguardano i diritti necessari alla libertà individuale (libertà personali, di parola, di pensiero e di fede, il diritto di possedere cose in proprietà e di stipulare contratti validi, e il diritto a ottenere giustizia);
2. *politici*, intendendo il diritto alla partecipazione democratica in ambito politico (il diritto ad eleggere o ad essere eletto), ma da intendersi anche quale diritto alla libertà di azione delle organizzazioni sindacali e politiche;

---

<sup>38</sup> Marshall T.H. (1950), *Citizen and Social Class*, Cambridge, Cambridge University Press; trad. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Roma-Bari, Laterza (2002)

3. *sociali*, riguardano un insieme di tutele sociali dei bisogni fondamentali delle persone, che vanno dal diritto a minime garanzie di sussistenza economica al diritto all'accesso effettivo alla ricchezza della società (lavoro, assistenza sanitaria, istruzione, sicurezza sociale).

La cittadinanza nella visione marshalliana era finalizzata a correggere le disuguaglianze intrinseche al sistema capitalistico, come una sorta di contrappeso al *welfare keynesiano*. E con l'affermazione dei diritti civili, politici e sociali, si spalancarono le porte alla democratizzazione delle istituzioni, grazie anche all'introduzione del suffragio universale e il conseguente rafforzamento della rappresentanza parlamentare dei partiti di massa. La mobilitazione sindacale e politica della classe operaia cominciò a giocare un ruolo determinante nell'espansione del *welfare state*<sup>39</sup>.

Aver spostato i conflitti sociali nell'agone politico ha permesso il rafforzamento dei partiti della classe operaia che poteva così contare su un ampio consenso elettorale e una notevole compattezza in grado di forzare l'espansione della cittadinanza sociale oltre gli interessi delle imprese capitalistiche<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Alber J. (1982), *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*, Frankfurt a.M., Campus; trad. it. *Dalla carità allo Stato sociale*, Bologna, il Mulino (1986); Korpi W. (1979), *The Working Class in the Welfare Capitalism*, London, Routledge; trad. it. *Il compromesso svedese, 1932-1976. Classe operaia, sindacato e stato nel capitalismo del Welfare*, Bari, De Donato (1982); Id. (1983), *The Democratic Class Struggle*, London, Routledge

<sup>40</sup> Il sociologo svedese Walter Korpi (1979) elaborò un modello interpretativo, denominato *Power Resource Model*, che identificò nella crescita di influenza politica dei partiti dei lavoratori il fattore decisivo per spiegare la crescita del welfare state nei paesi occidentali. (*op. cit.*)

L'approccio delle coalizioni di classe mette in evidenza, dunque, l'importanza delle dinamiche politiche nella formazione del *welfare state*, come lo sono state anche per lo stato sociale keynesiano che hanno permesso un'alleanza provvisoria tra capitale e lavoro suggellata proprio nel comune interesse ad espandere il *welfare state*.

Emerge “*una società potenzialmente più egualitaria, in cui crescita capitalistica, miglioramento delle condizioni della classe operaia, sviluppo del welfare keynesiano convivono e si rinforzano reciprocamente*”<sup>41</sup>.

#### 1.3.4 L'approccio istituzionale

Nell'espansione del *welfare state*, oltre alle dinamiche sociali, economiche e politiche, sono da considerare anche le dinamiche istituzionali.

Il *welfare state* è molto di più che un semplice prodotto della democrazia di massa, in quanto implica una trasformazione profonda della struttura dello Stato, delle sue funzioni e della sua stessa legittimità<sup>42</sup>. Dunque, secondo questa prospettiva, lo sviluppo del *welfare state* poteva avviarsi soltanto a seguito di una modernizzazione della burocrazia pubblica e di una stabilizzazione del sistema politico-istituzionale.

---

<sup>41</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del Welfare* cit.

<sup>42</sup> Flora P., Heidenheimer A.J. (a cura di) (1981) *The development of welfare states in in Europe and America* cit.

Peter Flora e Arnold J. Heidenheimer (1981), riprendendo le teorie di Max Weber<sup>43</sup>, consideravano l'evoluzione del *welfare state* come l'emergere graduale di un nuovo sistema di potere caratterizzato dalla presenza di una élite che gestisce la distribuzione dei benefici, di una burocrazia dei servizi, di diverse clientele sociali. Pertanto, l'implementazione di un sistema assicurativo sociale pubblico sarebbe stata impensabile e tortuosa senza il compimento di un radicale processo di razionalizzazione dello Stato – concetto ben definito da Weber – che comportava l'abolizione di discrezionalità amministrative e l'inserimento di principi di efficienza e competenza.

Per quanto sia vero che la nascita del *welfare state* è avvenuta per opera e volontà politica, è indubbio che la sua evoluzione ha seguito un percorso istituzionale che ne ha sancito la legittimità, dettando tempi e modalità di attuazione.

Secondo Maurizio Ferrera (1993) l'approccio istituzionale mette in evidenza i fattori connessi non solo all'architettura istituzionale, ma anche alle culture politiche e amministrative che si sono formate intorno alla costituzione del *welfare state*<sup>44</sup>.

Questo ci suggerisce che le dimensioni sociali, economiche, politiche ed istituzionali qui riassunte separatamente vengano considerate congiuntamente

---

<sup>43</sup> *Il metodo delle scienze storico-sociali* (1922, postumo) (a cura di Marianne Weber); Max Weber è stato un sociologo, filosofo, economista e storico tedesco, considerato uno dei fondatori dello studio moderno della sociologia e della pubblica amministrazione

<sup>44</sup> Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino

nell'analisi della nascita ed evoluzione storica del *welfare state*, privilegiando, quindi, “una lettura multidimensionale”<sup>45</sup>.

#### **1.4 I modelli di *welfare* teorizzati da Titmuss, Esping-Andersen e Ferrera**

Gli approcci fondamentali spiegano come le varie dimensioni, in una lettura multidimensionale delle stesse, hanno fatto del *welfare state* il fondamento di un moderno stato sociale. Tuttavia, lo sviluppo delle politiche sociali differisce considerevolmente da uno Stato all'altro a seconda dei percorsi intrapresi nell'implementazione dei sistemi di assistenza e protezione sociale per garantire il benessere dei cittadini. Diversi studiosi hanno teorizzato ed elaborato vari modelli di *welfare* che nel tempo si sono sviluppati e consolidati nei diversi Paesi, ma il contributo maggiore arriva da tre studiosi in particolare.

Il primo tra loro fu Richard Titmuss (1974), accademico britannico pioniere della ricerca sociale, che definiva in forma teorica tre modelli di protezione sociale a seconda del grado di interazione statale<sup>46</sup>:

1. il modello *residuale* (*public assistance model*) si basa sulla premessa che la famiglia e il mercato agiscono autonomamente a soddisfare i bisogni degli individui; qualora questi canali dovessero dimostrarsi insufficienti, in quel caso ed in via residuale, intervengono le istituzioni pubbliche a

---

<sup>45</sup> Ranci C. (2015), *Teorie del Welfare* cit.

<sup>46</sup> Titmuss R. (1974), *Social Policy: An Introduction*, London, Allen & Unwin

garantire prestazioni assistenziali minimali e temporanee, a sostegno solo di coloro che versano in condizioni di bisogno;

2. il modello *meritocratico-occupazionale* (*industrial achievement-performance model*) si fonda sul presupposto che ogni individuo sia in grado di provvedere a se stesso con il proprio lavoro e con il versamento dei contributi che gli permettono di assicurarsi contro i rischi sociali e ad affrontare eventuali situazioni di bisogno, cosicché lo stato svolge un ruolo di complementarità al mercato e le prestazioni di *welfare* di cui ha diritto ogni individuo dipendono dalla posizione ricoperta nel mercato del lavoro;
3. il modello *istituzionale-redistributivo* (*institutional redistributive model*) secondo cui lo Stato adotta criteri universalistici nell'erogazione dei servizi che sono organizzati per dare risposta ai bisogni dell'intera popolazione, finalizzati a garantire un'elevata percezione di sicurezza sociale, ricoprendo, inoltre, una funzione redistributiva delle risorse per migliorare l'efficienza dei servizi e ripartirli in maniera equa a tutta la popolazione.

Titmuss, nei diversi saggi<sup>47</sup> scritti negli anni Trenta, affermava che il periodo della guerra ha dimostrato che solo grazie al supporto dei legami di parentela e di comunità locale la società inglese è riuscita a resistere al terrore, alla deprivazione

---

<sup>47</sup> Titmuss R. (1958), *Essays on the Welfare State*, London, Allen and Unwin; trad. it *Saggi sul welfare state*, Edizioni Lavoro, 1985

e alla disorganizzazione, per questo riteneva che bisognasse sostenere l'intervento sociale dello stato ispirato a criteri di uguaglianza e solidarietà fra tutti i cittadini.

Il sociologo danese Gøsta Esping-Andersen, uno dei massimi studiosi di *welfare*, fu il secondo ad aver elaborato nel 1990 il più noto dei modelli di *welfare state*, o meglio di *welfare capitalism*<sup>48</sup>. Egli coglie l'importanza di considerare l'interazione esistente tra stato, famiglia e mercato per incrementare il benessere sociale ed in grado di spiegare le differenze tra i diversi sistemi di welfare, utilizzando il concetto di *regime* per marcare questa relazione.

La classificazione proposta da Esping-Andersen deriva dagli esiti prodotti in ciascun paese da due dimensioni che lui considera fondamentali: il grado di "demercificazione", ovvero la capacità dei sistemi di welfare di sottrarre un individuo dalla dipendenza dalla sua collocazione nel mercato del lavoro per soddisfare le sue necessità essenziali; il grado di "destratificazione", ovvero la misura in cui l'intervento del *welfare state* limita l'impatto che le differenze di classe sociale possono avere nel soddisfacimento dei bisogni<sup>49</sup>.

A partire dai due concetti appena definiti, il sociologo danese individua ed elabora tre differenti regimi di *welfare*<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Esping-Andersen G (1990), *The three worlds of welfare capitalism* cit.

<sup>49</sup> Ranci C., Pavolini E. (2015), *Il modello di welfare nell'Epoca d'oro* in *Le politiche di welfare* cit.

<sup>50</sup> Ferrera M, (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino; Squillante D. (2012) *Guardando l'Europa in La programmazione sociale* (a cura di Mari A.), Santarcangelo di Romagna, Maggioli; Ranci C., Pavolini E. (2015), *Il modello di welfare nell'Epoca d'oro* cit.

1. Il *regime liberale* in cui è minore il grado sia di demercificazione sia di destratificazione; il mercato è considerato come fonte primaria per dare risposta ai bisogni degli individui e l'intervento pubblico è limitato e si concentra in maniera selettiva e residuale sugli individui in grado di dimostrare un reale stato di bisogno attraverso la cosiddetta "prova dei mezzi" (*means testing*); in tale regime anche la destratificazione è limitata in quanto la maggior parte dei programmi pubblici di assistenza sociale sono di tipo categoriale, cioè si configurano dei sistemi di welfare separati fra persone appartenenti a categorie socioeconomiche differenti.
2. Il *regime conservatore-corporativo* in cui si ha un grado medio di demercificazione e un grado medio-basso di destratificazione; lo stato interviene con l'obbligo di un'assicurazione sociale collegata alla posizione occupata nel mercato del lavoro, ne deriva un disorganico sistema di protezione dai principali rischi sociali (vecchiaia, disoccupazione, malattia, invalidità, ecc.) tarato sulla capacità contributiva e la generosità delle retribuzioni dei lavoratori, in cui permangono differenze fra lavoratori e famiglie appartenenti a classi sociali differenti nelle risposte ai bisogni.
3. Il *regime socialdemocratico* in cui è alto il grado sia di demercificazione sia di destratificazione, si basa sull'assunto che "*non è concepibile una società sana, organizzata ed efficiente se non a condizione che i diritti*

*sociali siano garantiti universalmente, sostanzialmente e unicamente in base a criteri di residenza e non di cittadinanza*”<sup>51</sup>; i programmi di *welfare* sono, dunque, di tipo universalistico che proteggono i cittadini in quanto residenti, non solo le persone a basso reddito (come nel regime liberale) o il lavoratore (come nel regime conservatore-corporativo).

La proposta teorica di Esping-Andersen ricevette diverse critiche, in particolare sulla disattesa attenzione al rapporto tra stato, mercato e famiglia, in quanto l’analisi si concentrò in prevalenza sulla relazione tra stato e mercato, trascurando il ruolo e i compiti attribuiti alla famiglia<sup>52</sup>. Una critica propositiva che portò ad elaborare il concetto di “defamilizzazione”<sup>53</sup> inteso come la capacità delle politiche sociali e del mercato di ridurre la dipendenza degli individui dalle risorse familiari nel realizzare il proprio percorso di vita, e con riferimento specifico ai compiti di cura, la capacità di sottrarre il peso di tali compiti dalle spalle delle famiglie e in particolare delle donne<sup>54</sup>.

Il concetto di defamilizzazione sarà al centro di un quarto regime, consolidato nella letteratura scientifica di settore, conosciuto come *modello mediterraneo* e proposto dall’accademico italiano Maurizio Ferrera (1996)<sup>55</sup>.

---

<sup>51</sup> Squillante D. (2012), *Guardando l’Europa* cit.

<sup>52</sup> Lewis J. (1992), *Gender and the development of Welfare Regim* cit.; Orloff A.S. (1996), *Gender and social rights of Citizenship* cit.

<sup>53</sup> Esping-Andersen (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies* cit.

<sup>54</sup> Ranci C., Pavolini E. (2015), *Il modello di welfare nell’Epoca d’oro* cit.

<sup>55</sup> Ferrera M. (1996), *The Southern Model of welfare in social Europe*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n. 1, pp. 17-37

Seguendo la linea tracciata dal sociologo danese, Ferrera descrive gli orientamenti statali e gli approcci politico-culturali dei Paesi dell'area mediterranea comprendente Italia, Spagna, Portogallo, Grecia e Cipro, accomunati da peculiarità che non permettono ad essi la collocazione in uno degli altri tre regimi<sup>56</sup>: l'intervento pubblico è su base mista, cioè su assicurazioni sociali collegate al tipo di occupazione in ambito pensionistico e sistemi universalistici in sanità; scarso sviluppo di politiche contro il rischio di povertà; differenziazione nell'accesso al sistema di protezione sociale pubblico sulla base dell'occupazione lavorativa (un forte dualismo tra i dipendenti settore pubblico/grandi imprese e dipendenti settore privato/piccole imprese); un elevato particolarismo, dai tratti clientelari<sup>57</sup>, legato alla concessione di benefici del *welfare state* utilizzato per favorire alcune categorie o per costruire consenso politico, favorendo la frammentazione dei diritti sociali; la presenza di un forte familismo, o al contrario, di un basso grado di defamilizzazione<sup>58</sup>, perciò tanti compiti domestici e di cura sono affidati essenzialmente alle famiglie e in particolare alle donne, a differenza degli altri regimi in cui sono affidati allo stato (socialdemocratico), allo stato o al mercato (liberale) o supportati con denaro e defiscalizzazione (conservatore-corporativo)<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup> Squillante D. (2012), *Guardando l'Europa* cit.

<sup>57</sup> Ascoli U. (1984), *Welfare State all'italiana*, Roma-Bari, Laterza

<sup>58</sup> Saraceno C. (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia* cit.

<sup>59</sup> Ranci C., Pavolini E. (2015), *Il modello di welfare nell'Epoca d'oro* cit.

In sintesi, ricorrendo alle dimensioni considerate da Esping-Andersen, il regime mediterraneo è caratterizzato da un basso grado di defamilizzazione, come si è appena descritto, da un grado sbilanciato di demercificazione, molto forte per alcuni gruppi e molto bassa per altri, e per un basso grado di destratificazione, in cui emergono classi sociali privilegiate rispetto ad altre ed un forte dualismo tra i vari settori. Si delinea un modello di welfare frammentario e con un forte familismo.

### **1.5 Il *Secondo Welfare* come proposta di rinnovamento**

Nel tempo lo Stato ha ricoperto un ruolo sempre più rilevante come *policy maker* definendo norme e regole per la distribuzione delle risorse e delle opportunità fra i cittadini, nonché per garantirne la tutela dai principali rischi e bisogni. Altrettanto rilevante si è dimostrato il ruolo del mercato (in particolare il mercato del lavoro, dentro cui si distribuiscono i redditi) e della famiglia nella copertura dai rischi sociali. In tempi più recenti in questo articolato sistema che assicura il benessere dei cittadini si sono inseriti i corpi intermedi, con cui si fa riferimento al variegato mondo del Terzo Settore e in particolare alle *comunità informali* come il vicinato o il quartiere di residenza, ai gruppi organizzati come le associazioni di categoria e alle organizzazioni di volontariato che operano senza fini di lucro<sup>60</sup>. E le

---

<sup>60</sup> Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino

condizioni di vita e il benessere degli individui dipendono proprio dal posto che essi occupano all'interno delle reti familiari, lavorative e associative, dalle modalità di organizzazione e funzionamento di queste reti e dai loro reciproci rapporti<sup>61</sup>.

Si configura un complesso istituzionale che lega insieme Stato, mercato, famiglia e terzo settore (*welfare mix*) all'interno del quale un insieme di politiche e di istituzioni pubbliche sono orientate all'assistenza dei deboli, alla copertura dei rischi sociali e alla riduzione delle disuguaglianze sociali e persegue queste finalità attraverso la regolazione del mercato e delle famiglie, la redistribuzione di risorse finanziarie ai cittadini e alla produzione diretta di servizi di *welfare*.

Una prospettiva paradigmatica differente rispetto alle concezioni più tradizionali di *welfare*, scaturita dai mutamenti sociali, economici ed istituzionali avvenuti nel corso degli anni. Mutamenti che hanno altresì provocato una crisi dello Stato, del mercato, della famiglia e del terzo settore che sono stati obbligati ad affrontare nuove sfide. La tenuta del sistema sociale dipende dalla capacità di individuare un nuovo equilibrio tra questi ambiti, nonché individuare un nuovo modello di «welfare rinnovato e sostenibile»<sup>62</sup>. Una conformazione che presuppone compenetrazione e sovrapposizione fra le quattro aree, in cui Stato, mercato,

---

<sup>61</sup> Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale* in Maino F., Ferrera M. (a cura di) (2013) *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

<sup>62</sup> *Ibidem*

privato sociale e comunità collaborano per produrre in modo sinergico soluzioni partecipate e risposte per il benessere di individui e famiglie.

Le trasformazioni e le pressioni esercitate dalla crisi hanno, di fatto, avvicinato le quattro aree, facendo emergere questa nuova configurazione in cui gli attori agiscono da soli o in *partnership*, coinvolgendo sempre più gli *stakeholder* di ogni settore in un “sistema a rete” finalizzato a produrre programmi ed iniziative in grado di condividere risorse finanziarie e progetti <sup>63</sup>.

Il “*secondo welfare*” scaturisce quindi da una più stretta collaborazione fra soggetti appartenenti alle quattro sfere e coinvolge *stakeholders* di varia natura (imprese, sindacati, fondazioni, assicurazioni, organizzazioni del Terzo settore) <sup>64</sup>.

L’introduzione dell’espressione “secondo welfare” – il cui dibattito è tuttora in corso – è avvenuta con la pubblicazione del *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* a cura di Franca Maino e Maurizio Ferrera (2013), con il quale si affronta il problema che da anni attanaglia i paesi europei che cercano faticosamente di riformare i propri modelli di welfare. È un concetto molto articolato, complesso, eterogeneo ed ampio i cui principi ispiratori comuni (spesso elaborati dall’Unione Europea) sono: sostenibilità ed efficienza, *flexicurity*<sup>65</sup>, inclusione, protezione

---

<sup>63</sup> Maino F., Ferrera M., (a cura di) *Primo (2013) e Quarto (2019) Rapporto sul Secondo Welfare in Italia*

<sup>64</sup> Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse, innovazione sociale* cit.

<sup>65</sup> *Flexicurity* (fusione di *flexibility* e di *security*) è un modello di stato sociale basato su una politica proattiva di gestione del mercato del lavoro. Il modello consiste di una combinazione di estrema facilità di assunzione e licenziamento per il datore di lavoro e consistenti ammortizzatori sociali per i lavoratori dipendenti. È considerata dalla Commissione Europea come una strategia capace di aumentare contemporaneamente flessibilità e sicurezza sul mercato del lavoro grazie ad accordi contrattuali flessibili e affidabili, strategie di

sociale come «fattore produttivo», *partnership* fra pubblico e privato, priorità agli investimenti a favore di donne e bambini e volti a fronteggiare i «nuovi rischi»<sup>66</sup>.

Dal Rapporto emerge come le strategie di revisione e modernizzazione dello stato sociale messe a punto negli anni Novanta, in particolare attraverso strategie di *retrenchment* e di ricalibrature del welfare, a distanza di anni non hanno prodotto tutti i risultati attesi, scontrandosi peraltro con le resistenze provenienti dai gruppi di interessi costituiti intorno agli schemi assicurativi e di protezione basati su spettanze e diritti acquisiti; come del resto non è migliorata l'efficienza dei sistemi istituzionali auspicata dall'adozione di nuovi approcci di *public management* e nuovi modelli di *governance*.

Dal 2008 la crisi finanziaria ed economica che ha investito i paesi europei ha peggiorato la situazione di un sistema già in difficoltà – percepito dall'opinione pubblica come inadeguato – originata, da un lato, da risorse monetarie sempre più scarse e vincoli di bilancio sempre più stringenti, e dall'altro dall'emergere di nuovi rischi e nuovi bisogni sociali. Condizioni che rendono impraticabile un'ulteriore espansione del *welfare state*. Ma ci sono altri fattori che rendono complessa la situazione, come il crescente divario fra bisogni/richieste dei cittadini e le risposte dei programmi (reclamate con sempre maggiore tempestività); l'aumento della popolazione anziana che pesa sia sull'erogazione

---

apprendimento permanente, politiche attive per il mercato del lavoro e moderni sistemi di welfare in grado di garantire un sostegno al reddito durante le transizioni occupazionali (fonte: <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>)

<sup>66</sup> Ferrera M. (2013), *Secondo Welfare: Perché? Una introduzione* in Maino F., Ferrera M. (a cura di) (2013) *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

delle pensioni sia sull'assistenza per non autosufficienti; l'aumento dell'occupazione femminile determina effetti importanti per i servizi all'infanzia e della conciliazione famiglia-lavoro; la diffusione di forme di lavoro atipico per i giovani e una precoce espulsione dal mercato del lavoro di "anziani giovani" determinano rischi di povertà futura; la prevalenza di imprese di piccola e piccolissima dimensione nel sistema produttivo; l'immigrazione che pone problemi di integrazione sociale<sup>67</sup>. Sono tutte condizioni che richiedono una rinnovata risposta di protezione e sicurezza sociale.

È scaturita pertanto la necessità di valutare l'esistenza di strategie alternative o complementari rispetto alla ricalibratura e alle ristrutturazioni organizzative e gestionali, che consentano di accelerare i tempi della transizione verso un nuovo e più efficace modello economico-sociale.

A queste nuove forme di protezione (ed investimento) sociale è stato dato il nome di "secondo welfare", il cui aggettivo "secondo" ha una duplice connotazione: *temporale* in quanto si tratta di forme che s'inseriscono sul tronco del "primo" welfare strutturato durante il Trentennio Glorioso, e *funzionale* perché si aggiunge agli schemi del "primo", integra le sue carenze, stimola la modernizzazione sperimentando nuovi modelli organizzativi, gestionali e finanziari (mobilità risorse non pubbliche aggiuntive, messe a disposizione da una vasta gamma di attori economici e sociali).

---

<sup>67</sup> Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale* cit.

Su quest'ultimo aspetto finanziario, Ferrera (2013) specifica che “*non si tratta di sostituire spesa pubblica con spesa privata, ma di mobilitare risorse aggiuntive per bisogni e aspettative crescenti – pertanto – il welfare statale (i suoi fondi, il suo personale, i suoi standard di prestazione) non deve essere messo in discussione nella sua funzione redistributiva di base, bensì ripensato e integrato dall'esterno laddove vi sono domande non soddisfatte.*”.

Il confronto sul secondo welfare è tuttora aperto, dal primo Rapporto ne sono stati divulgati altri tre e a breve verrà presentato un quinto che segnerà i dieci anni di ricerca e di studio sul secondo welfare, in cui si farà anche il punto sulla salute del sistema di welfare italiano nell'era Covid-19.

La pandemia rende necessario un ripensamento dei sistemi di sicurezza sociale (che siano pubblici, privati o misti) se si pensa all'isolamento forzato (*lockdown*) e alla sospensione delle attività lavorative per frenare la diffusione del virus (che ha inciso sull'aumento del rischio di povertà per alcune categorie di lavoratori), e rende necessaria, altresì, una rivisitazione dei contesti urbani, in particolare dei quartieri e del vicinato ritornati ad essere principali luoghi di socializzazione nell'ambito sanitario è riornato al centro del dibattito pubblico e dell'agenda governativa il tema della deospedalizzazione del malato, o in termine di assistenza ai bisognosi l'importanza della *family/home care* e della comunità come luogo di cura; ancora, l'aumento della difficoltà di conciliazione casa-lavoro per i genitori

di figli in età scolare, facilitato solo da forme di lavoro agile (*smart working*). Il rinnovamento sociale è un tema quanto mai essenziale.

## **1.6 Il rapporto tra primo e secondo welfare**

Nonostante le varie crisi e difficoltà che ha dovuto affrontare il *welfare state* tradizionale, anche identificato come “primo” welfare, la sua funzione redistributiva di base non viene, dunque, messa in discussione ma integrata con strumenti e strategie ripensate e rinnovate di “secondo” welfare.

Primo e secondo welfare non devono essere considerati come due compartimenti stagni, ma come realtà fortemente intrecciate, che sfumano l’una nell’altra a seconda delle politiche e delle aree di rischio e bisogno in esame.

Nel *Primo Rapporto sul Secondo Welfare in Italia*, Franca Maino (2013) analizza la relazione tra primo e secondo welfare che considera configurabile su tre modalità: di *sostituzione*, il secondo welfare sarebbe sostitutivo del primo; di *integrazione*, il secondo welfare sarebbe integrativo rispetto ai programmi di primo welfare esistenti; di *aggiunta*, ovvero il secondo welfare proporrebbe un ventaglio di interventi del tutto nuovi che si aggiungono a quelli presenti nel primo.

Dall’approfondimento condotto nel lavoro di analisi e ricerca sopra descritto, si conferma che non vi sono le condizioni affinché il “secondo” welfare si

sostituisca al “primo”, ma neanche che diventi uno strumento solo residuale, né tantomeno che conduca allo smantellamento del welfare pubblico.

Il secondo welfare si configura sempre più come integrativo/aggiuntivo rispetto al primo, colmandone le lacune. Questo è quanto emerge anche da una prima lettura dei successivi e più recenti *Rapporti*<sup>68</sup>.

Il secondo welfare si muove sul solco del principio della sussidiarietà, secondo il quale si contribuisce ad alleggerire il soggetto pubblico dalle molteplici pressioni attraverso il passaggio delle funzioni tradizionalmente afferenti alla sfera del welfare pubblico verso la rete privata del secondo welfare.

Con questo intervento sussidiario, il centro delega poteri e responsabilità alla periferia, ma anche e soprattutto ai corpi intermedi della società. Affidare più responsabilità ai privati non significa farsi sostituire, ma rappresenta una soluzione per alleviare lo Stato dal peso delle pressioni sociali; ma può anche condurre alla valorizzazione degli attori privati che integrano con proprie iniziative le strategie pubbliche di welfare<sup>69</sup>.

Ma qual è la differenza dei servizi tra primo e secondo welfare?

I servizi di interesse generale in materia sociale e/o sanitaria supportati o sovvenzionati dallo Stato, finalizzati a garantire protezione sociale, occupazione e uguaglianza, quali i servizi sanitari e i sistemi di sicurezza sociale obbligatori che

---

<sup>68</sup> *Secondo* (2015), *Terzo* (2017) e *Quarto* (2019) *Rapporto sul secondo welfare in Italia* a cura di Maino F. e Ferrera M. cit.

<sup>69</sup> Ronca A. (2011), *Welfare integrativo, big society, CSR e cooperazione*, «Bollettino speciale Adapt»

coprono dai rischi come l'invecchiamento, il pensionamento e l'invalidità, gli infortuni sul lavoro o la disoccupazione, si possono ritenere il nucleo del primo welfare<sup>70</sup>.

Tutta quella serie di altri servizi sociali – definiti di prossimità e considerati anch'essi di interesse generale – direttamente erogati alle persone/famiglie, quali servizi per la cura dei figli, per la non autosufficienza o in condizione di bisogno, i servizi che svolgono funzioni di prevenzione o di sostegno alla coesione sociale, finalizzati a contrastare il rischio povertà o le conseguenze della perdita del lavoro, ma anche corsi di lingua per gli immigrati, da privati, enti e soggetti del Terzo settore senza finalità di lucro o a fini di beneficenza, solidarietà e mutualità rientrano in uno spazio che si può definire di secondo welfare<sup>71</sup>.

Non esiste, però, una rigida linea di demarcazione tra primo e secondo welfare, al contrario, si può dire che sfumano l'uno nell'altro e gli attori che operano al loro interno tendono sempre più a collaborare sino ad un progressivo avvicinamento e alla quasi sovrapposizione degli ambiti che li compongono.

In tale rinnovata composizione la fornitura di servizi e prestazioni per contrastare rischi e bisogni proviene dalla risposta sinergica dei diversi *stakeholders* pubblici, privati e del privato sociale: il secondo welfare rappresenta, in questa complessa prospettiva, un vero e proprio “laboratorio di innovazione sociale”, e le

---

<sup>70</sup> Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale* cit.

<sup>71</sup> *Ibidem*

innovazioni sociali non solo rappresentano un bene per la società, ma rafforzano anche la capacità di agire e reagire alle sfide e ai problemi <sup>72</sup>.

Le innovazioni sociali e nuovi modelli di *governance*, sono identificati come i due elementi cruciali di misure ed interventi di secondo welfare.

*L'innovazione sociale consiste in nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che rispondono ai bisogni sociali in modo più efficace delle alternative esistenti e che, allo stesso tempo, creano nuove relazioni sociali e collaborazioni*<sup>73</sup>, rappresentando, dunque, il principale strumento di modernizzazione del modello sociale.

Per quanto riguarda la *governance*, l'individuazione di modelli manageriali che puntano alla diffusione della *partnership* è vista come una strategia che consente di accrescere la capacità di intervento della pubblica amministrazione, grazie alla costituzione di sinergie fra attori che appartengono a sfere diverse, ponendo l'accento sulla volontà di conciliare interessi e visioni diverse per trovare soluzioni implementabili in risposta alla nuova configurazione assunta dai rischi e dai bisogni sociali <sup>74</sup>.

Il secondo welfare ha, pertanto, una funzione di stimolo per il rinnovamento del modello di welfare tradizionale che contribuisce a promuovere un cambio di

---

<sup>72</sup> *Ibidem*

<sup>73</sup> Definizione proposta dall'Ufficio dei consiglieri di politica europea (BEPA) (2011)

<sup>74</sup> Vesan P. e Sparano V. (2009), *I partenariati per lo sviluppo locale*, Roma, Carocci

paradigma, tale da portare non allo smantellamento del *welfare* ma ad un suo ammodernamento.

Vi è un maggiore coinvolgimento di un'augmentata varietà di soggetti (pubblici, privati *profit* e *non profit*, enti del terzo settore e reti familiari) disposti a fare rete e a lavorare in modo sinergico fra loro e a stretto contatto con la comunità di riferimento.

Particolare attenzione viene riservata al Terzo Settore, ritenuto da Ferrera (2013) di primaria importanza per far decollare in Italia il secondo welfare che porterebbe molteplici vantaggi, se si riuscisse a orientare risorse verso il nuovo terziario sociale: si stimolerebbe la crescita, si favorirebbe l'occupazione; le famiglie verrebbero alleggerite da un carico di prestazioni che funzionano male e penalizzano gravemente le donne, soprattutto quando ci sono figli o anziani fragili, neutralizzando almeno in parte le molte trappole del "familismo".

Per concludere, il "*secondo welfare è un fiume che scorre sempre più veloce, ma ha bisogno di essere incanalato, soprattutto in un paese come l'Italia: fluido e vitale, ma incline al disordine e alla frammentazione localistica e particolaristica*"<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> Ferrera M., Maino F. (2015), *Conclusioni: bilancio e prospettive* in Ferrera M., Maino F. (a cura di) *Secondo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

## CAPITOLO 2

### L'APPROCCIO TEORICO DELLA COMMUNITY CARE

#### 2.1 Il *Community Welfare*

Il *Community Welfare* è un riferimento sempre più frequente nelle proposte di riforma del *welfare*<sup>76</sup>, specie per quanto riguarda il rinnovamento dei sistemi di welfare applicati alla cura e alla fragilità<sup>77</sup>.

Si propongono soluzioni integrative al *welfare* pubblico, soprattutto in ambito sanitario e sociosanitario, con misure di inclusione sociale ed interventi di prossimità, di cui un tassello importante è costituito dalla mutualità<sup>78</sup>. Il *welfare* di comunità si fonda sulla relazione che intercorre tra le istituzioni coinvolte in riferimento ai sistemi di regole e alle logiche di azione delle istituzioni pubbliche, del settore *profit* e *non-profit*, dei nuclei familiari e della società civile (ovvero Stato, Mercato, Famiglie e Comunità).

---

<sup>76</sup> Ponzo I. (2014), “*Il welfare di comunità applicato alla cura*” – ESPANET Conference, “*Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni*”, Torino, Campus Luigi Einaudi, 18-20 Settembre 2014

<sup>77</sup> La *fragilità* è definita come uno stato di aumentata vulnerabilità a causa del declino funzionale correlato all'età e di una ridotta abilità nel far fronte agli stress quotidiani e/o acuti (Tasegian 2021)

<sup>78</sup> Razetti F., Maino F. (2019), *Attori e risorse, tra primo e secondo welfare* in Maino F., Ferrera M., (a cura di) (2019) *Quarto rapporto sul Secondo Welfare in Italia. Nuove alleanze per un welfare che cambia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

Una configurazione di sistema di *welfare* che appare congeniale ai principi dell'approccio teorico-pratico della *Community Care*<sup>79</sup> che ne attualizza la sua natura.

Quando si parla di *community welfare*, ci si divide: i sostenitori lo vedono come un'evoluzione dello stato sociale contemporaneo, i detrattori come un ritirarsi dell'ente pubblico e un ritorno a un passato in cui il welfare era in larga parte gestito dalla società civile organizzata, generando problemi di equità e non garantendo standard di vita minimi<sup>80</sup>.

Tutto dipende dalle modalità con cui l'idea viene tradotta in pratica, dalla posizione dei diversi attori coinvolti e dalle logiche di azione seguite, il *community welfare* può essere un passo in avanti quanto indietro<sup>81</sup>.

Difatti, si guarda al *community welfare* come una possibile soluzione per fronteggiare le sfide derivanti dalla necessità di ridurre la spesa pubblica e dal crescente squilibrio tra domanda e offerta di cura informale dovuta ai mutamenti sociodemografici in atto (invecchiamento della popolazione, allungamento della vita e conseguente aumento della non autosufficienza, modifiche nei ruoli di genere, crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, instabilità dei nuclei familiari).

---

<sup>79</sup> Bulmer M. (1987), *The Social Basis of Community Care*, Allen & Unwin, London; trad. it. *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Trento, Centro Studi Erickson (1992)

<sup>80</sup> Fumjimura M. (2000), *The Welfare State, the Middle Class, and the Welfare Society*, in "Review of Population and Social Policy"

<sup>81</sup> Ponzo I. (2014), "Il welfare di comunità applicato alla cura" cit.

È chiaro che come tutte le forme di secondo welfare, anche il *community welfare* non rappresenta una proposta sostitutiva o alternativa al *welfare state*, quanto complementare che va ad integrare e colmare i vuoti lasciati dalle istituzioni pubbliche in specifici settori, quali i sistemi di cura di fragili e bisognosi o i servizi alle persone.

## **2.2 I concetti base della *Community Care***

La *Community Care* rappresenta un approccio nelle relazioni di cura, poco conosciuto in Italia, considerata la nuova frontiera dei sistemi sanitari, che supera la logica ospedalocentrica per aprirsi verso una riorganizzazione delle cure territoriali secondo una nuova visione, un'assistenza sempre più decentrata, più vicina alla comunità e al territorio, che punta ad un percorso di progressiva integrazione con il sistema dei servizi socioassistenziali. Si può considerare l'idea guida delle politiche sociali (intese nell'accezione più ampia e comprensive di quelle sanitarie ed assistenziali) nella gran parte dei *welfare state*, ed indica un approccio alla salute centrato sulla comunità anziché sull'istituzione ospedaliera, secondo una ridefinizione del concetto di "prendersi cura" (*care*), inteso in senso non più esclusivamente specialistico di "terapia medica" (*cure*), quanto come lavoro di "assistenza" inclusiva anche delle attività di prevenzione, di promozione della salute, di riabilitazione e di promozione sociale. Un "sistema a rete" nel

quale non è la tecnostruttura istituzionale il centro dei servizi alla persona, ma la persona stessa ad essere il cuore del sistema, nella sua integrità psicofisica, con i suoi bisogni e i suoi diritti. Le attività sono svolte da professionisti sia sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti ecc.) sia sociali (sociologi, assistenti sociali, educatori, psicologi ecc.); ma anche, in molti casi, dai profani per opera del malato stesso (*self-care*) o dei suoi familiari, parenti, amici, vicini (*caregiver*, *home/family care*) nel caso di reti sociali primarie; da associazioni di volontariato, gruppi di *advocacy* e associazioni di auto-mutuo aiuto (*self-help/mutual-aid*) nel caso di reti sociali secondarie.

Riconoscere il ruolo, per certi versi fondamentale, delle reti sociali e del Terzo Settore per il perseguimento del benessere delle persone non significa scaricare su di essi le difficoltà rappresentate dalla crisi del *welfare*<sup>82</sup> che non riesce a gestire la moltitudine di istanze che arrivano dalla società, dovute ai cambiamenti sociali e demografici, e dalla necessità del contenimento della spesa pubblica, ma rappresenta la possibilità di dare centralità a quel ruolo. La sfida della *Community Care* sta nella capacità di creare un'*interconnessione* tra le reti di assistenza (*formali ed informali*) e che sia in grado di attivare un'*interazione* tra i sistemi al servizio della persona nella gestione della salute. Interconnessione, intesa come l'opportunità di creare e mantenere in maniera continua e sistematica il

---

<sup>82</sup> Ridolfi L. (2011), "Il *Community care* quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale", Paper for the ESPANET Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011

collegamento tra le reti e con le reti assistenziali; interazione, intesa come la capacità di attivare un processo proattivo di relazioni, sfruttando anche le tecnologie (teleassistenza, telemedicina, ecc.) e l'informatizzazione (Fascicolo Sanitario Elettronico<sup>83</sup>, *Citizen Relationship Management*<sup>84</sup>, ecc.).

L'intento è quello di auspicare "soluzioni organizzative nella direzione di una dimensione comunitaria per la salute in grado di superare i modelli assistenziali in uso (essenzialmente di tipo *gerarchico e prestazionale*) a favore di nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete che sappiano privilegiare un'ottica di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale"<sup>85</sup>.

In forme più o meno esplicite, la legislazione socioassistenziale in molti Paesi (in particolare in Gran Bretagna e America, ma anche nell'Europa continentale, Italia inclusa) è fortemente segnata da questa filosofia d'azione.

Le politiche di *community care* si pongono l'obiettivo di garantire il mantenimento (o il reinserimento) delle persone deboli nelle comunità di appartenenza, attraverso la predisposizione di una rete articolata e flessibile di *servizi formali*, sia pubblici che privati, a supporto delle *reti informali*. Dai vecchi approcci di cura basati su macrostrutture residenziali (manicomi, istituti per

---

<sup>83</sup> Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente (fonte: <<https://www.fascicolosanitario.gov.it/>>).

<sup>84</sup> Citizen Relationship Management (CRM): strumento che riconosce la centralità del cliente come fattore strategico per le aziende e la volontà della Pubblica Amministrazione di avvicinare e rendere i cittadini il più possibile partecipi alla gestione della cosa pubblica.

<sup>85</sup> Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

minori, per disabili, ecc.) si è cercato di arrivare a servizi socio-assistenziali tendenzialmente personalizzati, a misura d'uomo e ben innestati nei territori rispettivi. Questa strategia è stata prevalente negli ultimi anni, ma essa si è rivelata insufficiente di per sé sola, oltreché difficilmente sostenibile con l'acutizzarsi della crisi del *welfare state*.

Ciò ha sollecitato un richiamo più diretto alla comunità, un'esigenza ulteriore: stimolare il concorso della comunità stessa ad assicurare l'assistenza e gli aiuti necessari, valorizzando il contributo delle famiglie, del vicinato, delle reti di mutuo aiuto e del volontariato.

### **2.3 Comunità (*Community*)**

Per comprendere meglio le dinamiche teorizzate sull'approccio della *Community Care*, come suggerito da Martin Bulmer (1987), può tornare utile considerare separatamente i termini *comunità (community)* e *care*<sup>86</sup>.

In senso letterario per “*comunità*” si intende un insieme di persone unite tra loro da rapporti sociali, linguistici e morali, interessi e consuetudini comuni; ma il concetto di “*comunità*” evoca subito alla mente l'immagine di una grande famiglia, per comunicare quel senso di calore e intimità che questo tipo di legame sembra garantire. Quando si parla di comunità, ci si riferisce anche alla località in

---

<sup>86</sup> Bulmer M. (1987), *The Social Basis of Community Care*, trad. it. *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura* cit.

cui una persona vive o ai residenti del territorio, che condividono le stesse esperienze di vita, le stesse emozioni; difatti con l'espressione *community care* si fa anche appello al sentimento e tende a dare per scontata la presenza di una rete di relazione supportive. La definizione sociologica di comunità più diffusa si riferisce ad un insieme di persone che vivono in un'area geografica determinata, che può essere una strada, un quartiere, un piccolo paese o una sezione di città. E in un'ottica sociologica, appare interessante la necessità di focalizzare la consistenza dei legami fra le persone della comunità e quanto questi legami possano essere centrali in un impegno di cura e di assistenza.

Il concetto di “comunità” raramente viene utilizzato in senso negativo, proprio perché grazie all'elemento emozionale evoca un senso di benessere, configurandosi in forma di relazione comunitaria tradizionale fondata su vincoli di solidarietà primaria, come famiglia, vicinato e amicizia<sup>87</sup>. Tutto questo è molto significativo in relazione alla *care* in quanto in associazione con *comunità* tende, appunto, a connotarsi come buona e positiva.

Un'altra accezione di “comunità” è quella che la vede sotto forma di relazione associativa fondata su vincoli di solidarietà secondaria, come condivisione di interessi ed hobbies, e in forma di relazione basata sulla divisione del lavoro<sup>88</sup>. Da

---

<sup>87</sup> Giarelli G., Lombi L., Cervia S. (2020), *Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura*, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di) *Manuale di Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino

<sup>88</sup> *Ibidem*

queste prospettive si può, dunque, definire la comunità come una rete di relazioni sociali.

L'accezione che appare più interessante per comprendere la necessità di adottare politiche in un'ottica di *community care* è quella che riguarda il "senso di appartenenza" che richiama il concetto del "senso di comunità"<sup>89</sup>. Da questo punto di vista si fa innanzitutto riferimento al grado di interazione tra le persone di una comunità: maggiore sarà questa interazione e più probabile sarà l'esistenza di un senso di comunità, anche in relazione a quanto i vicini e i residenti condividano gli stessi interessi e valori. In egual misura, un senso di comunità si svilupperà maggiormente laddove le persone che vivono nel medesimo posto, si riconosceranno in quell'area ben identificata e sentiranno un sentimento di appartenenza. Questi aspetti sono favoriti dalla durata della residenza, e quindi dalla durata del rapporto di vicinato, dai forti legami parentali e familiari, dai forti gruppi di interesse, ma anche dal grado di occupazione, dal gruppo culturale o dall'omogeneità di classe sociale. Come anche la condivisione delle avversità rappresenta un fortissimo incentivo allo sviluppo del senso di comunità.

Definito il concetto di comunità, si può analizzare il concetto di assistenza che caratterizza l'approccio della *community care*, con una dovuta distinzione.

---

<sup>89</sup> Willmott P. (con Thomas D.) (1984), *Community in Social Policy*, London, Policy Studies Institute, relazione sulla discussione n. 9

La *Community Care* può essere intesa come “assistenza nella comunità”, “assistenza da parte della comunità” o anche “presa in carico della comunità da parte della stessa comunità” essa contempla forme di assistenza e di supporto erogate tanto nella comunità, quanto dalla stessa comunità che vengono attivate per opera sia di professionisti pubblici, privati, volontari, terzo settore, *caregiver* informali (parenti, amici, vicinato, etc.)<sup>90</sup>.

Quando si parla di “assistenza nella comunità” si indica quell’assistenza prestata dalle istituzioni distribuite sul territorio, a livello locale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali, Case della Salute, Case di Cura, Case di Riposo per Anziani, Centri Diurni, e qualsiasi forma di assistenza erogata da una istituzione che sia pubblica, privata *profit e non profit*.

Mentre per “assistenza da parte della comunità” si fa riferimento a quell’assistenza fornita dai familiari, dagli amici, dal vicinato, ma anche da volontari organizzati o meno in associazioni.

Questa distinzione fa comprendere meglio quanto le politiche di *community care* rendano possibile il transito da un concetto di comunità intesa come luogo fisico (territorio) destinatario di prestazioni socio sanitarie, ad un’immagine della stessa comunità come *rete di relazioni sociali significative*.

---

<sup>90</sup> Bulmer M. (1987), *The Social Basis of Community Care*, trad. it. *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura* cit.

Pellizzari M. (2008), *L’infermiere di comunità - dalla teoria alla prassi*, McGraw-Hill;

Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

## 2.4 Care

Con il termine italiano “curare” si fa riferimento genericamente alle prestazioni di cura verso la persona, in maniera indistinta che sia di natura specialistica o meno. Si è pertanto mutuata la distinzione anglosassone tra due verbi che meglio definiscono il significato molto più ampio di “curare”. Gli inglesi, infatti, distinguono tra *To cure* con il quale si intende la cura specialistica di tipo medico-terapeutico della persona; e *To care* che assume un significato di natura assistenziale, di “prendersi cura” della persona, con un’accezione più olistica, considerando il benessere fisico, psicologico, emotivo e sociale della persona.

La *care* è riferita, quindi, all’erogazione di prestazioni sociosanitarie, alla fornitura di aiuto, al sostegno e alla protezione dei componenti più vulnerabili e fragili della società che tendenzialmente dipendono dagli altri, “aver cura” dei soggetti non autosufficienti, come interesse ed impegno concreto per le persone con diverso grado di disabilità e autosufficienza. Rientrano in quest’ultimo significato della *care* anche l’accudimento, come forma più coinvolgente – e per certi versi più pesante – dell’assistenza della persona bisognosa: dare da mangiare, lavare, sollevare, mobilizzare, pulire le incontinenze, dare una risposta fattiva ad ogni altra necessità che rientri nella sfera personale<sup>91</sup>. Tali attività, come si accennava sopra, esercitano un’elevata pressione fisica ed emotiva sui *caregiver* e

---

<sup>91</sup> Bulmer M. (1987), *The Social Basis of Community Care*, trad. it. *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura* cit.

pongono problemi sia per la difficoltà ad erogare questo tipo di servizi sia per la difficoltà di accettazione da parte della persona che viene assistita. Ma non tutte le attività della *care* comportano un'assistenza personale che richiedono un effettivo contatto fisico, non per questo, però, devono essere considerati meno importanti nell'ottica della *community care*: prendersi cura della persona debole, anziana, bisognosa, con disabilità fisica o mentale vuol dire anche andarla a trovare, fare una telefonata, sostenerla nei momenti di sconforto, tenerla informata, rappresenta una forma meno impegnativa di aiuto, ma di supporto e sostegno che mette in grado di condurre la propria vita e la quotidianità più agevole possibile nell'ambiente domestico. Alla base vi è una relazione sociale che ha lo scopo di far percepire all'altro il proprio interesse per il suo benessere.

Comprende, quindi, sia un sostegno di tipo materiale sia un sostegno di tipo psicologico, e quest'ultimo riveste particolare importanza nel caso di persone che vivono nell'isolamento o nella solitudine, o a coloro i quali mancano i contatti sociali.

Nella visione di Martin Bulmer (1987), la *care*, in sintesi, può essere connotata in tre modi:

1. assistenza personale o accudimento fisico, considerata la forma più intima;
2. sostegno materiale e psicologico, che non comporta il contatto fisico;
3. un generale interesse per il benessere dell'altro.

A queste connotazioni bisogna far seguire un distinguo tra il “prendersi cura” come professione e il “prendersi cura” come gesto della comunità. Appare evidente la differenza tra le due, soprattutto in determinate circostanze di assistenza più complessa in cui il *settore informale* (comunità) deve essere supportato dalla *rete formale* (professionale); ma contestualmente in altre circostanze è importante che il settore formale lasci campo libero al settore informale come forma di garanzia al mantenimento dell'autosufficienza della persona. In generale, l'uso combinato dell'assistenza *formale* ed *informale* è visto con maggiore favore da parte della comunità, e rappresenta al tempo stesso una sfida per le politiche sulla *community care*.

Con il tempo si è passati da un modello di assistenza considerata prevalentemente in termini di erogazione di prestazioni tramite gli enti pubblici, alla situazione attuale in cui è possibile distinguere almeno sei fonti da cui la *care* può originare: l'assistenza socio-sanitaria erogata dai servizi pubblici, le associazioni di volontariato e le cooperative sociali, la cura informale di aiuto familiare, i gruppi di auto-mutuo aiuto, l'assistenza privata a scopo di lucro, i programmi locali di assistenza di vicinato<sup>92</sup>.

Il concetto di *Community Care* è dunque un'immagine molto articolata e complessa che si può ricondurre lungo una triplice ripartizione: *self-care* (auto-

---

<sup>92</sup> Pellizzari M., *I servizi di accoglienza e continuità assistenziale nell'offerta sanitaria dell'ASS n. 5 “Bassa Friulana”*, Palmanova 2010; Ead., *L'Infermiere di comunità: formazione, esperienze regionali e prospettive*, Oristano 2010

cura), di *home* o *family care* (cura a domicilio o in famiglia) e di *community care* in senso stretto (auto-mutuo soccorso)<sup>93</sup>.

È necessaria una pluralità di offerte sanitarie da differenti fonti di supporto, sia di tipo pubblico sia privato, ma anche di volontariato ed enti del terzo settore per raggiungere un *optimum* assistenziale.

## 2.5 Le reti sociali

Il sistema delle reti sociali è articolato su tre diversi livelli<sup>94</sup>:

- *reti primarie*, sono costituite innanzitutto dalle famiglie, dagli amici, dai vicini, da colleghi di lavoro, sono caratterizzate da orientamenti affettivi o di affinità, svolgono una funzione protettiva, di sostegno psico-emotivo, di sviluppo e rafforzamento dell'identità;
- *reti secondari informali*, sono costituite da gruppi sociale del territorio, associazioni, organizzazione di volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto, sono orientate allo sviluppo dell'interazione e della socialità;
- *reti secondarie istituzionali*, comprendono, invece, le istituzioni pubbliche e private profit e non profit, gli enti del terzo settore, che si sono date la missione di assicurare determinati servizi alle persone.

---

<sup>93</sup> Ridolfi L. (2013), *La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale*, Professioni Infermieristiche, Vol. 66, Ottobre - Dicembre 2013, n.4, <<https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/44>>

<sup>94</sup> Ferrario P. (2005), *Gli attori dell'integrazione sociosanitaria e la rete dei servizi*, in Bissolo, Fazzi

Il primo e il secondo livello rientrano in quella rete definita “*settore informale*” delle cure, basato per lo più sul lavoro non professionistico e, spesso, non retribuito di profani e volontari; mentre il terzo livello viene definito “*settore formale*” delle cure basato sul lavoro istituzionalizzato, retribuito ed esercitato da professionisti.

In questa prospettiva, la *community care* si delinea come un approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità, suggerendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli come reti di intervento che si basano sull’incontro creativo e collaborativo fra soggetti del “*settore informale*” e del “*settore formale*” mediante relazioni di reciprocità sinergica. Si disegna così un intreccio tra reti formali ed informali, tra professionalità e figure non specialistiche, tra pubblico e privato con l’obiettivo di coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all’interno della comunità.

Fra tali risorse ci sono alcune che hanno un ruolo predominante rispetto ad altre, su cui si ritiene di approfondire le peculiarità e il loro ruolo: la famiglia e il *caregiver*, il volontariato, gli Enti del Terzo Settore e il Distretto Socio Sanitario.

#### 2.5.1 La famiglia (home/family care) e il caregiver

I legami di parentela rimangono la fonte più importante di aiuto informale, un ruolo fondamentale e nei momenti cruciali della vita rimane la fonte predominante

di assistenza. La famiglia rappresenta, dunque, il nucleo centrale in cui si originano le relazioni di cura di *home care* o *family care*, e si fonda sul ruolo dei *caregiver*, di solito svolto dal coniuge, dal convivente o da un parente stretto (*caregiver informale*), il più delle volte di sesso femminile e non remunerato, caratterizzato per un forte coinvolgimento affettivo o di affinità nei confronti del malato. Numerose ricerche hanno evidenziato come circa i tre quarti di tutte le cure si svolga nel contesto informale della famiglia allargata, tanto da far ritenere che la famiglia sia il più importante contesto entro il quale la malattia si presenta ed è risolta; essa eroga un lavoro di cura che comprende diverse componenti: la cura materiale, il supporto psicologico, il sostegno emotivo e il sostegno economico.

Tuttavia a causa di una serie di fattori di natura strutturale (familiare), sociale, culturale e demografica si è generato un indebolimento delle reti relazionali tradizionali entro le quali i servizi alla persona sono prodotti, pertanto la possibilità che la famiglia continui a svolgere una funzione di *home care* appare molto problematica<sup>95</sup>. Si pensi solo alla frammentazione della famiglia dovuta a separazioni, divorzi e convivenze temporanee, alla riduzione della natalità e

---

<sup>95</sup> Ridolfi L. (2013), *La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale*

all'inversione delle piramidi parentali, che aggravano le esigenze di cura degli anziani e dei disabili<sup>96</sup>.

In Italia la tipica struttura della famiglia nucleare rappresenta oggi la forma familiare minoritaria rispetto alla pluralità di altre forme: *famiglie monopersonali* (single), *monoparentali* (con un solo genitore), ricostituite (da matrimoni precedenti falliti), vedove/i, convivenze<sup>97</sup>. Infine, il processo di invecchiamento della popolazione fa sì che il numero di potenziali *caregiver informali* sia sempre più in diminuzione e la loro età sempre più avanzata. Si pensi anche alle trasformazioni del ruolo della donna – moglie, madre e lavoratrice – che ha messo in discussione la funzione di assistenza domestica all'interno della famiglia, ruolo ritenuto un tempo appannaggio esclusivo del gentil sesso.

A seguito di questi cambiamenti subentra la necessità di delegare la funzione di assistente (di *carer*) ad altri soggetti al di fuori del nucleo familiare, e quell'insieme di processi assistenziali forniti ad un soggetto bisognoso di cure (conosciuto anche come *caregiving*) vengono sempre più svolti dai cosiddetti *caregiver formali* retribuiti o in forma istituzionale (es. le badanti).

---

<sup>96</sup> Censimento Istat 2011, su 149.903 matrimoni totali ci sono stati 98.925 separazioni e 91.629 divorzi; nel 2019 i nati della popolazione residente sono 420.084, quasi 20 mila in meno rispetto al 2018 (-4,5%), Cfr.<<https://www.istat.it/it/popolazione-e-famiglie?dati>>

<sup>97</sup> Censimento Istat 2011, Cfr.<<http://dati-censimentopopolazione.istat.it/>>

Da un punto di vista sociale si assiste ad un restringimento delle persone in grado di assicurare l'assistenza e contestualmente ad un incremento delle persone fragili e deboli nella gestione della propria vita e della propria quotidianità.

Per di più, negli ultimi anni diverse ricerche hanno evidenziato, come l'attività dei *caregiver*, proprio per l'appesantimento emotivo e pratico che comporta, può non essere alla portata di tutti<sup>98</sup> e costringe il *caregiver* a mettere in atto delle tecniche per sopravvivere, o in casi peggiori porta ad una vera e propria patologia conosciuta come *Sindrome del caregiver*<sup>99</sup>.

Per concludere, i fattori di natura familiare, sociale, culturale e demografica spiegano i motivi per cui si considera la *home care/family care* una realtà a rischio di scomparire nel momento in cui le famiglie non risulteranno più in grado di svolgerla. È necessario, dunque, l'impegno delle istituzioni e dei professionisti socio-sanitari di verificare ogni volta si ritiene necessario (ad esempio in seguito a dimissione ospedaliera) che la persona bisognosa possa contare sul vero supporto di alcuni membri della propria famiglia in grado di prendersi cura di sé.

---

<sup>98</sup> Ferrari A., Salati M., Folloni D. (2012), *Indagine sul livello di stress nei familiari caregivers di persone con disabilità*, Lo Spallanzani (Portale della Società Medica Lazzaro Spallanzani, Reggio Emilia), <<http://www.lospallanzani.it/indagine-sul-livello-di-stress-nei-familiari/>>

<sup>99</sup> *Sindrome del caregiver*: disturbo che riguarda coloro che assistono persone bisognose di cure, caratterizzato da stanchezza fisica, psicologica e mentale, dalla perdita progressiva di motivazione accompagnata da angoscia, fatica e depressione <<https://angolosanita.jimdofree.com/2015/09/16/la-sindrome-del-caregiver/>>

*“La famiglia, pur nella pluralità delle sue forme strutturali, rimane ancora oggi il principale mezzo di erogazione del lavoro di cura informale nonché il laboratorio di difesa e prevenzione nei confronti della salute”<sup>100</sup>.*

### 2.5.2 Il volontariato

La Repubblica Italiana riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, sussidiarietà e pluralismo, quale strumento di promozione sociale e di attuazione dei principi di partecipazione democratica; ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia e ne favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale.

La Legge n.266/1991 (*Legge quadro sul volontariato*) definisce l'attività di volontariato come quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite apposite organizzazioni, senza fini di lucro ed esclusivamente per fini di solidarietà.

*Il volontario è la persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo Settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in*

---

<sup>100</sup> Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

*modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà*<sup>101</sup>. In sintesi è la persona che mette a disposizione il proprio tempo libero, in modo del tutto gratuito, per aiutare gli altri.

Da questo si comprende bene il valore dell'impegno dei volontari in un'ottica di *community care*, per il contributo e il supporto assistenziale che possono dare alle persone bisognose di assistenza, per il supporto nella gestione delle piccole faccende domestiche e negli impedimenti di vita quotidiana. Si pensi alla difficoltà degli anziani che vivono da soli per andare a fare la spesa, o magari al disbrigo di piccole pratiche burocratiche, o nei casi di difficoltà di mobilità per andare a fare una visita specialistica di controllo, come supporto in tutto l'iter dell'erogazione di prestazioni sanitarie, e tante altre piccole incombenze.

Nella maggior parte dei casi i volontari sono costituiti in organizzazioni di volontariato, anche conosciute con l'acronimo "OdV", sono tenuti al rispetto dei dettami legislativi (*Legge n. 266/1991* aggiornata con la *Legge n. 106/2016*).

È possibile costituire organizzazioni di volontariato mediante associazione (riconosciuta o non riconosciuta) di un numero non inferiore a sette persone fisiche o, in caso di organizzazioni complesse (associazioni di associazioni) tre organizzazioni di volontariato. Le attività che devono svolgere devono essere prevalentemente in favore di terzi e avvalendosi in modo prevalente delle

---

<sup>101</sup> D.lgs. n.117 del 3 luglio 2017 "Codice del Terzo Settore", Art. 17, comma 2

prestazioni dei volontari associati, e per tali attività i volontari e le organizzazioni di volontariato possono ricevere soltanto il rimborso spese effettivamente sostenute e documentate.

Per quanto riguarda il finanziamento, le organizzazioni di volontariato possono trarre risorse economiche necessarie al loro funzionamento e allo svolgimento della propria attività da fonti diverse, quali *quote associative, contributi pubblici e privati, donazioni e lasciti testamentari, rendite patrimoniali ed attività di raccolta fondi* nonché da altre fonti definite *diverse* dal Codice del Terzo Settore<sup>102</sup>.

Nell'annovero della *rete secondaria informale*, oltre alle organizzazioni di volontariato, meritano sicuramente di essere attenzionate per il loro impegno sociale a favore dei più deboli, e per il contributo profuso a favore dei bisognosi di aiuto, altre due forme di organizzazione:

- i *gruppi di self-help/mutual-aid*<sup>103</sup>, sono contraddistinti da un rapporto di *auto-mutuo aiuto* tra i membri del gruppo che condividono un problema comune e che, aiutandosi reciprocamente, riescono ad affrontare meglio il loro bisogno/problema (*aiutare se stessi aiutando gli altri*<sup>104</sup>) sono fondati sul cosiddetto “principio dell’*helper*” (“*Tu solo lo puoi fare, ma non lo*

---

<sup>102</sup> D.lgs. del 3 luglio 2017, n. 117 “*Codice del Terzo Settore*” decreto attuativo della Legge Delega n. 106, 6 giugno 2016; cfr. sottoparagrafo 2.5.3

<sup>103</sup> Borkman T.J. (1999), *Understanding self-help/mutual aid: experiential learning in the Commons*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)

<sup>104</sup> Ridolfi L. (2011), *La Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

*puoi fare da solo*”) messo a punto da Frank Riessman (1965) ed evidenzia il potere terapeutico dell’aiutarsi aiutando, come una sorta di effetto boomerang, derivante dal fatto che chi aiuta è colui che viene maggiormente aiutato<sup>105</sup>; si trae beneficio attraverso la testimonianza della propria esperienza, degli ostacoli incontrati e delle competenze acquisite nel tempo; nei gruppi di *auto-mutuo aiuto* emerge il valore terapeutico del legame sociale, la sua capacità di mantenere o ricreare benessere psicofisico sulla base di una modificazione consapevole e condivisa delle situazioni problematiche della vita quotidiana;

- le *organizzazioni di advocacy* tendono a condurre azioni di pressione sia sui pubblici poteri, per tutelare gli interessi delle persone più fragili (minori a rischio di abuso, disabili, donne che hanno subito violenza, ecc.), sia sull’opinione pubblica per sensibilizzare i cittadini nei confronti delle tematiche e dei problemi esistenti; *advocacy* significa farsi promotore e patrocinare attivamente la causa di qualcun altro. Nel campo della salute, l’*advocacy* consiste nell’uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche e

---

<sup>105</sup> Giarelli G. (2012), *L’associazionismo di cittadinanza nella nuova topografia dello spazio societario*, in Giarelli G., Nigris D., Spina E. (2012), *La sfida dell’auto-mutuo aiuto. associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario*, Roma, Carocci

comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o della comunità<sup>106</sup>.

### 2.5.3 Gli Enti del Terzo Settore: promotori di *Welfare Community*?

Nel periodo di crisi maggiore del *welfare state*, a partire dagli anni ottanta, nascono nuove esigenze di partecipazione alla vita democratica, cioè emerge una crescita dell'impegno civile e sociale come movimento per sopperire alle carenze delle istituzioni; pertanto si assiste alla nascita di nuove forme di volontariato la cui azione non trova spazio nel sistema strutturato pubblico, interessato da una crisi finanziaria dello stesso sistema, da un lato, e dalla crisi delle ideologie politiche e degli ideali pubblici dall'altro. In tale squilibrio si afferma sempre di più l'azione privata, prima come impegno in settori non coperti dallo Stato come quelli attinenti alle fasce sociali escluse ed emarginati dalla vita lavorativa ed in genere dalla vita sociale, poi in campi e settori pubblici, organizzandosi in quella dimensione conosciuta sotto il nome di *Terzo Settore*<sup>107</sup>.

Negli anni novanta si assiste, poi, ad una fase di revisione e di ricalibratura dei sistemi di *welfare*<sup>108</sup>, ed il Terzo Settore rappresenta una dimensione

---

<sup>106</sup> Ridolfi L. (2011), *La Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

<sup>107</sup> Cortigiani M. (2012), *L'integrazione delle conoscenze*, in Mari A. (a cura di), *La programmazione sociale. Valori, metodi e contenuti*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli

<sup>108</sup> Ferrera M., Hemerijck A., Rhodes M. (2000), *The future of Social Europe: recasting work and welfare in the new economy*, Oeiras, Celta.

organizzativa ideale per supportare, e in talune circostanze sopperire, alle carenze istituzionali, tanto da coniare il concetto di *Welfare Mix*<sup>109</sup>, un sistema che rappresenta la risposta al tentativo di mantenere l'impianto universalistico del *Welfare State* integrandolo con il contributo del privato e del Terzo Settore: in entrambi i casi la struttura dei servizi si è ulteriormente differenziata, e nella società moderna sono necessari una molteplicità di attori che agiscono ed interagiscono nel sistema per continuare a garantire le protezioni sociali.

Il Terzo Settore ha una duplice rilevanza in quanto permette alla persona di esprimersi, ai gruppi e alla comunità di perseguire gli scopi per i quali si sono costituiti; è definito "*come quel variegato complesso di organizzazioni non a scopo di lucro che operano, prevalentemente, nel campo sociale secondo differenti orientamenti culturali e che consentono alla persona di esprimere liberamente il proprio desiderio di solidarietà verso gli altri*"<sup>110</sup>.

In passato, gli enti e le organizzazioni operanti nel Terzo Settore erano regolamentati da una serie di leggi speciali, oltre che dal Codice Civile, che hanno portato ad un caos normativo tale da rendere necessaria una riforma *ad hoc* del settore con l'obiettivo di un riordino giuridico dello stesso.

Difatti con la *Legge Delega n. 106 del 2016 (Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile*

---

<sup>109</sup> Ascoli U. (1996), *Welfare Mix e coprogettazione dei servizi*, in "Info/Quaderni", a. II, nn. 19-20; Id. (a cura di) (2011), *Il Welfare in Italia*, Bologna, il Mulino

<sup>110</sup> Mari A. (2005), *Terzo settore (volontariato e non profit)*, in Cendon P. (a cura di), *I diritti della persona*, vol. I, UTET, Torino

*universale*) si dà il via alla riforma del Terzo Settore con *il fine di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, favorendo la partecipazione, l'inclusione e il pieno sviluppo della persona, a valorizzare il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa*<sup>111</sup>. La riforma si compirà con i decreti legislativi attuativi che seguiranno, di cui il *D.lgs. n.117 del 3 luglio 2017 "Codice del Terzo Settore"* è il fulcro della riforma. Si configura e si disciplina la nuova forma organizzativa denominata *Ente del Terzo Settore (ETS)*, ovvero quel complesso di enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e che promuovono e realizzano attività di interesse generale mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi<sup>112</sup>.

Le forme e le configurazioni organizzative ed associative più rappresentative degli ETS richiamate specificatamente nel Codice del Terzo Settore, sono:

- le *organizzazioni di volontariato*, di cui si è già scritto nel paragrafo precedente;

---

<sup>111</sup> D.lgs. n.117 del 3 luglio 2017 "*Codice del Terzo Settore*", articolo 1

<sup>112</sup> D.lgs. n.117 del 3 luglio 2017 "*Codice del Terzo Settore*", articolo 4

- le *associazioni di promozione sociale (APS)* rivolgono la loro attività di solidarietà sociale verso i propri soci o iscritti, secondo un principio di mutualità, nel pieno rispetto della dignità e della libertà degli individui;
- gli *enti filantropici* si costituiscono al fine di erogare denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attività di interesse generale;
- le *imprese sociali*, incluse le *cooperative sociali*, sono disciplinate dal *D.lgs. n.112 del 3 luglio 2017* (attuativo della legge delega sulla riforma del Terzo Settore), vengono considerate a tutti gli effetti degli ETS, dotate di soggettività giuridica, dedite allo svolgimento di attività d'impresa di interesse generale e con finalità solidaristiche senza scopo di lucro; favoriscono il coinvolgimento dei lavoratori, degli utenti e, più in generale, dei soggetti a vario titolo coinvolti (*stakeholder engagement*<sup>113</sup>), sono tenute ad impiegare una quota consistente di forza lavoro di persone rientranti nelle categorie dei lavoratori svantaggiati o disabili;
- le *società di mutuo soccorso* svolgono attività, secondo principi di sussidiarietà e mutualità, in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di attività quali erogazione di prestazioni socio-sanitarie, di sussidi in caso

---

<sup>113</sup> *Stakeholder engagement*: moltitudine di pratiche espletate da un'organizzazione, secondo un approccio strutturato, al fine di instaurare un dialogo con gli *stakeholder* (portatori di interessi) mirato a capire le loro istanze e basato sul coinvolgimento (*engagement*) degli stessi nelle attività e nelle decisioni aziendali. (D'Andrea A., 2020, *Gli strumenti di social accounting: nuove frontiere per le organizzazioni non profit*, in Montanini L., D'Andrea A. *La riforma del terzo settore. L'impatto sugli strumenti di accountability*, Torino, Giappichelli)

di spese sanitarie sostenute dai soci, di assistenza familiare, pertanto ricoprono spesso un ruolo rilevante nello svolgimento di attività integrative del Servizio Sanitario Nazionale;

- le *reti associative* possono costituirsi in forma di associazione in rappresentanza di un numero non inferiore a 100 ETS o, in alternativa, almeno 20 fondazioni, con funzione di coordinamento, tutela e rappresentanza degli enti associati, oltre che di controllo e monitoraggio.

Agli Enti del Terzo Settore “*si riconosce una moderna concezione della solidarietà - derivante da una vera e propria rivoluzione associativa - tesa al perseguimento di una uguaglianza sostanziale come fondamento di sviluppo della personalità*”<sup>114</sup>, con un forte orientamento agli interessi dei membri e dei gruppi d’interesse impegnato in *advocacy* o nella sensibilizzazione della comunità su vari temi generali e specifici (quali l’ecologia, il commercio equo, la finanza etica, cooperazione e sviluppo, per fare alcuni esempi). Si presentano come componente integrata nel quadro del modello del *welfare sociale* in cui interagiscono lo Stato, il mercato, la comunità e le famiglie; un “organismo intermedio” che istaura forme di collaborazioni, di partenariato e interrelazioni con l’ente pubblico, con le imprese sociali e le componenti del settore informale, ricoprendo un ruolo sia sociale e politico sia quale fornitore di servizi alternativi<sup>115</sup>.

---

<sup>114</sup> Cortigiani M. (2012), *L’integrazione delle conoscenze* cit.

<sup>115</sup> Montanini L. (2020), *Il terzo settore: origini ed elementi distintivi*, in Montanini L., D’Andrea A., *La riforma del terzo settore. L’impatto sugli strumenti di accountability* cit.

Tali organismi destinano la produzione di beni e servizi ad un determinato gruppo di persone, oppure cedono la produzione gratuitamente a persone bisognose o, ancora, svolgono servizi culturali, ricreativi da destinare alla collettività senza alcuna controprestazione al fine di promuovere determinati valori; la produzione e la distribuzione è concentrata su quei beni e servizi di utilità sociale che non sono prodotti in tutto o in misura sufficiente né dalla pubblica amministrazione né dalle aziende *for profit*.

In sostanza, la società civile si organizza e si struttura diventando risorsa del territorio, e grazie alle nuove peculiarità giuridiche possono sviluppare azioni ed interventi con mandato pubblico, divenendo un punto essenziale di riferimento per le politiche socio-assistenziali del territorio.

Il consolidamento del ruolo del Terzo Settore nelle politiche socio-assistenziali è avvenuto con la *Legge n.328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)*. Come già scritto, gli anni Novanta hanno rappresentato una fase di ricalibratura del sistema di *welfare* italiano, un periodo di difficoltà estreme d'integrazione, nel quale la persona, normale o con *handicap*, è stata sempre guardata solo nella parzialità del suo bisogno, non come entità psico-fisica e quasi mai in relazione al sistema familiare e sociale. Con la legge di cui sopra si intende *assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di*

*bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia*<sup>116</sup>. Una visione che superi il concetto d'intervento assistenzialistico per singoli o categorie, ma in una prospettiva comunitaria, dove ciascun servizio e ogni intervento sia parte di un obiettivo generale e contribuisca a perseguirlo, con le risorse umane ed istituzionali del territorio.

Uno degli aspetti più interessanti della *Legge n.328/2000* consiste nel riconoscimento del valore dei soggetti del privato sociale e della loro azione a rete sul territorio, tanto da considerare la possibilità di valutarli promotori di un *Welfare Community*<sup>117</sup> – un paradigma che riporta alla mente l'approccio della *Community Care* – in cui la società si organizza dal basso, promuovendo servizi anche al di fuori ed oltre la volontà pubblica, si amplia il contatto tra istituzioni e cittadini, si attivano nuove forme di integrazione socio-sanitaria e tra risorse formali ed informali della comunità, si promuovono nuove risposte assistenziali ai nuovi bisogni con il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della società civile<sup>118</sup>.

---

<sup>116</sup> Legge 8 novembre 2000, n.328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, art. 1, comma 1

<sup>117</sup> Cortigiani M. (2012), *L'integrazione delle conoscenze* cit.

<sup>118</sup> *Ibidem*

#### 2.5.4 Il Distretto Socio Sanitario

Tra le *reti secondarie istituzionali* si ritiene il *Distretto Socio Sanitario* il protagonista principale tra le istituzioni pubbliche che hanno il compito di assicurare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, ovvero hanno la funzione giuridica di organizzare e gestire l'erogazione delle *cure primarie*, le quali vengono considerate come la porta d'accesso delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. Gli ambiti di attività delle cure primarie riguardano le cure domiciliari, l'assistenza di medicina generale e pediatrica, l'assistenza consultoriale, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i servizi rivolti agli anziani e ai disabili, ed altro. Un ruolo determinante viene svolto dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri, dai Medici di Continuità Assistenziale, dagli Infermieri dei servizi domiciliari e di distretto, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali<sup>119</sup>.

La normativa di riferimento, che riconosce il Distretto Socio Sanitario come una delle strutture fondamentali dell'Azienda Sanitaria Locale, è il *D.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 (Norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale)* che assegna loro un ruolo di ampia responsabilità sanitaria, gestionale, organizzativa ed economica, difatti dotati di autonomia tecnico-gestionale ed

---

<sup>119</sup> D.lgs. n. 229/1999, art. 3-quinquies (*Funzioni e risorse del distretto*)

economico-finanziaria<sup>120</sup>. Viene richiesto di svolgere la duplice funzione di governo dei processi integrati fra diverse istituzioni e di offerta di servizi e di prestazioni, di promozione della salute e del benessere della comunità di riferimento. Questa struttura dovrebbe dunque operare seguendo un approccio multisettoriale, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria per la programmazione e costruzione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari gestiti dalle ASL, dai Comuni, dal Terzo Settore e dai privati. Tale programmazione deve avere come obiettivo quello di garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali delle persone anziane e disabili. In termini sostanziali, comporta un mutamento dell'ottica di prestazione: non è più il malato che si rivolge alle strutture erogatrici per ottenere servizi preconfezionati, ma sono queste ultime che organizzano il servizio in funzione delle esigenze specifiche e particolari della persona<sup>121</sup>. Per integrazione si vuole intendere un intervento coordinato di varie attrezzature e di professionalità diverse che cooperano per dare una risposta mirata alle differenti esigenze legate allo stato di salute ed alla situazione socio-economica del destinatario/beneficiario dei servizi sociali e sanitari.

Sulle modalità di attuazione dei programmi integrati, alcune indicazioni si possono trovare nel *Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003*,

---

<sup>120</sup>D.Lgs. n. 229/1999, art. 3-quater, comma 2

<sup>121</sup> Mari A. (2012), *I modelli ed i metodi di programmazione*, in Mari A. (a cura di), *La programmazione sociale. Valori, metodi e contenuti*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli

in cui si è stabilito che per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo compatibili tra loro le scelte previste dal *Programma delle attività territoriali*, di cui all'*art.3-quater* del *D.lgs. n.229/99*, e dal *Piano di zona*, di cui all'*art.19* della *legge 328/2000*. Questi due strumenti, con finalità diverse, vanno gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra Azienda sanitaria ed Enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie. Anche la copertura finanziaria di questo modello di intervento è richiamata espressamente dalla *legge 328/2000*, viene autorizzata a carico dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, disciplinati al fine di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, e possono essere istituiti da soggetti pubblici e privati. Si precisa, a tal proposito, che le risorse finanziarie assegnate alle aziende sanitarie locali hanno un vincolo di destinazione secondo criteri stabiliti a livello governativo che impongono la ripartizione in termini percentuali ed il 51% è destinato all'assistenza territoriale<sup>122</sup>.

È possibile, dunque, osservare una doppia prospettiva tra reti diagnostico-assistenziali lungo una dimensione verticale, cioè funzionali alla gestione di problemi di salute che richiedono risposte specialistiche, e reti di tutela della

---

<sup>122</sup> Marinò L. (2008), *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni*, Torino, Giappichelli

salute lungo una dimensione orizzontale, cioè essenziali per la loro capacità di fornire risposte differenziate nell'ambiente socioculturale dell'individuo. L'integrazione verticale considera le cure primarie come il livello di accesso al sistema sanitario, necessaria per filtrare la domanda sanitaria dei cittadini, la cosiddetta funzione di "primo contatto". L'integrazione orizzontale delle cure, all'opposto, ne ripensa la collocazione lungo un *continuum* articolato tra le due polarità del settore formale e informale, del sapere comprensivo e specialistico, della prevenzione e promozione e del trattamento, della *care* e della *cure*<sup>123</sup>.

Al netto di quanto scritto, la funzione principale del Distretto Socio Sanitario resta quella di governare la domanda di salute della popolazione del suo territorio garantendo i servizi sanitari di assistenza primaria e l'accesso ad una rete integrata di servizi sociali e sanitari che consenta di facilitare l'accesso ai servizi specie da parte delle persone più deboli.

Quanto detto sin qui viene consolidato dagli obiettivi normativi del *Decreto Legge n.158 del 13 settembre 2012 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, c.d. Decreto Balduzzi, convertito in Legge n.189 dell'8 novembre 2012)* di riorganizzazione delle cure primarie, e contestuale processo di deospedalizzazione. Alle regioni viene affidato il compito di definire l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria

---

<sup>123</sup> Bulmer M. (1987), *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura* cit. Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.; Ead. (2013), *La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.

promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative *monoprofessionali*, denominate *aggregazioni funzionali territoriali*, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative *multiprofessionali*, denominate *unità complesse di cure primarie*, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Sistema Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere<sup>124</sup>.

---

<sup>124</sup> Legge n.189/2012, art.1

## 2.6 La connessione tra le reti sociali e la *governance*

Pensare l'assistenza nell'ottica della *Community Care* significa coinvolgere nella "cura" in modo sinergico tutte le risorse disponibili, *formali* ed *informali*, all'interno della "comunità", in modo da offrire una risposta completa ai bisogni delle persone, muoversi nella direzione di un intreccio tra le due fonti, due modalità diverse di prestare assistenza, ma che attraverso apposite misure di interazione e collaborazione si potenziano a vicenda<sup>125</sup>. Un sistema differenziato di "cura della comunità all'interno della comunità" a forte trazione istituzionale che sia di reale supporto ai bisogni delle persone; una trasformazione di paradigma che guardi sempre più ad un *welfare community*, non escludendo le forme di protezione sociale più tradizionali del *welfare state* ma integrandole.

Questo prevede anche un inevitabile ripensamento della *governance* del processo assistenziale descritto: una complessa "rete intrecciata di fonti" necessita di meccanismi rodati di coordinamento, organizzazione e cooperazione.

L'interconnessione tra la società civile, il sistema socio-sanitario e il sistema politico-amministrativo rappresenta la chiave di volta, ma implica una consapevolezza dell'evoluzione che il sistema istituzionale (politico-amministrativo e socio-sanitario) ha subito nel corso dell'ultimo ventennio e di come questo abbia modificato le modalità di relazione con la società civile. Il nodo centrale è rappresentato dal passaggio da *government* alla *governance* nel

---

<sup>125</sup> Pellizzari M. (2008), *L'infermiere di comunità - dalla teoria alla prassi* cit.

modello di governo del sistema istituzionale. Ad una forma tradizionale di governo burocratico con regole e procedure stabilite a livello centrale dallo Stato, qual è il *government*, si è contrapposta una forma di comportamento delle amministrazioni pubbliche in grado di assumere un orizzonte strategico socialmente più comprensivo, di promuovere nuovi criteri di organizzazione e di gestione i quali siano maggiormente decentrati ai diversi livelli istituzionali e partecipato dai soggetti della società civile, qual è la *governance*<sup>126</sup>.

I principi cui si ispira la *governance* sono quello della “sussidiarietà verticale”, da intendersi come ripartizione gerarchica delle competenze spostata dal centro, cioè dallo Stato, verso gli enti più prossimi al cittadino e pertanto più vicini ai bisogni del territorio, ovvero Comuni, Distretti, Province, Regioni; e il principio della “sussidiarietà orizzontale”, da intendersi quale forma di partecipazione diretta del cittadino sia come singolo sia attraverso i cosiddetti “corpi intermedi” (famiglia, associazioni, enti non profit, ecc.) ai processi di produzione delle decisioni pubbliche<sup>127</sup>.

In altre parole, si potrebbe dire che mentre il *government* è fondato sull’esercizio di un’ autorità, la *governance* è caratterizzata per l’esercizio di poteri in un sistema di relazioni fondato sul mantenimento degli equilibri fra una pluralità di soggetti della società civile.

---

<sup>126</sup> Giarelli G. (2012), *Tipi di partnership con le istituzioni pubbliche e forme di governo*, in Giarelli G., Nigris D., Spina E., *La sfida dell’auto-mutuo aiuto. Associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario*, Roma, Carocci

<sup>127</sup> *Ibidem*

All'interno del dibattito sulla crisi del *welfare state*, si è poi introdotta un'ulteriore distinzione di due diversi modelli di *governance*<sup>128</sup>. Da una parte vi è un modello di stampo manageriale, importato nella pubblica amministrazione dall'ambito aziendale privatistico, secondo la formula del *New Public Management*<sup>129</sup> la quale è strutturata sulla focalizzazione della performance quale prerequisito per aumentare la trasparenza e la responsabilità dell'amministrazione pubblica, sulla privatizzazione o l'introduzione di forme di competizione tra servizi pubblici e privati al fine di rendere i primi più efficienti in una condizione di quasi mercato; è presente un'enfasi sulle qualità professionali e di leadership dei manager pubblici, in analogia con il settore privato, e su forme di gestione aziendale dei servizi pubblici; vengono introdotti dei meccanismi di valutazione da parte dei "consumatori" utenti dei servizi pubblici. In quest'ottica la *governance* rappresenta una strategia che punta al miglioramento dell'efficienza e della trasparenza di una pubblica amministrazione "orientata al cliente" al fine di renderla più competitiva in una logica di mercati sempre più globalizzati.

Dall'altra vi è un modello proposto come forma di *partnership* tra la pubblica amministrazione e i cittadini, finalizzata alla coproduzione delle politiche

---

<sup>128</sup> Palumbo A., Vaccaro S. (a cura di) (2007), *Governance. Teorie, principi, modelli, pratiche nell'era globale*, Milano, Mimesis

<sup>129</sup> Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A. (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford

pubbliche, definito *Network Governance*<sup>130</sup>: un insieme di pratiche di rete, di processi, regole e significati che definiscono come i poteri vengono effettivamente esercitati da una pluralità di attori interconnessi fra loro, un “processo di governo delle dinamiche con e nella comunità”<sup>131</sup>. L’affermarsi di queste pratiche e forme di *partnership* è da ricondurre all’esigenza di regolare un sistema sociale sempre più complesso, nel quale i meccanismi di regolazione tradizionali (sia istituzionali sia di mercato) non sono più in grado di assicurare la legittimità dei sistemi di welfare sempre più burocratizzati e inefficienti.

Il modello della *Network Governance* fondato sulla *partnership* costituisce anche una risposta al bisogno di umanizzazione delle cure e di personalizzazione dei servizi socio-sanitari rivolti alla persona, oltre che di rafforzamento della posizione del cittadino quale attore attivo della vita pubblica in una logica di *empowerment*, secondo cui la società civile ha un ruolo di partecipazione e negoziazione rispetto ai processi decisionali che governano e gestiscono il sistema dei servizi sociali e sanitari<sup>132</sup>.

Nella prospettiva di connessione tra le reti sociali e la *governance*, appare evidente che la parte più difficile della sfida della *Community Care* spetta ai servizi pubblici e richiede un forte cambiamento culturale e di mentalità, ed un

---

<sup>130</sup> Hirst P. (2000), *Democracy and Governance*, Oxford University Press, Oxford; Rhodes R.A.W. (2000), *Governance and Public Administration*, Oxford University Press, Oxford

<sup>131</sup> Bertin G. (2015), *Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma*, in Bertin G. (a cura di) *Medicina specialistica e community care. Politiche sociali: studi e ricerca 4*, Venezia, Edizioni Ca’ Foscari

<sup>132</sup> Giarelli G. (2012), *Tipi di partnership con le istituzioni pubbliche e forme di governo* cit.

investimento su una strategia attiva di rafforzamento di capacità di cura delle famiglie che passi attraverso la responsabilizzazione della comunità e che veda attivamente coinvolto in un processo di cambiamento il sistema istituzionale (Aziende Sanitarie e Comuni), le culture professionali (infermieri, assistenti sociali, medici) e la società civile (famiglie, volontariato e Terzo Settore).

## CAPITOLO 3

### LA SFIDA DELLA COMMUNITY CARE

#### 3.1 L'influenza dei mutamenti sociali sui percorsi di cura e sulle decisioni politiche

L'espressione "mutamento sociale" indica *"l'insieme delle trasformazioni nella struttura di una società in un determinato lasso di tempo"*<sup>133</sup>. Esso si riferisce al mutamento delle strutture e dei comportamenti sociali, ad esempio per quanto riguarda la gerarchia e l'assetto sociale, la distribuzione dei ruoli, le forme organizzative e le condizioni di vita.

Negli ultimi cinquant'anni la società è cambiata considerevolmente e con essa inevitabilmente anche i rapporti familiari ed interpersonali sono cambiati. Già da tempo, il vicinato non è più il centro delle attività della maggior parte delle persone<sup>134</sup>; se si pensa alle grandi città dove la vita lavorativa e sociale è frenetica, in cui si vive in enormi condomini, si assiste ad una dispersione del contatto e delle relazioni. Pertanto anche il quartiere non rappresenta più il ritratto della comunità stabile e coesa di un tempo. Per fare altri esempi molto concreti, è quasi

---

<sup>133</sup> Peter René Heintz (cit.) (6 novembre 1920 - 15 marzo 1983) è stato un professore svizzero di sociologia e dottore in scienze politiche che ha avuto un notevole impatto sull'ampio sviluppo accademico in America Latina e in Europa (fonte: <<https://it.wikipedia.org>>; <[<sup>134</sup> Bulmer M. \(1987\), \*Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura\* cit.](https://hls-dhs-dss.ch/it/articles/015993/2009-08-20/#:~:text=In%20senso%20stretto%2C%20l'espressione,un%20cambiamento%20in%20una%20struttura%20.></a>>)</p></div><div data-bbox=)

del tutto scomparso il negozietto all'angolo, e la spesa viene fatta al supermercato che sta in centro città, o negli ipermercati dei centri commerciali esterni alle grandi città, e questo vale per chi ha l'automobile, anche se al giorno d'oggi i mezzi pubblici di trasporto sono diffusi ed hanno aiutato a ridurre le distanze fisiche; anche l'avvento della tecnologia, come il telefono (prima), che ha permesso di mantenere un contatto vocale con i familiari ed amici, e i più innovativi smartphone (poi) con i quali si può mantenere un contatto sia vocale sia visivo grazie alle videochiamate, ha modificato la percezione delle distanze, trasformando di conseguenza le relazioni interpersonali. Alla rivoluzione tecnologica, si aggiunga quella informatica e digitale che ha ulteriormente influenzato queste trasformazioni.

I più fortunati possono contare sulla propria capacità economica e sulle abilità fisiche che permettono loro di muoversi, viaggiare, stabilire legami di lavoro, di tempo libero e di amicizia in un'area geografica abbastanza ampia, che va ben oltre il vicinato e il quartiere, e partecipare a numerose reti sociali di diversa natura. I meno fortunati, invece, in particolar modo i disoccupati, gli ammalati cronici, le madri nubili, gli anziani a basso reddito, i portatori di handicap fisici e di disabilità intellettive, mancano di capacità e possibilità di scelta e questo li pone in una condizione di svantaggio nelle relazioni sociali<sup>135</sup>.

---

<sup>135</sup> *Ibidem*

Tali mutamenti hanno finito per condizionare i sistemi istituzionali di erogazione di cure e prestazioni sociosanitarie.

Secondo un'indagine OCSE<sup>136</sup> i cambiamenti che hanno avuto luogo nei sistemi sociosanitari possono essere ricondotti ad almeno tre dimensioni fondamentali: quella economica, quella politica e quella sociale<sup>137</sup>. A loro volta, queste dimensioni hanno impattato su tre livelli:

- sul livello *macro* riferendosi, cioè, al sistema sanitario nel suo complesso, in quanto istituzione e organizzazione in relazione alle altre presenti nel contesto, nonché alle evoluzioni sociali e biomediche;
- sul livello *meso*, cioè rispetto ai livelli interni al sistema;
- sul livello *micro* con cui ci si riferisce al rapporto medico-paziente.

I suddetti livelli sono al contempo influenzati dalle dimensioni economiche, politiche e sociali in una prospettiva circolare<sup>138</sup> difficilmente inscrivibile entro sequenze e confini rigidi. Come del resto poco rigidi, ma al contrario molto permeabili, sono i confini di quelle dimensioni dal momento che le riforme e i mutamenti possono essere letti come l'esito di varie spinte che tagliano trasversalmente i suddetti ambiti: difficilmente una riforma è generata solamente

---

<sup>136</sup> Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico: la *mission* dell'OCSE è la promozione, a livello globale, di politiche che migliorino il benessere economico e sociale dei cittadini

<sup>137</sup> Fonte dello studio: Politiche sociali: studi e ricerche - *La medicina specialistica: una panoramica europea* (Cipolla C., Ardisson A., Manca A.) - Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS) Università Ca' Foscari (2015)

<sup>138</sup> Cipolla C. (1997), *Epistemologia della Tolleranza*, 5 voll., Milano, FrancoAngeli

da necessità economiche, o solo da esigenze politiche o soltanto da mutamenti sociali.

Dal punto di vista della dimensione economica, il punto di partenza<sup>139</sup> è il periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale, noto con il nome di “trentennio glorioso”<sup>140</sup>, durante il quale tutti i sistemi di *welfare*, tra i cui pilastri spicca senz’altro la sanità, vissero una grande espansione, in un periodo di massima crescita sostenibile<sup>141</sup>. Però, a partire dalla fine degli anni Settanta, cominciò un’inversione del trend di spesa a causa della recessione sperimentata per la prima volta dal dopoguerra, dando il via ad una serie di strategie di contenimento dei costi e di razionalizzazione della spesa. Queste strategie possono essere sintetizzate secondo questi tre vettori cardinali<sup>142</sup>:

- 1) razionamento dei servizi sanitari: si tratta di misure che agiscono sulla domanda al fine o di spalmare almeno parte dei costi delle prestazioni sui cittadini/pazienti (*compartecipazione della spesa*), o di ridefinire i criteri di eleggibilità ai servizi per ridurre l’impegno statale, o di ridefinire il pacchetto di prestazioni essenziali (un esempio sono LEA) che vengono garantite escludendo altri servizi reputati meno impellenti;

---

<sup>139</sup> Politiche sociali: studi e ricerche - *La medicina specialistica: una panoramica europea* (Cipolla C., Ardisson A., Manca A.) - Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS) Università Ca’ Foscari, Venezia (2015)

<sup>140</sup> Fourastié J. (1979), *Les Trente Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975* Paris, Fayard

<sup>141</sup> Flora P. (1986), *Growth to limits: The West European Welfare States since World War II*, Berlino, De Gruyter

<sup>142</sup> Maino F., Ferrera M. (2006), *Le politiche sanitarie*, in Ferrera M., *Le politiche sociali. L’Italia in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino

- 2) misure di tipo restrittivo sul versante dell'offerta: rientrano in questo ambito la determinazione di finanziamenti prestabiliti anziché a piè di lista (un esempio introdotto nel corso degli anni novanta è il DRG), ma anche la riorganizzazione delle strutture (con la chiusura o riconversione delle unità più piccole), il blocco delle assunzioni, i controlli sulle prescrizioni di prestazioni e farmaci (in questo caso si è passati dal pagamento per prestazione al sistema basato sulle quote capitarie);
- 3) managerializzazione del settore sanitario: si tratta di una strategia che intende ridefinire spazi ed ambiti di responsabilità, apportando innovazioni sotto il profilo gestionale, organizzativo e contabile, con l'introduzione di funzioni e strumenti di derivazione manageriali (pianificazione, programmazione, controllo e autonomia di gestione) e meccanismi di quasi-mercato (in un'ottica di competizione e privatizzazione controllata) con lo scopo di migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità del sistema<sup>143</sup>; le funzioni e gli strumenti di *management* sono stati introdotti contestualmente all'avvio del processo di regionalizzazione fondato sul decentramento delle funzioni in materia sanitaria alle Regioni<sup>144</sup>.

---

<sup>143</sup> Marinò L. (2008), *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali – Concetti, modelli, decisioni*, Torino, Giappichelli

<sup>144</sup> Processo avviato con il *D.Lgs 502/1992*, confermato dal *D.Lgs. 229/1999* e rafforzato dalla riforma costituzionale del Titolo V con la *Legge Costituzionale n.3/2001* che affida alle Regioni la potestà legislativa esclusiva su assistenza e organizzazione sanitaria

Come si è detto, non solo la dimensione economia trascinò le riforme, ma sono state influenzate anche da dinamiche sociali. Si pensi al processo di *empowerment* del paziente<sup>145</sup>, all'invecchiamento della popolazione, alla maggior rilevanza di malattie cronico-degenerative che a partire già dagli anni ottanta cominciavano a rappresentare una quota rilevante di ricoveri ospedalieri e trattamenti<sup>146</sup>; come del resto anche le profonde e radicali novità introdotte dalla tecnologia e dall'informatica, riferendosi all'universo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) in ambito sanitario, tra cui Centri Unici di Prenotazione, Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina.

Un ulteriore aspetto estremamente rilevante riguarda la crescita dei livelli d'istruzione, l'evoluzione sociale, la facile reperibilità d'informazione con la diffusione di internet i quali hanno condizionato il rapporto utente/istituzione e modificato il rapporto medico/paziente.

Questi mutamenti sociali hanno condizionato i *policy makers* ed influenzato le riforme del sistema sanitario nel suo complesso, a livello *macro* e *meso*, dal momento che sono divenute sempre più rilevanti i concetti quali la *centralità* o l'*empowerment*<sup>147</sup> del paziente, e a livello *micro* dato che il paziente è sempre

---

<sup>145</sup> Cipolla C. (a cura di) (2002), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere Sociologico*, Milano, FrancoAngeli

<sup>146</sup> Donati P. (a cura di) (1989), *La cura della salute verso il 2000*, Milano, FrancoAngeli

<sup>147</sup> "Processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare la conoscenza, le capacità, le attitudini e il grado di consapevolezza necessari ad assumere responsabilità nelle decisioni che riguardano la sua salute" (Feste C., Anderson R.M., 1995, *Empowerment: from philosophy to practice. Patient Education and Counseling* 26: 139-44)

meno propenso a subire un rapporto di tipo paternalistico dal proprio medico e dal sistema<sup>148</sup>.

La crisi dello stato sociale, ed in particolare dei servizi alla persona sul versante burocratico-amministrativo o tecnico-specialistico, rende dunque imprescindibile la *community care*. E se non si vuole che gli standard di benessere raggiunti regrediscono, è necessario che i *policy makers* e gli operatori sociali si rivolgano alla comunità e alle reti informali conoscendone a fondo non solo i presumibili punti di forza ma anche i limiti oggettivi. Quest'ultimo concetto già espresso da Martin Bulmer (1987) nella teorizzazione della *community care* è quanto mai attuale, piuttosto andrebbe rafforzato ricorrendo anche a strumenti tipici manageriali quale l'analisi *SWOT* con la ricerca non solo dei punti di forza (*Strengths*) e dei limiti oggettivi, ovvero delle debolezze (*Weaknesses*), ma anche delle opportunità (*Opportunities*) e delle minacce (*Threats*), con lo scopo di raccogliere più informazioni possibili per pianificare una revisione delle misure di assistenza già a disposizione ed attualizzarle.

Tutto questo è ancor più valido alla luce delle criticità emerse durante la pandemia da Covid-19 che da ormai un anno ha provocato ulteriori sconvolgimenti delle relazioni sociali, facendo emergere nuove condizioni di svantaggio e nuove situazioni che spingono verso un ripensamento delle aree urbane e dei quartieri.

---

<sup>148</sup> Cipolla C., Ardisson A., Manca A. (2015), *La medicina specialistica: una panoramica europea*, in Bertin G. (a cura di) (2015), *Medicina specialistica e community care – Politiche sociali: studi e ricerca 4*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari

L'esempio più emblematico di questa condizione è rappresentato dall'isolamento forzato (*lockdown*) e dalla sospensione delle attività lavorative come soluzione di massima emergenza per frenare la diffusione del virus, che hanno di fatto stravolto le abituali relazioni sociali, ma paradossalmente hanno facilitato la nascita di nuovi scenari di socializzazione. Così è cambiata anche la percezione delle aree urbane: il vicinato e il quartiere sono ritornati ad essere nucleo vitale delle relazioni sociali anche nelle grandi città, riappropriandosi di un ruolo che sembrava ormai perso nel tempo. Inoltre il *lockdown*, unito all'estrema attenzione agli aspetti epidemiologici, ha forzato il cambiamento dei tradizionali percorsi di cura e di assistenza dei non autosufficienti, dei disabili e dei nuovi soggetti svantaggiati (si pensi alla vulnerabilità delle persone sole infette in isolamento forzato).

La pandemia ha reso evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, evidenziando con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di fornire servizi adeguati sul territorio. Con il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021* il legislatore propone una riforma volta ad affrontare in maniera sinergica le criticità emerse, potenziare il SSN allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, sviluppare la telemedicina a sostegno dell'assistenza domiciliare integrata e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio, superando la logica

organizzativa dell'ospedale al centro del percorso di cura, spingendo sempre più verso l'ottimizzazione dei percorsi d'integrazione sanitaria ospedale-territorio e dell'integrazione socio-sanitaria.

L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare community*<sup>149</sup>.

Quando si elaborano idee, politiche ed azioni, pubbliche o private, per dare risposte concrete a situazioni di difficoltà delle persone o per organizzare meglio i servizi, le dinamiche sociali ed economiche richiedono cambiamenti diluiti nel tempo, soprattutto quando si vogliono migliorare le condizioni personali di singoli individui o di comunità. Questo processo di cambiamento passa anche attraverso l'ausilio della tecnologia, dell'innovazione digitale e dell'informatica, perché in questo tempo possono rappresentare un aiuto considerevole al raggiungimento degli obiettivi prefissati e migliorare le condizioni assistenziali di coloro i quali vivono una situazione di bisogno, di disagio, di solitudine, per “prendersi cura” degli stessi a domicilio (*home care/family care*) nella formula di “cura della comunità all'interno della comunità”.

---

<sup>149</sup> I Libri del Sole 24 Ore Settimanale – N. 10/2021 – Maggio 2021 - *PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation Italia*

### **3.2 Il lavoro di cura centrato sul paziente: le prospettive della programmazione sanitaria**

La fase che segna il passaggio ad una graduale ma reale devoluzione, improntata alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini, è rappresentata dal *Piano Sanitario Nazionale Italiano 2003-2005*, il primo piano varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato. Già con la modifica del nome del Ministero, avvenuta in questi anni, da Ministero della Sanità a Ministero della Salute si dimostra questo cambio di orizzonte. In questi anni l'obiettivo dichiarato dal Ministero della Salute non è più la "pianificazione e il governo della sanità", ma la "garanzia della salute" per ogni cittadino<sup>150</sup>.

Al Piano Sanitario Nazionale di questi anni si affida il compito di tratteggiare quegli obiettivi che assicurano un'assistenza centrata sul paziente, garantendo non solo il diritto costituzionale alla salute ma anche dei diritti civili e sociale, perseguendo obiettivi di integrazione sociosanitaria e che punta alla valorizzazione professionale dei titolari dell'assistenza. Inoltre, pone una forte attenzione ad interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari dei cittadini.

Gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 sono dieci, ma quelli di maggiore interesse nell'ottica di quanto esposto, sono quelli contenuti all'interno del secondo e settimo progetto.

---

<sup>150</sup> Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, parte prima, punto 1.1

Il progetto 2 *“Promuovere la rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza a malati cronici, anziani e disabili”*, pone l’attenzione sulla necessità che si sviluppino nuove strategie e nuovi modelli di assistenza sanitaria che richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, di rafforzare i servizi residenziali e territoriali, al fine di rallentare il percorso verso la non autosufficienza, garantendo a questi soggetti stili di vita più appropriati.

Gli obiettivi strategici da evidenziare sono la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona; il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo; il miglioramento dell’autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo; l’introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.<sup>151</sup>

Il progetto 7 *“Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari”*, rende evidente la necessità di

---

<sup>151</sup> Pellizzari M. (2008), *L’infermiere di comunità - dalla teoria alla prassi* cit.; Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, parte prima, punti 2.2-2.7

organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che sono ancora assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che non è più sostenibile. L'obiettivo prioritario del progetto è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, riconsiderando il territorio quale soggetto attivo che intercetti il bisogno sanitario e si faccia carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini e riconsiderare l'intervento ospedaliero come assistenza extraterritoriale sempre più riservata alle patologie acute<sup>152</sup>.

Con il *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008* si consolida quella visione di una sanità sempre più territorializzata che tende alla deospedalizzazione, aprendosi a nuove competenze e nuovi ruoli orientati all'*empowerment* del paziente e della comunità. Il Servizio Sanitario Nazionale punta a riorganizzare, potenziare e rimodellare le cure primarie e la promozione della salute; all'integrazione tra i diversi livelli di assistenza anche prevedendo strumenti istituzionali di integrazione che permettano di potenziare una rete tra assistenza di base, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera al fine di assicurare la continuità delle cure, l'appropriatezza e la facilità d'accesso; favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del percorso di cura<sup>153</sup>.

---

<sup>152</sup> *Ibidem*

<sup>153</sup> Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Negli anni successivi la programmazione del sistema delle cure e in generale del sistema salute avviene attraverso le intese in Conferenza Stato-Regione dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie e il conseguimento di obiettivi comuni, nel tentativo di uniformare l'erogazione dei livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale. Con i *Patti per la salute* si prosegue sulla linea tracciata dai piani sanitari nazionali precedenti, si rafforza la prospettiva di razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, una riduzione di posti letti ospedalieri a favore dell'assistenza residenziale e domiciliare, che punta ad ottimizzare l'organizzazione dell'assistenza domiciliare dei pazienti anziani e altri soggetti non autosufficienti.

Un passaggio fondamentale avviene con il *Patto per la Salute 2014-2016*, vi è l'impegno ad attuare interventi di "umanizzazione delle cure" in ambito sanitario, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologia e sociale, che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazioni dell'assistenza; si prevede un potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria, incaricando le regioni di disciplinare i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali particolarmente nelle aree delle non autosufficienze, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze. Per il perseguimento degli obiettivi di salute ed attività programmate si affida un ruolo

strategico alle Aziende Sanitarie e ai Distretti sociosanitari, che devono essere in grado di orientare l'azione nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, di facilitare i processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini, convenendo che sia importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegni ad ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di *governance* per rendere più efficiente il settore delle cure primarie<sup>154</sup>.

Con il *Patto per la Salute 2019-2021* si conferma e consolida la visione del Sistema Sanitario Nazionale che mette il paziente al centro delle cure; il Patto si articola in 17 schede, di cui 2 più significative in ottica dell'assistenza di prossimità.

La scheda 8 "*Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale*" prevede una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in

---

<sup>154</sup> Patto per la Salute 2014-2016, art.5

particolare per i soggetti non autosufficienti; si promuovono modalità e strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno; si punta al completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Scheda 14 “*Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari*” fondato sulla logica della *patient centred care*, un modello d'azione centrato sullo spazio d'ascolto della soggettività e su un'operatività interprofessionale coordinata al fine di fornire al paziente un'adeguata combinazione di interventi terapeutici, assistenziali e di supporto<sup>155</sup>, che pone l'interesse del paziente al centro del sistema; l'obiettivo prefissato è quello di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi, coinvolgimento effettivo dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive e delle quali si possa

---

<sup>155</sup> Ingrosso M., Mascagni G. (2020), *Pratiche e relazioni di cura in ambito sanitario* in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., *Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino

rendere conto ai cittadini stessi (*accountability*), ovvero favorire *l'empowerment* del cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile utilizzo dei servizi sanitari.

E' chiaro ormai che il lavoro di cura coinvolge molteplici figure professionali ed è sempre più centrato sul paziente: l'attenzione alla soggettività e alla globalità della persona influenzano il percorso di cura, ed hanno condizionato il legislatore e/o il decisore politico a tener conto della persona nella sua complessità, seguendo un approccio olistico, inteso come il raggiungimento o il mantenimento di un benessere globale di corpo, mente, società, ambiente, economia e non già come semplice assenza di malattia.

### **3.3 Multiprofessionalità: dai sistemi sanitari ai sistemi di salute**

Nelle attuali società post-industriali, la salute rappresenta un argomento di forte impatto sociale, per questo motivo la sociologia ha spostato il proprio *focus* di indagine dalla medicina, la malattia ed i servizi sanitari a prospettive più ampie che riguardano la promozione della salute e come essa viene vissuta in contesti societari più articolati e complessi, ponendo al centro della discussione se e in quale misura sia corretto includere nei servizi sanitari solo quelli fondati sulla biomedicina (ovvero solo su tecniche diagnostiche e terapeutiche). Difatti, si assiste ad una ridefinizione dei confini dell'attuale sistema sanitario, nello

specifico, la riflessione è diretta ad individuare quali rapporti di interconnessione esistano tra i “*sistemi sanitari*” ed i “*sistemi di salute*”<sup>156</sup>.

Un orientamento politico-sanitario consolidato dalla tendenza alla deistituzionalizzazione della persona sofferente/bisognosa e il successivo reinserimento nel contesto di vita, soprattutto da quando iniziano ad emergere tutti i lati negativi delle istituzioni in termini di disumanizzazione e spersonalizzazione del ricoverato<sup>157</sup>.

Pertanto l’ospedale, quale istituzione per ricovero e assistenza sanitaria, perde lentamente il ruolo di unico collettore della domanda di salute, in quanto emergono nuove forme di conoscenza e di pratica, altre figure assistenziali del settore formale ed informale, servizi alternativi che contribuiscono alla disgregazione della centralità istituzionale dell’ospedale.

La tutela della salute si muove progressivamente verso una direzione che richiede il coordinamento e l’integrazione tra l’azione diagnostico-terapeutica e quella preventiva e di promozione dei differenti soggetti presenti all’interno delle comunità territoriali, che non sia più appannaggio esclusivo dei professionisti sanitari ospedalieri. Il ricorso al sistema istituzionale dell’assistenza sanitaria rappresenta solo una delle possibili scelte di cui la persona può usufruire all’interno di un percorso di cure caratterizzato dall’incontro con altre figure di

---

<sup>156</sup> Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale* cit.; Vicarelli G. (a cura di) (2013) *Cura e Salute. Prospettive sociologiche*. Roma, Carocci

<sup>157</sup> Goffman E. (2001), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Milano, Edizioni di comunità

riferimento non professionali (quali parenti, amici e vicini) che supportano, consigliano e con cui scambiare informazioni ed esperienze personali vissute in occasioni simili (“sapere esperienziale”).

La tendenza alla deospedalizzazione del sistema sanitario e la conseguente territorializzazione di servizi sanitari che non necessitano della tecnologia ospedaliera, se così si può dire, è iniziata già dagli anni Novanta<sup>158</sup>, ma si è affermata con maggior convinzione nel corso dell’ultimo decennio; tale spinta è iniziata soprattutto per fattori economici, come già scritto nel precedente paragrafo, ma anche tanti altri fattori di natura politica e sociale hanno influito su questa tendenza.

A seguito di questa spinta alla deospedalizzazione, vengono proposte nuove modalità organizzative di lavoro e di aggregazioni funzionali territoriali, riconosciute dal cosiddetto “decreto Balduzzi” (*legge 8 novembre 2012, n. 189*) quali forme organizzative multiprofessionali, denominate “Unità Complesse di Cure Primarie”.

Le “Case della Salute” rientrano a pieno titolo tra queste nuove forme organizzative: sono un esempio di un nuovo modello di integrazione sanitaria e sociosanitaria, le quali possono senz’altro offrire nuove opportunità in termini di progettualità condivisa, proprio secondo una logica di continuità delle cure e di

---

<sup>158</sup> Politiche sociali: studi e ricerche - *La medicina specialistica: una panoramica europea* (Cipolla C., Ardissonne A., Manca A.) (2015) - Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS), Venezia, Università Ca’ Foscari

presa in carico di pazienti complessi con un approccio di valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei percorsi diagnostico-terapeutici da implementarsi, ma anche esempio di nuova espressione da parte sia della specialistica ambulatoriale, sia in termini di erogazioni prestazionali. Un luogo vicino e facilmente riconoscibile, da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sociali e sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina generale e di Specialistica, di Pediatria di comunità, ambulatori infermieristici ed ostetrici, consultori familiari e servizi vaccinali, in cui si realizza la prevenzione della comunità locale e si organizza la promozione della salute e del benessere sociale. Nelle Case della Salute l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta dei medici di famiglia, dei pediatri, dei medici specialisti, degli infermieri, degli assistenti sociali, delle ostetriche, degli operatori socio assistenziali, del personale allo sportello, delle associazioni di pazienti e di volontariato<sup>159</sup>.

È curioso come le Case della Salute in alcuni paesi anglosassoni, in particolare nel Regno Unito, negli Stati Uniti e in Canada, siano denominate “*Community Health Centres*”, che riporta alla mente in maniera inequivocabile il paradigma della *community care*.

---

<sup>159</sup> Dossier n. 269/2020 - *Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019*, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna; Nobilio L, Berti E, Moro ML

Una recentissima proposta di riorganizzazione del sistema di cure primarie del Ministero della Salute è la “Casa della Comunità” che si prospetta come struttura che eroga servizi al centro della vita della comunità locale e punto di incontro tra servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali<sup>160</sup>. Un luogo in cui i bisogni di salute e di assistenza possano trovare risposta integrata in un sistema capace di garantire l’equità di accesso, di orientamento e di presa in carico non solo multidisciplinare, ma anche interprofessionale e intersettoriale, con il supporto di un’adeguata tecnologia digitale<sup>161</sup>.

Il progetto, inserito nell’attuale *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021*, è pensato per potenziare l’integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità, quale punto di riferimento di prossimità, di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), infermieri di famiglia e comunità (IFeC), medici specialistici, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La spinta maggiore verso questa proposta riformatrice arriva a seguito dell’emergenza pandemica da Covid-19 che ha messo in evidenza tutte le falle presenti

---

<sup>160</sup> Genova A., Servetti D. (2021), *Cosa fare per un sistema di cure primarie inclusive?* in Vicarelli G., Giarelli G. (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, Milano, FrancoAngeli

<sup>161</sup> *Ibidem*

nell'organizzazione dell'assistenza territoriale e delle cure primarie, gli affanni della gestione nelle reti ospedaliere e l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali<sup>162</sup>.

In questa nuova proposta, si noti l'inserimento nel team multiprofessionale di presa in carico della comunità dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). Una figura infermieristica rilanciata dal *Decreto Legge n.34/2020*<sup>163</sup> emanato in piena pandemia da Covid-19, già attiva da anni in alcune realtà regionali, contemplata nella "scheda 8" del *Patto per la Salute 2019-2021*.

L'Infermiere di famiglia e comunità è il responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario, attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa, differenziata per bisogno e fasce d'età, con interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento; sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del *self-care*, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale definito con gli altri professionisti, al fine di promuovere, attraverso il lavoro di rete,

---

<sup>162</sup> Nel dibattito sulla validità e sugli effetti sull'assistenza della Casa della Comunità, va segnalato un palese scetticismo da parte della FIMMG, il sindacato dei Medici di Medicina Generale, che la considerano poco innovativa e poco attenta ai bisogni reali, che non fa altro che seguire le orme tracciate dalle Case della Salute, considerate già poco fruttuose nel tempo, ritenendo, pertanto, la Casa della Comunità un modello già superato.

<sup>163</sup> Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"

l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e servizi presenti nel sistema salute territoriali<sup>164</sup>.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'IFeC è il professionista competente della presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita, nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, nonché competente della promozione della salute e della prevenzione.

L'obiettivo assistenziale dell'IFeC è quindi l'intera comunità, di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazioni che vede la famiglia come unità di base<sup>165</sup>, una figura che sembra essere plasmata seguendo i principi della *community care*.

### **3.4 eHealth: la sanità digitale. Verso una *Digital Community Care*? Una sfida da cogliere**

Nell'era digitale in cui viviamo, l'innovazione informatica e tecnologica è un fattore cruciale di differenziazione nel processo produttivo di beni e servizi, anche in ambito sanitario; e nell'approccio teorico-pratico della *Community Care*, cogliere la sfida di intercettare le potenzialità derivanti dall'innovazione digitale

---

<sup>164</sup> Gibellini S. (a cura di) *Infermiere di famiglia e comunità. Una figura sempre più chiave nel passaggio da medicina d'attesa a medicina d'iniziativa*, Bergamo Salute, n.59, marzo|aprile 2021

<sup>165</sup> *Ibidem*

ed informatica, può rivelarsi determinante. Sono tante le strutture che, di fatto, utilizzano queste innovazioni, o strumenti quali i *device* (dispositivi elettronici, entrati ormai nel lessico comune) per erogare prestazioni e servizi sanitari, anche in remoto. La eHealth è una realtà da cui non si può prescindere, e la pandemia da Covid-19 ha spinto sul pedale dell'acceleratore di molte organizzazioni sanitarie ad investire e a credere sull'impiego dei device per la teleassistenza e il telemonitoraggio dei malati a domicilio. Soluzioni che potrebbero facilitare una riorganizzazione delle cure primarie e dell'assistenza di prossimità verso una *Digital Community Care*.

Per eHealth (o Sanità Digitale o Sanità in Rete)<sup>166</sup> s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita.

La Sanità Digitale contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario che assume maggiore importanza con l'aumento del numero di pazienti. Le iniziative eHealth migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario.

L'evoluzione socio-demografica della popolazione, la necessità di bilanciare risorse disponibili e qualità dell'assistenza sanitaria prestata, sono di stimolo alla

---

<sup>166</sup> Fonti: <[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it); <https://www.agid.gov.it/it/piattaforme/sanita-digitale>>

definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari che consentano innanzitutto di tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria. Ciò è possibile attraverso un sistema di servizi integrati in rete che consenta, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche con particolare riferimento alla qualità delle stesse, alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate e al livello di soddisfazione percepito dal cittadino.

La realizzazione di un sistema di servizi integrati assume una notevole importanza in un quadro di profondo mutamento ed evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza necessariamente più centrata sui servizi territoriali per far fronte a patologie croniche. In tale contesto, l'applicazione delle nuove tecnologie rappresenta una valida opportunità per definire un migliore bilanciamento, tra l'esigenza di maggiore qualità delle prestazioni e un oculato impiego delle risorse disponibili.

Il tema della sanità in rete è da tempo al centro di numerose azioni a tutti i livelli: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'eHealth quale strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario.

I servizi di eHealth sono prioritariamente finalizzati a<sup>167</sup>:

- supportare il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso l'adeguamento dei sistemi informativi degli attori territoriali alle esigenze di governo;
- migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti sanitari al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale;
- supportare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito del territorio al fine di agevolare i processi di assistenza domiciliare, l'integrazione tra presidi, distretti e professionisti;
- contribuire efficacemente all'integrazione degli interventi di prevenzione attiva;
- facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi;
- migliorare la qualità dei servizi sanitari e favorire il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze attraverso l'introduzione delle soluzioni orientate al governo clinico, alla formazione continua in medicina, alla misurazione degli *outcome* e alla telemedicina;
- supportare il controllo della spesa sanitaria, attraverso il monitoraggio della domanda di prestazioni sanitarie.

---

<sup>167</sup> *Ibidem*

Sono stati pertanto definiti nuovi strumenti a supporto dell'erogazione dei servizi sanitari che consentano innanzitutto di tracciare il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria.

I possibili percorsi assistenziali previsti per il cittadino prevedono il coinvolgimento del medico di medicina generale (MMG) o dal Pediatra di libera scelta (PLS), del livello ambulatoriale ed ospedaliero, nonché del livello territoriale per la gestione della fase post-acuta.

L'avvio del percorso di cura avviene tramite il MMG o PLS, supportato da soluzioni di eHealth, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), i certificati telematici di malattia, l'ePrescription (Prescrizione Elettronica), mentre nella fase di presa in carico del cittadino da parte dei servizi territoriali, le soluzioni di eHealth pertinenti sono la Telemedicina, il Teleconsulto, Telemonitoraggio e il FSE. Nella fase relativa all'assistenza ambulatoriale, gli strumenti a disposizione sono i Centri Unici di Prenotazione e il FSE. Nel caso dovesse seguire un ricovero ospedaliero, tale fase è supportata dal FSE e dalla Dematerializzazione. Il percorso assistenziale può prevedere in qualsiasi momento, coerentemente con le necessità di cura, il rientro del paziente nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Tra gli strumenti citati, presenta una certa rilevanza il Fascicolo Sanitario Elettronico, in quanto alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prenderanno in cura l'assistito nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale,

conterrà tutte le informazioni cliniche del paziente e raccoglierà i documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito<sup>168</sup>.

Inoltre, la diffusione dei sistemi digitali consentirà la dematerializzazione della documentazione sanitaria a beneficio dei processi organizzativi e gestionali, nonché per l'espansione di una gestione ecosostenibile.

Ma la vera rivoluzione dei percorsi di cura è rappresentato dalla Telemedicina, che occupa un ruolo determinante nella medicina di prossimità per garantire la continuità delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali a domicilio; si tratta di un'ampia gamma di strumenti e funzionalità (teleassistenza, telemonitoraggio, teleconsulto, telerefertazione) che può riguardare ogni ambito clinico, a supporto dell'intero percorso socio-assistenziale al fine di assicurare una migliore "esperienza di cura" per le persone e i soggetti fragili<sup>169</sup>.

La realizzazione dei sistemi informativi per la sanità in rete sta procedendo con apprezzabile dinamismo, attraverso importanti progetti a livello centrale e iniziative sostanzialmente attive in tutte le Regioni Italiane.

La situazione sul territorio nazionale risulta tuttavia fortemente differenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli strutturali, agli standard

---

<sup>168</sup> Fonte: <<https://www.fascicolosanitario.gov.it>>

<sup>169</sup> I Libri del Sole 24 Ore Settimanale – N. 10/2021 – Maggio 2021 - *PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation Italia*

di riferimento e alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi<sup>170</sup>. Ciò è conseguenza delle diverse modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica nei diversi contesti, con differenti modelli organizzativi implementati, oltre che frutto di una differenziata capacità di investimento.

Gary L. Kreps e Linda Neuhauser (2010) già dieci anni fa sottolineavano il cambiamento prodotto nei sistemi sanitari dall'applicazione delle nuove tecnologie di eHealth<sup>171</sup>. Un cambiamento certamente influenzato da diversi aspetti, tra cui la possibilità che ogni singola persona abbia a disposizione, tramite supporto digitale, tutte le informazioni cliniche che lo riguardano; la diffusione di internet e delle possibilità di scambio di informazioni ed esperienze che contribuiscono a formare le conoscenze che ogni individuo utilizza nei processi di gestione della propria salute.

Secondo questi autori, le strategie di eHealth hanno grandi potenzialità di produrre effetti significativi sulla salute, per produrre i quali, però, è necessario una massimizzazione della comunicazione interattiva con i fruitori ed un loro coinvolgimento attivo nel lavoro di cura e nella promozione della salute; tali strategie devono essere progettate per lavorare in modo efficace e trasparente incrociando varie piattaforme di comunicazione, mettendo in contatto popolazioni

---

<sup>170</sup> Fonte: <[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)>

<sup>171</sup> Bertin G. (2015), *Medicina specialistica e community care - Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari* cit.

ed utilizzatori, e in più devono essere strutturate partendo dagli interessi e dalle emozioni delle persone, per dare risposta ai loro specifici bisogni.

C'è un ulteriore aspetto che influenza il cambiamento della sanità digitale: si tratta del “*digital mismatch*” ovvero quel divario tra le competenze digitali possedute dai lavoratori e quelle che richiede il mondo del lavoro<sup>172</sup>. Per usufruire al meglio delle potenzialità offerte dalla eHealth, sono richieste abilità/competenze digitali ed informatiche (*digital skills*<sup>173</sup>) che spesso non sono possedute dagli operatori sanitari e di chi lavora nei servizi di cura alla persona (es. *caregiver formali* ed *informali*).

Questi aspetti inevitabilmente rallentano il processo di cambiamento, per questo è necessario mettere al centro dell'attenzione lo sviluppo della cultura digitale, implementando percorsi formativi e di aggiornamento permanenti per favorire un processo di *reskilling*<sup>174</sup> (riqualificazione delle competenze ed abilità).

Le tecnologie digitali offrono molteplici opportunità per semplificare, ottimizzare, velocizzare, rendere più trasparenti i processi e, quindi, migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi erogati.

---

<sup>172</sup> Cainarca G.C., Sgobbi F. (2005), *Educational Mismatch e Skill Mismatch: un'indagine empirica sui lavoratori italiani* – “In letteratura il termine *mismatch* viene impiegato per indicare il mancato allineamento fra la domanda di competenze espressa dalle imprese e l'offerta di queste ultime da parte dei lavoratori.”

<sup>173</sup> Secondo una definizione dell'Unione Europea: “*abilità di base nelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione: l'uso del computer e di device per reperire, valutare, conservare, produrre, presentare e scambiare informazioni nonché per comunicare e partecipare a reti collaborative tramite Internet*” – Raccomandazioni del Parlamento Europeo, 2006

<sup>174</sup> Osservatorio delle competenze digitali 2017

### **3.5 Progetti di eHealth in Puglia: CareWell dell'AReSS Puglia e Diomedee dell'ASL di Foggia**

In Regione Puglia sono stati sperimentati ed attivati dei percorsi di cura che ricorrono a strumenti di sanità digitale, e sebbene al momento sono carenti di soluzioni digitali ed informatici che coinvolgono tutti gli attori della comunità, del settore formale ed informale, rappresentano una prima evoluzione dei sistemi di cura che si auspica vengano sviluppati ed orientati in una prospettiva di *digital community care*. Nelle prossime pagine si presentano in particolare due progetti, di cui uno dell'AReSS (Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale) denominato “CareWell”, ed un progetto dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Foggia denominato “Diomedee” che riprende i concetti e principi cardini del progetto dell'AReSS Puglia.

#### 3.5.1 CareWell - AReSS Puglia

Innanzitutto, sembra opportuno fare una premessa: il servizio sanitario pubblico pugliese è organizzato in sei aziende sanitarie locali, due poli ospedalieri e due istituti di ricerca, per un organico sanitario complessivo di circa 40.000 professionisti. I 49 distretti sociali e sanitari coprono una regione di 258 comuni che variano notevolmente per dimensione e densità della popolazione.

AReSS Puglia è il facilitatore tecnico del servizio sanitario della Regione, collabora con i distretti sanitari e le aziende ospedaliere, organizza e fornisce i servizi sanitari della regione, per garantire un'adeguata erogazione del servizio. Inoltre è responsabile dell'implementazione di un approccio integrato ai pazienti cronici secondo il modello pugliese di cure croniche (l'approccio "Care Puglia"<sup>175</sup>), che include l'uso del telemonitoraggio e del teleservizio in remoto, sostenuto da una piattaforma web che fornisce ai professionisti sanitari la capacità di gestire i pazienti e mettere in connessione tutti gli operatori della Pubblica Amministrazione e i nodi del sistema sanitario, permettendo a tutti i soggetti coinvolti nella cura dei pazienti cronici di gestire l'accesso ai vari profili. La struttura clinica del sistema costituisce la base per una cartella informativa, la quale contiene la storia medica del paziente, le valutazioni cliniche ed infermieristiche, la terapia, i diari, gli appunti e un complesso sistema per il follow-up dei pazienti. Le attività di follow-up sono svolte da un *care manager*, nello specifico da una figura infermieristica.

Sulla base di questo approccio, con il progetto "CareWell", il servizio sanitario della Puglia ha perseguito la fornitura di assistenza sanitaria integrata a pazienti anziani fragili attraverso programmi multidisciplinari completi. Con l'utilizzo delle TIC (Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione, in inglese ICT)

---

<sup>175</sup> Fonte: <<https://www.sanita.puglia.it/web/aress/care-puglia-e-presa-in-carico-delle-cronicita>>

si è facilitata la comunicazione e il coordinamento degli operatori sanitari nonché supportato l'erogazione dell'assistenza domiciliare incentrata sul paziente.

“CareWell”<sup>176</sup> si è concentrato sull'erogazione di assistenza e supporto alle persone anziane che hanno esigenze sanitarie complesse, sono ad alto rischio di ricovero in ospedale o in casa di cura e richiedono una serie di interventi di alto livello a causa della loro fragilità e delle molteplici malattie croniche. Questo è stato ottenuto grazie alle TIC abilitate al coordinamento dei servizi sanitari e sociali, al monitoraggio, all'autogestione dei pazienti e al coinvolgimento dei *caregiver informali*. Le piattaforme ICT e i canali di comunicazione evitano la duplicazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che riguardano i pazienti, ed inoltre, migliorano la *compliance* del trattamento, migliorano il *self-care* e il *self-management* aumentando la consapevolezza sia del *caregiver* sia del paziente sul proprio stato di salute. Tutto ciò ha migliorato i risultati clinici e consentito alle persone fragili di condurre una vita appagante.

I servizi di “CareWell” si muovono su due direttrici principali:

1. *empowerment* del paziente e percorso di supporto domiciliare (*home care*):
  - il responsabile dell'assistenza coinvolge i pazienti nel processo di sviluppo del piano di assistenza, insieme al resto dell'equipe di

---

<sup>176</sup> Fonti: <<https://carewell-project.eu/norm/home.html>; <https://www.sanita.puglia.it/web/aress/programmi-e-progetti>>

assistenza primaria; i pazienti possono accedere al loro piano di assistenza online;

- il materiale educativo è disponibile online per i pazienti;
- il monitoraggio domiciliare della pressione sanguigna, del peso, dell'ossigeno e del glucosio nel sangue viene condotto attraverso dispositivi (*device*) utilizzati dai pazienti nelle proprie abitazioni; tutte le misurazioni vengono caricate nella cartella clinica elettronica;
- il team di emergenza per la telemedicina è raggiungibile da pazienti e *caregiver* informali chiamando il 118 che può telemonitorare i pazienti e inviare un'ambulanza se le misurazioni indicano una situazione di emergenza;
- i pazienti e i *caregiver* informali possono comunicare con il *care manager* tramite canali elettronici inviando immagini e messaggi; questo consente un'azione di sostegno al *self-care* e al *self-management*, in particolare aiuta a riconoscere il peggioramento o il miglioramento dei sintomi.

## 2. Percorso coordinato di assistenza integrata:

- un software gestionale specificamente progettato per supportare il processo decisionale e il *problem solving* dei responsabili dell'assistenza nello sviluppo di piani assistenziali specifici; il software

consente anche di elaborare risultati di questionari per sondaggi sulla soddisfazione e per la valutazione dello stile di vita;

- ogni professionista sanitario coinvolto nel piano di assistenza può partecipare ad una sessione virtuale tramite un ambiente dedicato sulla piattaforma, per discutere problemi clinici ed assistenziali dei pazienti;
- la piattaforma digitale “Care Puglia” consente agli specialisti di accedere alla cartella clinica elettronica e condividere le informazioni con il *care manager* e i medici di medicina generale.

I percorsi assistenziali così strutturati superano i limiti organizzativi e garantiscono un utilizzo più efficiente ed efficace delle risorse.

Tra l'altro, l'AReSS Puglia, è impegnata da tempo nel “Partenariato dell'innovazione per l'invecchiamento sano e attivo” e nella presa in carico integrata delle cronicità con ausilio di ICT di un progetto europeo denominato “Scaling integrated care in contex – SCIROCCO”<sup>177</sup>.

Lo scopo del progetto è la diffusione delle buone pratiche inerenti tematiche quali lo sviluppo e la promozione della sanità digitale e dei sistemi sanitari innovativi e sostenibili anche per la gestione delle cronicità. Aderendo al progetto, la Regione Puglia è stata individuata come una delle regioni europee (insieme a Scozia, Paesi Bassi, Repubblica Ceca, Svezia) in cui eseguire un processo di rafforzamento di competenze, un rapido scambio di informazioni e pratiche, una spinta

---

<sup>177</sup> Fonte: <<https://www.sanita.puglia.it/web/aress/progetto-scirocco>>

all'innovazione nell'implementazione di modelli assistenziali e gestionali attraverso procedure di gemellaggio e tutoraggio.

Le progettazioni dell'AReSS per il momento sono carenti di soluzioni ICT che coinvolgano tutti gli attori della *community care*, ma rappresentano comunque un'innovazione che fa ben sperare ad un'evoluzione in tal senso.

### 3.5.2 Diomedee - ASL di Foggia

Anche in questo caso è d'obbligo una premessa: la provincia di Foggia è terza in Italia per estensione e costituisce un *unicum* su tutto il territorio nazionale per le peculiarità demografiche ed orografiche. Il suo territorio comprende, in una superficie di 7007,64 km<sup>2</sup>, il promontorio del Gargano che si affaccia sull'Adriatico e prevalentemente montuoso, il Tavoliere delle Puglie, prevalentemente pianeggiante, sino ad arrivare ai Monti della Daunia, nel subappennino, per riprendere una conformazione collinare e montuosa; del territorio provinciale fa parte, inoltre, l'arcipelago delle isole Tremiti. La popolazione è distribuita in modo disomogeneo tra 61 comuni (30 dei quali con meno di 3.000 abitanti) e da un'analisi effettuata sull'andamento demografico dal

1980 al 2019, si evidenzia il progressivo incremento del numero di anziani (gli ultrasessantacinquenni sono aumentati del 154%<sup>178</sup>).

La complessità orografica del territorio e le caratteristiche demografiche hanno reso necessaria la riorganizzazione e rifunzionalizzazione delle strutture distrettuali attraverso l'adozione di nuovi modelli organizzativi di integrazione dell'assistenza distrettuale, ospedaliera e di emergenza urgenza.

Il processo di riorganizzazione ha previsto attività di ammodernamento infrastrutturale e di potenziamento delle dotazioni tecnologiche per la diagnostica specialistica e per l'assistenza domiciliare. Assicurare adeguati livelli di assistenza alla popolazione in questi territori caratterizzati da forte frammentazione delle comunità locali, dalla disomogeneità orografica e dall'atavica debolezza infrastrutturale delle vie di comunicazione, ha rappresentato una sfida complessa per la direzione generale dell'ASL FG.

Pertanto, è stato avviato un programma assistenziale integrato di gestione delle cronicità anche attraverso l'utilizzo di sistemi ICT, telemedicina e monitoraggio remoto, al fine di assicurare adeguati livelli di assistenza, soprattutto alle persone anziane, fragili ed affette da patologie croniche.

L'obiettivo prefissato è la creazione di una "rete di servizi sanitari di prossimità" più vicini ai cittadini, in particolar modo in quei comuni che, proprio a causa di

---

<sup>178</sup> Piano della Performance 2020-2022 dell'ASL di Foggia; Petrosillo T. (2019), *Gestione Dati e presa in carico del paziente nella Asl di Foggia*, Congresso "Il governo dei dati per la continuità del percorso di cura", HIMSS Italian Community (HIC) e Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Roma, 8 novembre 2019

una rete viaria poco sviluppata, non consentono un facile accesso ai servizi sanitari di secondo livello (rete ospedaliera).

Così prende il via il “Progetto Diomedee”<sup>179</sup>, sviluppato inizialmente per la gestione delle cronicità nelle isole Tremiti («Diomedee», dal nome delle isole) e nei piccoli comuni (distanti più di un’ora dal Pronto Soccorso più vicino).

Con il progetto “Diomedee” s’implementa sia un sistema informativo sia un modello innovativo di gestione dei pazienti cronici sul territorio dell’ASL della provincia di Foggia, realizzando percorsi di cura multiprofessionali che favoriscano la continuità di cura, il controllo e la stabilizzazione della patologia, operando in proattività e in prossimità.

Le patologie croniche gestite dal progetto “Diomedee” nella prima fase realizzativa riguardano: lo scompenso cardiaco, l’ipertensione, il diabete, l’insufficienza respiratoria e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (BCPO).

Il progetto utilizza un modello organizzativo, già sperimentato con successo in Regione Puglia (“Care Puglia”), basato sulla collaborazione tra i diversi operatori sanitari sul territorio ed il paziente stesso (o il suo *caregiver*), che cooperano sinergicamente nel dare attuazione al percorso di cura ed assistenza, ognuno per le attività di propria competenza. Nel modello una figura di riferimento è rappresentata dal *care manager*, in grado di coniugare le capacità professionali

---

<sup>179</sup> *Progetto Diomedee* Deliberazione del D.G. ASL FG n. 786 del 30/06/2017  
(fonte: <<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>>)

infermieristiche con quelle di informazione, educazione al *self-management* e *coaching* del paziente. La rete nel suo complesso comprende i servizi sanitari distrettuali, i medici di famiglia, gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, gli infermieri, gli operatori di assistenza domiciliare, gli assistenti sociali, ma anche, se necessario, altri operatori sanitari come psicologi, fisioterapisti, fisiatri, dietisti, farmacisti di distretto con l'obiettivo di realizzare un ambiente di lavoro integrato, collaborativo e multiprofessionale.

Il progetto prevede l'adozione di una "Scheda Clinica Territoriale Multiprofessionale" informatizzata, e l'attivazione di una Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) che fornisce supporto costante al paziente e agli operatori sanitari, esegue il monitoraggio del percorso di cura, registrando il verificarsi di eventi o allarmi e, se necessario, attiva il *care manager* o il medico di famiglia.

Il sistema informativo e le reti di telecomunicazione costituiscono l'elemento aggregante e unificante del progetto. Lo strumento telematico permette ad operatori sanitari diversi, presenti in luoghi diversi, nonché al paziente stesso e al suo *caregiver*, di poter agevolmente collaborare ed operare in modo coordinato, assicurando la circolarità delle informazioni e dei dati.

Il sistema informativo del progetto Diomedee è in grado di:

- definire, programmare, controllare e valutare i singoli percorsi di cura, elaborati sulla base delle linee guida nazionali, regionali e delle società

cliniche per le singole patologie (P.D.T.A.) e personalizzati secondo le esigenze cliniche e logistiche dei singoli pazienti;

- condividere le informazioni e i dati clinici di interesse dei pazienti assistiti;
- monitorare costantemente lo stato del paziente;
- acquisire automaticamente i dati clinici registrati dai dispositivi di misurazione (telemedicina);
- coinvolgere il paziente nella gestione del proprio percorso, rendendolo parte attiva del processo (*empowerment*), attraverso l'educazione al *self-care* e al *self-management*;
- disporre di funzioni di collaborazione, anche mediante funzionalità di teleconsulto e telerefertazione;
- interagire con i sistemi informativi già operanti nelle strutture coinvolte nel percorso del paziente e facilitare la continuità dei processi e lo scambio automatizzato dei flussi informativi;
- aggregare informazioni utili al supporto decisionale.

Dalla presa in carico e registrazione del percorso di cura del paziente cronico, che coinvolge tutti gli operatori (il *care manager*, il medico di famiglia, i medici specialisti, gli operatori della C.O.T., l'A.D.I., le strutture residenziali territoriali, etc.), il paziente assistito viene dotato di un APP operante su smartphone o tablet che permette un'interazione continua reciproca tra le multiprofessionalità e con il paziente/*caregiver*. In questo modo si è in grado di interagire con il sistema

territoriale, ricevere comunicazioni sulla terapia e sulle attività da compiere, comunicare con la struttura sanitaria (chat, immagini, audio e video), registrare informazioni e trasmettere, nei casi previsti, i risultati delle misurazioni effettuate tramite i dispositivi bluetooth.

Tutte le informazioni e i dati clinici sono monitorati dagli operatori sanitari della C.O.T., con l'evidenziazione automatica di eventi o situazioni di allarme (es. per valori anomali, per mancanza di comunicazioni da parte del paziente, etc.), attivando, quando necessario, il personale sanitario che ha in carico il paziente o, in caso di emergenza, la Centrale Operativa 118. Gli operatori sanitari e/o il medico di famiglia possono richiedere prestazioni ulteriori alle strutture in rete (ospedale, presidi, A.D.I.) e il supporto specialistico dell'ospedale di riferimento che potrà intervenire con strumenti di teleconsulto e telerefertazione.

In caso di ricovero, l'ospedale ha accesso mediante il sistema informativo aziendale al *dossier* del paziente contenente tutti i dati raccolti fino a quel momento.

È risaputo che l'innovazione tecnologica ed organizzativa porta sempre con sé dei fattori di rischio verso i quali è indispensabile mantenere un'attenzione e controllo costanti. Difatti il progetto "Diomedee" definisce un modello organizzativo che richiede il coinvolgimento e la motivazione di tutti gli attori interessati dai processi implementati (MMG, *care manager*, specialisti, infermieri, operatori ADI ecc.), nonché di tutte le figure di coordinamento e controllo. Occorre, inoltre,

porre un'attenzione particolare al trattamento dei dati, nonché alla sicurezza dei sistemi e delle comunicazioni. È necessaria una gestione logistica e manutentiva di numerosi piccoli dispositivi a basso costo, la cui disponibilità, precisione ed efficienza devono essere assicurate durante l'intero percorso di cura. Altro aspetto decisivo e prerequisito indispensabile per l'*home care* è la disponibilità di un canale di trasmissione dati presso il domicilio del paziente (copertura rete mobile 4G/5G o Wi-Fi su rete fissa), e la disponibilità/abilità all'interazione diretta via App del paziente o del *caregiver*.

Con il progetto “Diomedee” l'ASL FG si pone l'obiettivo di dare attuazione alla medicina di iniziativa: proattiva, di prossimità, integrata, collaborativa ed incentrata sul paziente; di garantire equità di accesso all'assistenza sanitaria, superando i limiti imposti dalla distanza dalle principali strutture di cura ed assistenza; di migliorare le condizioni di salute dei pazienti, stabilizzandone le condizioni, disegnando un percorso di cura appropriato e coerente che consideri ogni aspetto, anche il contesto familiare e sociale.

È rilevante osservare come la condizione determinata dal Covid-19 ha imposto la necessità di gestire, confinare, monitorare a domicilio le persone positive e i contatti stretti per consentire loro di mantenere una condizione clinica tale da non dover ricorrere all'ospedalizzazione: questo si coniuga perfettamente con il modello attivato dal “Progetto Diomedee”, tanto da essere rimodulato, potenziato,

ampliato ed adattato alle sopraggiunte esigenze collegate all'emergenza pandemica.

*“Nella fase critica della diffusione del contagio il sistema di telemedicina, teleconsulto, teleassistenza, televisita e telemonitoraggio ha offerto la risposta adeguata alla necessità di monitorare a distanza i pazienti positivi al Covid-19, in condizione di isolamento domiciliare in abitazione o presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali. Il sistema ha permesso di assicurare l'assistenza anche ai pazienti cronici nella fase di sospensione delle attività ambulatoriali a causa delle misure di sicurezza anti-Covid. Ciò è stato possibile grazie alla flessibilità delle scelte progettuali e dei modelli adottati e all'utilizzo di appositi manuali operativi. Oggi, superata la fase iniziale dell'emergenza, tutto il sistema di telemedicina torna alla sua originaria missione e allarga verticalmente la sua applicazione”<sup>180</sup>.*

Il “Progetto Diomedee” è destinato ad evolvere nel sistema di telemedicina aziendale “eHealth Care”, che mira a completarsi con la teleassistenza e la teleriabilitazione, si svilupperà in modo progressivo lungo numerose dimensioni, con l'intento di migliorare la proattività e quale strategia al supporto decisionale, accelerando ancor più il processo di digitalizzazione con l'impiego di tecnologie di intelligenza artificiale (AI) e l'integrazione di dispositivi di nuova generazione

---

<sup>180</sup> Piazzolla V. - Direttore Generale ASL Foggia (2020); Comunicato stampa n.38/2020 Direzione Generale ASL FG

(IoT<sup>181</sup>). Un'evoluzione che si auspica possa rappresentare il passo decisivo per la realizzazione di un sistema tecnologico innovativo che metta a rete tutti gli altri attori della comunità che erogano prestazione e servizi socio-assistenziali, settore formale ed informale delle cure, ovvero il passo decisivo verso una *Digital Community Care*.

---

<sup>181</sup> Tablet, smartphone, smartwatch, etc. L'aspetto importantissimo della mobilità e dell'accessibilità dei dispositivi IoT ha portato a coniare un nuovo termine specifico, mHealth, come sottoinsieme dell'eHealth (fonte: <[www.blogsalutedigitale.it/chealth/](http://www.blogsalutedigitale.it/chealth/)>)

## CONCLUSIONI

A trent'anni dalla sua teorizzazione, la *Community Care* appare un modello tuttora valido, ma va opportunamente attualizzata la sua idea originaria adeguando l'approccio alle innovazioni sociali e tecnologico-digitali.

Approfondire gli studi sulla *Community Care* mi ha fatto comprendere che in realtà è stato il modello “canovaccio” di tante strategie d'azione che avevano come obiettivo le cure primarie e l'assistenza sociosanitaria di prossimità, ovvero di presa in carico delle famiglie e della comunità, la base di partenza all'istituzionalizzazione dell'assistenza domiciliare integrata e probabile strumento per i *policy makers* durante la definizione delle normative riguardante l'integrazione sociosanitaria.

L'ipotesi iniziale di Martin Bulmer è che sebbene fosse un processo faticoso, sia sul piano organizzativo che su quello psicologico, la *care* debba scaturire dall'intreccio fra componenti formali (professionali) ed informali (comunitarie). Una visione ancor più vera alla luce della drammatica emergenza pandemica da Covid-19.

L'assistenza territoriale, l'assistenza di prossimità, lo sviluppo di innovativi modelli organizzativi che vadano incontro ai bisogni dei cittadini richiedono una sinergia e una coesione di figure professionali, istituzioni pubbliche e società civile. A nessuno sfugge la complessità implicata da un tale approccio, il quale aspira ad esprimere una teoria e un metodo per gestire ordini più complessi di

realità. Inoltre gli studi sul *secondo welfare*, oltre a dimostrare la necessità di rinnovare il modello sociale, evidenziano l'importanza del ruolo del Terzo Settore che opera per garantire – anche grazie alla loro capillare presenza sul territorio – una nuova mutualità e sussidiarietà in base ad una logica integrativa rispetto ai programmi esistenti, cioè rivolto ad aggiungere e completare ciò che il *primo welfare* già garantisce. Rimane come punto fermo il ruolo del settore pubblico formale che è essenziale per assicurare che le cure siano effettivamente rese.

Per questo, operativamente, è necessario un modello di gestione sotto forma di *partnership* tra la Pubblica Amministrazione, Enti del Terzo Settore e Cittadini, finalizzata alla coproduzione delle politiche pubbliche, una *network governance* in cui i poteri vengono effettivamente esercitati da una pluralità di attori interconnessi fra loro.

Se le politiche sanitarie vogliono pianificare azioni mirate a promuovere e rafforzare un'assistenza di prossimità e garantire risultati efficaci, è necessario che tutti i protagonisti si incontrino ed interagiscano con i nodi della rete organizzativa, professionale e umana.

In conclusione, riprendendo il concetto già espresso nelle pagine precedenti, la sfida della *Community Care* sta nella capacità di creare un'*interconnessione* tra le reti di assistenza (formali ed informali), intesa come l'opportunità di creare e mantenere in maniera continua e sistematica il collegamento tra le reti e con le reti socio-assistenziali, e che sia in grado di attivare un'*interazione* tra i sistemi al

servizio della persona nella gestione della salute, intesa come la capacità di attivare un processo proattivo di relazioni, sfruttando anche le tecnologie, l'informatizzazione e la digitalizzazione, per sviluppare un'assistenza integrata incentrata sulla famiglia e sulla comunità, finalizzata a pratiche di auto cura, di cure a domicilio, di mutuo aiuto e con obiettivi di cambiamento partecipato da parte dei cittadini.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALBER J. (1982), *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*, Frankfurt a.M., Campus; trad. it. *Dalla carità allo Stato sociale*, Bologna, il Mulino (1986)

ALAN J.P. TAYLOR (1955), *Bismarck: The Man and the Statesman*, Hamish Hamilton, London, trad. it. *Bismarck. L'uomo e lo statista* di F. Socrate, Roma-Bari, Laterza (1988)

ASCOLI U. (1984), *Welfare State all'italiana*, Roma-Bari, Laterza

- (1996), *Welfare Mix e coprogettazione dei servizi*, in "Info/Quaderni", a. II, nn. 19-20
- (a cura di) (2011), *Il Welfare in Italia*, Bologna, il Mulino

BALDWIN P. (1990), *The Politics of Social Solidarity: class bases of the European Welfare State, 1875-1975*, Cambridge, Cambridge University Press

BELL D. (1973), *The Coming of post-industrial society: a venture in social forecasting*, New York, Basic

BERTIN G. (a cura di) (2015), *Medicina specialistica e community care. Politiche sociali: studi e ricerca 4*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari

BEVERIDGE W. (1942), *Social Insurance and Allied Services: Memoranda from Organizations. Report by Sir William Beveridge*, His Majesty's Stationery Office, London

- BORKMAN T.J. (1999), *Understanding self-help/mutual aid: experiential learning in the Commons*, Rutgers University Press, New Brunswick (NJ)
- BRIGGS A. (1961), *The Welfare State in historical perspective*, European journal of Sociology, vo.2, n.2
- BULMER M. (1987), *The Social Basis of Community Care*, Allen & Unwin, London; trad. it. *Le basi della community care. Sociologia delle relazioni informali di cura*, Trento, Centro Studi Erickson (1992)
- CIPOLLA C. (1997), *Epistemologia della Tolleranza*, 5 voll., Milano, FrancoAngeli
- (a cura di) (2002), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere Sociologico*, Milano, FrancoAngeli
- DONATI P. (a cura di) (1989), *La cura della salute verso il 2000*, Milano, FrancoAngeli
- ESPING-ANDERSEN G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity
- (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press.
- EVERS A., PIJL M., UNGERSON C. (a cura di) (1994), *Payments for Care*, Avebury, Aldershot
- FERLIE E., ASHBURNER L., FITZGERALD L., PETTIGREW A., (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford

FERRARI A., SALATI M., FOLLONI D. (2012), *Indagine sul livello di stress nei familiari caregivers di persone con disabilità*, Lo Spallanzani (Portale della Società Medica Lazzaro Spallanzani), Reggio Emilia

FERRARIO P. (2005) *Gli attori dell'integrazione sociosanitaria e la rete dei servizi*, in Bissolo, Fazzi

FERRERA M., (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, il Mulino

- (1996), *The Southern Model of welfare in social Europe*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n. 1, pp. 17-37
- (2006) *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna, il Mulino

FERRERA M., HEMERIJICK A., RHODES M. (2000) *The future of Social Europe: recasting work and welfare in the new economy*, Oeiras, Celta.

FESTE C., ANDERSON R.M. (1995), *Empowerment: from philosophy to practice. Patient Education and Counseling* 26: 139-44

FLORA, P. (1986). *Growth to limits: The West European Welfare States since World War II*, Berlino, De Gruyter

FLORA P., HEIDENHEIMER A.J. (a cura di) (1981) *The development of welfare states in Europe and America*, New Brunswick, N.J., Transaction; trad. it. *Lo sviluppo del welfare state in Europa e America*, Bologna, il Mulino (1983)

- FOURASTIÉ J. (1979), *Les Trente Glorieuses, ou la révolution invisible de 1946 à 1975* Paris, Fayard
- FUJIMURA M. (2000), *The Welfare State, the Middle Class, and the Welfare Society*, in “Review of Population and Social Policy”
- GIARELLI G., NIGRIS D., SPINA E. (2012), *La sfida dell’auto-mutuo aiuto. Associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario*, Roma, Carocci
- GIARELLI G., LOMBI L., CERVIA S. (2020) *Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura*, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di) (2020), *Manuale di Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino
- GIBELLINI S. (a cura di) *Infermiere di famiglia e comunità. Una figura sempre più chiave nel passaggio da medicina d’attesa a medicina d’iniziativa*, Bergamo Salute, n.59, marzo|aprile 2021
- GOFFMAN E. (2001), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Milano, Edizioni di comunità
- HIRST P. (2000), *Democracy and Governance*, Oxford University Press, Oxford
- INGROSSO M., (2018), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*, Roma, Aracne
- INGROSSO M., MASCAGNI G. (2020), *Pratiche e relazioni di cura in ambito sanitario* in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G., *Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino

KREPS G.L., NEUHAUSE L. (2010). *“New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. Patient Education and Counseling”*

KORPI W. (1979), *The Working Class in the Welfare Capitalism*, London, Routledge; trad. it. *Il compromesso svedese, 1932-1976. Classe operaia, sindacato e stato nel capitalismo del Welfare*, Bari, De Donato (1982)

- (1983), *The Democratic Class Struggle*, London, Routledge

LAW A. (2006), *Evolution of the Welfare State in Scotland*, in G. Mooney, T. Sweeney, A. Law (eds.), *Social Care, Health and Welfare in Contemporary Scotland*, Kynoch & Blaney, Glasgow

LEWIS J. (1992), *Gender and the development of Welfare Regim*, in *Journal of European Social Policy*, vol. 2, n.3

- (2001), *The decline of the male breadwinner model: implications for work and care*, in *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, vo. 8, n. 2

MAINO F., FERRERA M. (a cura di) (2013) *Primo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

- (a cura di) (2015) *Secondo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

- (a cura di) (2017) *Terzo rapporto sul Secondo Welfare in Italia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi

- (a cura di) (2019) *Quarto rapporto sul Secondo Welfare in Italia. Nuove alleanze per un welfare che cambia* - Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi
- MARI A. (a cura di) (2012) *La programmazione sociale. Valori, metodi e contenuti*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli
- (2005), *Terzo settore (volontariato e non profit)*, in Cendon P. (a cura di), *I diritti della persona*, vol. I, Torino, UTET
- MARINO' L. (2008) *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni*, Torino, Giappichelli
- MARSHALL T.H. (1950), *Citizen and Social Class*, Cambridge, Cambridge University Press; trad. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Roma-Bari, Laterza (2002)
- MONTANINI L., D'ANDREA A. (2020) *La riforma del terzo settore. L'impatto sugli strumenti di accountability*, Torino, Giappichelli
- NALDINI M. e SARACENO C. (2011), *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Bologna, il Mulino
- O'CONNOR J. (1973), *The fiscal crisis of the State*, New York, St, Martin's; trad. it. *La crisi fiscale dello Stato*, Torino, Einaudi (1977)
- ORLOFF A.S. (1993), *Gender and social rights of Citizenship: the comparative analysis of gender relations and Welfare State*, in *American Sociological Review*, vo. 58, n. 3

- (1996), *Gender and social rights of Citizenship*, in Annual Review of Sociology, vol. 22
- PALUMBO A., VACCARO S. (a cura di) (2007), *Governance. Teorie, principi, modelli, pratiche nell'era globale*, Milano, Mimesis
- PELLIZZARI M., (2008) *“L’infermiere di comunità - dalla teoria alla prassi”*, McGraw-Hill
- PIERSON P. (a cura di) (2001), *The new Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press
- POLANYI K. (1944), *The Great Transformation: Economic and Political Origins of Our Time*; trad. it. *La grande trasformazione*, Torino, Einaudi (1974)
- RANCI C. (1999), *Oltre il welfare state. Terzo settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare*, Bologna, il Mulino
- RANCI C., PAVOLINI E. (2015) *“Le politiche di welfare”*, Bologna, il Mulino
- RIESSMAN F. (1965), *The “Helper” Therapy Principle*, in “Social Work”, vol. 10, n. 2
- RHODES R.A.W. (2000), *Governance and Public Administration*, Oxford University Press, Oxford
- RIDOLFI L. (2013), *La Community care come modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale*, Professioni Infermieristiche, Vol. 66, Ottobre - Dicembre 2013, n.4

- RITTER G.A. (1989) *Der Sozialisten*; trad. it *Storia dello Stato Sociale*, Roma-Bari, Laterza (1996)
- RONCA A. (2011), *Welfare integrativo, big society, CSR e cooperazione*, «Bollettino speciale Adapt»
- SARACENO C. (1996), *Sociologia della famiglia*, Bologna, il Mulino
- (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, il Mulino
- TAYLOR-GOOBY P. (a cura di) (2004), *New risks, new Welfare: the transformation of the European Welfare State*, Oxford, Oxford University
- TITMUSS R. (1958), *Essays on the Welfare State*, London, Allen and Unwin; trad. it. *Saggi sul welfare state*, Edizioni Lavoro (1985)
- (1974), *Social Policy: An Introduction*, London, Allen & Unwin
- VESAN P. e SPARANO V. (2009), *I partenariati per lo sviluppo locale*, Roma, Carocci
- VICARELLI G. (a cura di) (2013) *Cura e Salute. Prospettive sociologiche*. Roma, Carocci
- VICARELLI G., GIARELLI G. (a cura di) (2021), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, Milano, FrancoAngeli
- WEBER M., (1922, postumo) (a cura di Marianne Weber) *Il metodo delle scienze storico-sociali*

WILLMOTT P. (con THOMAS D.) (1984), *Community in Social Policy*, London, Policy Studies Institute, relazione sulla discussione n. 9

### **Altre fonti consultate**

#### **Congressi-Convegni-Webinar**

CAINARCA G.C.; SGOBBI F., *“Educational Mismatch e Skill Mismatch: un’indagine empirica sui lavoratori italiani” - XX Convegno Nazionale di Economia del Lavoro Facoltà di Economia - Università di Roma “La Sapienza”*  
Roma, 22 e 23 settembre 2005

PELLIZZARI M., Convegno FNOMCeO – Federazione IPASVI *“Gestire insieme la cronicità – l’Infermiere di comunità: elemento strategico del Welfare”*, Roma, 22 e 23 settembre 2005

- *“L’Infermiere di comunità: formazione, esperienze regionali e prospettive”*, Oristano 23 aprile 2010
- *“I servizi di accoglienza e continuità assistenziale nell’offerta sanitaria dell’ASS n. 5 Bassa Friulana”*, Palmanova, 20 ottobre 2010

RIDOLFI L. (2011), *“Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale”*, Paper for the ESPANET Conference *“Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”*, Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011

PETROSILLO T. (2019), *“Gestione Dati e presa in carico del paziente nella Asl di Foggia”*, Centro Congressi Sala Italia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore *“Il governo dei dati per la continuità del percorso di cura”*, HIMSS Italian Community (HIC) e Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS), Roma, 8 novembre 2019

PONZO I. (2014) *“Il welfare di comunità applicato alla cura”* – ESPANET Conference, *“Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni”*, Torino, Campus Luigi Einaudi, 18-20 Settembre 2014

TASEGIAN P. *Webinar – Tavola Rotonda – “IFeC Infermiere di famiglia e di comunità. L'evoluzione della professione infermieristica e le sue prospettive in risposta al mutato bisogno di salute della popolazione e all'aumento della cronicità”* – USL Umbria 1, 9 aprile 2021

### **Pubblicazioni-Riviste**

**Pubblicazioni Osservatorio delle competenze digitali 2017** - Ministero dell'Istruzione Università e della Ricerca; Agenzia per l'Italia Digitale

**Dossier n. 269/2020** - Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019 – Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna; Autore: Nobilio L, Berti E, Moro ML

**I Libri del Sole 24 Ore Settimanale** – N. 10/2021 – Maggio 2021 - *PNRR* –  
*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation Italia*

**Progettare per la Sanità. Organizzazione, tecnologia, architettura** – Aprile  
2020 – Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera, Rivista n. 01\_20

### **Normativa di riferimento**

~ *Legge 11 agosto 1991, n. 266 "Legge quadro sul volontariato"*

~ *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in  
materia sanitaria", modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*

~ *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione  
del Servizio sanitario nazionale"*

~ *Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema  
integrato di interventi e servizi sociali"*

~ *Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere  
lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute",  
convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189*

~ *Legge 6 giugno 2016, n. 106 "Delega al Governo per la riforma del Terzo  
settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale"*

~ *Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo Settore"*

- ~ *Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 112 “Revisione della disciplina in materia di impresa sociale”*
- ~ *Decreto-legge del 19/05/2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*
- ~ *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*
- ~ *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*
- ~ *Patto per la salute 2010-2012*
- ~ *Patto per la salute 2014-2016*
- ~ *Patto per la salute 2019-2021*
- ~ *Piano Operativo Salute - Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020*
- ~ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021*

## SITOGRAFIA

- Angolo Sanità, <https://angolosanita.jimdofree.com/>
- AReSS Puglia, [www.sanita.puglia.it/web/aress](http://www.sanita.puglia.it/web/aress)
- ASL di Foggia, <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>
- ASSR Emilia-Romagna, <https://assr.regione.emilia-romagna.it/>
- Bergamo Salute, <https://www.bgsalute.it/>
- CareWell Project, <https://carewell-project.eu/norm/home.html>
- CNAI, <http://profinf.net/pro3/index.php/IN>
- Competenze digitali per la PA, [www.competenzedigitali.gov.it/](http://www.competenzedigitali.gov.it/)
- Dizionario Storico della Svizzera, <https://hls-dhs-dss.ch/it/>
- e-Health Blog, <http://www.blogsalutedigitale.it/ehealth/>
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, <https://www.fnopi.it/>
- Fondo Asim, <https://www.fondoasim.it/long-term-care/>
- Il Corriere della Sera, <https://www.corriere.it/>
- Il Sole 24 Ore, <https://www.ilsole24ore.com/>
- ISSUU, <https://issuu.com/quinebusinesspublisher>
- Istituto Nazionale di Statistica, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Lo Spallanzani, <http://www.lospallanzani.it/>
- Ministero degli Affari Esteri, <https://www.esteri.it/mae/it>
- Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa, [www.osce.org/it/](http://www.osce.org/it/)

- Parlamento Italiano, [www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)
- Percorsi di Secondo Welfare, <https://www.secondowelfare.it/>
- Qualità PA, [www.qualitapa.gov.it](http://www.qualitapa.gov.it)
- Quotidiano Sanità, <http://www.quotidianosanita.it/>
- Wikipedia, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

## **Ringraziamenti**

*A mio Padre. A lui dedico questo traguardo.*

*A mia Madre, per il continuo sostegno e per avermi lasciato sempre libero di scegliere.*

*A mio fratello Matteo, senza il suo aiuto oggi non sarei quello che sono, non avrei quello che ho.*

*A mia sorella Lina, per il sostegno di una vita e gli importanti consigli.*

*All'amico Matteo Dott. Vizzani per avermi spronato e aver creduto nelle mie capacità.*

*All'amico Salvatore Murgo, per avermi fatto comprendere che nella vita non si è mai in ritardo per riprendere gli studi.*

*Ai miei figli Saverio e Rosa Martina per aver sopportato le mie assenze e avermi sostenuto in questo percorso di studi.*

*Alla mia dolce compagna di vita Maria Teresa, per la sua essenziale presenza, nonché per il prezioso supporto grammaticale e sintattico.*