

Working Paper n. 119 | 22  
ISSN 2281-8235

Lorenzo Betti, Chiara Bodini, Giulia Galera, Giacomo Pisani

## PROSSIMITA' E SALUTE: UN QUADRO INTRODUTTIVO

Please cite this paper as:

Betti, L., Bodini, C., Galera, G. & Pisani, G. (2022). Prossimità e salute: un quadro introduttivo, *Euricse Working Paper Series*, 119|22.

# PROSSIMITA' E SALUTE: UN QUADRO INTRODUTTIVO

Lorenzo Betti<sup>1</sup>, Chiara Bodini<sup>2</sup>, Giulia Galera<sup>3</sup>, Giacomo Pisani<sup>4</sup>

## Abstract

A partire da una ricostruzione dei principali limiti degli attuali sistemi di welfare locale, nel paper vengono approfonditi gli elementi alla base di un diverso modello di sanità territoriale, fondato sull'integrazione fra ambiti sociale e sanitario e sulla partecipazione delle comunità territoriali alla definizione delle politiche e dei servizi. Vengono quindi esplorate le categorie di integrazione socio-sanitaria, prossimità e domiciliarità, con particolare attenzione al possibile ruolo del terzo settore nella costruzione di un sistema sanitario di comunità, in cui vengano valorizzate anche le logiche di prevenzione e di personalizzazione degli interventi. In quest'ottica, sono prese in esame le potenzialità degli strumenti della coprogrammazione e della coprogettazione, i quali aprono un possibile spazio per il coordinamento fra gli attori pubblici e quelli del privato sociale impegnati nell'ambito dei servizi sanitari e sociali.

## Keywords

Integrazione socio-sanitaria; Domiciliarità; Prossimità; Primary Health Care; Terzo settore

## JEL Codes

I14; I18; I38; L31

## Ringraziamenti

Queste riflessioni sono frutto delle prime attività di ricerca realizzate nell'ambito del progetto "Ripensare la salute: Rafforzare l'assistenza di prossimità su base domiciliare", finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Terni e Narni e realizzato da Euricse in collaborazione con il Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS, con Aris Formazione e Ricerca, e con le cooperative sociali ACTL e CIPSS.

---

<sup>1</sup> Ricercatore, Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS. Email: [bettilorenzo@gmail.com](mailto:bettilorenzo@gmail.com)

<sup>2</sup> Ricercatrice, Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS. Email: [chiarabodini@hotmail.com](mailto:chiarabodini@hotmail.com)

<sup>3</sup> Ricercatrice Senior, EURICSE. Email: [giulia.galera@euricse.eu](mailto:giulia.galera@euricse.eu)

<sup>4</sup> Ricercatore, EURICSE. Email: [giacomo.pisani@euricse.eu](mailto:giacomo.pisani@euricse.eu)

## 1. Introduzione

Negli ultimi tempi e, in particolare, a seguito delle difficoltà incontrate dai governi nell'affrontare l'emergenza sanitaria da COVID-19, si è resa più urgente la discussione sul rafforzamento dei servizi socio-sanitari in senso territoriale e integrato. Ciò è ritenuto fondamentale al fine di alimentare la capacità di questi ultimi di allineare bisogni e risorse in un'ottica di radicamento comunitario, in opposizione al meccanismo "prestazionale" su cui ha poggiato l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi decenni. Tale meccanismo ha determinato non solo uno scollamento dell'assistenza sociale da quella sanitaria, ma anche una scarsa attenzione nei confronti della prevenzione, elemento cruciale del complesso rapporto tra benessere e salute, in linea con gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tale scenario, caratterizzato inoltre da una non sempre adeguata considerazione dei determinanti sociali che condizionano lo stato di salute della persona, rischia di produrre un aumento crescente delle disuguaglianze, nonché dei fenomeni di esclusione e di emarginazione sociale. Il contrasto alle disuguaglianze, in questo quadro, può essere assunto come prisma da cui guardare da un lato ai limiti degli attuali modelli sociosanitari – che devono essere oggetto di analisi specifica, sia dal punto di vista degli attori che dei modelli di governance implicati – e dall'altro alle possibili direzioni in cui immaginare una maggiore integrazione dei servizi.

In questo quadro rivestono particolare importanza l'assistenza territoriale e, al suo interno, i servizi domiciliari. Nell'attuale scenario demografico ed epidemiologico, infatti, il modello ospedalocentrico orientato alla risoluzione del problema acuto tramite l'erogazione di prestazioni specialistiche mal si presta a far fronte in modo efficace a problematiche di salute di tipo cronico, spesso segnate dalla compresenza di più patologie e dall'intersezione con determinanti di salute di natura sociale. Tali condizioni, che vedono nel contesto di vita delle persone un fattore sia patogeno che potenzialmente orientato alla prevenzione e promozione della salute, necessitano di interventi che abbiano carattere di proattività e integrazione. Tali elementi sono importanti per garantire un miglioramento della qualità della vita, un prolungamento della permanenza al domicilio con riduzione dell'istituzionalizzazione (ricoveri ripetuti, protratti e/o permanenti in strutture residenziali), e - contrastando le barriere di accesso ai servizi - una promozione dell'equità in salute.

Nel panorama della trasformazione dei servizi socio-sanitari in senso territoriale e integrato, va tenuto in considerazione anche il ruolo della digitalizzazione. Quest'ultima è divenuta sempre più decisiva sia sul fronte dell'infrastrutturazione degli scambi e delle relazioni fra le istituzioni coinvolte nell'erogazione dei servizi, sia dal punto di vista di coloro che usufruiscono dei servizi stessi, in un contesto in cui il distanziamento fisico continua a risultare, con la pandemia in corso, un fattore imprescindibile per la tutela della salute. Al tempo stesso, la digitalizzazione comporta una serie di rischi su cui è necessario riflettere, per evitare che essa possa concorrere da un lato ad enfatizzare il carattere prestazionale dei servizi sociosanitari, e dall'altro ad accentuare le difficoltà di accesso da parte delle persone, alimentando le disuguaglianze.

Rispetto a questi temi, il presente paper vuole offrire un quadro introduttivo di carattere generale, esplorando alcuni concetti chiave legati alla costruzione di un sistema di assistenza socio-sanitaria su base territoriale, che faccia quindi leva sulla dimensione della prossimità. Dopo una proposta di inquadramento all'interno delle politiche di Primary Health Care, il documento prende in esame alcune caratteristiche fondanti un approccio territoriale orientato all'equità, quali l'integrazione socio-sanitaria, la prossimità e la domiciliarità. Nella terza parte viene analizzato, anche in una prospettiva storica, il ruolo del terzo settore nelle politiche socio-sanitarie, mentre la quarta parte dettaglia le questioni di governance e le innovazioni degli istituti giuridici che regolamentano le interazioni tra servizio pubblico e terzo settore. Infine, la parte conclusiva accenna ad alcune sfide che hanno il potenziale di trasformare in senso profondo e radicale le modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari, compresi quelli a carattere territoriale e domiciliare.

## 2. Una proposta di inquadramento: l'approccio di Primary Health Care

L'esperienza collettiva della sindemia da COVID-19 ha reso ancora più manifesto quanto già noto a proposito dei moderni sistemi socio-sanitari, ovvero la necessità di una profonda trasformazione per rispondere in modo efficace alle mutate condizioni demografiche, epidemiologiche e sociali. Il modello assistenziale su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), orientato alla cura delle patologie acute e ospedalocentrico, risulta infatti inadeguato per rispondere alla complessità dei processi che influiscono su salute e malattia, di cui le patologie croniche sono un efficace esempio. Queste non possono essere affrontate tramite un approccio di attesa, che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato, né attraverso un modello assistenziale di matrice esclusivamente biomedica. Le dimensioni della promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione giocano in questo senso un ruolo fondamentale, ad oggi ancora decisamente poco sviluppato. Tali dimensioni travalicano l'aspetto biologico del binomio salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali. Si tratta quindi di passare da un modello centrato sulla cura della patologia ad uno che pone l'attenzione sul mantenimento della salute.

In questo scenario, appare utile rifarsi al quadro teorico e organizzativo della Primary Health Care (PHC), un approccio definito nel corso della conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) svoltasi ad Alma Ata nel 1978 (WHO, 1978). Durante la conferenza venne sottolineata la necessità di un sistema di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non fosse limitato al trattamento delle patologie, ma orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità. La conferenza si diede l'obiettivo di raggiungere il più alto livello di salute per tutte le persone ("Health for All"), tramite politiche intersettoriali riguardanti - oltre alla sfera sanitaria - anche altri ambiti come lavoro,

trasporti, alimentazione, educazione, casa, attività fisica, eccetera. Un approccio che, vent'anni più tardi, sarà definito di "salute in tutte le politiche" ("Health in All Policies").

L'attualità dell'approccio di PHC è stata ribadita dalla stessa OMS nel Rapporto Mondiale sulla Salute del 2008 ("Primary Health Care: Now More Than Ever") (WHO, 2008) e nella Conferenza di Astana del 2018 ("Global Conference on Primary Health Care") (WHO, 2018a). Sempre nel 2018, l'OMS ha pubblicato uno studio (WHO, 2018b) sul rapporto costi-efficacia della PHC, sostenendo che - a fronte di un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute - essa produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute. In Italia, esiste dal 2018 una campagna nazionale che ha come obiettivo la diffusione e lo sviluppo della PHC nel nostro paese ("2018: Primary Health Care Now or Never"). La campagna ha recentemente pubblicato un documento collettivo, il "Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia" (Campagna PHC, 2021), che propone una serie di principi e strategie per una profonda trasformazione del sistema territoriale delle cure.

La PHC rappresenta di fatto un approccio onnicomprensivo che tiene conto di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente sanitario e individuale (Bonaldi et al., 2021). Tale approccio consente di superare la frammentazione tra gli attori coinvolti – sia professionali che comunitari – mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene comune.

### 3. Politiche e servizi del territorio

Per andare nella direzione della PHC, le politiche che guidano i servizi territoriali devono essere improntate a favorire e supportare l'integrazione socio-sanitaria e la prossimità, intesa sia in relazione alla vicinanza fisica alle persone, sia alla centralità degli attori sociali del territorio nella definizione e organizzazione dei servizi. In questa sezione faremo un inquadramento storico e attuale di questi due fattori alla base delle politiche territoriali, proseguendo poi con un approfondimento sul tema della domiciliarità, che su tali cardini poggia.

#### 3.1. Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria, intesa come modalità di organizzazione delle prestazioni, era stata prevista all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Di Nicola e Pavesi, 2012) come strumento atto a promuovere la salute delle persone. L'adozione di tale modalità di organizzazione dei servizi si inseriva nell'intento di assumere una concezione

complessa della salute, che tenesse conto della molteplicità di aspetti – psicologici, sociali, relazionali – in essa implicati (Donati, 1986). Non si tratta, allora, di un dispositivo meramente tecnico, ma di uno strumento che si colloca in una specifica visione del rapporto fra salute e persona. Come sintetizzano Di Nicola e Pavesi, “l’integrazione tra servizi socio-sanitari non è una soluzione tecnica che favorisce rapidità di interventi ed economie gestionali: è una esigenza che rimanda a una precisa concezione della persona, in quanto alla base dell’integrazione vi sono principi e presupposti antropologici ed etici” (Di Nicola e Pavesi, 2012: 210).

La questione dell’integrazione socio-sanitaria si pone, in particolar modo, a partire dalla progressiva divaricazione dei due ambiti, sociale e sanitario. Tale scollamento si è andato accentuando all’indomani dell’istituzione del SSN, quando una serie di processi sono intervenuti a frenare progressivamente la spinta riformatrice in esso contenuta. In generale, come sintetizzano Chiara Giorgi e Ilaria Pavan, “le politiche sanitarie e più in generale il welfare risentirono degli orientamenti verso politiche caratterizzate da una liberalizzazione dei mercati, dalla privatizzazione dei servizi pubblici e di welfare, da una forte espansione della finanza, dall’estensione della logica di profitto negli ambiti legati alla riproduzione sociale” (Giorgi e Pavan, 2021: 475). Il problema dell’integrazione socio-sanitaria diviene dunque di particolare urgenza, come è stato rilevato, solo a partire dalla frammentazione esistente nei sistemi eroganti che — non va dimenticato — è effetto di un artificio. Come è già stato scritto, “soltanto dopo aver suddiviso artificialmente le cose per rispondervi con più comodità secondo la razionalità strumentale tipica del managerialismo si è costretti poi a porre il problema spinoso della loro ricomposizione. Un nodo, questo dell’integrazione, che viene sempre al pettine poiché appunto contrasta frontalmente con quella potente razionalità lineare che in origine ha voluto divaricare e tenere separato l’ambito sanitario da quello sociale” (Folgheraiter, 2009: 435-436).

C’è da aggiungere che i pur numerosi tentativi compiuti nei decenni successivi all’istituzione del SSN di chiarire e promuovere da un punto di vista normativo l’integrazione socio-sanitaria hanno avuto esiti poco lineari, rischiando addirittura in alcuni casi di accentuare lo scollamento fra le due sfere. Basti pensare al risultato dei processi di “sussidiarizzazione” delle politiche sociali, che hanno avuto un’accelerazione a inizio anni 2000, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001, che segna il riconoscimento costituzionale del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale. Essi, pur essendo diretti a moltiplicare gli attori impegnati sul fronte del disegno delle politiche, sono spesso stati concretamente interpretati semplicemente nel senso del decentramento istituzionale, nell’ambito di una logica di appalto dei servizi essenziali da parte del pubblico attraverso l’incentivazione di dinamiche di competizione fra gli attori.

Come sintetizza Giorgio Pastori, “per quel che concerne la sanità il nuovo art. 117 Cost. riserva alla legislazione esclusiva dello Stato ‘la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale’ (oltre che la profilassi internazionale) e individua come materia di legislazione concorrente fra Stato e Regioni la ‘tutela della salute’” (Pastori, 2002: 90). È

con la legge n.328 del 2000, in particolare, che si inizia un processo di “ripensamento” in senso partecipativo delle politiche sociali, il quale non ha sempre avuto, però, gli esiti sperati. Su questo quadro ha inciso, in particolar modo, l’orientamento delle politiche nazionali avviate a seguito della crisi economica. A partire dalla seconda metà dello scorso decennio, infatti, il restringimento della spesa destinata al welfare da parte del governo nazionale con l’annesso taglio agli enti locali ha avuto un forte impatto sui processi di collaborazione fra pubblico e Terzo settore (Fazzi, 2014), avvantaggiando, piuttosto, dinamiche di competizione “al ribasso” fra privato sociale e privato for profit (Farris e Marchetti, 2017).

### *3.2 Prossimità*

Il lavoro di “prossimità”, come ha dimostrato la sindemia di COVID-19, risulta essere centrale per creare politiche di welfare più efficaci ed efficienti grazie al rapporto diretto tra i bisogni, le specificità territoriali e i servizi. A partire dalla nascita del SSN sono stati e sono tuttora molti i servizi socio-sanitari che mettono al centro la vicinanza al territorio e agli utenti finali coinvolgendo il terzo settore locale nella pianificazione e nell’erogazione dei servizi. Per quel che riguarda il lavoro di prossimità è di fondamentale importanza la relazione con i territori in cui si opera.

A partire dagli anni Ottanta, anche grazie al forte impulso alla regionalizzazione delle politiche sociali stimulate dalle direttive dell’Unione Europea (Brenner, 2009; Bifulco, 2016), si sono sviluppate in maniera crescente politiche di welfare di carattere regionale che, a seconda dei territori, hanno realizzato interessanti pratiche di prossimità. Queste hanno messo sempre più al centro le decisioni locali e la governance territoriale, nonché l’interdipendenza tra le varie condizioni che determinano gli esiti in salute, arrivando così a ritenere centrale l’idea che “la scala locale favorisce interventi integrati in armonia con i bisogni/domande della collettività” (Bifulco, 2016: 632).

La concettualizzazione e la pratica della prossimità socio-sanitaria, come abbiamo visto, è un punto fondamentale per lo sviluppo di pratiche di welfare nella direzione della Primary Health Care. L’approccio di prossimità, promuovendo un rapporto diretto tra la cittadinanza e l’implementazione delle politiche sociali, ha come presupposto una partecipazione strutturale del contesto territoriale nella presa in carico e nello sviluppo delle politiche stesse. Come Marocchi riporta: “in un orizzonte di azione di prossimità, il fatto che essa si realizzi attraverso la libera partecipazione di una pluralità di soggetti fa sì che tra essi e l’istituzione non vi sia un rapporto di subordinazione, ma dialogico, pattizio, orientato al suddividersi oneri, responsabilità e poteri piuttosto che a contrattualizzare la fornitura di prestazioni verso l’ente istituzionalmente responsabile. Cambia di conseguenza il ruolo delle istituzioni, che mira in primo luogo a suscitare, attivare, armonizzare, sostenere, piuttosto che a realizzare servizi in prima persona o tramite enti contrattualizzati” (Marocchi, 2017: 9). Questo rapporto dialogico tra le istituzioni responsabili di politiche socio-sanitarie e le formazioni sociali che operano nel territorio fa sì che le dinamiche partecipative siano strutturali. In quest’ottica, la



realizzazione di politiche di prossimità socio-sanitaria si inserisce a pieno titolo nell'approccio di Primary Health Care.

Negli ultimi anni, prima dell'esplosione della sindemia di COVID-19, il panorama delle politiche sanitarie è andato sempre più concentrandosi sulla specializzazione clinica, una gestione manageriale e aziendalistica basata sull'erogazione prestazionale del servizio e il conseguente accorpamento di buona parte dei servizi sanitari in grandi strutture ospedaliere scollegate dal territorio e dalla vita delle persone. Di conseguenza, la questione della prossimità è per lo più stata relegata al rapporto tra i Medici di Medicina Generale e i loro pazienti. Ripartendo però dalle fondamenta su cui è nato il SSN, la legge n.833/1978 che l'ha istituito riporta, al terzo comma dell'art. 1, che esso "è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini." In questo testo fondativo è visibile la centralità che il legislatore ha dato alla promozione della salute e quanto questa sia fondamentalmente legata ad un'organizzazione e a una governance territoriale più prossima alle cittadine e ai cittadini "garantendo la partecipazione". Nei quarant'anni che sono trascorsi dalla fondazione del SSN ad oggi questo lavoro di prossimità, e quindi di Primary Health Care, è rimasto residuale all'interno della strutturazione del sistema sanitario. Questi servizi di medicina di base sono stati tra i più esposti alle politiche di austerità e di scarso investimento economico. Questo settore è stato inoltre colpito da una scarsa lungimiranza nell'investimento nella formazione medica. Sta infatti diventando sempre più evidente quanto il numero chiuso, inserito per le Facoltà di Medicina negli anni Ottanta, accompagnato dalla scarsa attrattività economica dei percorsi di formazione in medicina generale, abbia portato ad avere un numero insufficiente di Medici di Medicina Generale i quali non riescono a rispondere alle crescenti esigenze della popolazione. È altrettanto evidente quanto l'aumento dell'estensione territoriale delle Aziende USL e dei Distretti sia andato in direzione opposta ad un'ottica di prossimità, affrontando la necessità di fornire servizi sanitari omogenei attraverso l'accentramento delle risorse.

Il lavoro di prossimità, che non è riuscito a svilupparsi in maniera organica e strutturata all'interno del SSN, si è sviluppato con maggior facilità all'interno dei servizi sociali italiani. La possibilità di innovazione in un'ottica di prossimità è stata stimolata dalla governance del servizio sociale che, essendo dipendente dai bilanci degli enti locali (in particolare i Comuni), ha spesso favorito lo sviluppo di una stretta relazione tra decisori pubblici e politici locali, Terzo settore e cittadinanza attiva. La collaborazione tra questi attori ha favorito la nascita e lo sviluppo di interessanti servizi di prossimità, consentendo l'interazione tra bisogni e risorse della comunità e bisogni e risorse del servizio sociale e degli enti locali coinvolti. D'altro canto, ciò ha contribuito a rendere frammentaria e disomogenea l'implementazione dei servizi sociali, a seconda delle risorse economiche,



culturali e sociali dei territori specifici, generando significative disuguaglianze (Bifulco, 2016).

Secondo Marocchi (2017), il lavoro di prossimità può essere un paradigma che, mettendo al centro la partecipazione della comunità nelle politiche di welfare, va nella direzione di superare politiche prestazionali. In questa modalità di lavoro il territorio “è destinatario e protagonista allo stesso tempo” dell’intervento sociale, riservando all’istituzione pubblica un ruolo di garanzia. Il “Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023” riprende il concetto di prossimità in quest’ottica: “Non è sufficiente la sola collocazione fisica sul territorio, ma è necessario orientare l’attività – a partire dalla fase della programmazione – in direzioni volte a favorire la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e a contribuire direttamente ai processi concernenti la definizione delle politiche di sviluppo sul territorio.” Come abbiamo accennato, se da un lato questo protagonismo dei territori può dar vita ad esperienze virtuose, dall’altro lato, se non accompagnato da una forte regia e controllo da parte delle istituzioni pubbliche, rischia di aumentare la frammentazione dei servizi sociali, tendenza che va ad incrementarsi dove le spinte di mercato sono più forti. (Bifulco, 2016; Marocchi, 2017).

### *3.3. Domiciliarità*

Nell’ambito dei servizi ad alto potenziale di integrazione socio-sanitaria che fanno leva sulla dimensione della prossimità spiccano quelli legati all’ambito della domiciliarità. Secondo il Nuovo Dizionario di Servizio Sociale (Campanini, 2013), per “domiciliarità” si intende “il contesto dotato di senso per la persona, lo spazio significativo che comprende la globalità della persona stessa e ciò che la circonda”. Tale spazio è “una sorta di nicchia ecologica dove il soggetto sta bene e dove desidera continuare ad abitare anche quando sono ridotte le condizioni di autonomia, perché legata alle sue memorie, ai suoi affetti, alla propria storia”. La parola compare per la prima volta nel 1993 nell’ambito delle attività formative e di ricerca della fondazione Zancan di Padova. Focalizzata inizialmente sulla casa e tutte le cose materiali e immateriali collegate alla storia della persona e della sua famiglia, alla memoria della vita, alle ritualità e abitudini, l’accezione della domiciliarità si è poi estesa per comprendere le relazioni sociali, il paesaggio, la natura, la cultura, la storia del proprio territorio e della comunità locale. In altre parole, essa si riferisce sia all’“interno” che all’“intorno” della persona.

Fatte queste premesse, è chiaro che la domiciliarità non deve essere confusa con l’assistenza domiciliare, essendo quest’ultima unicamente uno strumento, seppur tra i più rilevanti, per sostenerla. Secondo “La Bottega del Possibile”, associazione che fin dalla sua nascita alla metà degli anni Novanta si pone come finalità la diffusione della cultura della domiciliarità, per poter rispettare la domiciliarità di una persona, quando questa lo richiede, occorre poter sostenere lei e la sua famiglia offrendo risorse suppletive, in sostituzione di quelle mancanti per la sopraggiunta minore autonomia. Questo si realizza attraverso un progetto individuale integrato e di rete tra i vari servizi e settori di intervento, da un lato, e dall’altro le risorse delle persone, della famiglia e della comunità

locale. Si parla qui di una “domiciliarità sostenuta” contrapposta a una “di abbandono”. Poiché le condizioni e gli strumenti necessari sono molteplici (assistenza domiciliare sociale e sanitaria, centri diurni, ma anche trasporti, cura del territorio, e informazioni adeguate) si parla a questo proposito di “sistema domiciliarietà”, un sistema complesso con una sua architettura e ingegneria.

L’assistenza domiciliare è uno dei cardini di tale sistema, un servizio incentrato sulla relazione di aiuto per la persona e la famiglia, che consiste nel portare a casa gli interventi necessari a sostenere le azioni del quotidiano (alzarsi, vestirsi, lavarsi, camminare, mangiare...), la gestione della casa e del rapporto con l’esterno (informazioni per accesso a servizi e prestazioni, utilizzo delle risorse, ecc.). Essa può comprendere strumenti come l’assegno di cura, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia, l’affidamento familiare, il telesoccorso, e può essere gestita direttamente dal servizio pubblico o tramite l’affidamento a cooperative sociali, oppure acquistata con “buoni servizio”. Si tratta in ogni caso di un intervento integrato tra i comparti socioassistenziale e sanitario, tra livelli di intervento (es. ospedale-territorio), tra figure professionali diverse (es. infermiere, educatore, volontario, medico di medicina generale, assistente sociale). Oltre alla fornitura diretta del servizio, l’assistenza domiciliare è anche un modo per capacitare la famiglia e sostenerla nell’aiutare la persona cara in difficoltà.

L’assistenza domiciliare non riguarda solo le persone anziane non autosufficienti, ma nei diversi territori (in cui la ripartizione tra categorie è estremamente disomogenea) essa coinvolge anche persone dimesse da strutture ospedaliere, persone con patologie croniche o oncologiche in trattamento, persone che per condizione fisica, clinica o sociale necessitano di supporto assistenziale. La conoscenza delle persone che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare, delle prestazioni erogate, dei relativi costi ed esiti, pur migliorata negli ultimi anni grazie all’istituzione del Sistema Informativo dell’Assistenza Domiciliare (SIAD), rimane parziale e disomogenea. Tali informazioni, anche quando correttamente rilevate, offrono una lettura parziale del fenomeno, senza collocare opportunamente la parte di assistenza domiciliare nel più ampio percorso di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento nell’ambiente di vita.

A fronte di una riduzione progressiva dei posti letto ospedalieri (Sparano, 2021), e di mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche che rendono l’assistenza domiciliare sempre più una necessità diffusa e continuativa per le persone (e non un intervento spot in caso di acuzie), nel nostro Paese essa permane in una condizione di carente sviluppo. Gli interventi sono pochi, spesso frammentati e insufficienti rispetto alle esigenze, anche a confronto della situazione degli altri paesi europei. Nel corso del 2016-2017 l’Associazione La Bottega del Possibile ha realizzato un progetto, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, denominato “Tutti in Rete – In cammino con La Bottega del Possibile” per promuovere, innovare, partecipare, formare e seminare una “cultura di domiciliarità” (Pollo e Rao, 2018). Le finalità erano la creazione di banche dati sulle buone pratiche e sulle policy di sostegno alla domiciliarità, nonché la digitalizzazione e organizzazione di un Centro di Documentazione. Sono state raccolte 101 esperienze, la maggior parte realizzate nel Nord Italia, rivolte soprattutto a persone

anziane, e all'interno del Centro di Documentazione si possono trovare più di 800 documenti informatizzati e oltre 2.000 volumi. Questa ricerca ha mostrato che nel nostro Paese esistono, nonostante le citate difficoltà e la crisi del sistema del welfare, numerose esperienze e progettualità che portano elementi di innovazione sociale, provando a mettere in cantiere nuovi luoghi e percorsi del prendersi cura.

Tra i punti di forza di queste esperienze si rileva la compartecipazione di diversi soggetti attivi sul territorio, sia in ambito pubblico che privato, che decidono di confrontarsi e coordinarsi per sviluppare qualcosa di nuovo, grazie al sostegno di finanziamenti una tantum. Esse riescono a potenziare i servizi esistenti promuovendo, oltre agli interventi più tradizionali, nuove forme di ricerca attiva dei campanelli di allarme di potenziali situazioni di rischio e di fragilità, consentendo così di riconoscere bisogni nascosti, ma esistenti, di una parte della popolazione anziana per lo più sconosciuta ai servizi. Inoltre, le esperienze più innovative puntano a realizzare un cambiamento duraturo nel rapporto tra persone anziane e offerta territoriale dei servizi, ma anche nel rapporto tra erogatori di servizi, pubblici, privati sociali e socio-sanitari, non sempre abituati a lavorare strettamente a contatto in modo sinergico, valorizzando in modo reciproco risorse e competenze specifiche. Infine, talora esse portano alla qualificazione di alcune tipologie di operatori e/o alla nascita di nuove professionalità.

Tra i limiti di queste esperienze, vi è senza dubbio la sostenibilità economica una volta terminato il finanziamento iniziale. La messa in atto di strategie a lungo termine per far fronte ai costi si rivela in questo senso indispensabile per garantire una continuità. Infine, in alcuni casi, si intravede la difficoltà di coinvolgere adeguatamente e attivamente tutti i partner e, soprattutto, di mantenere vive le nuove relazioni che sono andate strutturandosi.

#### **4. Il ruolo del terzo settore nelle politiche socio-sanitarie**

Non si può trattare il tema dei servizi socio-sanitari senza prendere in considerazione il ruolo del terzo settore, che è passato dall'essere un attore marginale a rivestire rilevanza sociale, occupazionale ed economica, grazie in particolar modo alla sua componente imprenditoriale. Se va tuttavia riconosciuto al terzo settore il merito di aver colmato il vuoto lasciato da un sistema di welfare pubblico povero e incentrato su trasferimenti monetari, è altrettanto innegabile il ruolo subalterno che una componente del terzo settore ha progressivamente assunto a seguito dei processi di esternalizzazione dei servizi socio-sanitari. Nella riflessione su come potenziare la capacità del terzo settore di rispondere ai bisogni sanitari e sociali sempre più complessi, proponiamo di soffermarsi su alcuni esempi di organizzazioni che prediligono un approccio olistico e fanno affidamento sia sulla collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, sia sulla costruzione di reti di supporto su base territoriale attorno pazienti e famiglie.

#### *4.1. Gli attori del terzo settore: dinamiche evolutive*

Il terzo settore italiano si compone di un arcipelago articolato di organizzazioni con caratteristiche diverse, che affonda le radici nella tradizione cattolica e nei movimenti sociali (Ianes e Borzaga, 2006; Borzaga e Ianes, 2021). Accanto a un ricco settore associativo e a un variegato mondo del volontariato, spicca il contributo della cooperazione sociale, vale a dire il principale soggetto economico attivo all'interno del terzo settore (Borzaga e Lepri, 1987).

La massima espansione del terzo settore è stata registrata negli ultimi tre decenni, periodo in cui è passato dall'essere un attore marginale a rivestire rilevanza sociale, occupazionale ed economica (Borzaga, 2020a). In questo periodo le organizzazioni che compongono il terzo settore hanno mostrato una dinamica evolutiva molto vivace, sia in termini quantitativi, sia rispetto alla capacità di sperimentare nuove forme organizzative e disegnare nuovi servizi in risposta ad un corollario di bisogni complessi (Ianes, 2009). Tra le forme organizzative sperimentate dal basso e normate ex post, spiccano in primis la "cooperativa sociale", riconosciuta dalla legge n.381/1991 e l'"organizzazione di volontariato", riconosciuta dalla legge n.266/1991.

A stimolare questo vivace processo evolutivo sono state principalmente le trasformazioni demografiche, sociali e culturali degli anni Settanta, unitamente alla crisi strutturale del sistema di welfare (Borzaga e Ianes, 2006). Per dare risposta a bisogni crescenti e sempre più diversificati in maniera stabile e continuativa, gruppi di volontari si sono auto-organizzati attraverso nuove iniziative, oppure stimolando la trasformazione delle organizzazioni esistenti con ruolo di advocacy – nate per denunciare, ad esempio, la mancanza di servizi pertinenti per pubblici fragili – in produttori di servizi di welfare.

Se guardiamo al grado di copertura dei bisogni, il merito di aver colmato il vuoto lasciato da un sistema di welfare pubblico, povero e incentrato prevalentemente su trasferimenti monetari, è pertanto del terzo settore. Sono infatti le organizzazioni di terzo settore ad aver avviato le prime comunità terapeutiche per persone con dipendenze da sostanze, le case famiglia per minori e persone con problemi psichiatrici, e l'assistenza domiciliare alle persone anziane. E anche negli ultimi due anni, in cui il servizio sanitario si è trovato sull'orlo del collasso e il sistema economico si è confrontato con una crisi senza precedenti, il terzo settore nelle sue varie forme ha svolto un ruolo fondamentale: ha da una parte continuato a garantire i propri servizi contro ogni ostacolo; dall'altra, un numero significativo di organizzazioni è stato in grado di modificare in poco tempo la propria offerta di servizi e si è impegnato per assicurare servizi essenziali ai cittadini e alle comunità in cui opera, ponendo particolare attenzione alle fasce più deboli della popolazione (Bernardoni, 2020).

Ad assumere rilevanza, negli ultimi tre decenni, è stata per lo più la componente imprenditoriale, ovvero la cooperazione sociale attiva nei settori sociale e socio-sanitario, che rappresenta il principale bacino occupazionale del terzo settore (Istat/Euricse, 2021) e svolge un ruolo fondamentale nel rispondere ai bisogni delle persone (Euricse, 2015; Calabrese e Falavigna, 2021). In seno al terzo settore, gli ambiti sociale e socio-sanitario

sono anche quelli che mostrano le dinamiche evolutive più differenziate, su cui vale la pena soffermarsi brevemente onde sgombrare il campo da analisi parziali, che rischierebbero di sottovalutare il potenziale del terzo settore nello sviluppo di nuovi servizi socio-sanitari, di cui – anche a seguito della pandemia di COVID-19 – si sente un crescente bisogno (Borzaga, 2021). Da un lato è centrale riconoscere il contributo di un'importante componente della cooperazione sociale che continua ad essere contraddistinta da una spiccata capacità di leggere e intercettare nuovi bisogni, a fronte di un'inappropriatezza strutturale dei servizi di welfare pubblici e delle unità sanitarie locali. Questa capacità, che è tanto più evidente quanto più le cooperative sociali sono radicate sul territorio e sono inclini ad ascoltare e dialogare con una pluralità di attori locali, ha permesso di elaborare risposte articolate e personalizzate improntate a una visione unitaria della persona. Dall'altro lato, è nondimeno fondamentale riconoscere il progressivo spostamento di una parte della cooperazione sociale verso le tipologie di utenti e di servizi maggiormente "preferiti" dalle pubbliche amministrazioni, prediligendo in questo caso un approccio tipicamente prestazionale. Questo fenomeno, indotto dai processi di esternalizzazione dei servizi sociosanitari attraverso bandi competitivi, ha portato un numero crescente di cooperative sociali a gestire prestazioni sanitarie per conto della sanità pubblica (Bernardoni e Picciotti, 2019). Esso si è quindi tradotto nella pura fornitura su appalto di servizi socioassistenziali (quando non di sole ore di lavoro) a fronte di una crescente incapacità di intercettare nuovi bisogni e un progressivo degrado – in molti casi – sia della qualità del lavoro, sia della qualità dei servizi (Borzaga, 2018; 2021).

#### *4.2. Il dibattito sul ruolo del terzo settore*

Come confermato dalla recente pandemia, per fronteggiare efficacemente le sfide della salute della popolazione del terzo millennio un profondo ripensamento del sistema sanitario non è più procrastinabile. Da più parti viene richiamata la necessità di rovesciare il paradigma sanitario dominante al fine di tornare a una dimensione sociale della medicina e a una dimensione territoriale della sanità. Diventa pertanto sempre più urgente riflettere criticamente anche sul ruolo che le organizzazioni di terzo settore potrebbero rivestire all'interno di questo sistema. L'alternativa è tra il considerarle semplicemente produttori di servizi sanitari e socio-sanitari, a basso costo e in funzione subalterna rispetto al settore pubblico, oppure valorizzarle nella co-progettazione e realizzazione di interventi pertinenti a specifici bisogni sanitari e sociali della comunità.

Le potenzialità del terzo settore come strumento di coinvolgimento e partecipazione attiva dei cittadini continuano a essere fortemente sottostimate da più parti. L'aspetto determinante è pertanto capire come valorizzare l'impegno civico, di cui le organizzazioni di terzo settore sono diretta espressione, al fine di garantire la partecipazione attiva dei cittadini lungo tutto il processo di intercettazione e analisi dei bisogni, programmazione, finanziamento ed erogazione dei servizi. La propensione del terzo settore a innescare processi partecipativi potrebbe essere nondimeno maggiormente valorizzata sia per coagulare professionalità diverse e disegnare percorsi di cura integrati, sia per costruire

alleanze a livello territoriale nell'ottica del potenziamento di una medicina di prossimità in continuità con altri interventi di natura sociale (Galera, 2020). Questo anche grazie alla precipua capacità del terzo settore radicato sul territorio di creare spazi di "ascolto attivo" e di co-decisione su tematiche socialmente delicate, come è appunto la costruzione di reti di servizi socio-sanitari all'interno di un nuovo paradigma sanitario.

Il dibattito sul terzo settore è tuttavia strettamente connesso alla direzione verso cui si intenderà sviluppare il sistema sanitario e, più in generale, il sistema di welfare. Gli sbocchi possibili sembrano essere due. Da un lato, un profondo investimento sulla sanità pubblica territoriale, o "medicina di prossimità", con la partecipazione delle organizzazioni di terzo settore nel progettare ed erogare servizi per la comunità, e monitorarne dal suo interno la qualità, come sperimentato con successo in alcuni territori (ad esempio a Trieste con l'esperienza delle Microaree). Dall'altra, un'ulteriore espansione della sanità privata for profit, orientata quasi esclusivamente alla cura della malattia acuta o della riacutizzazione di malattie croniche, mediante l'utilizzo di sempre più sofisticate e costose tecnologie, a scapito di investimenti meno costosi nella prevenzione di malattie degenerative e infettive (un esempio di questa dinamica evolutiva è fornito dalla recente riforma sanitaria lombarda). Parlando in particolare di salute, l'unico scenario in grado di contrastare efficacemente la vera sfida di questo nostro tempo, vale a dire la qualità della vita nella dimensione della cronicità, è a nostro avviso il primo. Questo anche alla luce dei trend demografici e sociali del nostro paese, tra cui l'aumento delle aspettative di vita e la conseguente evoluzione dei bisogni.


Di qui, l'importanza di riflettere sulle cornici istituzionali attraverso cui è possibile potenziare il valore aggiunto del terzo settore nel co-progettare un ampio raggio di servizi sanitari e socio-sanitari che garantiscano da un lato il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale (residenziale, semiresidenziale e domiciliare) alle persone anziane, disabili o con patologie psichiatriche, o con patologie in fase terminale, e dall'altro la continuità della cura, ben al di là del ricovero ospedaliero (Galera, 2020).

### *4.3. Ambiti di sviluppo del terzo settore ed esempi di iniziative virtuose*

Gli ambiti di natura socio-sanitaria in cui si ravvisano potenzialità di sviluppo per il terzo settore, sia quello di natura imprenditoriale, sia la componente che si avvale principalmente di volontari, sono molteplici. Riguardano tutti quei settori in cui il pubblico fatica ad intervenire e il settore for profit non ha interesse ad investire, perché scarsamente remunerativi. Questi spaziano dalle attività di promozione della salute, come l'educazione sanitaria, l'informazione e la formazione al fine di favorire la prevenzione delle malattie, le attività di advocacy per pretendere una maggiore accountability, le attività di auto-aiuto per gruppi fragili, la co-produzione e co-gestione di servizi locali (Galera, 2020).

Non mancano a questo proposito esempi virtuosi di organizzazioni di terzo settore da cui si potrebbe trarre spunto per una riflessione approfondita su come costruire un sistema socio-sanitario più equo e più vicino ai bisogni della comunità. Ci soffermiamo qui di





seguito su due esempi di welfare di comunità, che prediligono un approccio olistico, fanno assegnamento sulla collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare e presuppongono la costruzione di reti di supporto attorno a pazienti e famiglie. Si tratta di un'associazione che opera al di fuori del sistema sanitario in Calabria e un'associazione che si occupa di cure palliative in Veneto, entrambe nate spontaneamente dal basso, grazie alla mobilitazione di volontari, e orientate a sovvertire i modelli dominanti.

### ACE – Associazione Calabrese di Epatologia

L'interesse nei confronti dell'Associazione Calabrese di Epatologia (ACE) deriva dalla sua visione olistica della società che, ponendo particolare attenzione alla prevenzione, si propone di raccordare il tema dell'ambiente con quello della sanità. ACE nasce nel 2001 su iniziativa di un gruppo di ricercatori impegnati nello studio delle determinanti di alcune patologie, che hanno scelto di non fermarsi alla denuncia delle violazioni del diritto alla salute, ma si sono rimboccati le maniche per prendersi cura delle persone meno abbienti di Pellaro, un quartiere periferico di Reggio Calabria. ACE non è semplicemente un ambulatorio gratuito. Con gli anni è diventato un poliambulatorio d'eccellenza in cui ogni aspetto della relazione con il paziente che ha bisogno di cura è ben disegnato. Contribuisce a questo anche il luogo dell'ambulatorio, esteticamente gradevole e in grado di trasmettere un senso di accoglienza e cura, che mette i pazienti a proprio agio. Si rivolge a tutta la popolazione, finanziandosi prevalentemente attraverso micro-donazioni degli stessi pazienti. Promuove una medicina integrale che condanna la ricerca affannosa verso nuove tecnologie di cui può beneficiare solo una piccola percentuale della popolazione e propone di tornare a promuovere una medicina sociale in cui il medico assolva il ruolo di un tempo. Un modello, quindi, che non si limita a garantire gratuitamente diritti e servizi altrimenti negati, ma che ha l'ambizione di promuovere un nuovo paradigma sanitario incentrato sulla prevenzione e salvaguardia della salute. Oltre a offrire servizi sanitari e occuparsi di ricerca in ambito epidemiologico, sostiene percorsi educativi e progetti di rigenerazione del territorio finalizzati a promuovere uno stile di vita sano e valorizzare il patrimonio urbano, storico e paesaggistico tra cui il progetto del Parco Diffuso con l'Università di Reggio Calabria (Caserta, 2020).

### Acero di Daphne

Tra gli ambiti in cui le organizzazioni di terzo settore hanno svolto un ruolo pionieristico in una logica di prossimità vi è quello delle Cure Palliative (CP). Nate al di fuori delle istituzioni sanitarie nella seconda metà del secolo scorso, le CP sono definite dall'OMS come un complesso di interventi di varia natura rivolti alla persona con malattia inguaribile a decorso progressivo, e ai suoi familiari, con l'intento di alleviarne la sofferenza fisica, psicologica, spirituale e sociale. Ancora oggi la maggior parte delle organizzazioni di terzo settore che offrono CP non si limita a fornire prestazioni sanitarie per conto della sanità pubblica. Grazie al coinvolgimento di una pluralità di soggetti, tra cui professionisti altamente specializzati, professionisti volontari, volontari non

specializzati, familiari e amici del/della paziente, e alla capacità di dialogare con una pluralità di attori locali e valorizzare un ampio spettro di risorse, sperimentano costantemente innovative strategie d'intervento ritagliate (*tailored*) su bisogni specifici, semplici o complessi, della persona malata di cui ci si prende cura. Quello delle CP è quindi un modello di intervento che, sovvertendo il paradigma sanitario dominante centrato sulla malattia, offre importanti spunti di riflessioni su come riformare altre attività in ambito socio-sanitario.

L'Acero di Daphne è una delle tante associazioni nate per sopperire a bisogni di servizi di CP in un determinato contesto territoriale. L'associazione promuove la diffusione della cultura e della pratica delle cure palliative affinché esse diventino più facilmente disponibili e accessibili a quanti, giovani e meno giovani, ne possono trarre beneficio. Partendo dalla promozione della partecipazione a percorsi formativi sulle cure palliative, finanziata dall'associazione a personale medico e paramedico, le attività realizzate sono aumentate e si sono diversificate significativamente nel corso degli anni per rispondere a sempre nuovi bisogni. Evitando laddove possibile un approccio prestazionale, L'Acero di Daphne integra prestazioni medico-infermieristiche usuali con interventi gratuiti domiciliari di fisioterapia, di counselling, di musicoterapia, di psicoterapia, di sostegno psicologico e di mindful yoga, e anche di supporto all'elaborazione del lutto, nell'ottica di una "presa in carico globale" del/della persona malata e della sua famiglia. Come altre organizzazioni attive in questo ambito, L'Acero di Daphne organizza corsi di formazione in CP per i sanitari, sostiene l'efficacia del lavoro in equipe multidisciplinari e multiprofessionali, e promuove la collaborazione tra professionisti e volontari, il cui coinvolgimento attivo è la riprova dell'attenzione riservata all'ascolto dei bisogni del/della paziente e alla cura degli aspetti relazionali. L'Acero di Daphne ha attualmente all'attivo tre percorsi formativi: un corso in cure palliative; un corso sulla terapia della dignità e un Master in Primo Livello in Cure Palliative. I percorsi proposti sono destinati a medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altre figure che operano in ospedale, a domicilio, in hospice o in RSA.

## 5. L'organizzazione collaborativa dei servizi socio-sanitari

In questa sezione approfondiremo l'evoluzione dei modelli di governance relativi al disegno delle politiche sociali e all'erogazione dei servizi sociali e sanitari, con particolare riferimento alle relazioni tra amministrazioni pubbliche e terzo settore. Ripercorreremo innanzitutto i principali momenti che hanno scandito l'evoluzione dei sistemi di welfare in Italia, che sono passati attraverso processi di regionalizzazione e di sussidiarizzazione. Ci concentreremo, poi, sulle dinamiche che hanno segnato la traduzione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale, soffermandoci in particolare sui limiti e sulle criticità che l'hanno caratterizzata. Ciò ci permetterà di mettere a tema le potenzialità degli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione, al centro dell'art. 55 del Nuovo Codice

del Terzo Settore, come strumenti in grado di favorire una riarticolazione in senso democratico e partecipativo del disegno delle politiche sociali.

### *5.1. L'evoluzione della governance*

A partire dagli anni Novanta il governo del SSN in Italia è andato in direzione di una progressiva regionalizzazione (Pastori, 2002). In particolare, con la legge delega n.419 del 1998, "al piano sanitario nazionale dovevano essere riservati l'individuazione degli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini: intendendo con ciò affidare al piano sanitario nazionale gli stretti compiti che non possono non essere esercitati in modo unitario su scala nazionale e, nel contempo, liberalizzare il ruolo di programmazione regionale" (Pastori, 2002: 89). Nel frattempo veniva potenziato il ruolo dei Comuni nell'ambito della programmazione sanitaria a livello regionale e locale.

La successiva emanazione della legge n.328, nel 2000, ha segnato un atto decisivo verso la sussidiarizzazione delle politiche sociali. Con essa gli enti territoriali (Regioni e Comuni) divengono i principali protagonisti del welfare locale. Come è stato rilevato, "le Regioni acquistano un ruolo centrale nel settore delle politiche sociali esercitando funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo, mentre i Comuni diventano titolari della gestione di interventi e servizi sociali a favore dei cittadini" (Turchini, 2019: 7). In particolare, l'art.5 del dispositivo afferma che, "per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato [...] promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore". Gli enti pubblici, dunque, possono ricorrere a "forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità".

La 328, inoltre, poneva la necessità – ribadita in particolare nell'art.3 – che gli enti locali, regioni e Stato, programmassero gli interventi sociali secondo i principi di "coordinamento e integrazione" con gli interventi sanitari, collaborando con gli enti di terzo settore e con le "aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale". I temi dell'integrazione socio-sanitaria e del coordinamento orizzontale e verticale ritornano in diversi articoli, contribuendo a costruire l'impalcatura del dispositivo.

Tuttavia, seppure il contesto di competenza legislativa concorrente in cui si colloca la 328 viene sciolto dalla riforma costituzionale, che afferma per il socio-assistenziale la competenza esclusiva delle Regioni, restano alcuni nodi non risolti. Come sintetizza Ranci Ortigiosa, "a tale attribuzione non è però seguito un trasferimento delle funzioni amministrative ancora gestite centralmente, e delle relative risorse, che totalizzano circa i nove decimi dell'intera spesa sociosassistenziale. Da qui la contraddittoria situazione per cui le Regioni hanno nella loro disponibilità quasi tutte le funzioni e le risorse finanziarie relative al sistema sanitario che gestiscono anche attraverso loro fiduciari, i direttori regionali delle aziende, pur avendo in materia solo competenza legislativa

concorrente con quella dello Stato, mentre in campo socioassistenziale, dove hanno competenza legislativa esclusiva combinata con la competenza amministrativa dei Comuni, non dispongono delle importantissime funzioni e delle risorse relative alle erogazioni monetarie (assegni e pensioni sociali, assegni di accompagnamento, invalidità, ecc.)” (Ranci Ortigiosa, 2004: 540).

Importanti cortocircuiti sono rilevabili anche a livello di ripartizione delle risorse, visto che i livelli essenziali di assistenza sanitaria, in quanto riconosciuti come diritti soggettivi, sono finanziati in base a norme specifiche, mentre i livelli di assistenza sociale non sono normati positivamente – nonostante la previsione già contenuta nella 328 – e non beneficiano di un apposito finanziamento da parte dello Stato<sup>5</sup>, dunque gravano sugli utenti e sui comuni. “Tale sostanziale differenza fra il ‘sanitario’ e il ‘sociale’ rispetto alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociosanitari rischia di avere un impatto, almeno in molti contesti territoriali, devastante rispetto ad una prospettiva di sviluppo della stessa integrazione sociosanitaria oltre che della realizzazione del sistema locale di interventi e servizi sociali” (Ranci Ortigiosa, 2004: 540). Il quadro normativo delineato dalla 328 – che è stato ulteriormente chiarito dal DPCM del 30 marzo 2001 – ha così dovuto fare i conti con il ridimensionamento della spesa destinata agli investimenti sociali, che ha avuto un’accelerazione proprio all’indomani dell’approvazione della legge.

Per quel che riguarda i rapporti fra amministrazioni pubbliche e terzo settore, il restringimento della spesa destinata al welfare, ulteriormente accentuatosi con le politiche di austerità a seguito della crisi del 2008 (Vitale, 2013), ha gravato sulla qualità dei servizi, frutto spesso di una competizione al ribasso innescata fra enti di terzo settore e privato for profit. La crescita del privato for profit nel settore dell’assistenza attraverso forme di partnership pubblico-privato ha favorito una progressiva “mercattizzazione” dei servizi di assistenza (Pavolini e Ranci, 2008; Pisani, 2019). Tale processo, che ha subito un’ulteriore espansione a seguito della crisi economica sia in Italia che a livello europeo, viene spesso identificato sotto il segno della “corporatizzazione” della cura (Farris e Marchetti, 2017).

## *5.2. La coprogettazione del welfare locale*

Al centro dell’art. 55 del Nuovo Codice del Terzo Settore vi sono due istituti giuridici, coprogrammazione e coprogettazione, il cui significato è stato ulteriormente chiarito grazie alla sentenza della Corte Costituzionale n.131 del 26 giugno 2020. Interessa qui, in particolare, approfondire le potenzialità di tali istituti sul fronte dell’integrazione socio-sanitaria.

Al di là della specificità degli istituti giuridici richiamati, la coprogettazione ha in molti casi identificato “un insieme di iniziative di collaborazione inter-organizzativa, che spesso si realizzano attraverso delle dinamiche informali, scevre da condizionamenti normativi e

---

<sup>5</sup> Una novità è stata rappresentata dall’approvazione, nell’agosto 2021, del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che elenca un primo gruppo di LEP in ambito sociale. Per un approfondimento cfr. Torretta (2021).

frutto della convergenza di visioni ed interessi di più attori” (Rossi e Colombo, 2019: 413). Tuttavia, il carattere “ombrello” di tale categoria non ha sempre segnalato dinamiche di tipo collaborativo, essendo piuttosto adoperato, di volta in volta, per definire rapporti fra pubblico e privato di natura assai diversa. Per esempio la coprogettazione, anche in virtù dell’incertezza legislativa in cui ha versato, ha spesso identificato, seppur impropriamente (Rossi e Colombo, 2019), procedure di esternalizzazione di servizi pubblici (Moschetti, 2016) che si sono inserite, soprattutto a partire dagli anni 2000, in un più generale processo di “dismissione” del ruolo del pubblico. Come sintetizza Ugo Ascoli, “le prime decenni del nuovo secolo si caratterizzano decisamente per le scelte di ‘taglio’, di retrenchment: le ulteriori riforme pensionistiche, le modifiche introdotte negli assetti del Servizio Sanitario Nazionale, accompagnate da un sottofinanziamento delle politiche sanitarie pubbliche, i tagli apportati alla spesa per l’istruzione, hanno come ‘bussola’ indiscussa la riduzione della spesa; accanto a ciò va menzionata la sostanziale disattenzione per i servizi socio-assistenziali, per le politiche rivolte alle famiglie, per la casa, per il crescente dualismo dei diritti sociali fra Centro-Nord e Sud del paese” (Ascoli, 2020: 184).

Com’è noto, il processo di “mercattizzazione” del welfare, già richiamato in precedenza, ha favorito il proliferare di dinamiche competitive fra privato sociale e privato for profit, che ha inciso innanzitutto sulla vocazione sociale del terzo settore (Fazzi, 2014), nonché sulla qualità dei servizi (Decarolis, 2014). Le pratiche di coprogettazione non si sono sottratte a queste logiche: i dispositivi tesi ad innescare pratiche di collaborazione fra pubblico e terzo settore sono stati incardinati entro la più generale tendenza del pubblico ad appaltare servizi essenziali. Basti pensare alla programmazione dei “piani di zona” previsti dalla legge n.328 del 2000 che, come sintetizza Luca Fazzi, “impegnava pubblico e terzo settore nell’analisi di problemi e definizione di obiettivi, ma lasciava poi piena discrezionalità al soggetto pubblico di appaltare i servizi” (Fazzi, 2021: 30). Più in generale il principio di sussidiarietà, introdotto nell’art.118 della Costituzione, è stato spesso interpretato come un’autorizzazione all’esternalizzazione dei servizi pubblici, piuttosto che in quanto riconoscimento dell’estensione della “sovranità pratica” delle formazioni sociali orientate alla realizzazione dell’interesse generale (Ascoli, 2020; Cotturri, 2020).

Oggi, gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione hanno trovato nella sentenza della Corte Costituzionale una esplicazione puntuale, che sembra aver finalmente eliminato le ambiguità, impedendo ulteriori interpretazioni “devianti” dei dispositivi stessi. Proveremo a descrivere nel prossimo paragrafo il complesso delineato dai due istituti, coprogrammazione e coprogettazione, che insieme all’accreditamento possono descrivere un nuovo meccanismo di disegno delle politiche e di progettazione ed erogazione dei servizi.

### *5.3. Coprogrammazione, coprogettazione, accreditamento*

Secondo l’art. 55 del Nuovo Codice del Terzo Settore, le amministrazioni pubbliche nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello



territoriale di interventi e servizi orientati al perseguimento dell'interesse generale, "assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore, attraverso forme di coprogrammazione e co-progettazione e accreditamento".

Per coprogrammazione, all'interno del dispositivo, si intende un procedimento finalizzato all'individuazione "dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili". La coprogettazione, invece, è "finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti", alla luce degli strumenti di coprogrammazione. Tali istituti si combinano con l'accredimento, che designa il processo di individuazione degli enti con cui attivare forme di partenariato finalizzate alla collaborazione, che deve avvenire sia nelle fasi di coprogrammazione che in quelle di coprogettazione. Come recita l'articolo, "l'individuazione degli enti del terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner". Le modalità, più nello specifico, attraverso le quali poter articolare la concreta attivazione delle procedure sono descritte all'interno delle "linee guida" sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n.117 del 2017, dettate con il decreto n.72/2021. Esse forniscono un supporto alle pubbliche amministrazioni che sono chiamate a dare concreta applicazione alle norme del Codice relative al coinvolgimento degli enti di terzo settore.

Il complesso istituzionale che ne deriva articola uno spazio di collaborazione fra pubblico e terzo settore, sottratto alle relazioni competitive tipiche del mercato inteso come luogo dello "scambio per il guadagno" (Borzaga, 2020b). Su questo passaggio ha contribuito a fare chiarezza la sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 26 giugno 2020, dichiarando che l'art. 55 del Codice del Terzo Settore, "rappresenta dunque una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost.". Viene scardinata definitivamente l'idea per cui soltanto gli enti pubblici possano perseguire l'interesse generale: le organizzazioni di terzo settore non solo sono legittimate alla realizzazione di quest'ultimo, ma sono l'unico soggetto ad avere accesso ad un canale di collaborazione con i poteri pubblici in cui la loro posizione è tutt'altro che subordinata. La sentenza della Corte, infatti, specifica il carattere "non sinallagmatico" del rapporto che essi intrattengono con le amministrazioni pubbliche. Come recita la sentenza, infatti, "il modello configurato dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore, infatti, non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico". L'esclusività dell'accesso a tale canale di collaborazione deriva, come recita la sentenza, dalla "effettiva 'terzietà' (verificata e assicurata attraverso specifici requisiti giuridici e



relativi sistemi di controllo) rispetto al mercato e alle finalità di profitto che lo caratterizzano". Si delinea, in tal modo, un canale di "amministrazione condivisa", come definito dalla sentenza, in cui l'attività delle organizzazioni di terzo settore viene sottratta, per quel che riguarda la realizzazione dell'"interesse generale", alla competizione con i soggetti for profit. Piuttosto, essi vengono riconosciuti come "partner" degli enti pubblici nella risposta ai bisogni fondamentali.

Se il welfare ha costituito il principale ambito di azione per il terzo settore negli ultimi decenni, l'art. 55 e la sentenza della Corte Costituzionale compiono un passo ulteriore: essi evitano di separare il welfare dalle altre sfere di programmazione delle politiche pubbliche e assumono, piuttosto, la centralità dell'interesse generale, come obiettivo in vista del quale deve essere favorita la collaborazione fra amministrazioni pubbliche e terzo settore. Si apre uno spazio, dunque, in cui non solo è possibile attivare un modello di amministrazione fondato sulla collaborazione e sulla cooperazione, ma in cui le finalità sociali e solidaristiche possono occupare una posizione di assoluta centralità, descrivendo nuovi scenari di sviluppo locale orientati all'effettiva garanzia del benessere della collettività.

## 6. Prospettive future

A conclusione di questo quadro introduttivo sul tema della cura della salute su base territoriale, presenteremo brevemente alcune sfide e opportunità che riguardano le direzioni di sviluppo dei servizi territoriali sociali e sanitari, compresi quelli a carattere domiciliare. Oltre ai già citati nuovi istituti giuridici della coprogrammazione e coprogettazione, metteremo in luce le indicazioni provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nonché le potenzialità e criticità insite nel crescente processo di digitalizzazione che investe tutti gli ambiti del sociale, e in modo particolare quello dei servizi alla persona.

### *6.1. Processi partecipativi nel disegno delle politiche sociali*

Gli istituti della coprogrammazione e la coprogettazione, che abbiamo esaminato in precedenza, possono costituire degli strumenti decisivi da adoperare per migliorare l'efficacia del welfare locale. In particolare, quello dell'amministrazione condivisa può essere assunto come possibile spazio in cui puntare a costruire un diverso modello di assistenza socio-sanitaria, che superi la frammentazione che caratterizza i sistemi attuali e che garantisca un coordinamento proficuo fra gli attori del territorio impegnati nel disegno e nell'erogazione dei servizi.

È necessario, però, indagare l'effettività delle condizioni che rendono possibile un rapporto di collaborazione efficace fra amministrazioni e terzo settore, in relazione alla specificità dei contesti territoriali. Si tratta innanzitutto di comprendere, come afferma Luca Fazzi, quali sono i problemi da affrontare e gli strumenti da adoperare per favorire

e rendere fruttuose la collaborazione e l'innovazione. Come hanno dimostrato le ricerche sui piani di zona introdotti dalla 328, "per collaborare sono necessarie diverse condizioni: la capacità di dialogo e comprensione reciproca, l'allineamento degli obiettivi, un minimo di fiducia tra le parti" (Fazzi, 2021: 30).

Fondamentale, in questa direzione, è la predisposizione di strumenti – innanzitutto formativi – finalizzati a rafforzare la vocazione inclusiva delle organizzazioni, favorendo l'instaurazione di dinamiche di fiducia e reciprocità, che costituiscono il presupposto per collaborare e allinearsi verso obiettivi comuni. Si tratta di un percorso assai difficile, vista la necessità di innescare logiche incommensurabili rispetto a quelle competitive che hanno dominato, per anni, i sistemi di welfare locale, contrastando, al contempo, l'accomodamento su logiche di standardizzazione e burocratizzazione, e allargando la partecipazione e il radicamento entro i bisogni della comunità.

## *6.2. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR*

All'interno del PNRR, due missioni riguardano ambiti direttamente correlati a quello dei servizi socio-sanitari territoriali. Innanzitutto la Missione 6, che si occupa di "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Gli interventi di questa componente, per complessivi 7 miliardi di Euro, intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari (PNRR, 2021).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), in particolare le persone affette da una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Tale obiettivo riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro regioni. La presa in carico si realizza attraverso la definizione di un progetto multidisciplinare di assistenza individuale che raccoglie e descrive le informazioni per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura, definisce i livelli di assistenza specifici, i tempi e le modalità di erogazione (Maciocco, 2021). L'investimento del PNRR mira a identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione); realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale; attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.


Anche all'interno della Missione 5 "Inclusione e coesione sociale" vengono proposti interventi rilevanti per l'ambito dei servizi territoriali, non solo interventi specifici a

vantaggio delle persone anziane fragili e non autosufficienti, per i quali vengono stanziati 0,5 miliardi di Euro, ma anche vere e proprie riforme. Tra gli interventi destinati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione delle persone anziane non autosufficienti, la linea di attività più corposa (oltre 300 milioni di Euro) finanzia la riconversione delle residenze sanitarie e delle case di riposo in gruppi di appartamenti autonomi. Per quanto riguarda le riforme, il Piano prevede l'elaborazione di normativa riguardante il "sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti", da adottare entro la primavera del 2023, finalizzata a individuare livelli essenziali delle prestazioni. Per contribuire alla preparazione della prevista riforma normativa, numerose realtà della società civile (che rappresentano persone anziane non autosufficienti, i loro familiari, pensionati, operatori/operatrici del welfare e gestori dei servizi, società scientifiche), coordinate dal Network Non Autosufficienza, si sono aggregate dando vita al "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza", con il proposito di preparare un "Piano nazionale di domiciliarità integrata" per le persone anziane non autosufficienti. Il Patto individua come priorità il potenziamento dell'assistenza domiciliare, oggi molto carente per molti aspetti, e pone enfasi più sulla attuazione che sulla ideazione, in quanto molte valide proposte sono state formulate in passato ma non hanno trovato realizzazione. Tra le priorità individuate, vi sono: il superamento della frammentazione, creando maggiore equilibrio tra un maggiore ruolo statale e la valorizzazione delle autonomie locali; la modifica del modello di intervento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), attualmente insufficiente per valore medio annuo procapite (18 ore) e durata (2-3 mesi, a fronte di esigenze molto più durature); l'incremento dei fondi per il servizio di assistenza domiciliare, con un piano triennale da inserire nella legge di bilancio 2022 (Da Col e Trimarchi, 2021).

### *6.3. I processi di digitalizzazione*

È indubbio che la pandemia di COVID-19 ha accelerato tendenze già in atto che spingono verso una crescente digitalizzazione di molti aspetti della vita. Non solo una parte delle attività lavorative ha iniziato a essere stabilmente svolta tramite mezzi digitali, ma tale trasformazione ha progressivamente coinvolto ambiti quali il sistema educativo, quello dei servizi ai cittadini (si pensi all'introduzione del sistema pubblico di identità digitale - SPID), e quello dei servizi sociali e sanitari. Il PNRR, poi, pone grande attenzione all'opera di trasformazione dei sistemi tecnologici (digitalizzazione dei dati e dei flussi informativi, telemedicina e domotica) a livello sia nazionale che regionale, nonché alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65, prevedendo lo sviluppo di nuovi progetti di telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali (Missione 6).

Secondo la Commissione di The Lancet e Financial Times "Governing health futures 2030: growing up in a digital world" (Kickbusch et al., 2021), le trasformazioni digitali devono essere considerate uno tra i più importanti determinanti della salute dei nostri tempi. La Commissione mette in guardia sul fatto che, senza un approccio precauzionale, fondato sui valori e sulle specificità della professione medica, le trasformazioni digitali



non porteranno miglioramenti alla salute di tutte le persone. A questa esortazione fa eco il Presidente della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), Filippo Anelli, sottolineando l'importanza della partecipazione pubblica nella determinazione delle priorità e nel co-design delle soluzioni utili al miglioramento degli obiettivi di salute e alla promozione della qualità di vita, nonché una sempre più adeguata preparazione del personale medico (Anelli, 2021).

I processi di digitalizzazione nel campo sanitario comprendono gli sviluppi negli ambiti della telemedicina, dell'intelligenza artificiale e dei big data. Per quanto riguarda la telemedicina (che comprende ambiti come televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e l'utilizzo di piattaforme digitali per la condivisione di dati e informazioni), l'invito è sempre più a considerarla come l'evoluzione digitale della medicina tradizionale, che può contare su un insieme di strumenti utili a far comunicare il personale sanitario e il/la paziente a distanza, oltre che ad agevolare l'erogazione di servizi sanitari (dalla diagnosi, alla terapia, ai controlli) senza dover necessariamente prevedere spostamenti e incontri fisici (Gensini, Bramanti e Donigagli, 2021). In quest'ottica la telemedicina non deve essere vista solo come una modalità con cui la tecnologia digitale assiste la pratica clinica, ma come uno strumento per realizzare una medicina incentrata sulle tecnologie digitali e, in quanto tale, da ristudiare e riprogrammare. Perché ciò avvenga, è importante che la progettazione delle soluzioni tecnologiche e la trasformazione dei processi di cura e di assistenza vada di pari passo. È anche importante sottoporre le tecnologie digitali, come le altre forme di tecnologia sanitaria, a processi di studio e valutazione degli aspetti etici, legali e sociali, nonché dell'efficacia/efficienza in base ai bisogni reali delle persone, in una logica di ricerca-sperimentazione.

La sfida della digitalizzazione non è scevra da rischi. Per citarne alcuni, resi più manifesti dalla pandemia, esiste un divario generazionale e sociale nell'accesso alle tecnologie, che ha reso alcune fasce della popolazione – in condizioni di maggiore vulnerabilità – di fatto escluse da determinati servizi o agevolazioni. Esempi diffusi sono le difficoltà per le persone anziane (soprattutto sole) di accedere ai servizi tramite strumenti digitali, e quelle delle famiglie in condizioni socioeconomiche precarie di possedere i dispositivi necessari a garantire sempre più connessioni simultanee per esigenze lavorative e scolastiche.

Su un piano più strutturale, le questioni in campo riguardano anche l'intreccio tra digitalizzazione e forme di sorveglianza e controllo, da parte di poteri pubblici o privati. Gli accordi siglati tra governi e grandi multinazionali per programmi e app di tracciamento dei casi di COVID-19 ha suscitato, in diversi Paesi, più di una preoccupazione relativa alla poca trasparenza e allo scarso controllo pubblico sulla proprietà e la gestione dei flussi informativi (PHM et al., 2022). specularmente, esistono ancora enormi barriere normative e infrastrutturali per la condivisione dei dati tra enti distinti, che rendono molto complessa l'integrazione di informazioni potenzialmente utili per la cura della persona. L'assenza di database integrati di dati sanitari e sociali, per esempio, impedisce una visione della salute ampia e limita le possibilità di azione multiprofessionale sui diversi fronti del "bisogno". Essa rappresenta un limite anche sotto il profilo della produzione di conoscenza, sia a fini scientifici (dove si riproduce dunque

una visione di salute schiacciata sul profilo biomedico) sia di programmazione sociale e sanitaria.

La condivisione dei dati provenienti dalla routine dei processi di cura e di assistenza dovrebbe quindi essere una componente essenziale di un'infrastruttura di salute digitale. Tale condivisione è cruciale per supportare la profonda trasformazione prevista dal PNRR nei modelli innovativi sulla continuità dell'assistenza territoriale e tra domicilio, servizi di prossimità e ospedali, per "fare squadra" intorno e con la persona integrando l'erogazione di servizi formali, l'assistenza informale e l'auto-cura. Per favorire la continuità dei processi occorre che i dati siano concepiti per un uso multiplo da parte di tutti gli attori, dunque strutturati (quindi riconoscibili e interpretabili), omogenei (quindi aggregabili), di qualità (validati e completi). È infine indispensabile una forte governance pubblica e una dinamica partecipativa per superare la frammentazione e porre al centro diritti e benessere di singoli e collettività.

## Bibliografia

Anelli, F. (2021). Le tecnologie digitali possono migliorare la salute?, *Monitor*, 46: 15-16.

Ascoli, U. (2020). Welfare e Terzo settore, *Parolechiave*, 2: 179-193.

Bernardoni, A. (2020). Un New Deal fondato su collaborazione e territorio, *Impresa Sociale*, 18 maggio. <https://www.rivistaimpresasociale.it/forum/articolo/un-new-deal-fondato-su-collaborazione-e-territorio> [27.05.2022]

Bernardoni, A. & Picciotti, A. (2019). I big players del settore socio-assistenziale: trasformazioni in corso, *Impresa Sociale*, 13/2019: 43-53.

Bifulco, L. (2016). Citizenship and governance at a time of territorialization: The Italian local welfare between innovation and fragmentation, *European Urban and Regional Studies*, 23(4): 628-644.

Bonaldi, A., Celotto, S., Lauriola, P. & Mereu, A. (2021) (a cura di). *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care*. Perugia: Cultura e Salute editore.

Borzaga, C. (2018). Fin dove si può spingere la concorrenza senza causare danni invece che vantaggi?, *Welfare Oggi*, 2 (marzo/aprile).

Borzaga, C. (2020a). La rilevanza economica del terzo settore: l'impatto della riforma, *Euricse Working Paper Series*, 112/20.

Borzaga, C. (2020b). I fondamenti economici della sentenza della Corte. In: S. Pellizzari & C. Borzaga (a cura di), *Terzo settore e pubblica amministrazione. La svolta della Corte costituzionale*. Trento: Euricse instant book, pp.21-26. <https://euricse.eu/publications/terzo-settore-e-pubblica-amministrazione-la-svolta-della-corte-costituzionale/> [27.05.2022]

Borzaga, C. (2021). A trent'anni dalla 381, *Impresa Sociale*, 4/2021: 4-8.

Borzaga, C. & Lepri, S. (1987). Nuove forme di cooperazione: l'esperienza delle cooperative di solidarietà sociale, *Rivista della Cooperazione*, 30/1987.

- Borzaga, C. & lanes, A. (2021). La cooperazione sociale e il volontariato organizzato. Un tornante della storia, *Impresa Sociale*, 4/2021: 9-16.
- Brenner, N. (2009). Open questions on state rescaling, *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 2(1): 123-139.
- Calabrese, G.G. & Falavigna, G. (2021). Le cooperative sociali prima e durante il Covid-19. Un'analisi economico-finanziaria tramite benchmarking, *Impresa Sociale*, 3/2021: 50-60.
- Campagna PHC (2021). *Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia*. [https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro\\_1v.pdf](https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro_1v.pdf) [14.01.2022]
- Campanini, A. (2013) (a cura di). *Nuovo dizionario di servizio sociale*. Roma: Carocci.
- Caserta, L. (2020). *Integral medicine for wellness cities*. Pellaro, Reggio Calabria: Calabrian Association of Hepatology - Foundation of Medical Solidarity (non pubblicato).
- Cotturri, G. (2020). Cittadinanza attiva e volontariato partecipativo. In: R. Frisanco (a cura di), *La solidarietà è reato? Le nuove profezie del Volontariato*. Roma: Associazione Luciano Tavazza.
- Da Col, P. & Trimarchi, A. (2021). Un patto sulla non autosufficienza, *Saluteinternazionale.info*, 22 novembre. <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/un-patto-sulla-non-autosufficienza/> [14.01.2022]
- Decarolis, F. (2014). Awarding Price, Contract Performance, and Bids Screening: Evidence from Procurement Auctions, *American Economic Journal: Applied Economics*, 1: 108-132.
- Di Nicola, P. & Pavesi, N. (2012). L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria. In: G. Bertin (a cura di), *Welfare regionale in Italia*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari, pp. 209-266.
- Donati, P. (1986) (a cura di). *Salute e complessità sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Euricse (2015). *Economia cooperativa. Rilevanza, evoluzione e nuove frontiere della cooperazione italiana. Terzo Rapporto*. A cura di: C. Borzaga. Trento: Euricse.
- Farris, R.S. & Marchetti, S. (2017). From the Commodification to the Corporatization of Care: European Perspectives and Debates, *Social Politics*, 2: 109-131.
- Fazzi, L. (2014). Pubblica amministrazione, governance e terzo settore: i dilemmi del nuovo welfare in Italia, *Rivista trimestrale di Scienze dell'Amministrazione*, 1: 5-22.
- Fazzi, L. (2021). Coprogettare e coprogrammare: i vecchi dilemmi di una nuova stagione del welfare locale, *Impresa sociale*, 3/2021: 30-38.
- Folgheraiter, F. (2009). Integrazione socio-sanitaria, *Lavoro sociale*, 3/2021: 435-448.
- Galera, G. (2020). Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del terzo settore, *Impresa Sociale*, 2/2020: 88-122.
- Gensini, G., Bramanti, P. & Donigagli, G. (2021). Cosa si intende per telemedicina, *Monitor*, 46: 7-10.
- Giorgi, C. & Pavan, I. (2021). *Storia dello Stato sociale in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- lanes, A. (2009). La cooperazione sociale come storia di impresa, *Imprese e storia*, 37/1: 85-130.



- lanes, A. & Borzaga, C. (2006). *L'economia della solidarietà, storie e prospettive della cooperazione sociale*. Roma: Donzelli Editore.
- Istat/Euricse (2021). *L'Economia Sociale in Italia. Dimensioni, caratteristiche e settori chiave*. Rapporto a cura di: C. Borzaga, M. Calzaroni, E. Fontanari & M. Lori.
- Jop, S. (2020). Dobbiamo riprenderci la società della cura creata dal Sistema Sanitario Nazionale, *cheFare*, 28 aprile. <https://www.che-fare.com/jop-covid-19-fase2-buget-salute/> [14.01.2022]
- Kickbusch, I. et al. (2021). The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world, *The Lancet*, 398: 1727-1776.
- Maciocco, G. (2021). PNRR. Quale idea di sanità territoriale?, *Saluteinternazionale.info*, 26 maggio. <https://www.saluteinternazionale.info/2021/05/pnrr-quale-idea-di-sanita-territoriale/> [14.01.2022]
- Marocchi, G. (2017.) La prossimità farà evolvere il nostro welfare?, *Welfare oggi*, 5: 7-12.
- Moschetti, M. (2016). Sussidiarietà, nuovo welfare e coprogettazione. In: M. Brunod, M. Moschetti M. & E. Pizzardi (a cura di), *La coprogettazione sociale*. Trento: Erickson, pp. 47-77.
- Pastori, G. (2002). Sussidiarietà e diritto alla salute, *Diritto pubblico*, 1: 85-97.
- Pavolini, E. & Ranci, C. (2008). Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term Care in Western European Countries, *Journal of European Social Policy*, 3: 246-259.
- PHM, Medact, Third World Network, Health Poverty Action, ALAMES, Medico International, Viva Salud & Sama (2022). *Global Health Watch 6*. Londra: Bloomsbury International.
- Pisani, G. (2019). *Welfare e trasformazioni del lavoro*. Roma: Ediesse.
- Pollo, D. & Rao, S. (2018). Il progetto "Tutti in rete": esperienze di sostegno alla domiciliarità, / *luoghi della cura online*, 1 giugno. <https://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2018/06/il-progetto-tutti-in-rete-esperienze-di-sostegno-alla-domiciliarita/> [14.01.2022]
- PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021). <https://www.mef.gov.it/focus/II-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/> [27.05.2022]
- Ranci Ortigiosa, E. (2004). Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari dopo la legge 328/2000, *Tendenze nuove*, 6: 533-542.
- Rossi, P. & Colombo, M. (2019). Non sarà un'avventura? L'innovazione delle partnership pubblico-privato e la co-progettazione dei servizi di welfare sociale, *Stato e mercato*, 3: 411-447.
- Sparano, F. (2021). Dieci anni di definanziamento della sanità pubblica. Dato per dato, *Altreconomia*, 1 settembre. <https://altreconomia.it/dieci-anni-di-definanziamento-della-sanita-pubblica-dato-per-dato> [14.01.2022]
- Torretta, P. (2021). La legge n.328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale, *Federalismi.it*, 23: 190-230.
- Turchini, A. (2019) (a cura di). *Terzo settore e servizi di welfare*. Roma: Inapp report.
- Vitale, T. (2013). Governare il welfare locale attraverso la programmazione in una fase di austerità. In: E. Polizzi, C. Tajani & T. Vitale (a cura di), *Programmare i territori del welfare*. Roma: Carocci, pp.17-52.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978. Geneva: WHO (Health for All Series N° 1).

WHO (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva: WHO.

WHO (2018a). Declaration of Astana. *Global Conference on Primary Health Care*, Astana, Kazakhstan, 25-26 ottobre 2018. WHO and UNICEF.

WHO (2018b). *Building the economic case for primary health care: a scoping review*. Geneva: WHO.