



Citation: Antonella Cammarota, Valentina Raffa (2020) Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?. *Società Mutamento Politica* 11(22): 265-274. doi: 10.13128/smp-12653

Copyright: © 2020 Antonella Cammarota, Valentina Raffa. This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<http://www.fupress.com/smp>) and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

Passim

Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?

ANTONELLA CAMMAROTA, VALENTINA RAFFA*

Abstract. The coronavirus pandemic that has brought Italy (like many other countries) to its knees brings to the surface in a brutal way the criticality of the health policy choices taken by the government in the last thirty years, guided by the principle of subordination of the quality of care to cost efficiency. The priority has been to maximize profit by sacrificing the quality of care and health services. All this forces us to redefine the terms and categories with which we read and interpret today the issues related to the physical and mental health of citizens and the policies that govern it. Starting from this, the aim of this article is to reflect on the limits of contemporary health policies and the urgency of rethinking them in terms of a greater capacity to reconcile people's needs with a better use of public resources. To this end, the article will focus on bottom-up health policy practices that try to guarantee, at the same time, the quality of care and a better use of health spending, through the analysis of the experience of the Solaris association in Rome working in the field of mental health.

Keywords. Neoliberalism, health policies, mental health, bottom-up policies, welfare-mix.

INTRODUZIONE

La pandemia da coronavirus che ha messo in ginocchio l'Italia, come molti altri paesi, ha fatto emergere in maniera brutale, tra le altre cose, le criticità delle scelte politiche in materia di sanità prese dal governo negli ultimi trent'anni. Scelte guidate dal principio di subordinazione della qualità della cura all'economicità. Prioritario è stato massimizzare il profitto a scapito di una sanità sempre più sacrificata in termini di numero di servizi e qualità delle cure. Quanto accaduto non può non suggerire la necessità di ridefinire termini e categorie con le quali oggi leggiamo le questioni relative alla salute fisica e psichica dei cittadini e le politiche che la regolano. A partire da ciò, l'obiettivo di questo articolo è contribuire alla riflessione sui limiti delle politiche sanitarie contemporanee e sull'urgenza di ripensarle nei termini di una

* Il saggio è frutto di un lavoro congiunto. Per un riconoscimento formale delle sezioni, sono da attribuire a Valentina Raffa i seguenti paragrafi: *Introduzione*, *Una questione politica: la salute globale*, *Politiche sanitarie e neoliberismo in Italia*, *Conclusioni*; è da attribuire ad Antonella Cammarota il paragrafo: *Il campo della salute mentale: l'associazione Solaris Onlus e il progetto "Le Chiavi di casa"*.

maggiore capacità di soddisfare i bisogni delle persone, di rispettare il loro sentire e di permettere un migliore uso delle risorse pubbliche e una riduzione delle spese.

Le politiche neoliberiste che, a partire dagli anni Ottanta, dirigono la politica mondiale in accordo alla linea liberista del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale, hanno avuto come conseguenza un aumento delle disuguaglianze in salute su scala globale (Missoni, Pacileo 2005) e una sempre minore garanzia di giustizia sociale (Ferrera 2012).

Esse hanno prodotto in molti paesi europei un significativo taglio alla spesa pubblica nei servizi sanitari, la privatizzazione dei servizi di cura e l'impovertimento delle strutture sanitarie. Hanno incentivato, inoltre, la mobilità dei professionisti sanitari dai paesi cosiddetti "in via di sviluppo" a quelli cosiddetti "sviluppati" e il trasferimento delle tecnologie sanitarie dai paesi più ricchi a quelli più poveri senza regolamentazione. Hanno contribuito, infine, alla diffusione a lungo raggio della biomedicina¹ come unico strumento di cura (Navarro, 2004:1-40).

Su un piano culturale e simbolico, l'ideologia liberista ha trasformato i pazienti in "clienti", le operazioni in ambito sanitario in attente operazioni di marketing, e la salute da diritto a bene di consumo soggetto alle leggi del mercato. Lo stato di salute è divenuto misurabile sulla base di alcuni determinanti tra cui il reddito, la povertà (misurata sulla base della capacità della famiglia di acquistare gli alimenti di base), l'occupazione e il livello di educazione. L'ideologia neoliberista ha accelerato il processo di medicalizzazione dei corpi e delle vite (Zola 1972; Illich 1975; Conrad 2007; Maturo 2007), imbrigliando qualsiasi forma di diversità dentro l'etichetta di malattia e moltiplicando, così, il numero delle patologie con delle pesanti implicazioni in termini identitari, di riconoscimento e di esclusione sociale. A fronte dell'attuale crisi economica globale e delle sue ricadute sulle politiche sanitarie è quanto mai necessario ripensare a delle politiche di salute più umanizzate, che si basino sul recupero della centralità del corpo e della dimensione sociale e culturale della malattia, e che non subordinino il soddisfacimento dei bisogni di cura e il loro carattere sociale al principio di economicità.

¹ La biomedicina è quel sapere medico "scientifico o positivista" vigente nella cultura occidentale che interpreta la malattia come il malfunzionamento del sistema corpo e che, ponendo al centro il paziente e la sua valutazione individuale, analizza il sintomo, fa una diagnosi e provvede ad una prestazione riparativa senza però tenere in conto la sua rete di relazioni e la "rete semantica" che ruota intorno la sua malattia (ovvero le esperienze, le parole, le azioni presenti nel suo vissuto) (Good 2016). Ne consegue una standardizzazione della cura che spesso non coincide con i reali bisogni della persona che soffre.

In ragione della crescente difficoltà da parte degli Stati di garantire il diritto alla salute dei propri cittadini, è interessante, in termini di ricerca, rivolgere l'attenzione ai tentativi attuati dalla società civile di mitigare gli effetti delle crisi economica, sociale e politica per i gruppi sociali più vulnerabili.

Fenomeno, quest'ultimo, in larga diffusione che rientra nella categoria concettuale di *welfare mix* nella quale si riconosce una valenza positiva agli attori che non agiscono per fini economici diretti (Colombo 2012). L'analisi acquista un maggiore interesse se si confronta con alcune letture che interpretano il *welfare mix* come «sinonimo di penetrazione, con e attraverso lo Stato, delle logiche del mercato nel sistema di protezioni sociali» (Colombo 2012).

A tal fine, se la prima parte di questo contributo ricostruirà il processo politico che ha portato alla penetrazione delle logiche neoliberiste nella sanità in Italia, la seconda si focalizzerà sull'analisi di pratiche politiche dal basso nel campo della salute mentale attraversando l'esperienza dell'associazione Solaris di Roma. Il caso analizzato può rappresentare un esempio italiano della tendenza del Terzo settore a collocarsi in quello spazio politico interstiziale nel quale poter ricostruire reti, generare percorsi di *empowerment*, mettere in atto politiche sanitarie che tentano, non senza fatica e conflitti o contraddizioni, di garantire al tempo stesso umanizzazione delle cure, qualità di vita dei pazienti e risparmio per la spesa pubblica.

UNA QUESTIONE POLITICA: LA SALUTE GLOBALE

Qualsiasi riflessione sulla salute e sulle politiche ad essa connesse non può prescindere da un inquadramento della questione in termini politici. A tal fine introduciamo nella nostra analisi la categoria della "salute globale" (Missoni, Pacileo 2005), che rimanda non solo al fatto che la salute sia legata alle politiche globali dei governi, del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale e ai processi di globalizzazione (commerci globali, migrazioni...), ma anche all'idea olistica di salute che va oltre la semplice mancanza di un disturbo fisico.

Siamo nel 1948 quando, per la prima volta, la neonata Organizzazione Mondiale della Sanità traghettò il concetto di salute all'interno di un contesto globale. Nel preambolo alla sua Costituzione, definì la salute, fino ad allora considerata uno stato che indicasse la mera assenza di malattia o infermità, come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", segnando una tappa importante nel processo di elaborazione di un nuovo

paradigma per la salute e le politiche sanitarie. Inserirlo, inoltre, la salute tra i diritti fondamentali² per due ragioni. La prima è etica: tutti hanno diritto a stare in salute; la seconda è pratica e geopolitica: le disuguaglianze rappresentano un pericolo per la sicurezza di un paese e per il mantenimento della pace mondiale.

Nel 1978 la Dichiarazione di Alma Ata, in Kazakistan, riconobbe nell'assistenza sanitaria primaria (*Primary health care*) il principale strumento attraverso cui poter raggiungere l'obiettivo della salute per tutti (stabilito all'anno 2000), nel segno di uno sviluppo basato sulla giustizia sociale. Alma Ata aveva rappresentato una vera rivoluzione nel processo di ri-orientamento dei sistemi di salute, introducendo una visione basata sull'equità, sulla prevenzione, sull'utilizzo di una tecnologia appropriata e sulla partecipazione comunitaria (Missoni, Pacileo 2005).

Quest'ultimo elemento era innovativo perché la comunità diventava per la prima volta soggetto dell'azione e non oggetto; ad essa veniva dato il compito d'individuare i problemi e trovare le soluzioni.

La salute globale si configura, dunque, come una categoria costruita progressivamente a partire dalla fine della seconda guerra mondiale e funzionale allo "sviluppo" delle nazioni. Di essa è responsabile l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con struttura piramidale e costituita da rappresentanti dei vari paesi membri (l'OMS ingloba le Americhe, l'Europa, il Pacifico occidentale, l'Africa, il Mediterraneo orientale, il Sudest asiatico). I finanziamenti provengono per il 27% dai paesi a contributi obbligatori e per il 73% da quelli volontari³; ogni anno, inoltre, l'OMS viene finanziata dal settore privato, come la fondazione Bill Gates che è uno dei principali soggetti sovvenzionatori. Gli attori globali in sanità sono i donatori bilaterali (i governi) e quelli multilaterali (le organizzazioni internazionali). I principali donatori bilaterali sono gli Stati Uniti seguiti dalla Gran Bretagna. Ne deriva che gli USA sono i primi architetti delle politiche sanitarie a livello globale, con la conseguenza di una maggiore loro influenza sulle politiche di salute dei vari Stati.

Il concetto di salute globale (che ci suggerisce che la salute, lungi dall'essere semplicemente un fatto biologico, è anche un fatto politico e sociale) rimanda all'importanza di affrontare il tema su un terreno più composito (non solo su quello del corpo), con l'aiuto di strumenti e approcci multidisciplinari. Se la salute dipende da vari fattori e processi politici, economici e sociali,

essa stessa costituisce un misuratore di questi processi (Ardigò, Bodini 2010)⁴. Diventa facile, così, individuare il soggetto responsabile di quella che Martino e Bodini definiscono la «negazione della salute», ovvero «i processi attivi ed arbitrari che agiscono a monte dei fattori determinanti un buono stato di salute» e che determinano una forte disparità all'interno della popolazione mondiale, una parte della quale, quella più povera ed emarginata appunto, continua purtroppo a persistere in un precario stato di salute (Ardigò, Bodini 2010: 47).

POLITICHE SANITARIE E NEOLIBERISMO IN ITALIA

Il "Trentennio Glorioso" che abbraccia il periodo tra il 1945 e il 1975 fu, per tutta l'Europa, un momento di sviluppo e di espansione. L'estensione della protezione offerta dallo Stato fu accompagnata da una crescita sostenuta della spesa sociale (Ferrera 2012).

A partire dalla metà degli anni Settanta, però, il Welfare conobbe un processo di crisi dovuto alle progressive trasformazioni dei sistemi sociali dinanzi alle sfide del neoliberismo che mostrò l'inadeguatezza del vecchio sistema ad affrontare problemi inediti (Esping-Andersen 1990; Ferrera, Hemerijck, Rhodes 2000; Gilbert 2002; Craig, Porter 2006; Clarke 2008; Bonoli 2007; Ferrera 2012). Da una parte l'avvento del sistema economico postfordista, centrato sul decentramento produttivo e sulla flessibilità dei rapporti di lavoro, dall'altro determinanti di carattere demografico (un progressivo invecchiamento della popolazione), sociale (la partecipazione femminile al mercato del lavoro e la ridefinizione dei rapporti di genere e dei diritti delle donne), culturale (tendenza alle aspettative crescenti nei confronti delle provvidenze pubbliche a fronte dell'austerità imposta dalla crisi economica) e politico (perdita di centralità dello Stato-nazione sia nel processo di redistribuzione sia nel processo giurisdizionale) hanno generato la necessità di riadattamenti istituzionali per tutto il corso degli anni Ottanta, lasciando il posto, negli anni Novanta, ad un lungo processo di riforme politiche incentrate sul controllo dei costi e sulla riduzione di molte prestazioni tradizionali (Ferrera 2012). In Europa, i settori maggiormente colpiti dalle politiche di restringimento dei costi sono stati quelli previdenziale e sanitario (in quest'ultimo caso le misure sono coincise con il contenimento dei consumi e l'accrescimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi), talvolta senza che il governo contrattasse con i portatori d'interessi, come nel caso di

² Art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.

³ Dalla lezione di Eduardo Missoni sull'organizzazione dell'OMS, all'interno del corso pilota internazionale "Salute globale e sviluppo" tenutosi presso l'Università di Milano-Bicocca il 2/02/2011.

⁴ Ardigò M., Bodini C., *La salute negata: da Alma Ata ai Millennium Development Goals, e ritorno*, in Pellicchia U., Zanotelli F. (a cura di), *La cura e il potere*, ed.it, Firenze, 2010, pp. 45-67.

Margaret Thatcher nel Regno Unito. Come nota Ferrera (2012: 38), tuttavia, i governi europei hanno scelto per lo più la strada dell'“inseguimento adattivo”, ovvero poche riforme strutturali e molti tagli «nelle linee marginali di minore resistenza sociopolitica» per evitare di perdere consenso elettorale.

Per capire come l'Italia ha risposto alle strategie di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria dagli anni Settanta in poi, è utile ripercorrere brevemente la storia delle politiche sanitarie italiane, a partire dal 1978, anno in cui, in un panorama europeo conservatore in termini di riformismo sanitario, il sistema mutualistico fino ad allora vigente lasciò il posto al Sistema Sanitario Nazionale. Naturalmente si trattò di un processo trasformativo avvenuto per tappe che qui possiamo sintetizzare con alcune date⁵: 1958, istituzione del Ministero della Sanità; 1968 (legge n. 132), istituzione degli enti ospedalieri; 1977 (legge n. 349) soppressione degli enti mutualistici aventi funzioni di assistenza sanitaria; 1978 approvazione della legge n. 833 che istituiva il SSN.

Ma sono gli anni Ottanta, però, ad interessarci in quanto inaugurano un'era di ripensamento dei sistemi di *governance* sanitaria, in Italia e in Europa, dovuta alla necessità di rispondere a dinamiche socio-demografiche, economiche, politiche e culturali (dalla medicalizzazione crescente al sistema degli incentivi per i consumatori, i medici fornitori di servizi, i finanziatori) che hanno generato conseguenze negative soprattutto sul piano economico. Si è proceduto, pertanto, all'attuazione di strategie di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria che ruotavano intorno a tre linee d'intervento: 1) il razionamento dei servizi, ovvero la consistente riduzione delle prestazioni gratuite per i cittadini; 2) l'adozione di misure restrittive sul versante dell'offerta; 3) la managerializzazione della produzione sanitaria, ovvero la ridefinizione delle aree di responsabilità finalizzate all'aumento dell'efficienza del sistema. Uno dei problemi principali che il SSN dovette affrontare in questi anni fu il contrasto tra i livelli di governo; non avendo la legge n. 833/1978 chiarito chi, tra Stato e regioni, avesse la priorità nella definizione delle linee d'intervento in sanità e nella gestione del lavoro delle Usl, si verificavano spesso differenze nell'implementazione di politiche economiche in sanità da parte dello Stato (maggiormente attento al contenimento della spesa) e da parte delle regioni (più propense a spendere le risorse anche oltre i limiti consentiti). Questo meccanismo contribuì ad acuire la crisi finanziaria e ad aumentare la sovrapposizione di ruoli, ma mise in evidenza un'ulteriore complessità, ovvero la variabilità interregionale che Vicarelli (1997) attribuisce, da una

parte, alla composizione sociodemografica di ciascuna regione, dall'altra, ai differenti comportamenti politici nell'utilizzo delle risorse e nella programmazione. Infine, la forte caratterizzazione politica delle Usl trasformò queste strutture in centri di potere per la costruzione del consenso elettorale, con il conseguente controllo politico delle procedure tecnico-amministrative e la proliferazione di fenomeni di corruzione (Maino 2012).

Gli anni Novanta sono stati per l'Italia, così come per molti paesi europei, gli anni del decentramento; se, infatti, il governo centrale si mostrava sempre meno interessato a gestire questo delicato ambito poiché troppo complesso e rischioso da un punto di vista del consenso, al contrario le regioni mostrarono sempre maggiore interesse, proprio per l'opportunità che avevano di ampliare il loro bacino di consenso (Maino, Pavolini 2008).

A partire dal 2000 prese avvio un processo che culminò nel federalismo fiscale in campo sanitario, vale a dire in un'ampia autonomia finanziaria alle regioni (Maino 2004) che produsse una differenziazione tra una regione e l'altra non solo nella spesa sanitaria, ma anche nell'offerta dei servizi. Questa “regionalizzazione”, intorno alla seconda metà del 2000, costrinse il governo centrale a prevedere dei piani di rientro con cui monitorare le regioni.

Come mette in evidenza Maino (2012), la stagione delle grandi riforme in campo sanitario ha fatto emergere due questioni centrali: da una parte il fatto che la politica sanitaria sia stata condizionata non solo dal Ministero della salute ma anche da quello dell'Economia e della Finanza; dall'altra, che essa sia stata decisa prevalentemente a livello regionale, avendo costituito uno degli assi intorno ai quali si è sviluppato il conflitto tra Stato e regioni. Queste considerazioni ci riportano alla necessità di trattare la salute nei termini di una questione politica globale.

La grande trasformazione avvenuta negli ultimi trent'anni e che ha interessato tutte le politiche pubbliche si è sviluppata lungo più traiettorie, la principale delle quali è stata il passaggio dal pubblico al privato. Le operazioni di privatizzazione (la cui ratio era da ricercare nell'insostenibilità dei vecchi sistemi ma anche nell'ideologia neoliberista che sponsorizzava la libertà dell'individuo di scegliere in un mercato plurale del *welfare*) sono state accompagnate dal *contract state* (Lipsky, Smith 1993) e dalla rivoluzione manageriale (Clarke, Newman 1997).

Quest'ultima ha interessato in maniera incisiva tutta la pubblica amministrazione, estendendosi anche ai servizi sociali e ai servizi alla persona, tanto da stimolare la nascita, negli ultimi vent'anni, di un importante dibattito internazionale sul rapporto tra “managerialismo” e *human services* (tra gli altri, Aucoin 1990; Clarke 1996;

⁵ Ferrera M. (2012) (a cura di), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

Lyons 1998; Hardt, Negri 2001; Rogowski 2011; Tousijn 2013; D'Albergo, Moini 2019). Hardt e Negri (2001) evidenziano come l'ideologia managerialista sia riflesso del dominio del capitale, ovvero di ciò che essi definiscono "Impero", una nuova fase di espansione capitalistica a livello globale i cui protagonisti principali sono gli Usa, la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, il G8, la Nato, le multinazionali.

Essa ha prodotto quella che Clarke (1996) ha definito la *marketization* del sistema di welfare, ovvero la crescente presenza di fornitori privati di servizi alla persona, dando vita ad una *mixed economy* in cui lo Stato perde centralità come *services provider* a favore del privato e delle famiglie, e ad un tipo di fornitura "informale". Nella *mixed economy*, dunque, si trovano a competere nella fornitura di servizi alla persona *provider* pubblici e *provider* privati, soprattutto del privato sociale (Clarke 1996; Cataldi, Touseijn 2013). Il sistema dei servizi alla persona non si riferisce più alla società o alla comunità ma, come spiegano Tsui e Cheung (2004), al mercato, essendo il profitto dell'impresa l'obiettivo ultimo dei manager, l'efficienza (intesa come economicità) e non l'efficacia il parametro di ogni azione e la qualità coincidente con lo standard. A proposito di quest'ultimo punto, è da evidenziare come la definizione degli standard e la misurazione delle performances basati esclusivamente sugli elementi quantificabili risultino inadeguate a valutare la qualità dei servizi alla persona che necessiterebbe di strumenti più complessi e approfonditi; l'ossessionante attenzione alla documentazione burocratica, inoltre, diminuisce la qualità dei servizi, essendo i professionisti esasperati dall'espletamento delle pratiche burocratiche (Tsui, Cheung 2004). Secondo Harlow *et al.* (2013), una delle conseguenze maggiori di questo processo è la deprofessionalizzazione degli operatori e la perdita dell'autonomia professionale; a questo proposito altri studiosi (Lymbery 1998; Jones 2001; Green 2009) parlano di snaturalizzazione del lavoro dei professionisti.

Il neoliberismo, com'è evidente, ha prodotto delle profonde trasformazioni su vari livelli, mutando la forma dei sistemi di cura, e in generale dei sistemi di *welfare*, incidendo persino sulla "morfologia" del modello scandinavo (Dahl 2012; Andersson, Kvist 2015). Il passaggio dal pubblico al privato, o meglio la sostituzione del pubblico con il privato, sintetizza secondo Colombo (2012) l'essenza del *Welfare mix*, e si esplica «nella proprietà delle agenzie impegnate nella fornitura di welfare, ma anche a livello concettuale, dove l'interesse della collettività è soppiantato dagli interessi atomizzati dei singoli individui, coordinati dai mercati»⁶.

Per questa ragione il sociologo interpreta il *Welfare mix* come sinonimo della penetrazione delle logiche del mercato nel sistema di protezioni sociali, costituendo un compromesso riformista più "prudente" rispetto al riformismo radicale del neoliberismo fondato sulla totale privatizzazione del sistema di protezione. Tale riformismo "prudente" si è realizzato attraverso la determinazione di un mercato plurale del welfare con il «riconoscimento giuridico e l'ampliamento del raggio d'azione delle agenzie del settore non profit» (Colombo 2012).

Secondo questa lettura, dunque, il Terzo settore costituirebbe un "vettore di privatizzazione", reso ancora più solido da un ordine del discorso (Foucault 1971) che, esaltando l'orizzontalità tra i diversi attori e concetti come quelli di *governance* e di solidarietà spontanea, non farebbe altro che offuscare gli interessi economici in ballo nel processo di privatizzazione confondendoli con azioni di altruismo (Colombo 2012).

Autori come Zamagni, dall'altra parte, suggerirebbero di guardare alla questione nell'ottica dell' "economia civile" o della finanza sociale, che interpretano l'ordine sociale fondato su tre pilastri: il pubblico (lo Stato), il privato (il Mercato), e il civile (il Terzo settore). Quest'ultimo svolgerebbe oggi un'importante funzione di produzione ed erogazione di servizi sociali e socio-sanitari e godrebbe di un riconoscimento politico di produttore di valore aggiunto. Con l'entrata in vigore della riforma del Terzo settore (D. lgs 117/2017), infatti, si è passato da un regime concessorio, in ragione del quale l'autorità pubblica concede autorizzazione ad un soggetto del Terzo settore che voglia agire senza scopo di lucro, al regime di riconoscimento, in ragione del quale l'autorità pubblica prende atto dell'esistenza di una tale volontà e richiede il rispetto delle regole (Zamagni 2017). In questo modo cadrebbe, secondo l'economista, la visione del Terzo settore come insieme di enti chiamati a bilanciare gli effetti dei fallimenti dello Stato e del Mercato, affermandosi invece la sua rappresentazione «come complesso di istituzioni di regolazione per il controllo in senso equitativo dell'attività economica, per accrescere la dotazione di capitale sociale (di tipo *bridging*) per rafforzare le azioni di *advocacy* (patrocinio) a tutela dei diritti di cittadinanza» (Zamagni 2017). Con la riforma, inoltre, è stato dato riconoscimento alla cultura dell'impatto sociale, ovvero all'importanza della misurazione dell'impatto sociale di un'attività, all'*outcome* del progetto. Come nota Zamagni, intorno a questi discorsi si sono solidificate due posizioni antitetiche: quella neo-liberista secondo la quale il Terzo settore è uno strumento di supporto al «conservatorismo compassionevole», offrendo i livelli minimi di assistenza alla parte più vulnerabile della popolazione lasciata fuori dalla protezione statale

⁶ <https://journals.openedition.org/qds/575>.

e quella neo-statalista che vede nel Terzo settore un elemento di delegittimazione nei confronti dell'intervento pubblico. In entrambi i casi, secondo l'economista, non viene riconosciuto il valore del ruolo del Terzo settore, sia nell'economia (esclusiva del Mercato) che nella solidarietà (esclusiva dello Stato), così come prevedeva il progetto della Modernità fondato sulla neutralizzazione della terziarietà (Zamagni 2006).

Senza voler entrare nel merito di questo dibattito, almeno in questa sede, è innegabile che gli enti del Terzo settore, si pensi ad esempio alle cooperative sociali, presentino delle caratteristiche, come l'innovazione o la resistenza alla crisi o il comportamento socialmente responsabile, riconducibili all'imprenditorialità (Grumo 2017), ma che permettono di elaborare delle soluzioni a problemi sociali nuove e durature che potrebbero essere assunte, in presenza delle giuste condizioni, a modelli d'intervento anche da parte dello Stato.

A questo proposito, ci occuperemo ora di vedere come questo discorso si declina nell'ambito della salute mentale, attraverso l'analisi dell'esperienza dell'associazione Solaris di Roma, promotrice di un programma innovativo che prevede una soluzione abitativa autonoma per alcuni pazienti psichiatrici usciti dalle comunità e l'assistenza domiciliare flessibile e adatta alle esigenze della persona. Un programma che sta avendo successo sia in termini di efficacia e di qualità del servizio che in termini d'impatto economico, potendo garantire costi bassi rispetto a quelli molto più onerosi del sistema di assistenza pubblica.

IL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE: L'ASSOCIAZIONE SOLARIS ONLUS E IL MODELLO DEL *SUPPORTED HOUSING*

In Italia il campo della salute mentale ha sofferto particolarmente per i tagli dei fondi e delle risorse e il processo di regionalizzazione ha prodotto delle significative situazioni di iniquità tra una regione e l'altra.

Facendo riferimento ai dati del RSM relativi all'anno 2015, risulta che in Italia:

il costo complessivo dell'assistenza psichiatrica è stato di € 3.739.512.000 (il 94,0% del costo è relativo alla spesa territoriale), con un costo medio annuo per residente pari a € 73,8. All'assistenza psichiatrica viene assegnato il 3,5% della spesa sanitaria complessiva. L'utenza trattata dai servizi di Salute Mentale nell'anno 2015 è stata di 777.035 soggetti (con un tasso pari a 1.593,8 / 100.000 ab.), mentre l'utenza al primo contatto è stata di 369.569 soggetti (pari al 47,6% dei trattati e a 728,9 / 100.000 ab.). Sono stati trattati 150.287 soggetti (308,3 / 100.000 ab.) con diagnosi di "Schizofrenia altre psicosi funzionali", di cui 30.932 al

primo contatto (61,0 / 100.000 ab.). Le prestazioni erogate sono risultate pari a 10.199.531 (13,5 per utente) (Starace et al. 2017: 10).

L'esperienza dell'associazione Solaris si colloca all'interno di questo quadro economico e dimostra come sia possibile, in tempi di crisi economica, immaginare politiche di salute mentale che migliorino la qualità di vita dei pazienti riducendo i costi.

Essa, così come altre del suo genere, raccoglie l'eredità di un profondo mutamento avvenuto in Italia negli anni Ottanta dopo la chiusura dei manicomi con il processo di de-istituzionalizzazione dell'assistenza psichiatrica. A quel tempo, infatti, proliferarono iniziative spontanee dei familiari delle persone uscite dalle strutture manicomiali che iniziarono a rientrare nella definizione di *caregivers* o *carers* (persone, cioè, che per parte loro "erogano" assistenza). I familiari si organizzarono in associazioni che promuovevano attività di lobbying, avanzando richieste di maggiori risorse pubbliche, rivendicando il diritto di avere voce in capitolo sull'organizzazione e sulla pianificazione dei servizi, o, più recentemente, dando luogo in vario modo ad organizzazioni autonome di assistenza, integrate a quelle pubbliche.

Per di più, l'emergere delle organizzazioni dei disabili (recentemente anche dei disabili psichiatrici), insieme al diffondersi della cultura del consumerismo e dell'*empowerment*, hanno fatto sì che il potere di negoziazione dei destinatari dell'assistenza verso i *providers* (gli "erogatori" ufficiali) si irrobustisse e si diffondesse.

Oggi i familiari, che fino a cinquant'anni fa erano considerati "complici" di un processo di emarginazione e segregazione dei pazienti, si collocano nel campo come soggetti attivi, non solo portatori di rivendicazioni, ma anche promotori d'iniziative, grazie alla maggiore consapevolezza della complessità della malattia mentale e del suo trattamento (Barazzetti et al. 2014). Dall'altra parte, sull'onda dei movimenti dei disabili, gli utenti e gli ex-utenti dei servizi di salute mentale iniziarono a costituirsi, a partire dagli anni Ottanta e soprattutto negli USA, come gruppi di pressione politica. Sebbene con posizioni differenziate (più o meno radicali, più o meno "riformiste") al loro interno, l'emergenza e la visibilità di questi movimenti hanno finito per influire in modo significativo sulle politiche per la salute mentale di diversi paesi. Si tratta di un processo tuttora in corso, che coinvolge non solo gli utenti, ma anche ampie componenti del mondo accademico e professionale della psichiatria, con il supporto dell'OMS e delle Nazioni Unite, e che, nel suo complesso, è divenuto noto come *recovery movement* (Farkas 2007; D'Avanzo, Maone 2015).

Non si può qui riassumere l'insieme delle istanze e delle caratteristiche di questo fenomeno. Ma ciò che è

importante segnalare è che grazie a esso si stia innescando un processo di ampie dimensioni, teso a trasformare i rapporti di potere fra utenti e servizi, e in cui è chiesto a questi ultimi di considerare la malattia mentale solo come *una* componente della persona nel suo complesso, e di rivolgere l'attenzione ai bisogni reali per come vengono espressi dagli stessi utenti. Le risposte a questi bisogni vengono identificati non solo nella dimensione del *trattamento* della malattia, ma a tutta la sfera di esigenze relative al "ricostruirsi una vita al di là della malattia".

Se guardiamo ad alcune che indagano sul giudizio che i familiari hanno dei servizi psichiatrici vediamo che i risultati sono spesso contraddittori (Barazzetti *et al.* 2014). Due esempi ci possono servire a riassumerle. Il primo è fornito dai risultati di uno studio che ha evidenziato che, da una parte, la maggioranza dei familiari (circa $\frac{3}{4}$) sente di poter contare sul supporto dei servizi; dall'altra, il 40% di essi dichiara di "non farcela più ad andare avanti" (Magliano *et al.* 2001). Risultati analoghi ha prodotto un'indagine co-promossa dalla più numericamente importante associazione di familiari alcuni anni dopo, dove è emerso, fra l'altro, come i familiari esprimano esigenze più evolute e mature (maggiori informazioni e maggiore coinvolgimento nelle decisioni) rispetto a un generico bisogno di assistenza (Bajoni *et al.* 2010).

Fortunatamente, nuove modalità d'intervento si stanno facendo strada nei servizi, in particolare le prassi dei gruppi multifamiliari, nei quali pazienti, familiari e operatori si confrontano in un *setting* paritario (Badaracco, Narracci 2010). Queste politiche sanitarie orientate alla *recovery* sono state in parte recepite dalle linee guida nazionali sulla salute mentale, in cui sono state introdotte le politiche orientate al Budget di salute. Quest'ultimo è, secondo l'Oms, quello «strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale». È indirizzato a persone che hanno bisogno d'intraprendere un percorso riabilitativo (persone con disabilità psichica o fisica, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc.) che preveda aspetti sia sanitari che sociali (DeVivo *et al.* 2019).

Non tutte le regioni hanno recepito allo stesso modo le linee guida orientate alla *recovery*; se, ad esempio, il Trentino le pratica ormai da anni e la Sicilia le ha da poco incluse, altre regioni, tra cui il Lazio, stanno cercando di farlo. Ciononostante, per quanto riguarda Roma, ci sono delle sperimentazioni che vanno in quella direzione anche nella ASL Roma 1, grazie alle politiche attuate dal Dipartimento di salute mentale. Permane, tuttavia, una differenziazione evidente tra le politiche di salute mentale delle varie regioni.

Un dato emerso nella sessione dedicata all'*housing* del convegno Europeo del WAPR (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*), tenutosi a Torino nel 2015, è che anche in quelle realtà in cui gli investimenti sulle politiche di salute mentale sono stati alti e in cui i servizi funzionano bene (vedi il caso di Ravenna) si creano situazioni di dipendenza che alimentano una visione della malattia senza possibilità di guarigione. Le spese dell'assistenza (compresa la residenza assistita) risultano comunque troppo elevate e non risolvono la delicata questione del passaggio dalla residenza assistita al ritorno in società.

Una risposta innovativa a questi problemi è venuta in questi anni dal progetto di *cohousing* "Le chiavi di casa" promosso dall'associazione Solaris Onlus di Roma, nata all'inizio del Duemila su iniziativa di alcuni membri del gruppo di familiari della comunità di via Sabrata, in collaborazione con lo psichiatra responsabile della struttura e con il Secondo Municipio, con l'idea di ricercare attivamente soluzioni abitative alternative a quelle istituzionali, di fronte alla scarsa disponibilità nel territorio di strutture a più basso livello assistenziale.

Avere diritto alle "chiavi di casa" è in un certo senso un rito di passaggio che sottolinea il riconoscimento di una sovranità del soggetto sul proprio tempo, sui propri spostamenti, sulle proprie relazioni. Il progetto prevede la possibilità appunto che, uscendo dalla comunità, si possa andare ad abitare autonomamente, in genere in due persone, in appartamenti opportunamente affittati a questo scopo. Il ruolo dell'associazione Solaris è di mediazione sociale: avendo la possibilità di fornire garanzie finanziarie ai proprietari, individua e prende in locazione gli appartamenti da mettere a disposizione dei propri associati. Gli appartamenti sono ubicati in condomini nel territorio del II Municipio.

Gli utenti attualmente assistiti nel secondo distretto con il contributo del municipio sono 30. Di tutti gli utenti fino ad ora seguiti la maggior parte è riuscita a trovare una sua dimensione di vita con un'assistenza che negli anni è diventata sempre più ridotta.

Il successo delle prime esperienze ha fatto sì che il DSM assumesse come proprio il modello e lo estendesse in altri distretti. Attualmente nella ASL Roma 1 sono 160 gli utenti che usufruiscono del *supported housing*.

Alla base di questo progetto vi è la separazione tra assistenza sanitaria e abitare per cui senza aspettare la guarigione ma, partendo dallo stato di salute/malattia in cui il paziente si trova, lo si aiuta a vivere il più autonomamente possibile migliorando notevolmente la sua qualità della vita. L'idea è che sostenendo la persona che gode di un miglioramento evidente da un punto di vista psicopatologico con strumenti reali quali reddito, abita-

zione, partecipazione alla vita sociale, si possono attivare risorse in termini di recupero uscendo dalla dimensione meramente assistenziale ed entrando in quella dell'emancipazione e dell'autodeterminazione. La disgiunzione tra alloggio e assistenza clinica, alla base degli orientamenti di *Supported Housing*, offre importanti possibilità di dialogo tra le dimensioni soggettive e le logiche istituzionali, ovvero tra la centralità del soggetto sofferente e le caratteristiche dell'organizzazione istituzionale. Essa, inoltre, si costituisce come uno strumento che nasce dal tentativo di creare un'alleanza terapeutica capace di svincolare le relazioni tra diversi soggetti (pazienti, associazioni, volontari, familiari, operatori) dalla subordinazione al potere medico. In altri termini il progetto mette al centro delle proprie finalità la qualità concreta delle relazioni piuttosto che l'astratta qualità del servizio.

Ciò è reso possibile dalla stretta rete che si è creata tra istituzioni sanitarie, municipio, privato sociale, e nei casi in cui le entrate dei pazienti siano insufficienti, il Dipartimento di Salute Mentale interviene erogando dei sussidi ad hoc. Il Municipio fa la sua parte, nel quadro dei Piani Sociali di Zona, garantendo l'assistenza domiciliare attraverso un'équipe di educatori professionali di cooperativa e il supporto all'abitare è garantito dall'associazione dei familiari.

Ciò ha permesso l'attuazione di progetti personalizzati con un notevole miglioramento della qualità della vita dei pazienti e con un evidente risparmio di risorse. I costi del progetto per le 30 persone che oggi ne beneficiano ammontano ad un totale di 600/650 euro al mese per ciascuno, di cui 400 euro vengono erogate dal Municipio e i restanti 200/250 euro dal DSM, per un totale di 234.000 euro all'anno.

A conferma di quanto queste pratiche siano in grado di garantire un'alta qualità dell'assistenza a costi ridotti rispetto al sistema pubblico, possiamo guardare anche al caso della cooperativa Agatos di Viterbo.

Per avere una cifra di quanto pratiche di assistenza di questo genere facciano risparmiare in termini economici, possiamo utilizzare i dati⁷ comparati relativi da una parte ai costi Asl simulati per i servizi residenziali psichiatrici a favore di 44 utenti, dall'altra a quelli per i servizi del piano assistenziale individualizzato (PAI) promosso dalla cooperativa viterbese Agatos per 44 persone. In base ad essi risulta che il costo medio giornaliero per utente dei servizi residenziali psichiatrici è pari a 121,75 euro, per un totale complessivo di 1.928.652,520 euro annui. Di contro, i costi annui del servizio assistenziale individualizzato (che comprende il cohousing e

l'inserimento lavorativo) per lo stesso numero di utenti è pari ad un totale di 483.720,00 euro, con un risparmio di ben 1.444.932,52 euro.

CONCLUSIONI

Quanto fino ad ora detto ci porta a riflettere su alcuni punti che ci sembrano essenziali. Le politiche neoliberali nel campo della salute, come abbiamo visto, generano dei processi e delle pratiche che invece di garantire un buon livello di salute per tutti tendono a negarla.

L'importanza di utilizzare la categoria della salute globale, e quindi di considerare la salute un fatto politico e sociale, sta proprio nel suo essere un sensore, un misuratore dei processi politici, economici e sociali che la determinano (Raffa 2016). Abbiamo utilizzato il caso della salute mentale come esempio emblematico della sua capacità di raccontare molto dei processi che la definiscono. Come abbiamo visto, le trasformazioni generate dal neoliberalismo in questo ambito delicato della salute sono state particolarmente forti, creando sofferenze in termini di risorse e in termini di qualità dell'assistenza pubblica. I costi di quest'ultima, nonostante i tagli, si mantengono alti e ad essi non corrispondono servizi di qualità in grado di soddisfare i bisogni reali delle persone. La sanità pubblica ha bisogno di darsi regole e indirizzi generalizzabili, di organizzare migliaia di prestazioni e professionalità differenti, di rispondere a logiche di spesa e contenimento dei costi.

Il risultato è il conflitto tra persona e istituzione, tra dimensione individuale e dimensione istituzionale, tra soggettività e standardizzazione, o, in altri termini, tra tempo soggettivo e tempo istituzionale lontano dal rispondere a logiche soggettive.

Se da una parte si è verificato un deficit di assistenza sanitaria pubblica, dall'altro la privatizzazione ha generato un mercato plurale del *welfare* in cui gli *human services* vengono erogati da soggetti privati o da soggetti del Terzo settore per mezzo di contratti stipulati con lo Stato (il processo di *marketization* al quale abbiamo fatto riferimento).

Al di là del dibattito sulla natura del ruolo del Terzo settore all'interno del *welfare mix* (che come abbiamo visto oscilla tra posizioni che lo interpretano come uno strumento di appoggio al "conservatorismo compassionevole" e altre che lo leggono come una delegittimazione dello Stato), è fondamentale, oggi come mai, sottolineare la sua centralità nel rispondere alle necessità di individui, famiglie, gruppi, comunità, che emergono in tempi di crisi economica e nell'elaborare soluzioni innovative a nuovi problemi sociali.

⁷ Dati forniti dalla cooperativa Agatos.

Il caso del campo della salute mentale che abbiamo preso in analisi attraverso l'esperienza dell'associazione Solaris Onlus è una dimostrazione di questa essenzialità che viene messa in piena luce dall'emergenza Covid-19.

La chiusura totale delle RSA (strutture che ospitano persone fragili, dagli anziani ai pazienti psichiatrici), in seguito agli scandali relativi ai contagi, ha trasformato queste residenze in luoghi di detenzione. I pazienti sono stati isolati dalla comunità esterna e da tutte le attività di socializzazione, con il risultato di essere preservati dalla pandemia, ma di subire una regressione dal punto di vista del loro percorso di cura.

Nei casi di *supported housing* questo non si è verificato perché i pazienti hanno dovuto sottostare alle stesse restrizioni che hanno avuto tutti i cittadini, preservando, così, la qualità del percorso di cura. Il lavoro che viene fatto da questi attori del Terzo settore, come abbiamo visto nel caso dell'associazione Solaris Onlus, è quello di superare le complessità e le criticità delle logiche istituzionali e dare centralità alla persona e al tempo individuale.

Questo tipo di azione finisce per avere due risvolti: il primo è l'offerta di un servizio che meglio risponde alle reali necessità del paziente e della sua famiglia, garantendo loro un'alta qualità della vita. Il secondo, che è indiretto, è una spesa di gran lunga minore rispetto a quella delle residenze sanitarie assistite sia a medio che a lungo termine, una maggiore ottimizzazione delle risorse e una riduzione degli sprechi.

Per concludere, a partire dall'evidenza delle problematiche emerse con l'emergenza Covid-19, le istituzioni e la società civile sono costrette a ridefinire le direzioni da dare alle politiche di cura. In era neoliberista, in cui la qualità della cura è subordinata al principio di economicità, l'agire del Terzo settore in campo sanitario può contribuire ad un ribaltamento di paradigma: progetti di cura individualizzati che rispettino i tempi della persona e garantiscano un utilizzo corretto delle risorse economiche.

BIBLIOGRAFIA

- Andersson K., Kvist E. (2015), *The neoliberal turn and the marketization of care: the transformation of eldercare in Sweden*, in «The European Journal of Women's Studies», 22/3: 274-287.
- Ardigò M., Bodini C. (2010), *La salute negata: da Alma Ata ai Millennium Development Goals, e ritorno*, in Pellicchia U., Zanotelli F. (a cura di), *La cura e il potere*, ed.it, Firenze, pp. 45-67.
- Aucoin P. (1990), *Administrative reform in public management: paradigms, principles, paradoxes and pendulums*, in «Governance», 3/2: 115-137.
- Badaracco Garcia J. E., Narracci A. (2010), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone, Torino.
- Bajoni A., Barbato A., D'Avanzo B., Muggia E. (2010), *I servizi psichiatrici territoriali valutati dai familiari: un'indagine in quattro regioni italiane*, in «Epidemiology and Psychiatric Sciences», 19, 2: 183-188.
- Barazzetti D., Cammarota A., Carbone S. (2014), *Incolpevoli però... La famiglia nelle rappresentazioni degli operatori dei servizi di salute mentale*, Aracne, Roma.
- Barazzetti D., Cammarota A., D'Elia A. (2019), *Quattro passi per strada. The art of living. The experience of Solaris Onlus*, in «Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane», 27/1: 63-71.
- Bassi A. (2017), *L'impatto della riforma del terzo settore sulla società*, in «Nonprofit paper», 3: 108-126.
- Bonoli G. (2007), *Time Matters: Postindustrialization, New Social Risk, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies*, «Comparative Political Studies», 40: 495-520.
- Cataldi L., Touseijn W. (2013), *Quale managerialismo nei servizi sociali? Una riflessione a partire da una ricerca in corso*, https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/151796/26981/ESPANET_2013_Cataldi.pdf, consultato il 5 novembre, 2018.
- Clarke J.H. (1996), *After social work*, in Parton N. (a cura di), *Social theory, social change and social work*, Routledge, London.
- Clarke J., Newman J. (1997), *The Managerial State*, Sage, London.
- Clarke J. (2008), *Reconstructing Nation, State and Welfare: the Transformation of Welfare States*, in Seeleib-Kaiser M. (a cura di), *Welfare State Transformations. Comparative Perspectives*, Palgrave MacMillan, Basingstoke-New York, 197-209.
- Colombo D. (2012), *Welfare mix e neoliberismo: un falso antagonismo*, «Quaderni di Sociologia», 59: 167-177.
- Colozzi I., Bassi A. (2003), *Da terzo settore a imprese sociali*, Carocci, Roma.
- Conrad P. (2007), *The medicalization of Society*, The John Hopkins University Press, Baltimore.
- Craig D., Porter D. (2006), *Development beyond Neoliberalism? Governance, Poverty Reduction and Political Economy*, Routledge, London-New York.
- D'Albergo E., Moini G. (a cura di) (2019), *Politica e azione pubblica nell'epoca della depolitizzazione. Attori, pratiche e istituzioni*, Sapienza University Press, Roma.
- Dahl H.M. (2012), *Neo-liberalism meets the Nordic Welfare State. Gaps and silence*, in «Nordic Journal of Feminist and Gender Research», 20: 283-288.
- De Vivo C., Ascani M., Cacciola S. (2019), *Il budget di salute come nuovo strumento di welfare*, <http://www.>

- eyesreg.it/2019/il-budget-di-salute-come-nuovo-strumento-di-welfare/.
- D'Avanzo B., Maone A. (a cura di) (2015), *Recovery*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Esping-Andersen G. (1990), *The three worlds of Welfare capitalism*, Polity, Cambridge.
- Fanelli S., Zangrandi A. (2015), *Centralizzazione o regionalizzazione delle politiche sanitarie?*, in «Italian Health Policy Brief», 4: 1-4.
- Farkas, M. (2007), *The vision of recovery today: What it is and what it means for services*, in «World Psychiatry», 6(2):1-7.
- Fazzi L. (2013), *Terzo settore e nuovo welfare in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Ferrera M., Hemerijck A., Rhodes M. (2000), *The future of social Europe: recasting work and welfare in the new economy*, Celta, Oeiras.
- Ferrera M. (2012) (a cura di), *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
- Foucault M. (1971), *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris.
- Gilbert N. (2002), *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, Oxford.
- Green J. (2009), *The deformation of professional formation: Managerial targets and the undermining of professional judgement*, in «Ethics and Social Welfare», 3/2: 115-30.
- Grumo M. (2017), *La solidità patrimoniale e la redditività della cooperative sociali italiane durante la crisi. Un'analisi longitudinale dei bilanci di esercizio. "Tenuta" dei fatturati e della redditività, indebitamento e responsabilità sociale*, in «Nonprofit paper» 2: 201-222.
- Hardt M., Negri A. (2001), *Empire*, Harvard University Press, Cambridge; trad. it (2002), *Impero: il nuovo ordine della globalizzazione*, Rizzoli, Milano.
- Harlow E., Berg E., Barry J., Chandler J. (2013), *Neoliberalism, managerialism and the reconfiguring of social work in Sweden and United Kingdom*, in «Organizzazione», 20/4: 534-549.
- Illich I. (1975), *Medical nemesis. The expropriation of Health*, Calder & Boyars, Richmond London.
- Jones C. (2001), *Voices from the front line: State social workers and New Labour*, in «British Journal of Social Work», 31/4: 547-562.
- Lipsky M., Smith S.R. (1993), *Nonprofits for Hire. The Welfare State in the Age of Contracting*, Harvard University Press, Cambridge.
- Lymbery M. (1998), *Care Management and Professional Autonomy*, in «British Journal of Social Work», 28: 863-878.
- Lyons M. (1998), *The Impact of Managerialism on Social Policy: The Case of Social Services*, in «Public Productivity & Management Review», 21/4: 419-432.
- Magliano L., Malangone C., Guarneri N., Marasco C., Fiorillo A., Maj M., (2001), *La situazione delle famiglie dei pazienti con schizofrenia in Italia: carico familiare, risposte dei SSM, sostegno sociale*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», Pensiero Scientifico Editore, 10/2: 96-106.
- Maino F. (2004), *La sanità italiana verso il federalismo tra vincoli di spesa ed opportunità europee*, in «Rivista del diritto della sicurezza sociale», 1: 97-129.
- Maino F., Pavolini E. (2008), *Il welfare sanitario in Europa tra decentramento e riaccostamento*, in «la Rivista delle Politiche Sociali», 3: 79-96.
- Maino F. (2012), *La politica sanitaria*, in Ferrera M. (a cura di), *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Missoni E., Pacileo G. (2005), *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, FrancoAngeli, Milano.
- Navarro V. (2004), *The World Health Situation*, in «International Journal of Health Services», 34/1: 1-40.
- Raffa V. (2016), *Identità croniche? La talassemia tra costruzione sociale ed esperienza biografica*, FrancoAngeli, Milano.
- Rogowski S. (2011), *Managers, Managerialism and Social Work with Children and Families: The Deformation of a Profession?*, in «Practice: Social Work in Action», 23/3: 157-167.
- Starace F., Baccari F., Mungai F. (2007), *La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e della attività dei Dipartimenti di salute mentale*, in «Quaderni di epidemiologia psichiatrica», 1: 1-106.
- Toth F. (2009), *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Laterza, Roma-Bari.
- Tousijn W. (2013), *Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo*, in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Vicarelli G. (1997), *La politica sanitaria tra continuità ed innovazione*, in Aa.Vv., *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. 3, Einaudi, Torino, pp. 567-619.
- Weber M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tubinga; trad. it. (1961), *Economia e società*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Zamagni S. (2017), *Il Terzo settore del dopo Riforma*, http://www.economiaefinanza.org/sites/economiaefinanza.eu/files/allegatiblog/zamagni_-_terzo_settore.pdf, consultato il 10 gennaio 2019.
- Zola I.K. (1972), *Medicine as an Institution of Social control*, in «Sociological Review», 20: 487-504.