

Le cinque 'P' per le Case della Comunità

Persona, Prossimità, Partecipazione, Promozione e Politiche per la salute

Daniela Grignoli

Università degli Studi del Molise

Antonio Leone

Università degli Studi del Molise

Nel saggio, alla crisi del welfare state si risponde con un paradigma co-produttivo e partecipativo, sintetizzato nel modello delle cinque "P" – Persona, Prossimità, Partecipazione, Promozione, Politiche. In particolare, nello stesso, si propone un modello innovativo di welfare sociosanitario in cui le Case della Comunità si configurano non solo come presidio sanitario-territoriale, ma come spazio civico e sociale.

In the essay, the crisis of the welfare state is addressed through a co-productive and participatory paradigm, summarized in the model of the five "P" – Person, Proximity, Participation, Promotion, and Policies. In particular, it proposes an innovative model of socio-health welfare in which the Case della Comunità are conceived not only as territorial healthcare facilities but also as civic and social spaces.

DOI: 10.53223/Sinappsi_2025-03-16

Citazione

Grignoli D., Leone A. (2025), Le cinque 'P' per le Case della Comunità. Persona, Prossimità, Partecipazione, Promozione e Politiche per la salute, *Sinappsi*, XV, n.3, pp.192-203

Parole chiave

Assistenza sanitaria
Famiglia
Welfare State

Keywords

Health care
Family
Welfare State

1. Dalla prosperità alla crisi del welfare state. Il turning point della partecipazione

A partire dal secondo dopoguerra, il modello europeo di Stato sociale si è progressivamente affermato quale manifestazione di un rinnovato patto tra Stato e cittadini, fondato sull'assunzione, da parte delle istituzioni pubbliche, della responsabilità di assicurare condizioni diffuse di protezione e sicurezza lungo l'intero arco della vita delle persone. Tale concezione, efficacemente sintetizzata dall'espressione 'dalla culla alla tomba', resa celebre da Winston Churchill, si radicava in una visione dello Stato come garante del benessere e promotore

di uguaglianza sostanziale tra i cittadini. In questa prospettiva, l'intervento pubblico non si limitava a correggere le disfunzioni della società, ma ambiva a costruire un sistema integrato di tutele capace di ridurre le disuguaglianze, promuovere la coesione e sostenere l'inclusione, ponendo così le basi per una nuova stagione di cittadinanza sociale e di solidarietà istituzionalizzata (Barba e Grignoli 2017). Questa configurazione, ispirata ai principi delineati dal Piano Beveridge, ha conosciuto una fase di prosperità e stabilità protrattasi per diversi decenni, favorita anche da un insieme di condizioni strutturali, ossia un'economia in costante espansione, un equilibrio

Il lavoro deve intendersi pensato e realizzato da entrambi gli autori, tuttavia, per questioni meramente formali, sono da attribuirsi a Daniela Grignoli i paragrafi 2; 2.1; 3 e 5. Mentre ad Antonio Leone i paragrafi 1 e 4.

demografico caratterizzato da un'ampia base di popolazione attiva e da una quota relativamente contenuta di anziani, nonché dalla persistenza di solide reti familiari tradizionali, capaci di essere sussidiarie rispetto all'azione dello Stato nel campo della protezione sociale. In questo quadro, l'intervento pubblico ha assicurato un elevato livello di sicurezza sociale, attraverso sistemi previdenziali e assistenziali inclusivi, concepiti per promuovere la coesione sociale (Giarelli *et al.* 2020). Tuttavia, dagli anni Settanta in poi, il modello classico di welfare state inizia a manifestare evidenti segnali di una crisi strutturale destinata a incidere profondamente sulle sue fondamenta istituzionali e ideologiche. Le forme organizzative, le istituzioni e i meccanismi sistemici, propri della società industriale, mostrano segni di profonda crisi, tracciando la fine di un ciclo storico di stabilità e regolazione sociale. Si avvia, in questa fase, un processo in cui nella società iniziano ad affermarsi nuovi criteri di ordine fondati sull'individualismo, sulla flessibilità e sulla mobilità (Bauman 2001).

In tale contesto, la famiglia tradizionale, strutturata secondo il modello del *male breadwinner* e sostenuta da ruoli di genere rigidamente definiti, risente profondamente delle trasformazioni economiche, sociali, culturali e giuridiche di questo periodo (Saraceno 2011). In particolare, l'introduzione della legislazione sul divorzio contribuisce a ridefinire la natura dei legami familiari e a indebolire la dimensione istituzionale del matrimonio come fondamento dell'ordine economico-sociale. Alla famiglia, dunque, non è più attribuita la tradizionale funzione socializzante e di cura, sebbene la società contemporanea continui a riconoscerle sostanzialmente tali compiti (Luhmann 1997). La stessa perde progressivamente la sua centralità quale 'fabbrica' della fiducia e della socialità (Donati 2006) e, con essa, anche il ruolo di istituzione preposta alla costruzione di alleanze intergenerazionali e alla promozione della solidarietà tra i suoi membri. In questo nuovo quadro, il nucleo familiare si configura sempre più come uno spazio privato, fluido e negoziale, riflettendo la più ampia tendenza della tarda modernità verso la liquidità dei legami sociali (Bauman 2001).

Parallelamente, profonde trasformazioni demografiche – tra cui l'invecchiamento progressivo della popolazione, determinato dall'aumento dell'aspettativa di vita e dal contestuale declino dei tassi di natalità – iniziano ad alterare l'equilibrio tra popolazione attiva e soggetti dipendenti, minando

uno dei presupposti essenziali del compromesso tra crescita, occupazione e redistribuzione (Morozzi e Prandini 2020). Inoltre, la grave recessione economica internazionale esercita una pressione crescente sui bilanci pubblici, compromettendo la sostenibilità finanziaria di sistemi di protezione sociale caratterizzati, fino ad allora, da un'espansione pressoché continua della spesa (Ardigò 1997). Tali dinamiche sono accompagnate dalla manifestazione di nuovi bisogni sociali più complessi, eterogenei e di lunga durata – quali la disoccupazione strutturale, le disabilità multiple, le dipendenze e le diverse forme di disagio psichico e relazionale – che il sistema di welfare tradizionale, fondato su trasferimenti monetari e servizi standardizzati, ha progressivamente mostrato di non essere più in grado di affrontare in modo efficace. Da questo momento in poi, dunque, le strategie assistenziali pensate in un contesto socioeconomico ormai superato, iniziano ad apparire insostenibili rispetto a una società in rapido mutamento, nella quale la pluralità delle vulnerabilità sociali richiede risposte territorialmente differenziate (Ameglio *et al.* 2025), ossia di prossimità, costruite ad hoc per ogni persona, partecipate dalle stesse e capaci di promuovere l'empowerment della comunità (Vicarelli 2016). L'insieme di questi elementi, dunque, ha progressivamente condotto il sistema di welfare state in una condizione di 'cortocircuito' strutturale, segnato da crescenti difficoltà di sostenibilità economica, organizzativa e politica. La letteratura sociologica ha ampiamente evidenziato come, conseguentemente al periodo di crisi, si sia diffuso un sentimento di disincanto (Weber 2004) nei confronti del welfare pubblico che, dinanzi alla complessità dei bisogni emergenti, ha tradito i suoi principi fondanti di efficacia, efficienza ed equità. In questo quadro, le persone percepiscono un evidente divario tra la natura centralizzata degli interventi pubblici e la necessità che essi rispondano ai bisogni concreti delle comunità locali; nel contempo, le stesse, abituate ad un contesto di protezione sociale diffusa, oscillano tra la dipendenza dalle garanzie statali e l'insicurezza crescente di poterle perdere (Castel 2004). Sul piano teorico, si afferma progressivamente la consapevolezza che il benessere non possa essere più interpretato come il prodotto di funzioni attribuite in via esclusiva allo Stato, ma debba piuttosto emergere da un'azione sociale diffusa, frutto della partecipazione di una pluralità di soggetti. In realtà, già Sir William Beveridge¹, nelle sue riflessioni, aveva riconosciuto il ruolo

1 Il primo Piano Beveridge, *Social Insurance and Allied Services* – conosciuto anche come *Rapporto Beveridge* – fu pubblicato il 20 novembre 1942, mentre il secondo, intitolato *Full Employment in a Free Society*, venne presentato nel 1944 (Baffi e Di Falco 1948).

cruciale della società civile auto-organizzata – allora identificata prevalentemente con il volontariato, e nello scenario sociale odierno riconducibile alla sfera del Terzo settore – quale attore fondamentale nel perseguimento di obiettivi di sviluppo e di coesione sociale (Memo 2023).

A partire dagli anni Ottanta, dunque, tanto la riflessione sociologica quanto l'elaborazione delle politiche pubbliche iniziano a sottolineare l'esigenza di introdurre 'nuovi attori' e 'nuove regole' capaci di ridefinire l'architettura del welfare e di superare le rigidità proprie dei modelli tradizionali. In tale contesto, il sociologo Pierpaolo Donati (1986) elabora la teoria del welfare come *società civile relazionale*, fondando la sua prospettiva sull'idea che il benessere scaturisca dalla qualità delle relazioni sociali e dalla capacità dei legami della comunità di generare capitale sociale (Coleman 1988). Parallelamente, Alain Caillé (2009) propone il *principio di reciprocità*, quale paradigma alternativo ai modelli fondati sull'interesse individuale o sulla mera redistribuzione statale, sottolineando anch'egli la dimensione relazionale e simbolica degli scambi sociali. Entrambi gli approcci convergono nel valorizzare la mutualità, le reti di solidarietà e la partecipazione attiva dei cittadini come componenti essenziali di un welfare rinnovato, fondato non più soltanto sulla protezione istituzionale, ma sulla rigenerazione dei legami sociali e sull'attivazione delle risorse della comunità (Magatti e Gherardi 2014). Si delinea, in questa fase, la prospettiva di un nuovo welfare, caratterizzato da un ruolo statale non più esclusivo né centralizzato, bensì orientato a una funzione sussidiaria, esercitata in modo integrato e cooperativo con una pluralità di protagonisti. A livello internazionale, inoltre, si afferma progressivamente il paradigma del *social investment*, secondo cui la spesa sociale non è più interpretata come mero costo a carico della collettività, bensì come un investimento strategico volto alla valorizzazione non solo del capitale economico, piuttosto di quello sociale (Grignoli 2010 e 2013).

In questa logica, l'Unione europea² (Commissione europea 2013) inizia a incoraggiare l'innovazione dei modelli di welfare, orientando gli Stati Membri verso servizi maggiormente prossimali, partecipati, specifici per ogni persona e capaci di 'prevenire invece che curare', riducendo così la necessità di interventi ex post. Tale indirizzo segna il primo

passo verso il passaggio, almeno sul piano teorico, da un welfare prevalentemente riparativo a quello generativo, centrato sulla promozione delle capacità di coloro che vivono in un contesto sociale specifico.

Un principio cardine, emerso all'interno di questo processo di riforma del sistema di welfare, è quello della solidarietà attiva e della responsabilizzazione condivisa. Il nuovo modello di Stato sociale si fonda, infatti, sul principio della condivisione dell'azione sociale tra una pluralità di attori – istituzioni pubbliche, famiglie, organizzazioni del Terzo settore e le persone tout court – chiamati a partecipare nella co-costruzione di risposte integrate ai bisogni sociali. Si tratta, dunque, di sostenere le garanzie offerte dal settore pubblico e di ridefinirle in chiave partecipativa, favorendo il coinvolgimento diretto delle comunità locali nei processi di analisi dei problemi sociali e di co-progettazione delle soluzioni.

Tale trasformazione è stata anche interpretata come l'approdo verso una "caring society" (Tronto 2013), ossia una società della cura in cui una nuova etica di intervento, introduce il principio della protezione sociale attiva e promuove forme di pianificazione partecipata e concertata a livello territoriale (L. n. 328/2000³). Si tratta, in definitiva, di un welfare che non si limita a distribuire risorse, ma si pone come obiettivo quello di rigenerare legami sociali e capitale relazionale, restituendo alla comunità un ruolo attivo nella costruzione del proprio futuro (Commissione europea 2022).

2. Partecipazione e coproduzione nel welfare sanitario

Di fronte alle crescenti criticità del modello di welfare tradizionale, dunque, negli ultimi decenni si è progressivamente affermato un orientamento teorico e operativo volto alla promozione di forme di welfare maggiormente partecipative (Grignoli 2007). In ambito sanitario, questo paradigma trova una declinazione specifica nel concetto di 'democrazia sanitaria'⁴, diffusosi in Europa a partire dagli anni Duemila, che postula la partecipazione consapevole delle persone ai processi decisionali e di governance del sistema salute. Tale approccio riconosce alla persona non solo la posizione di destinatario delle politiche pubbliche, ma quella di attore che partecipa alla costruzione e alla sostenibilità delle strategie di promozione del benessere. In realtà, le radici del welfare partecipativo traggono la

2 La Comunicazione COM (2013) 83 *final* costituisce l'Atto quadro del *Social Investment Package* e definisce l'approccio europeo all'investimento sociale: orientare i sistemi di welfare verso misure proattive e preventive, rafforzando capacità e servizi di prossimità e indirizzando l'uso del FSE 2014-2020 alla modernizzazione del welfare in chiave territoriale.

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

4 Ad esempio, in Francia la legge n. 2002-303 (legge Kouchner) sui diritti dei malati mirava esplicitamente a "sviluppare e realizzare una democrazia sanitaria imponendo il recupero della centralità della figura del malato e dei suoi diritti".

loro linfa dalle elaborazioni concettuali maturate tra gli anni Sessanta e Settanta, nell'ambito delle teorie sulla democrazia deliberativa che hanno posto le basi per una ridefinizione del rapporto tra istituzioni e cittadinanza, la cui traduzione operativa può essere rinvenuta nell'applicazione della *scala della partecipazione* elaborata da Sherry Arnstein (1969), con la quale è possibile osservare il comportamento dei cittadini e il loro differente grado di coinvolgimento nei processi decisionali, rilevando una progressione della loro partecipazione che va dall'ascolto informativo fino al controllo diretto e alla piena condivisione del potere. Successivamente, le ricerche dei coniugi Ostrom (1977) sulla co-produzione dei servizi pubblici hanno messo in evidenza i vantaggi derivanti da una collaborazione paritaria tra amministrazioni, utenti e comunità locali, sottolineando come tale interazione possa incrementare l'efficacia, l'efficienza e l'equità delle politiche pubbliche. Questi principi hanno trovato un riscontro significativo anche nel settore della salute pubblica con la Dichiarazione di Alma-Ata del World Health Organization (WHO 1978) che ha definito la partecipazione comunitaria come elemento imprescindibile dell'assistenza sanitaria primaria, affermando nell'articolo IV che "le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno".

Del resto, già nel preambolo dell'atto costitutivo del WHO (1946) veniva riconosciuta la centralità di una "pubblica opinione illuminata ed una cooperazione attiva del pubblico", quali condizioni essenziali per il progresso della salute dei popoli, anticipando la prospettiva di una sanità partecipata e di una governance della salute fondata sulla sinergia tra istituzioni e cittadini.

Negli anni Novanta, come già descritto in precedenza, con l'acuirsi della crisi del welfare state, si afferma anche in Italia la nozione di *welfare mix*, quest'ultimo inteso come un sistema plurale nel quale Stato, mercato e Terzo settore condividono responsabilità e funzioni nella produzione e distribuzione delle risorse. Si tratta del principio di sussidiarietà orizzontale, successivamente sancito nella Costituzione italiana con la riforma del Titolo V del 2001, che riconosce esplicitamente il ruolo delle formazioni sociali e delle organizzazioni civiche nella promozione dell'interesse generale, legittimando un modello di governance più partecipato e policentrico. Si assiste così a una vera e propria trasformazione paradigmatica: dal modello verticale e redistributivo dell'«erogazione dall'alto» si passa

a una logica di co-creazione sociale, nella quale le persone partecipano attivamente alla definizione delle priorità e alla costruzione delle loro soluzioni.

All'interno di questo approccio teorico di più ampia portata si sviluppa il concetto di welfare generativo (Magatti e Giaccardi 2014), inteso come una prospettiva capace di superare l'orizzonte redistributivo tradizionale per orientarsi verso la produzione di valore sociale condiviso. Cosicché, le persone con le loro azioni generative producono significati soggettivi e relazionali verso un futuro volto alla creazione di valore sociale. Questa prospettiva di un welfare declinato in forme civili, che ben si coniuga con il paradigma dell'economia civile (Bruni e Zamagni 2015), conduce a una forma di welfare di tipo generativo. Si tratta di un sistema fondato sulla reciprocità degli scambi sociali, sulla fiducia quale legame costitutivo tra le persone e sull'idea di una felicità pubblica che trascende i confini dell'individualismo per orientarsi verso il bene comune. Anche alla base di questo modello si collocano la cooperazione e la co-creazione di innovazioni civiche attraverso il tessuto delle relazioni sociali. Ne emerge una concezione di welfare quale processo dinamico di attivazione della comunità, in cui la stessa assume un ruolo imprescindibile nel rigenerare legami di solidarietà, promuovere autonomia e sostenere processi di empowerment diffuso. In tal modo, la comunità assume una funzione trasformativa/generativa, capace di promuovere l'empowerment delle persone e di innescare percorsi virtuosi di autonomia e mutuo aiuto che si autoalimentano nel tempo, generando capitale relazionale capace di rafforzare anche l'ambito della salute pubblica. Quest'ultima è conseguenza non solo di elementi di natura biologica, ma anche di determinanti strettamente correlate al 'buon' vivere in comunità (Zamagni 2016). È in questa prospettiva che la sanità pubblica si trasforma in un laboratorio d'innovazione sociale.

L'evoluzione normativa della partecipazione civica nel welfare sanitario italiano

In Italia, a livello normativo, si è andato progressivamente delineando un quadro giuridico favorevole allo sviluppo di un welfare sanitario maggiormente partecipativo. Già la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (L. n. 833/1978) aveva sancito il principio della partecipazione democratica dei cittadini e dei rappresentanti sociali alla gestione del sistema sanitario⁵, ponendo le basi per una concezione della salute come bene pubblico. Nel corso degli anni Ottanta tale principio ha trovato una

5 Art. 1 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*: "[...] L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".

prima attuazione attraverso la creazione di organi consultivi territoriali, quali le assemblee distrettuali e i consigli delle Unità sanitarie locali (USL); strumenti che, pur esprimendo una volontà di decentramento e inclusione, sono stati successivamente aboliti con la riforma sanitaria del 1992, la quale ha introdotto logiche di aziendalizzazione e di maggiore efficienza gestionale anche nel comparto della salute⁶ (Lusardi e Moretti 2020). Un vero salto di qualità si realizza, inoltre, con la già citata legge quadro n. 328 del 2000, relativa al sistema integrato di interventi e servizi sociali, che formalizza per la prima volta in Italia i concetti di co-programmazione e co-progettazione nelle politiche di welfare (De Ambrogio e Guidetti 2016). Questa normativa promuove una pianificazione partecipata a livello locale, attuata attraverso i Piani di zona, ovvero sedi di concertazione nelle quali Comuni, Aziende sanitarie locali e organizzazioni del Terzo settore, definiscono congiuntamente le priorità di intervento e le strategie future in uno specifico territorio.

Nel nuovo millennio, ulteriori interventi normativi e istituzionali hanno contribuito a consolidare e sistematizzare il modello di welfare partecipativo nel contesto italiano. Un passaggio decisivo è rappresentato dal Codice del Terzo settore⁷, che ha conferito fondamento giuridico alla più ampia amministrazione condivisa tra enti pubblici ed enti non profit. Tale cornice legislativa

è stata ulteriormente rafforzata dalle Linee guida ministeriali⁸ del 2021, le quali hanno uniformato l'applicazione di tali strumenti su scala nazionale, recependo anche gli indirizzi espressi da significative sentenze della Corte costituzionale⁹. Queste ultime hanno legittimato la co-progettazione come modalità alternativa alla mera logica concorrenziale delle gare d'appalto, promuovendo un approccio cooperativo e paritario alla gestione dei servizi di interesse generale. Se si focalizza l'attenzione a livello locale, negli ultimi decenni alcune regioni si sono distinte per l'adozione di normative pionieristiche in materia sanitaria. In particolare, la Regione Toscana, con la Legge regionale n. 75 del 2017¹⁰, ha istituito un Sistema di partecipazione all'interno del Servizio sanitario regionale, prevedendo la creazione di Consigli dei cittadini per la salute e di Comitati di partecipazione in ciascuna zona-distretto, con l'obiettivo di coinvolgere in modo strutturale cittadini e associazioni nei processi di pianificazione e valutazione delle politiche sanitarie. La Regione Emilia-Romagna¹¹, invece, ha sviluppato i Piani per la Salute partecipati, promuovendo la costituzione di 'comunità competenti', ossia collettività locali capaci di riconoscere e affrontare attivamente le determinanti sociali della salute. Tra le esperienze più significative si distingue il modello del Community Lab¹², divenuto nel tempo un

6 Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.

7 Nello specifico, l'art. 55 del Decreto legislativo del 3 luglio 2017, n.117, *Codice del Terzo Settore*, disciplina i procedimenti di co-programmazione e co-progettazione fra PA ed ETS e le diverse forme di partenariato.

8 Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, Decreto ministeriale 31 marzo 2021, n. 72, *Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55–57 del D.lgs. 117/2017*.

9 Si veda, in particolare, la sentenza n. 131 del 26 giugno 2020 della Corte costituzionale, considerata un vero e proprio *leading case* in materia di amministrazione condivisa, nella quale la Corte ha chiarito che l'art. 55 del Codice del Terzo settore non costituisce una deroga al Codice dei contratti pubblici, ma introduce un modello collaborativo distinto dalla logica concorrenziale dell'appalto, fondato sui principi di sussidiarietà orizzontale e corresponsabilità tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore nelle politiche di interesse generale. A tale orientamento si è successivamente richiamata la sentenza n. 255 del 2020, con cui la Corte ha ulteriormente confermato la legittimità del coinvolgimento paritario degli enti del Terzo settore nei procedimenti di co-programmazione e co-progettazione previsti dal Codice, riconoscendone la piena coerenza con il principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale.

10 Legge regionale Toscana 14 dicembre 2017, n. 75, *Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l. r. 40/2005*.

11 Legge regionale Emilia-Romagna 5 dicembre 2018, n. 19, *Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria*.

12 Il Community Lab rappresenta un metodo di natura trasformativa e partecipativa volto a promuovere l'innovazione nelle prassi e nelle politiche pubbliche attraverso la creazione di spazi dialogici che coinvolgono comunità, servizi e corpi intermedi, al fine di generare riflessività, conoscenza e consapevolezza collettiva. Fondato sullo studio di casi, il metodo mira a comprendere le dinamiche delle comunità e a delineare possibili evoluzioni del welfare locale basate sul contributo diretto dei cittadini. Esso si radica in due presupposti teorici principali: il concetto di sperimentalismo (Sabel e Zeitlin 2008), secondo cui le istituzioni pubbliche possono innovarsi solo ponendo le sperimentazioni locali al centro dei processi di governance; e l'idea dell'apprendimento situato, che riconosce la conoscenza come prodotto della riflessività generata dal 'fare' e dal legame con i contesti esperienziali. Il percorso metodologico si articola in tre fasi – analisi dei casi, generalizzazione e proposta – e si struttura su tre livelli operativi: formazione, finalizzata all'acquisizione di competenze partecipative; ricerca e valutazione, intese come processi conoscitivi continui a supporto della programmazione locale; e consulenza/supervisione, svolta da formatori e tutor nei contesti oggetto di sperimentazione. In tal modo, il Community Lab si configura come un dispositivo di apprendimento collettivo e governance riflessiva, capace di coniugare innovazione istituzionale e partecipazione civica.

riferimento a livello nazionale per la co-produzione territoriale delle politiche sociali e sanitarie e che, probabilmente ha posto le basi per l'emanazione da parte del Ministero della Salute di un importante *Atto di indirizzo* del 2022¹³ sulla partecipazione civica in sanità, nel quale si definisce un quadro organico di modalità e livelli di coinvolgimento delle associazioni di cittadini e di pazienti nei processi decisionali delle istituzioni sanitarie. Il documento, quindi, prevede la partecipazione della società civile nelle diverse fasi del ciclo delle politiche sanitarie: dalla consultazione ex ante sui piani e programmi, alla co-progettazione degli interventi, fino alla valutazione ex post delle politiche realizzate, attuando, così come previsto dalla già citata *scala di partecipazione* (Arnstein 1969), tutti i differenti gradi di coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali. Quanto detto, dunque, sancisce formalmente che la partecipazione civica costituisce una componente strutturale della governance del Servizio sanitario nazionale, da attuarsi in modo coerente e coordinato a tutti i livelli.

3. Le Case della Comunità come dispositivo di welfare territoriale e generativo

All'interno della cornice teorica e normativa fin qui delineata, tra le novità più rilevanti che negli ultimi anni hanno interessato il settore della salute pubblica, vi è la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nella quale un ruolo di particolare rilievo è rivestito dalle Case della Comunità. Tale modello organizzativo, volto a ridefinire la prossimità e l'integrazione dei servizi sociosanitari, è stato formalizzato con il Decreto n. 77 del 2022¹⁴, promulgato dal Ministero della Salute nell'ambito delle riforme previste dalla Missione 6 – Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Con questa riforma, il Legislatore mira a promuovere un sistema sanitario orientato alla presa in carico integrata della persona, alla continuità assistenziale, ma anche al coinvolgimento attivo delle comunità locali, delineando una nuova architettura del welfare sanitario territoriale coerente con i principi della partecipazione, dell'equità, dell'efficienza e

della sostenibilità sociale. L'impulso politico alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale ha trovato una motivazione decisiva nell'esperienza della pandemia da Covid-19, che ha agito come potente catalizzatore di consapevolezza e urgenze riformatrici (Ameglio *et al.* 2025). La crisi sanitaria globale ha, infatti, messo in luce, in modo drammatico, le criticità strutturali del sistema sanitario italiano, evidenziando marcate disuguaglianze nell'offerta dei servizi, una profonda frammentazione organizzativa e una debole integrazione tra ospedali, medicina territoriale e servizi sociali.

In tale contesto, la Missione 6 del PNRR ha individuato due assi strategici di intervento: da un lato, il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza di prossimità, attraverso l'integrazione funzionale e operativa tra servizi sanitari e sociali; dall'altro, l'ammodernamento e la digitalizzazione del sistema sanitario, orientati a garantire una maggiore efficienza, equità e capacità di risposta alle esigenze delle comunità locali¹⁵ (Volterrani *et al.* 2023). In particolare, la Componente 1 della Missione 6 (M6C1), intitolata *Rete di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*, ha come obiettivo quello di assicurare una piena esigibilità dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in tutto il Paese, cercando di contrarre le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi e riallocando il baricentro dell'assistenza sanitaria dal paradigma 'ospedalecentrico' a un sistema più prossimo alle persone, capace di rispondere ai bisogni delle comunità locali.

Questo modello innovativo di politica istituzionale, dunque, si fonda su una rete di prossimità multilivello che muovendosi dalla domiciliarità – concepita come 'primo luogo di cura' – arriva all'istituzione della Casa della Comunità¹⁶, già Casa della Salute¹⁷, intesa quale nodo territoriale centrale per l'accesso, la presa in carico e il coordinamento dei servizi, compresi quelli sociali, in una prospettiva più ampia e profondamente relazionale, in cui l'obiettivo non è soltanto l'integrazione delle prestazioni, ma soprattutto la costruzione delle relazioni sociali

13 Ministero della Salute, Segretariato Generale, 3 ottobre 2022, *Atto di indirizzo riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali del Ministero della Salute da parte delle associazioni/organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie*.

14 Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

15 Tra le linee d'azione previste vi sono infatti lo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico, la diffusione della telemedicina, il potenziamento della dotazione tecnologica e digitale degli ospedali, e soprattutto la creazione di una rete capillare di strutture intermedie sul territorio.

16 Il decreto stabilisce il principio secondo cui, in ciascun Distretto – corrispondente a un ambito territoriale di circa 100.000 abitanti – deve essere istituita almeno una Casa della Comunità ogni 40.000-50.000 residenti.

17 Le Case della Salute, istituite con Decreto del Ministro della Salute 10 luglio 2007, hanno rappresentato, nelle prime sperimentazioni regionali, un modello centrato prevalentemente sull'integrazione funzionale e organizzativa dei servizi (Guidi *et al.* 2019).

significative nella comunità (*community building*). Questo approccio implica il coinvolgimento attivo dei cittadini, la proattività delle istituzioni locali, la promozione delle connessioni sociali e la co-produzione delle politiche e degli interventi (Giarelli *et al.* 2020). In questa prospettiva, la Casa della Comunità si configura non solo come presidio sanitario territoriale, ma come spazio civico e sociale, luogo di partecipazione, di apprendimento collettivo e di rigenerazione del capitale sociale, dove la salute, in linea con la prospettiva del welfare generativo, viene intesa come bene condiviso e risultato di una partecipazione della comunità. Del resto, la scelta dell'espressione 'Casa della Comunità' per qualificare questa nuova forma di politica sociosanitaria non è affatto casuale: il termine 'comunità', infatti, rinvia al concetto sociologico classico di *Gemeinschaft* (Tönnies 1963), intesa come un insieme organico di legami sociali fondati sulla convivenza durevole, sulla reciprocità affettiva e sulla condivisione di valori, norme e significati comuni, evoca forme di solidarietà sociale che costituiscono una risorsa strategica per affrontare problemi della comunità e generare benefici diffusi (Putnam 2000).

A livello locale, il richiamo alla comunità esprime, dunque, l'obiettivo di generare una trasformazione profonda del presidio sociosanitario, che da semplice erogatore di servizi diviene un vero e proprio luogo di appartenenza. La Casa della Comunità si configura, in questa prospettiva di welfare generativo, come uno spazio in cui cittadini, istituzioni locali e attori del Terzo settore cooperano attivamente, riconoscendo la salute come bene comune da realizzare e preservare collettivamente (Belluto *et al.* 2023). Questa configurazione, inoltre, consente di affrontare i bisogni della persona secondo una prospettiva olistica (Bateson 1984), che riconosce la salute come risultato dell'interazione dinamica tra dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e ambientali. Una visione, quest'ultima, che si inserisce pienamente nell'approccio del *Planetary Health* (Whitmee *et al.* 2015) introdotto per indicare "il più elevato livello di salute, benessere ed equità raggiungibile in tutto il mondo, attraverso una equilibrata governance dei sistemi – politici,

ambientali, economici e sociali – determinanti per il futuro dell'umanità, e dei sistemi naturali terrestri che definiscono i confini ambientali entro i quali l'umanità può svilupparsi".

In sintesi, questo nuovo approccio nella governance della sanità incorpora e traduce molte delle istanze proprie del welfare generativo: l'integrazione sociosanitaria¹⁸, la multidisciplinarietà delle équipes, la centralità del territorio e della comunità, nonché l'empowerment del cittadino-paziente, favorito anche dall'uso della telemedicina e del Fascicolo sanitario elettronico. Tuttavia, va sottolineato come l'attuazione concreta della riforma sanitaria, delineata dal D.M. 77/2022, sia tuttora in corso e dagli studi più recenti (AGENAS 2025; GIMBE 2025) emerge come essa sia caratterizzata da ritardi significativi e da marcate disomogeneità territoriali¹⁹.

4. Il caso Molise: contesto, implementazione e criticità delle Case della Comunità

L'attuazione del D.M. 77/2022 sembra essere più virtuosa in quei territori, tra cui quello molisano, caratterizzati da una cronica vulnerabilità del sistema sanitario. In particolare, il Molise costituisce un osservatorio privilegiato per l'analisi della fase di sperimentazione di questa nuova politica della sanità pubblica, rappresentata dalle Case della Comunità, in virtù sia delle sue peculiarità demografiche e territoriali, sia delle scelte programmatiche adottate nell'ambito dell'attuazione del PNRR. La regione presenta una serie di criticità strutturali riconducibili alle caratteristiche tipiche delle aree interne, segnate da un tessuto demografico fragile e da un'elevata vulnerabilità socioeconomica. Tra i principali fattori di squilibrio si annoverano lo spopolamento progressivo, l'invecchiamento demografico, la dispersione territoriale a causa della presenza prevalente di comuni montani di ridotte dimensioni. Tutti elementi, quelli appena citati, che complessivamente concorrono a indebolire la tenuta del welfare. Sul piano sanitario, dal 2007, a seguito del disavanzo strutturale accumulato, la regione è stata vincolata alla sottoscrizione di un Piano di rientro dal debito²⁰; misura quest'ultima

18 La presenza dell'assistente sociale all'interno dell'équipe della Casa della Comunità garantisce l'integrazione con i servizi sociali comunali, rafforzando l'approccio olistico ai bisogni della persona.

19 Al 30 giugno 2025, su 1.723 Case della Comunità previste a livello nazionale, soltanto 218 (pari al 12,7%) risultavano pienamente operative, ossia dotate di tutti i servizi stabiliti dagli standard ministeriali, e appena 46 (circa 2,7% del totale) disponevano contestualmente di personale medico e infermieristico secondo le dotazioni previste. Analogamente, per quanto riguarda gli Ospedali di comunità, dei 592 programmati ne risultavano attivi 153 (26%), per un totale di 2.716 posti letto effettivamente operativi.

20 Si veda la Deliberazione della Giunta regionale del Molise del 30 marzo 2007, n. 362, *Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2005 n. 311*.

che ha imposto una gestione fortemente vincolata della spesa. Il Molise, dunque si confronta con una carenza cronica di personale medico e infermieristico, aggravata da una limitata capacità di attrazione e stabilizzazione dei professionisti e da risorse finanziarie esigue, che riducono le possibilità di investimento in questo settore. Negli ultimi decenni, tale processo si è ulteriormente accentuato con l'attuazione del Decreto 'Balduzzi' (D.L. 158/2012²¹), che ha determinato una profonda ristrutturazione della rete ospedaliera regionale. Le politiche di razionalizzazione hanno comportato la riduzione e l'accorpamento di numerose prestazioni ospedaliere, concentrando la gran parte delle attività sanitarie su tre poli principali – Campobasso, Termoli e Isernia – e lasciando privi di copertura ampi settori delle aree interne e periferiche, dove la carenza di servizi ha ulteriormente accentuato le differenze territoriali in termini di accesso e continuità assistenziale. In tale scenario, le Case della Comunità si delineano come una risposta strategica volta a ricondurre i servizi essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria in prossimità dei cittadini, contribuendo così a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure²². In questa prospettiva, la Regione Molise ha programmato la realizzazione di tredici Case della Comunità entro il 2026, definendo un modello organizzativo caratterizzato da una distribuzione capillare sull'intero territorio²³. Considerata la ridotta dimensione demografica della regione – con una popolazione inferiore ai 300.000 abitanti – questa pianificazione corrisponde a una Casa della Comunità ogni circa 22.150 residenti, con un rapporto significativamente più favorevole rispetto alla media nazionale.

Nonostante tali premesse incoraggianti, i dati AGENAS relativi al primo semestre del 2025 mostrano un quadro di attuazione ancora incompleto: risultano operative soltanto due Case della Comunità sulle tredici previste, pari a circa il 15% del totale pianificato. Tuttavia, le due Case della Comunità effettivamente attivate e localizzate nei comuni di Venafro e di Larino rivestono un valore sperimentale di particolare rilievo. Esse rappresentano studi pilota nei quali è possibile osservare, in un contesto demograficamente fragile e territorialmente complesso, le sfide operative e le opportunità di innovazione sociale e istituzionale

che accompagnano la transizione verso questo nuovo modello di welfare sociosanitario. Al di là dei ritardi registrati sul piano quantitativo, è opportuno sottolineare che le analisi comparative collocano il Molise tra le regioni con il più alto livello di attuazione qualitativa della riforma dell'assistenza territoriale. Infatti, secondo il monitoraggio indipendente della Fondazione GIMBE (2025), la regione è tra le poche realtà italiane ad aver reso pienamente operative tutte le funzioni obbligatorie previste nelle Case della Comunità.

Un esempio di particolare rilievo è rappresentato dalla Casa della Comunità di Larino, attiva dal maggio 2025, che ha determinato un miglioramento tangibile dell'offerta sanitaria territoriale. Tuttavia, questa sua implementazione pur coerente, non è esaustiva rispetto al modello delineato dal D.M. 77/2022. La dimensione che risulta assente è proprio quella partecipativa/generativa che, invece, è a suo fondamento: “La Casa della Comunità costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi, ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione”. A corroborare quanto detto, dalle prime risultanze di un'indagine esplorativa di tipo qualitativo, condotta dall'Università degli Studi del Molise, presso la Casa della Comunità di Larino, nell'ambito di una prospettiva di ricerca più ampia e sistematica, basata su interviste a testimoni privilegiati – tra cui figure apicali nella governance e altri professionisti operanti nella struttura – è emerso come dato significativo l'assenza della partecipazione civica in questi nuovi presidi territoriali. Infatti, nonostante la disponibilità di spazi (dieci locali e una sala convegni) che potrebbero essere dedicati a tale scopo, questi restano di fatto inutilizzati. Solo una singola associazione di volontariato ha svolto, e per un periodo limitato, alcune iniziative all'interno della struttura, evidenziando così la persistenza di un divario tra l'intenzionalità partecipativa/generativa del modello e la sua effettiva attuazione operativa.

Per questo motivo, appare necessaria una riflessione più ampia basata sul presupposto che

21 Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*.

22 La Casa della Comunità di Larino rappresenta, in questo senso, un caso emblematico: essa, insieme all'Ospedale di Comunità, è stata istituita attraverso la riqualificazione dell'ex presidio ospedaliero locale, che, a seguito del ridimensionamento della rete ospedaliera, rischiava di rimanere inutilizzato.

23 Decreto Commissario ad acta alla Sanità della Regione Molise del 16.10.2025, n. 2025/161, *Linee Guida Regionali per l'implementazione del modello organizzativo delle Case della Comunità, Regione Molise*.

le Case della Comunità debbano configurarsi non soltanto come strutture di erogazione di servizi sanitari e sociosanitari, ma anche come dispositivi di innovazione orientati alla rigenerazione delle comunità locali. Esse dovrebbero, in altre parole, essere concepite quali spazi abilitanti di partecipazione, coesione e sviluppo territoriale, capaci di promuovere processi di coinvolgimento collettivo e di attivare risorse relazionali e capitale sociale utili a rispondere in modo più efficace ai fabbisogni della popolazione. In sostanza, bisognerebbe andare oltre i vincoli insiti nella 'Scheda 14' del più recente Patto per la Salute 2019-2021, la quale non prevedendo esplicitamente forme di governance condivisa, riduce di fatto la partecipazione civica a una mera attività informativa rivolta ai cittadini, con l'effetto di rendere, ancora oggi, episodiche e marginali le esperienze realmente orientate all'empowerment delle persone (Popay *et al.* 2021). Le Case della Comunità, infatti, dovrebbero porsi l'obiettivo di raggiungere i livelli più elevati della *scala della partecipazione* (Arnstein 1969), promuovendo un coinvolgimento sostanziale dei diversi attori sociali e istituzionali. In questa direzione, è fondamentale il contributo di tutti gli attori della comunità – università, istituti di ricerca, organizzazioni del Terzo settore, e più in generale, della società civile – per cooperare nella ridefinizione delle politiche pubbliche e nella co-produzione di soluzioni condivise, valorizzando, in questo modo, il capitale sociale e relazionale presente nei territori (Ingrosso 2022).

Dunque, in un'epoca segnata dalla complessità crescente dei bisogni di salute e dalla crisi strutturale dei sistemi di welfare, le comunità locali sono sollecitate non solo a 'partecipare', quanto piuttosto a 'contribuire' in modo attivo alla costruzione di risposte collettive (Stefanini e Bodini 2014), sino al controllo diretto e alla piena condivisione del potere decisionale (Arnstein 1969). Esse si trasformano così in 'comunità di cura', capaci di intessere e consolidare legami sociali fondati sul mutuo riconoscimento, sulla fiducia reciproca e sulla solidarietà diffusa, generando reti di supporto e di prossimità (Belluto *et al.* 2023). In questa prospettiva, il nuovo modello di welfare in chiave generativa deve interpretare le prestazioni sociosanitarie non più in un'ottica meramente assistenzialistica, ma come esito di processi collettivi derivanti dalla mobilitazione delle risorse umane, relazionali e comunitarie. Le persone, in tale orizzonte, diventano co-produttori della salute pubblica, assumendosi la responsabilità, intesa in senso weberiana, di interrogarsi sul contributo individuale e collettivo che ciascuno può offrire alla realizzazione di un benessere condiviso (Magatti e Gherardi 2014).

5. Le cinque 'P' della salute di comunità

In conclusione, affinché le Case della Comunità possano configurarsi come autentici laboratori di innovazione sociale e affermarsi quali nuove istituzioni sociosanitarie territoriali, è necessario che esse siano in grado di tradurre in pratiche operative un modello di welfare generativo e partecipativo, fondato su una rinnovata alleanza collaborativa tra cittadini, istituzioni pubbliche e altri attori della società civile. Tale prospettiva può essere sintetizzata in cinque principi cardine – le cinque 'P' della salute di comunità, *Persona*, *Prossimità*, *Partecipazione*, *Promozione* e *Politiche per la salute*, – che rappresentano un quadro teorico-programmatico volto a ridefinire la *governance* della salute pubblica in una chiave comunitaria, inclusiva e sostenibile.

Al centro del nuovo paradigma si colloca la *persona*, concepita, come già detto, non più come mero destinatario passivo di prestazioni, ma come soggetto attivo, dotato di risorse proprie che partecipa al benessere collettivo in un determinato contesto storico-territoriale, seguendo una logica di responsabilità sociale (Cesareo 2017).

Il secondo principio, la *prossimità*, rimanda, in questo caso, a una duplice dimensione: territoriale e relazionale. Da un lato, essa implica la costruzione di una rete di servizi accessibili e diffusi, in grado di garantire continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria sul territorio, come delineato dal D.M. 77/2022. Dall'altro, richiama un senso di vicinanza comunitaria, dove la Casa della Comunità diventa non solo un presidio sociosanitario, ma uno spazio di appartenenza collettiva, radicato nel tessuto sociale e capace di rafforzare i legami di fiducia e solidarietà tra persone, istituzioni e sistema sociale.

Il terzo asse riguarda la *partecipazione*, intesa come coinvolgimento attivo, strutturato e continuativo di tutti gli stakeholder coinvolti nella governance delle politiche sanitarie, tra cui cittadini, associazioni e altri soggetti del Terzo settore. Affinché la partecipazione della comunità locale non si riduca a una dimensione puramente consultiva/informativa, è necessario raggiungere i livelli più alti della scala di Arnstein (1969), favorendo forme di coinvolgimento in grado di attribuire reale potere alle persone nell'elaborazione e nell'attuazione delle strategie di salute pubblica.

Il quarto pilastro, la *promozione*, sottolinea la centralità dei processi di empowerment individuale e collettivo, attraverso l'attivazione delle risorse endogene delle comunità. Ciò comporta la diffusione di una cultura della salute condivisa, in cui ciascun attore – pubblico, privato o comunitario – si riconosce come parte integrante di un sistema orientato al benessere comune e alla produzione di valore sociale.

Infine, la quinta 'P', quella delle *politiche* per la salute, richiama la necessità di una visione integrata e coerente con un approccio "*Health in all policies*". La salute, infatti, dipende da un insieme complesso di determinanti – sanitarie, sociali, economiche e ambientali – le quali devono essere governate in modo sinergico. Applicata a livello locale, questa impostazione implica che le Case della Comunità, fungendo da snodo strategico di integrazione tra le diverse dimensioni del vivere sociale, operino accogliendo tutte le politiche (sociali, educative, urbanistiche, ambientali ecc.) in modo intersezionale (Collins 2019).

Le cinque 'P', pertanto, non agiscono come ambiti separati, ma nella loro interdipendenza

seguono un approccio olistico: porre la persona al centro e operare in prossimità significa facilitare la partecipazione e la promozione delle risorse del territorio, creando le condizioni per politiche più inclusive e coerenti con i bisogni sociosanitari. Si tratta, in ultima analisi, di un mutamento culturale e sociale oltre che organizzativo, in cui la salute viene intesa come bene comune co-costruito, esito di una responsabilità diffusa tra istituzioni e società civile. Abbracciare questo paradigma significa, dunque, intraprendere la via verso un nuovo welfare territoriale-generativo, capace non solo di curare, ma di prendersi cura, rigenerando le comunità e rafforzando la loro coesione.

Bibliografia

- AGENAS (2025), *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. I Semestre 2025*, Roma, Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali
- Ameglio S., Colombi S., Gallina M.A., Grimaldi R. (2025), *Welfare generativo e innovazione sociale. Approcci teorici e buone pratiche*, Milano, Franco Angeli
- Ardigò A. (1997), *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Milano, Franco Angeli
- Arnstein, S. R. (1969), A Ladder of Citizen Participation, *Journal of the American Institute of Planners*, 35, n.4, pp.216-224
- Baffi P., Di Falco F. (1948), *Relazione sull'impegno integrato del lavoro in una società libera*, Torino, Einaudi
- Barba D., Grignoli D. (a cura di) (2017), *Welfare Rights e Community Care. Rischi e opportunità del vivere sociale*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane
- Bateson G. (1984), *Mente e natura*, Milano, Adelphi
- Bauman Z. (2001), *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Roma-Bari, Laterza
- Belluto M., Consoloni M., Da Mosto D., Neri M., Vallerani S. (2023), Comunità di cura e spazi urbani: retoriche pubbliche, limiti e potenzialità della partecipazione comunitaria, *Tracce Urbane*, 9, n.18, pp.301-309
- Bruni L., Zamagni S. (2015), *L'economia civile*, Bologna, il Mulino
- Caillé A. (2009), *Critica dell'uomo economico. Per una teoria anti-utilitaristica dell'azione*, Genova, Il nuovo Melangolo
- Castel R. (2004), *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino, Einaudi
- Cesareo V. (a cura di) (2017), *Welfare responsabile*, Milano, Vita e Pensiero
- Coleman J.S. (1988), Social Capital in the Creation of Human Capital, *The American Journal of Sociology*, XCIV, S95–S120 <DOI 10.1086/228943>
- Collins P.H. (2019), *Intersectionality as Critical Social Theory*, Durham N.C., Duke University Press
- Commissione europea (2022), Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, *Strategia europea per l'assistenza*, Bruxelles, 7.9.2022, COM(2022) 440 final
- Commissione europea (2013), Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, *Investire nel settore sociale a favore della crescita e della coesione, in particolare attuando il Fondo sociale europeo nel periodo 2014-2020*, Bruxelles, 20.2.2013, COM(2013) 83 final
- De Ambrogio U., Guidetti C. (2016), *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e terzo settore*, Roma, Carocci Faber
- Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, *Codice del Terzo Settore*

- Donati P. (1986), *Introduzione alla sociologia relazionale*, Milano, Franco Angeli
- Donati P. (2006), *Manuale di sociologia della famiglia*, Roma-Bari, Laterza
- Giarelli G., Lombi L., Cervia S. (2020), *Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura*, in Carcano M., Giarelli G., Vicarelli G., *Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino, pp.199-212
- GIMBE (2025), *Ottavo rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, Fondazione GIMBE
- Grignoli D. (2007), Percorsi di inclusione femminile per lo sviluppo locale. Un case study in Molise, in Federici M.C., Minardi E. (a cura di), *Quadro e cornice. Per una lettura dinamica dello sviluppo locale*, Milano, Franco Angeli
- Grignoli D. (2010), Riscoprire la dimensione sociale dello sviluppo, in Grignoli D., Mancini A. (a cura di), *La dimensione sociale dello sviluppo*, Roma, Carocci, pp.13-24
- Grignoli D. (2013), Il Molise e i suoi artigiani cre-a(t)tivi, in Bortoletto N., Federici M.C. (a cura di), *Lo sviluppo endogeno e i saperi tradizionali come risposte alle crisi*, Milano, Franco Angeli, pp.128-152
- Guidi G., Caponetto S., Ardis S. (2019), *La resilienza nella promozione della salute. Atti del VII Meeting nazionale SIPS*, Milano, Aonia Edizioni
- Ingresso M. (2022), Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità, *Sistema Salute*, 66, n.1, pp.11-32
- Luhmann N. (1997), Limits of Steering, *Theory, Culture and Society*, 14, n.1, pp.41-57
- Lusardi R., Moretti C. (2020), L'integrazione dei servizi sociosanitari nelle comunità locali, in Carcano M., Giarelli G., Vicarelli G., *Sociologia della Salute e della Medicina*, Bologna, il Mulino, pp.223-239
- Magatti M., Gherardi L. (2014), *Una nuova prosperità. Quattro vie per una crescita integrale*, Milano, Feltrinelli
- Magatti M., Giaccardi C. (2014), *Generativi di tutto il mondo unitevi! Un manifesto per la società dei liberi*, Milano, Feltrinelli
- Memo G. (2023), *Il Terzo Settore nel Mezzogiorno*, Soveria Manelli, Rubbettino
- Morozzi M., Prandini R. (a cura di) (2020), *Modelli di welfare. Una discussione critica*, Milano, Franco Angeli
- Ostrom V., Ostrom E. (1977), Public Goods and Public Choices, in Savas E.A. (eds.), *Alternatives for Delivering Public Services: Toward Improved Performance*, Boulder, Westview Press, pp.7-49
- Popay J., Whitehead M., Ponsford R., Egan M., Mead R. (2021), Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks, in *Health Promotion International*, 36, n.5, pp.253-1263
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 – Salute, Componente 1 (M6C1) “Rete di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Putnam R.D. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon & Schuster
- Sabel C.F., Zeitlin J. (2008), Learning from Difference: The New Architecture of Experimentalist Governance in the EU, *European Law Journal*, 14, n.3, pp.271-327
- Saraceno C. (2011), Childcare needs and childcare policies. A multidimensional issue, *Current Sociology*, 59, n.1, pp.78-96
- Stefanini A., Bodini C. (2014), Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica, *Sistema Salute*, 58, n.3, pp.308-315
- Tönnies F. (1963), *Comunità e società. Introduzione di Renato Treves*, Milano, Edizioni di Comunità
- Tronto J.C. (2013), *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*, New York, NYU Press
- Vicarelli G. (a cura di) (2016), *Oltre il coinvolgimento. L’attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, Bologna, il Mulino
- Volterrani A., Antonucci M.C., Squillaci L. (2023), Il protagonismo delle persone e delle comunità nel PNRR. Quali percorsi possibili nell’ambito delle Case di Comunità?, in Rinoldi D.G., Scialdone A. (a cura di), *PNRR promesse da mantenere e miglia da percorrere. Integrità delle politiche pubbliche e prospettive italo-europee di democrazia partecipativa*, Napoli, Editoriale Scientifica, pp.213-245

- Weber M. (2004), *Il lavoro intellettuale come professione. Scienza e politica: due vocazioni. Traduzione e introduzione di Pietro Rossi*, Torino, Einaudi
- Whitmee S., Haines A., Beyrer C., Boltz F., Capon A.G., Ferreira de Souza Dias B., Ezeh A., Frumkin H., Gong P., Head P., Horton R., Mace G.M., Marten R., Myers S.S., Nishtar S., Osofsky S.A., Pattanayak S.K., Pongsiri M.J., Romanelli C., Soucat A., Vega J., Yach D. (2015), Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, *The Lancet* 386, n.10007, pp.1973-2028
- WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*, Geneva, World Health Organization
- WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization (adopted 22 July 1946; entered into force 7 April 1948)*, Ginevra, World Health Organization
- Zamagni S. (2016), L'evoluzione dell'idea di welfare. Verso il welfare civile, *Ubimino*, 3, n.5 <https://www.ubimino.org/images/Rivista/Terzo_anno/welfare.pdf>

Daniela Grignoli

grignoli@unimol.it

È Professoressa Associata di Sociologia presso l'Università degli Studi del Molise e dal 2024 abilitata al ruolo di Professore Ordinario (ASN, SPS/07 - GSPS 05/A). Studiosa dei processi migratori e del cambiamento sociale, unisce prospettiva teorica e approccio metodologico. Ha maturato una vasta esperienza didattica e di ricerca su welfare, politiche sociali, migrazioni e genere. Autrice e curatrice di numerosi volumi e articoli, è membro del Comitato scientifico di Studi di genere nella sociologia italiana.

Antonio Leone

antonio.leone@unimol.it

È Assegnista di ricerca in Sociologia generale presso l'Università degli Studi del Molise. I suoi studi si concentrano sui processi di integrazione dei migranti, analizzati attraverso le dinamiche di sfruttamento lavorativo, le politiche di welfare e le forme di vulnerabilità sociale.