

Mariasofia Alleva  
Università degli Studi “Roma Tre”  
Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale – L 39  
Relatrice: Prof.ssa Annunziata Bartolomei

## IL SERVIZIO SOCIALE E LA TUTELA DELLA SALUTE UMANA

«La salute è la capacità di adattarsi ad un ambiente che cambia  
la capacità di crescere, di invecchiare, di guarire,  
in caso di necessità di soffrire e di aspettare la morte in pace.  
La salute tiene in considerazione il futuro, cioè suppone l’angoscia  
e contemporaneamente le risorse interiori  
per vivere con l’angoscia e superarla».  
(I. Illich, *Nemesi medica*, 2004)

Tema di questo lavoro è la produzione di cura, salute e benessere da parte del Servizio Sociale in ambito sanitario e l’integrazione di quest’ultimo con i molteplici Enti ed attori territoriali promotori di giustizia, coesione e reinserimento sociale.

Abbiamo ripercorso la nascita del Servizio Sociale sotto un profilo sociologico, politico, economico e culturale, portando alla luce le contraddizioni proprie della società industriale e post-industriale e le conseguenti domande sociali frutto delle molteplici e sempre più multifattoriali forme di vulnerabilità e fragilità.

Posizione centrale nel nostro lavoro occupa il nosocomio, nella sua specificità di luogo fisico e nell’evoluzione delle sue articolazioni, funzioni e relazioni con la società, da *hospitium* come tempio della cura a luogo deputato all’assistenza delle acuzie di media-alta intensità.

Attorno al concetto di integrazione, tema cardine dell’ultimo capitolo, si articola una riflessione, oltre che normativa, di tipo “valoriale”. Ci siamo concentrati soprattutto sulla dimensione dell’integrazione sociosanitaria, quale forma di cooperazione – auspicabilmente sempre più intensa – tra attori diversi, pubblici e privati, volontaristici ed istituzionali, formali e informali, chiamati ad una presa in carico olistica e globale dei bisogni di vita della cittadinanza.

### **I Le radici del Servizio Sociale Ospedaliero: Storia, norme e *ratio***

«Il movimento del *social work* in ambito sanitario  
ritiene ci debba essere all’interno dell’ospedale  
qualcuno assegnato formalmente  
a rappresentare il punto di vista del paziente  
e ad elaborare insieme al medico  
un adattamento del trattamento sanitario  
alla luce delle condizioni sociali della persona stessa».  
(I. Cannon, 1930)

Il nosocomio ha rappresentato nella storia del Servizio Sociale la sede di maggior espressività della professione applicata al campo dell’igiene e fu uno degli ambiti di applicazione del *social work*. L’ospedale ha, fin dalla fine del XIX sec., stimolato l’incontro dell’azione sociale con il sapere e l’operatività propria delle competenze sanitarie, permettendo un approccio globale alla cura della persona ed una maggiore efficacia nella risposta alle sue necessità.

Grazie al costituirsi, nel 1869, del movimento per l’organizzazione dell’assistenza cittadina, le “Charity Organization Societies”, la Gran Bretagna fu il primo paese ad inserire nell’organico dei nosocomi la figura dell’assistente sociale. In particolare la prima assistente sociale fu l’operatrice Mary Steward (1862-1925), assunta al Royal Free Hospital di Londra nel 1895.

Alla radice dell'innovazione di tale organizzazione filantropica vi era una diversa postura all'aiuto e alla relazione assistenziale, ben sintetizzata dallo slogan «*Not one cent*» (Bortoli, 2013).

Il fine della carità razionale introdotta da tali *social workers* era, similmente a quanto esplicitato oggi nell'Art. 26 del Nuovo Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, «ristabilire nel destinatario dell'azione assistenziale il massimo possibile di dignità, compatibilmente con l'autonomia e la responsabilità personale che egli era in grado di assumersi. In contrasto con l'impulsiva erogazione elemosiniera e l'erogazione di sussidi e pasti caldi, la carità razionale doveva essere personalizzata, a misura dello specifico caso ed obiettivo» (Bortoli, 2013, pg. 35).

Gli interventi richiesti all'assistente sociale miravano a confortare il paziente durante le lungodegenze e a supportare la persona nelle proprie problematiche familiari, lavorative, previdenziali e durante la fase delle dimissioni. Il suo scopo originario era inoltre quello di sostenere, consigliare e comprendere il malato; fare in modo che seguisse le prescrizioni mediche, coadiuvando l'attività medica e svolgendo un ruolo di accompagnamento della persona nella comprensione della malattia e nell'individuazione di un ambiente adatto per l'efficacia del trattamento.

Il Servizio Sociale si profila fin dall'inizio competente sia sulla dimensione collettiva che privata, in quanto nell'essenza il lavoro è personale, individuale ma al contempo sociale, mettendo in relazione ed in collegamento il paziente con tutte le fonti alle quali potrà attingere per avere aiuto.

È necessario rilevare come già nei primi anni del '900 si evidenziò un cambiamento nella concezione della diagnosi e della cura, non più esclusivamente concentrate, come in passato, sulle manifestazioni fisiche delle malattie, tanto da trascurare gli aspetti volitivi ed emotivi, nonché le condizioni personali e sociali della persona in carico. Si ritrovano dunque fin da qui le basi dell'integrazione sociosanitaria e della continuità assistenziale<sup>1</sup>, in cui la visione della persona non si concentra unicamente sulla sua malattia, ma altrettanto sui suoi bisogni alloggiativi, economici, psicologici e di consapevolezza del proprio stato di malessere.

L'attenzione assunta dalla dimensione preventiva del Servizio Sociale per l'igiene pubblica favorì l'incrinarsi del monopolio del sapere medico quale unico sapere dominante negli interventi interni all'ospedale e permise la legittimazione del riconoscimento degli aspetti sociali della malattia. Grazie a tali intuizioni il nosocomio mutò forma, e da luogo autoreferenziale, favorito dal suo isolamento e finalizzato al ricovero del povero, divenne sensibile alla necessità di ripensarsi nel contesto dei bisogni della collettività, in collegamento con tutte le altre istituzioni sanitarie e assistenziali.

Esaltando i principi di Universalità, Uguaglianza ed Equità, la Lg. 833/1978 riconobbe la salute come un diritto sociale e ne innovò il quadro della tutela in Italia, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di «tutelare la salute fisica e psichica nel rispetto della dignità e della libertà della persona» (Art. 1, Lg. 833/78). Accanto alla regolamentazione dell'erogazione di servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, la Lg. 833, malgrado non prevedesse ancora stabilmente nell'organico la figura dell'assistente sociale, rappresentò il caposaldo del principio di integrazione sociosanitaria, mirando ad equiparare le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione garantendo protezione sociale anche nei casi in cui il cittadino avesse richiesto delle prestazioni sanitarie.

Dal momento che la nascente organizzazione sanitaria si fondava su una nuova struttura, l'unità sanitaria locale (USL), operativa all'interno dei Comuni, questi assunsero nuova centralità e con essi lo stabilizzarsi del Servizio Sociale all'interno del tessuto territoriale. Nello specifico, gli ospedali vennero articolati in Dipartimenti, che, secondo il principio dell'integrazione delle competenze, fortificò il lavoro di gruppo e il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri. In osservanza e continuità, il D.Lgs. 502/1992, dal titolo *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, definì i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) previsti dal Piano Sanitario Nazionale e realizzati dal nuovo Piano Sanitario Regionale e da quello Locale. All'Art. 1, comma 6, esso riconosce l'assistenza ospedaliera tra le forme dei LEA; all'Art. 3 quinquies, comma c, afferma invece che le Regioni disciplinano l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Il D.Lgs. 229/1999 approfondisce il concetto di prestazioni sociosanitarie, definite come

<sup>1</sup> Disciplinata dalla Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328/2000.

«tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione» (D.Lgs. 229/1999, Art. 3-septies).

In continuità e in aggiunta alla precedente normativa, la Lg. 328/2000 ha incentivato la produzione di politiche sociali dirette alla prevenzione del disagio e a promuovere la “normalità della vita”, secondo l’applicazione del principio di “sussidiarietà orizzontale”. Al capo III, Art. 15, inoltre, si evince la priorità attribuita agli interventi di cura e di assistenza effettuati a domicilio; la casa è difatti considerata il luogo privilegiato in cui la persona può curarsi e recuperare, ove possibile, la condizione di autosufficienza.

## **II Nella cura il prendersi cura**

### ***La riorganizzazione biologica, psicologica e sociale della persona-paziente***

«Anche quando si riesce a coglierlo con il massimo dell’empatia e dello sforzo,  
ciò che si osserva sarà solo una parte del dolore altrui.  
Esso si insinua tra noi, senza che possiamo dividerlo,  
come ciò che non può essere negato e non può essere provato al tempo stesso (Dotti, 2019)».

Alla luce di una compresenza complessa di esigenze sviluppate dagli esseri umani nella gestione della propria esistenza, nella formulazione e realizzazione dei propri obiettivi di vita e nel raggiungimento del proprio benessere, anche ed in particolare in relazione con la dimensione ecologica-comunitaria in cui sono immersi, la distinzione tra componente biologica e psicosociale della salute risulta arbitraria. Le persone difatti sempre più non necessitano di risposte o solo sanitarie o solo sociali, bensì sono portatrici di bisogni che possono essere compresi e soddisfatti solo dal sistema proprio dell’integrazione sociosanitaria, dall’accostamento della dimensione della cura con quella del prendersi cura, contrariamente a quanto accadeva quando, incentrati unicamente sull’obiettivo di cura della malattia fisica e dei suoi sintomi, «i servizi sanitari hanno impedito di promuovere la relazionalità con i mondi di vita delle persone» (Bissolo, Fazzi, 2015).

Fondamentale risulta, anche alla luce delle nuove forme di fragilità multidimensionali, l’esigenza e la necessità di «produrre guarigione» (cfr. Bissolo, Fazzi, 2015) coordinando e integrando i servizi sanitari con quelli sociali, assistenziali e giuridici.

Per Sanità, dunque, intendiamo l’insieme di regole e risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla tutela della salute e grazie alla quale la qualità della salute può raggiungere livelli più alti. Se ne prendono in considerazione tre parametri: la dimensione (personale, numero di strutture, etc); il funzionamento (tasso di ospedalizzazione) e la spesa (pro-capite, percentuale sul PIL). È importante sottolineare che questo è uno dei settori più estesi e complessi nei Paesi industrializzati ed è influenzato da fattori culturali oltre che morali. Nel caso dell’Italia, la nascita del Servizio Sanitario Nazionale si intrecciò saldamente con le sue fondamenta costituzionali, con la sua crescita civile, sociale e democratica.

Alla luce delle riflessioni sul benessere, portatrici di mutamenti storici, politici, sociali ed economici nell’organizzazione dei molteplici Servizi Sanitari nazionali, si è gradualmente riconosciuto altresì il ruolo centrale ricoperto dal capitale socio-relazionale, capace di promuovere ed ostacolare al tempo stesso la salute e la vitalità della persona. Quest’ultima, affermano Bissolo e Fazzi (2015), dipende non solo dalla condizione fisica, bensì dalla quantità e qualità di legami che la persona riesce a stabilire con gli altri. Sia la carenza, sia l’eccessiva usualità, tendono a portare infatti l’individuo ad uno stato di isolamento e di malessere.

«Una persona secondo la nuova concezione di salute è un sistema composto da un’unità biopsichica che interagisce costantemente con i sistemi esterni che compongono l’ambiente nel quale la persona trascorre porzioni di vita. La salute interessa l’essere umano, la sua relazione con l’ambiente circostante e risente dell’influenza dell’età, del sesso, del patrimonio genetico, delle abitudini alimentari, dello stile di vita, della personalità, della presenza o assenza di patologie, dell’etnia, della vita sociale, dell’attività lavorativa ecc». (Bissolo, Fazzi, 2015).

Proprio la possibilità di transitare da una condizione di non salute ad una di salute attraverso il ripristino delle relazioni adattive della persona ed il riavvio dei suoi processi di sviluppo, caratterizza l’aspetto

della percezione soggettiva della salute, chiaramente collegata ad uno schema cognitivo complesso in quanto multidimensionale. È possibile che si presentino condizioni di scarsa autoefficacia, ma è possibile che la persona possa convivere con le proprie limitazioni, senza che questo impatti sulla percezione soggettiva di sé e della propria salute. Questa, piuttosto, è connessa alla capacità, all'opportunità e alla possibilità di raggiungimento dei propri obiettivi, in un ambiente non ostacolante e privo di vincoli.

La visione di Goffman (1968) riferita alla dimensione della malattia vissuta come stigma e quale fonte di stigmatizzazioni, individua, accanto ai malati, alcuni "soggetti marginali" definiti "saggi", in quanto o parenti dello stigmatizzato o persone che lavorano a servizio dei bisognosi. Si potrebbe senza troppe forzature associare a questi ultimi le figure degli assistenti sociali, che in un luogo di isolamento ed in parte di reclusione quale l'ospedale, lavorano per il sostegno agli infermi e agli ultimi, senza fare discriminazione alcuna, riconoscendo ed accogliendo le differenze caratterizzanti le persone, i gruppi e le comunità, senza imporre giudizi di valore in base ad orientamenti e caratteristiche (Art. 9, Nuovo Codice Deontologico).

"Normale" e "stigmatizzato" rappresentano dunque secondo il sociologo delle prospettive che interessano un processo sociale a due, in cui ogni individuo partecipa ad entrambi i ruoli. A testimonianza del potere assunto dal giudizio sociale, su cui Goffman (1968) spinge a riflettere, anche tipologie di malattie meno visibili come quelle mentali, incorrono fortemente nel rischio di subire stigmi, pregiudizi e trattamenti differenziati (cfr. anche Dotti, 2019).

Con il superamento nel 2009 ad Aia, in Olanda, della definizione OMS di salute, si considerò il radicale cambiamento del quadro nosologico caratterizzato dal dominio delle malattie croniche e si sostituì la storica definizione di salute, con la «capacità di adattarsi ed autogestirsi». La nuova prospettiva di *self management* (autogestione) porta la persona a rendersi autonoma e consapevole rispetto alla gestione e alla cura della propria condizione di malattia e ad accostarsi al professionista come colui che «agisce quale sorta di allenatore» (cfr. Huber, 2010, p. 8).

Quando un paziente propone la narrazione della propria condizione di malattia, egli racconta implicitamente, attraverso il linguaggio proprio del mondo culturale d'appartenenza, anche quali siano i valori e le relazioni sociali che plasmano il modo in cui è percepito e controllato il corpo e come viene interpretata la sofferenza all'interno della storia della propria vita.

### **III Dall'ospedale al territorio: realizzare la continuità assistenziale**

«L'integrazione delle diverse politiche per la salute,  
nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;  
privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;  
valorizza i diversi centri di responsabilità;  
qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati;  
promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti  
di salute nella comunità locale».  
(Piano Sanitario Nazionale, 98/00)

Il concetto di integrazione, dal latino *integrare*, può essere applicato a due distinte visioni, la prima delle quali riguarda l'attenzione volta alla persona considerata come un *unicum*, secondo un approccio olistico, globale e multidimensionale.

Integrare sotto il profilo dell'individuo significa attribuire centralità alla dimensione "attiva" della persona e alle relazioni che essa instaura con il suo ecosistema, dove per ecosistemi si intendono tutti gli spazi ed ambiti in cui la persona trascorre un certo arco di tempo della sua vita e prevedono vincoli, risorse, strumenti che le permettano di svolgere un compito, raggiungere un determinato obiettivo o ancora trascorrere del tempo con altri individui.

La seconda accezione del termine integrazione è invece connessa al livello di collaborazione tra servizi sociali e sanitari, assumendo dunque una valenza strumentale, quale condizione tecnico-strategica per dare risposta ai bisogni umani, interconnessi e multifattoriali.

L'incontro tra servizi sociali e sanitari risulta complesso, data la varietà e la mutevolezza dei due ambiti, soggetti all'evoluzione delle normative e dei sistemi di welfare regionali e locali, ma è altresì fonte di

importanti energie innovatrici ed ispiratrici per la definizione degli obiettivi di salute delle persone e per la costruzione di progetti atti a rispondere al complesso sistema di aspettative e relazioni sociali degli individui.

In un tale panorama dinamico di riflessività circa i ruoli ed i compiti esercitati dai molteplici attori responsabili di rispondere ai bisogni di vita della cittadinanza, si iniziò ad immaginare una dimensione di cura ed assistenza extra ospedaliera, quale la *home care* e la *long-term care* per malati post-acuzie, lasciando così libero l'accesso all'ospedalizzazione a pazienti in condizione più acute.

Un ulteriore e fondamentale aspetto che ha portato all'emergere della necessità di integrare le prestazioni sociali con quelle sanitarie è la diffusione nella popolazione odierna di malattie cronico-degenerative a carattere invalidante, causate in parte rilevante dall'invecchiamento medio della popolazione, che trova nelle forme di assistenza ospedaliera il principio di una presa in carico, da riorganizzare in maniera più complessa e personalizzata a livello domestico o presso strutture di lungodegenza, coordinandosi con l'altro fondamentale attore dell'integrazione socio-sanitaria, la famiglia (o la rete umana di riferimento della persona-paziente).

Riconfigurandosi così il nosocomio quale luogo di cura deputato all'assistenza delle acuzie di media-alta complessità, l'assistenza territoriale diviene centro erogatore di prestazioni di efficacia, efficienza e sicurezza per la persona-paziente e tramite la riorganizzazione delle risorse, si permette il contenimento dei costi, pur mantenendo lo stesso livello di qualifica di cure erogate.

Un interrogativo che sorge spontaneo è se l'integrazione riguardi le responsabilità o le risorse. O entrambi. È a partire dal principio di responsabilità gestionale e professionale difatti che si costruisce l'integrazione, investendo nella continuità assistenziale.

## BIBLIOGRAFIA

### MONOGRAFIE

- Baccheschi S., Ziliani A.M. (2006), *Assistente sociale specialista. Un percorso di buone pratiche per buone politiche di governo della salute*, Pisa: Edizioni Del Cerro;
- Bartlett H.M. (1975), *Ida M. Cannon: Pioneer in medical social work*, in «Social Service Review», vol. 49/2, Boston, pp. 208-229;
- Bissolo G., Fazzi L. (2015), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Roma: Carocci;
- Bortoli B. (2013), *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del Welfare 1526-1939*, Roma: Erickson;
- Brizzi L., Cava F. (2003), *L'integrazione sociosanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Roma: Carocci;
- Caprini C. (2019), *Servizio Sociale e Salute*, in *Nuovo Dizionario Di Servizio Sociale*, Roma: Carocci;
- Caprini C., Marini N. (2001), *Organizzazione e qualità del servizio sociale ospedaliero*, Roma: Il Minotauro;
- Dal Prà Ponticelli M., G. Pieroni (2007), *Introduzione al servizio sociale*, Roma: Carocci;
- Dotti M. (2019), *Il servizio sociale ospedaliero*, Roma: Carocci;
- Dubar C. (2004), *La Socializzazione*, Bologna: Il Mulino;
- Fargion S. (2009), *Il Servizio Sociale*, Roma: Laterza;
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale*, Roma: Carocci;
- Garroni E. (1986), *Senso e paradosso*, Roma-Bari: Laterza;
- Garroni E. (1992), *Estetica. Uno sguardo attraverso*, Milano: Garzanti;
- Goffman E. (1968), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino: Einaudi;
- Heidegger M. (1927; 2006), *Essere e Tempo*, Milano: Mondadori (I Meridiani);
- Heller Á. (1976), *La teoria dei bisogni in Marx*, Milano: Feltrinelli;
- Huber D.L. (a cura di) (2010, quarta ed.; 1996, prima ed.), *Leadership and Nursing Care Management*, Maryland Heights (Missouri): Saunders Elsevier;
- Illich I. (2004; 1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano: Bruno Mondadori;
- Maggiani R. (2005), *Inquadramento normativo e organizzativo dell'UVDM*, in R. Di Marzo, L. Gui (a cura di), *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari. Formazione e azione dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale*, Milano: Franco Angeli, pp. 93-118;
- Moretti C. (2020), *Servizio sociale e salute*, in A. Campanini (a cura di), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Roma: Carocci;
- Neve E. (2019), *Il Servizio Sociale*, Roma: Carocci;
- Tilli C. (2013), *Integrare nella complessità. I servizi socio-sanitari nel Lazio*, Roma: Aracne;
- Tönnies F. (1963), *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Milano: Edizioni di Comunità;
- Watzlawick P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Roma: Astrolabio

### RIVISTE E ARTICOLI

- Bianchi E., Calabria R., De Sandre G., Massignan L., Santone G. (1986), *Il rispetto delle persone nei servizi sociali*, Padova: Fondazione E. Zancan, pp. 9-26;
- Bernocchi R., Canevini M.D., Cremonini V.M., Ferrario F., Gazzaniga L., Ponticelli Dal Prà M. (1984), *Le scuole di servizio sociale in Italia, aspetti e momenti della loro storia*, Padova: Fondazione E. Zancan, pp. 145-159;
- Fargion S., Pintarelli D., Wielander W. (2017), *Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull'interprofessionalità in un contesto di squilibrio di potere*, in «Autonomie locali e servizi sociali», Bologna: Il Mulino, pp. 50-53;

- Guadagni A.P., Messieri A. (1997), *La nascita del servizio sociale nell'ospedale e la sua evoluzione*, in «La Professione Sociale», 7, , Bologna: Clueb, pp. 5-14;
- Hora, T. (1959), *Tao, Zen and Existential Psychotherapy*, in «Psychologia», 11, 4, pp. 236-242
- INPS (2020), *Diritti e tutele in caso di malattie oncologiche*;
- Piano Sociale Regionale Lazio (2019), *Prendersi cura, un bene comune*;
- Report Servizio Sociale, Ospedale Fatebenefratelli – Gemelli Isola (2022)

#### TESTI NORMATIVI

- La Costituzione della Repubblica italiana, Legge 132/68, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*;
- D.P.R. 128/1969, *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*;
- Lg. 833/78, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*;
- DPR 616/77, *Attuazione della delega di cui all'art.1 della legge 1975, n. 382*;
- D.lg. 502/1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 421/92*;
- Lg. 104/1992, *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*;
- Lg. 84/1993, *Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*;
- D.Lgs. 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*;
- Lg. 142/1990, *Ordinamento delle autonomie locali*;
- Lg. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*;
- D.Lgs. n. 267/2000, *Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali*;
- Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, *Un patto di solidarietà per la salute*;
- Legge Costituzionale 3/2001, *Modifiche al titolo V parte seconda della Costituzione*;
- Lg. 80/2006, *Accertamento dell'invalidità civile ed handicap riguardanti soggetti con patologie oncologiche*;
- Lg. 11/2016, *Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio*;
- Piano sociale regionale del Lazio, *Prendersi cura, un bene comune*, 2019

#### SITOLOGIA

- [www.treccani.it](http://www.treccani.it)
- [www.dizionario.internazionale.it](http://www.dizionario.internazionale.it)
- [www.parlamento.it](http://www.parlamento.it)
- [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)
- [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it)
- [www.consiglio.regione.lazio.it](http://www.consiglio.regione.lazio.it)
- [www.cnoas.org](http://www.cnoas.org)
- [www.welforum.it](http://www.welforum.it)
- [www.rivisteweb.it](http://www.rivisteweb.it)
- [www.torrosa.com](http://www.torrosa.com)
- [www.istat.it](http://www.istat.it)
- [www.iss.it](http://www.iss.it)
- [www.minori.gov.it](http://www.minori.gov.it)
- [www.aslroma1.it](http://www.aslroma1.it)
- [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)
- [www.vidas.it](http://www.vidas.it)
- [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) *Global Definition of Social Work*, trad. It. Sicora. A, 2014 vv dd.30/04/14