

Le nuove mutualità come forme di *social innovation*

Andrea Volterrani*

Il contesto che cambia...

Il welfare italiano sta attraversando, ormai da almeno due decenni, una fase di profonda trasformazione, trasformazione che gli eventi recenti legati alla crisi del debito pubblico stanno ulteriormente accelerando (Ascoli, 2011). Ugualmente è ormai da un ventennio che il modello "ibrido" di capitalismo italiano, definito negli ultimi anni da vari autori come un "Mixed-Market Economy" (MME), è in fase di profonda trasformazione. Nel corso dell'ultimo ventennio altri elementi hanno arricchito in maniera crescente gli studi sul welfare. In particolare ha acquisito uno status ed una attenzione crescente il cosiddetto "welfare locale". In gran parte dell'Europa occidentale, Italia inclusa, nei sistemi di welfare si è assistito ad un progressivo spostamento degli assi decisionali dai livelli nazionali a quelli locali, a seguito di più generali processi di decentramento delle funzioni dello Stato (Ferrera 2005). La crisi che dal 2008 ha colpito duramente le economie europee

ha poi contribuito all'espansione dei nuovi rischi sociali (Greve, 2012). Basti considerare che il tasso di disoccupazione – al 10,8% in Italia – raggiunge tra le donne il 12% e per i giovani addirittura il 35,9% (Fonte Istat, dati giugno e marzo 2012), testimoniando come queste categorie siano svantaggiate e sottotutelate nel mondo del lavoro, a fronte di una popolazione anziana che cresce più che nel resto d'Europa. Secondo l'Eurostat gli ultraottantenni – che nel 2030 saranno in Italia l'8% della popolazione contro una media europea del 6,5% – già oggi necessitano di cure mediche che non sempre riescono a ottenere a causa dei costi, della mancanza di strutture facilmente accessibili, e delle lunghe liste di attesa (database EU-SILC). È in questo panorama che si è sviluppata l'idea di un "secondo welfare" alimentato dalla cooperazione dei diversi soggetti, pubblici e privati, che vivono e operano sul territorio e nelle comunità locali. Gli studi sulle politiche di welfare hanno bisogno di incorporare tale doppia dimensione di analisi nazionale-territoriale dato che, rispetto alla letteratura sul welfare, ciò è avvenuto molto meno, e di osservare il fenomeno da vari punti di vi-

* Dipartimento di Scienze e Tecnologie della Formazione, Università di Roma Tor Vergata.

sta sia in termini di politiche pubbliche di intervento che di politiche industriali e di terzo settore. Se nelle analisi tradizionali il mondo dei datori di lavoro e delle loro organizzazioni di rappresentanza veniva rappresentato come un insieme omogeneo di attori contrari ad un allargamento del sistema di protezione sociale pubblico, nell'ultimo decennio si sono iniziate a proporre spiegazioni più complesse circa il ruolo imprenditoriale rispetto al welfare pubblico, così come sono emerse ricerche che sottolineano come, anche all'interno dell'Unione Europea, le imprese giochino un ruolo tutt'altro che secondario come produttori di servizi di welfare (Seelieb-Kaiser e Fleckestein, 2009; 2012; Yares, 2011). L'Italia ha un sistema di welfare pubblico molto insufficiente sotto i seguenti profili:

- sostegno al reddito di persone economicamente in difficoltà (manca un programma di reddito minimo);
- politiche di conciliazione e di sostegno alle attività di cura verso l'infanzia, i disabili e gli anziani non autosufficienti;
- robuste politiche della formazione e, più in generale, politiche attive del lavoro.

In altri due settori, infine, di stampo prettamente universalistico, quali la sanità e il sistema scolastico, il modello italiano si regge su un equilibrio precario, caratterizzato da oltre un decennio da tagli alla spesa (scuola) o da un livello di spesa pubblica costantemente al di sotto della media dell'Unione Europea a 15: in questi due campi di policy è ormai in atto un processo strisciante e non dichiarato di "ri-familizzazione" e di "privatizzazione" dei compiti e della spesa (dalle famiglie che donano soldi alle scuole per acquistare beni quotidiani per gli alunni - carta ecc. -, a quelle che aumentano la propria spesa privata sanitaria per via di ticket o liste di attesa troppo lunghe, a quelle, caso anche più drammatico, che decidono di rinunciare a farsi curare per motivi di ristrettezze economiche).

A questo si associno le disposizioni

contenute nella Legge 135/2012 in merito alla razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria che prevede la riduzione del finanziamento pubblico di 900 milioni nel 2012, 1.800 milioni di euro nel 2013, 2.000 milioni di euro nel 2014 e 2.100 milioni nel 2015 per un totale di 6,8 miliardi che si aggiungono agli 8 miliardi dell'articolo 17 della Legge 111/2011, ai 7 miliardi degli anni precedenti, al miliardo (2014) e 600 milioni (2013) della legge di stabilità 2012, per un totale di oltre 22 miliardi. La riduzione dell'importo e dei rispettivi volumi d'acquisto delle prestazioni da soggetti privati accreditati per un valore dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014; la prosecuzione dei Piani di rientro per un altro triennio, potendo le regioni applicare l'aumento dell'Irpef oltre i livelli massimi; la riduzione del tetto della farmaceutica territoriale al 13,1% nel 2012 e all'11,5% dal 2013; il mantenimento del blocco del turn over del personale del SSN. La riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) al 3,7 posti letto per mille, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie. In totale circa 15.000 posti letto in meno (di cui almeno 7.000 pubblici). Il S.S.N. dispone di poco più di 220 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, 22.754 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.141 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (81%). A livello nazionale sono disponibili 4,2 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,6 ogni 1.000 abitanti. Per i dispositivi medici la riduzione a livello nazionale è al 5% fino al 31 dicembre 2012 ed è posta al 4,8% nel 2013 e 4,4% nel 2014, con l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di rinegoziare i contratti ai prezzi unitari previsti dalla legge (in molti casi si tratta di prezzi di riferimento molto lontani dal valore della mediana e comunque lontani

dai valori di alcuni privati) e di recedere dalle stesse in caso con le ditte.

Rispetto a questo welfare pubblico, i cambiamenti nella nomenclatura sociale interpreta all'offerta di servizi di cura scientifica e di politiche sociali in risalto il ruolo di evoluzione delle politiche in questo settore.

In Italia la spesa per la salute viene sostenuta da anche i premi assicurativi del 25 e il 30% della maggior parte dei servizi a prestazioni dall'urgenza, seguita da tutto la lunghezza del servizio sanitario e la spesa privata. Il fatto che, nonostante 500 i fondi integrativi, poco meno della metà è sostenuta direttamente. Meno del 4% è garantita da assicurazione e quote di mutualità che queste ultime dalla contrattazione delle categorie di lavoratori e di finanziamento per i servizi a oltre particolare, l'articolo 1999 esplicita l'integrazione di servizi di cura integrative rispetto dal Servizio sanitario destinate a offrire le cure nei Livelli Essenziali definiti dal Piano compreso il rimborso degli assistiti per il SSN. Il decreto potrebbe essere istruito

dai valori di alcuni dispositivi più innovativi) e di recedere senza oneri a carico delle stesse in caso di mancato accordo con le ditte.

Rispetto a queste trasformazioni nel welfare pubblico, si assiste anche a cambiamenti nella maniera in cui gli attori sociali interpretano il loro ruolo rispetto all'offerta di servizi di welfare. La letteratura scientifica che da decenni si occupa di politiche sociali ha largamente messo in risalto il ruolo delle parti sociali nell'evoluzione delle politiche e degli interventi in questo settore.

In Italia la spesa out of pocket delle famiglie per la salute, ovvero la spesa che viene sostenuta direttamente, escludendo anche i premi assicurativi, si aggira tra il 25 e il 30% della spesa sanitaria. Nella maggior parte dei casi la scelta di rivolgersi a prestazioni a pagamento discende dall'urgenza, segno evidente che è soprattutto la lunghezza delle liste di attesa nel servizio sanitario pubblico ad alimentare la spesa privata. Va inoltre sottolineato il fatto che, nonostante siano ormai più di 500 i fondi integrativi negoziati e volontari, poco meno dell'83% della spesa privata è sostenuta direttamente dalle famiglie. Meno del 4% è garantita da compagnie di assicurazione e quasi il 14% da organizzazioni mutualistiche nonprofit. Si stima che queste ultime, molte delle quali nate dalla contrattazione collettiva di grandi categorie di lavoratori dipendenti, si autofinanzino per oltre 4 miliardi prestando servizi a oltre 5 milioni di persone. In particolare, l'art. 9 del decreto 229 del 1999 esplicita l'intenzione di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e quindi destinate a offrire prestazioni non comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale, ivi compreso il rimborso di quote a carico degli assistiti per prestazioni a carico del SSN. Il decreto prevede che questi fondi possano essere istituiti all'interno di con-

tratti di lavoro nazionali e aziendali, tramite accordi tra associazioni di lavoratori autonomi e liberi professionisti, da associazioni non lucrative e, in particolare, da società di mutuo soccorso riconosciute. In tutti i casi sono vietati comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di persone.

Infine il 14 marzo 2013 il Parlamento europeo ha adottato all'unanimità il parere d'iniziativa sullo Statuto della Mutualità Europea, contenuto nel documento formulato ed approvato congiuntamente dalla Commissione giuridica e Occupazione e dalla Commissione Affari sociali, con il quale si chiede alla Commissione Europea di procedere alla emanazione di un Regolamento sullo Statuto della Mutualità.

Il focus di questo articolo sarà sulla mutualità con particolare riferimento alle nuove mutualità come forma di *social innovation*. Ma iniziamo dal principio.

Una pratica che viene da lontano...

La mutualità è una forma che storicamente sembrerebbe appartenere al passato. A cavallo fra fine ottocento e inizio del novecento sono nate moltissime forme di mutualità operaia che tentavano di supportare e integrare le deficienze e le assenze di coperture assicurative infortunistiche, per malattie e pensionistiche senza perdere di vista la dignità della persona (Lippi Bruni, Rago, Ugolini, 2013). Era certamente una forma di resistenza al mercato (Polanyi, 1974), ma, prioritariamente, una forma di sussidiarietà e di solidarietà fra persone e famiglie che sarebbero potute entrare in una condizione di estrema difficoltà da un giorno all'altro a causa di malattie, infortuni sul lavoro, disoccupazione.

Fino a qualche decennio fa questa modalità di relazione fra le persone era ancora considerata consapevolmente parte della storia e mito fondante del movimento sindacale ed operaio nonché, succes-

sivamente, del movimenti politici socialisti (Tomassini, 1999). Infatti le società operaie di mutuo soccorso sono state alla base della crescita della coscienza sociale e politica della classe operaia che sarebbe stata in grado di formare associazioni e movimenti popolari sin dall'inizio del secolo scorso. Perché queste organizzazioni non sono sopravvissute se non nel nome di alcune sedi storiche¹ delle attuali associazioni di volontariato e di promozione sociale? Le assicurazioni obbligatorie prima, gli istituti nazionali per gli infortuni e per le pensioni poi hanno reso desuete le forme mutualistiche che sono state abbandonate, se non chiuse del tutto. Nonostante tutto questo per molte categorie professionali le mutue sono rimaste in vita fino alla costituzione del servizio sanitario nazionale nel 1978.² Un processo di pubblicizzazione, quindi, durato quasi un secolo che in Italia non ha risolto del tutto alcuni problemi³ che le prime forme mutualistiche cercavano di risolvere: la disoccupazione temporanea, il supporto temporaneo alle famiglie in difficoltà economica e sociale, il riconoscimento della vulnerabilità e le azioni di intervento conseguenti senza intaccare la dignità delle persone coinvolte⁴. Quello che a noi

¹ Soprattutto nelle Pubbliche Assistenze e nell'Arci si trovano ancora singole sedi che contengono nel nome il riferimento alle società operaie di mutuo soccorso come ad esempio Circolo Arci SMS (Società di Mutuo Soccorso) Riforma oppure Pubblica Assistenza Humanitas Società di Mutuo Soccorso.

² Le persone ancora oggi in vita e che prima del 1978 avevano l'età della consapevolezza si ricordano della frase "Andiamo alla mutua..." collegata ad un problema di natura sanitaria da risolvere. E ancora l'indimenticabile Alberto Sor-di che interpreta il medico della mutua Tersili per sottolineare gli stereotipi negativi che aleggiavano sulle mutue professionali.

³ Sui problemi del welfare italiano sono stati fatti molte analisi. Una fra le più interessanti è quella di Ascoli (1984) (2011).

⁴ Cosa che avviene spesso quando le azioni sono di tipo caritatevole e filantropico.

interessa in questo contesto è la possibile rinascita di forme di mutualità con caratteristiche parzialmente simili alle prime forme di mutualità, ma anche del tutto diverse perché capaci di adattarsi alle mutevoli forme della contemporaneità.

Verso la mutualità territoriale

La prima differenza fondamentale con le forme ottocentesche è la centralità del territorio che potrebbe sostituire la centralità del lavoro come fulcro sul quale ruotano e possono ruotare le esperienze mutualistiche attuali. Stiamo parlando di un doppio territorio, uno reale e l'altro virtuale.

L'esperienza, seppur minoritaria ancora, dei GAS (Gruppi di acquisto solidali) o dei tentativi di costruire nuove modalità di scambio mutuale che facciano a meno del denaro (l'esperienza del Consorzio Goel in Calabria) o, ancora, del contributo dei cittadini per costituire e/o contribuire a fondi di mutualità territoriale per integrare o per ricevere ex-novo servizi ed accedere a nuove opportunità (dalla Fondazione Ebbene in Sicilia alla mutua nazionale italiana, Cesare Pozzo con sede principale a Milano) sono solo alcuni esempi di realtà empiriche che hanno dato nuova linfa vitale alla mutualità collegandola al territorio e, soprattutto, alla vita quotidiana. A queste si possono aggiungere alcune tipologie di welfare aziendale che piuttosto che porsi come assicurazioni private di protezione sociale hanno favorito la crescita di una mutualità fra i dipendenti delle aziende o, soprattutto, delle cooperative con uno sguardo anche alla possibile integrazione con il sistema pubblico.

Le caratteristiche comuni a queste nuove forme di mutualità possono essere così sintetizzate:

a. la pari dignità fra coloro che appartengono al gruppo che si ispira alla mutualità, indipendentemente dalla diversa condizione sociale ed economica tempo-

anea o permanenza del gruppo;⁵

b. la condivisione solo di tipo finalizzato, soprattutto sociale;

c. un patto aperto anche all'esterno;

d. la libertà di scelta per accedere alla mutualità, ma non per il solo scopo di un bene, ma per il benessere;⁶

e. la possibilità di sperimentare e di impegno sociale o morale o coercitivo;

f. una soglia di partecipazione molto bassa (o a coinvolgere nella mutualità anche temporaneamente) che hanno difficoltà;

g. soglie di partecipazione facilmente superabili, come nel caso dei *free rider* (Hirsch);

h. una semplicità delle attività oggetto di mutualità per la loro partecipazione e la comprensione; dispongono di strumenti politici poco complessi.

L'insieme di queste caratteristiche formano un ideale di mutualità che è presente di poter essere euristiche delle realtà. Nelle realtà di mutualità si

⁵ Questo aspetto è sentito anche nelle mutue cooperative.

⁶ Certamente, la mutualità è maggiormente conosciuta da coloro che scelgono di non partecipare.

⁷ Sulla possibilità di poter promuovere mutualità sociali vedi Volterra.

Saggi

esto è la possibile mutualità con caratteristiche simili alle prime. Anche del tutto didattarsi alle mutiporaneità.

riale

ndamentale con la centralità del sostituire la centralità sul quale le esperienze sono parlando di o reale e l'altro

minoritaria (acquisto solidali) e nuove modalità che facciano a rianza del Cono, ancora, del er costituire e/o mutualità territoriale ex-novo ove opportunità e in Sicilia alla , Cesare Pozzo lano) sono solo empiriche che vitale alla murtorio e, soiana. A queste me tipologie di tosto che pors e di protezione crescita di una i delle aziende rative con uno le integrazione

uni a queste ossono essere

ro che appar- spira alla mu- dalla diversa omica tempo-

ranea o permanente di ciascun membro del gruppo;⁵

b. la condivisione delle risorse non solo di tipo finanziario, ma anche e soprattutto sociali e relazionali;

c. un patto di reciprocità di gruppo aperto anche all'esterno;

d. la libertà di scelta nell'appartenenza alla mutualità che consente il recupero dell'individualità nelle scelte per il benessere;⁶

e. la possibilità di avere multi-appartenenze per dare l'opportunità alle persone di sperimentare altre forme di supporto e di impegno sociale senza subire giudizi morali o coercizioni sociali del gruppo;

f. una soglia di accesso finanziaria molto bassa (o addirittura inesistente) per coinvolgere nella mutualità anche coloro che temporaneamente o strutturalmente hanno difficoltà finanziarie;

g. soglie di accesso culturali e sociali facilmente superabili senza dover assumere responsabilità totalizzanti, quasi da *free rider* (Hirschman, 1983)

h. una semplicità nella descrizione delle attività oggetto di mutualità, premessa per la loro popolarità ovverosia per la costruzione delle condizioni necessarie per la comprensione da parte di persone che dispongono di strumenti culturali e simbolici poco complessi.⁷

L'insieme di queste caratteristiche formano un idealtipo weberiano che consente di poter apprezzare le potenzialità euristiche delle nuove forme di mutualità. Nelle realtà empiriche le nuove forme di mutualità si collocano differentemente

⁵ Questo aspetto e i due successivi erano presenti anche nelle prime forme di mutualità operaia.

⁶ Certamente l'aspetto della libertà è quello maggiormente controverso perché può escludere coloro che scelgono (non sempre consapevolmente) di non partecipare dai benefici della mutualità.

⁷ Sulla popolarità come uno dei pilastri per poter promuovere adeguatamente attività e temi sociali vedi Volterrani (2012).

sui continuum di ciascuna dimensione descritte precedentemente.

Se aggiungiamo anche il "secondo territorio" virtuale,⁸ le forme di mutualità si sono moltiplicate in parte scollegandosi dai territori di riferimento in parte aumentandone le potenzialità attraverso forme comunitarie che valorizzando le esperienze (e le necessità) individuali, hanno costruito spazi di reciprocità e di mutualità de-territorializzati.

Molte esperienze non si autodefinirebbero di mutualità, ma i termini usati sono *prosumer* (se riferiti al consumo) o *produsage* (se riferiti all'uso, accezione più coerente con il nostro ragionamento). Ovverosia si costituiscono spazi e luoghi (dai blog, ai forum, dalle piattaforme di condivisione open source a Wikipedia) dove le persone attraverso processi collaborativi di creazione e ri-creazione producono e usano. Come afferma Bruns (2008):

sulla base delle affordance tecniche che favoriscono approcci iterativi alle attività, di ruoli fluidi e dell'assenza di una gerarchia, di materiali condivisi anziché proprietari e di modalità granulari di affrontare la risoluzione dei problemi, la società in rete favorisce la collaborazione ai progetti da parte di una comunità "alveare". Questa comunità crea attraverso un processo continuo, perpetuamente non finito, iterativo ed evolutivo di sviluppo graduale delle risorse d'informazione condivise della comunità.

Una descrizione che ben si attaglia alle dimensioni rilevanti della mutualità "reale" pur nascendo e sviluppandosi in contesti virtuali, promuovendo, forse, forme

⁸ Anche se non ci sono più fratture tra territorio reale e virtuale, ma una continuità nell'esperienza di vita quotidiana. Sul tema vedi tra gli italiani Colombo (2013), Boccia Artieri (2012) e nella letteratura anglosassone Baym (2010) e Bakardjieva (2005).

GIVING

di innovazione sociale⁹ ancora tutte da esplorare.

La mutualità è una forma di *social innovation*?

Geoff Mulgan in una intervista al settimanale Vita del 2013 ha detto che *social innovation*

... significa innovazioni che sono "sociali" nei mezzi che impiegano, e nei fini che si propongono di ottenere... innovazioni che creano valore sociale, incontrano bisogni sociali, e danno risposte attraverso la forte capacità della società di agire

Questa definizione di *social innovation* è coerente con le nuove forme di mutualità che abbiamo cercato di delineare. Dobbiamo, però, assumere alcune cautele prima a livello concettuale e teorico e, successivamente, a livello empirico.

Una prima questione sono le relazioni con il concetto di sussidiarietà. Se intendiamo la sussidiarietà come bene comune che costruisce legami sociali (Donolo, 2012) è evidente che la mutualità per come l'abbiamo descritta, ha molti punti di contatto e di sovrapposizione. Se invece adottiamo la concezione della sussidiarietà intesa come sostituzione delle funzioni dello stato, allora le differenze sono abissali.

Rispetto al concetto classico di comunità (Vitale, 2007), la mutualità ha soglie di accesso (e di uscita) sociali e culturali che possono essere superate agilmente dai singoli individui molto più facilmente e, soprattutto, non ha forti vincoli simbolici.

Un ultimo concetto è quello di solidarietà, un concetto "ombrello" che ha al suo interno anche dimensioni che fanno

⁹ Innovazione sociale che può anche riscoprire forme che appartengono al passato come la mutualità o la socievolezza decantata da Simmel (1997) all'inizio del secolo scorso.

diretto riferimento alla mutualità. Ma il suo campo semantico è talmente ampio da non rappresentare un problema rilevante per il percorso che stiamo facendo.

A livello empirico la mutualità è, dunque, una forma di *social innovation*? Rispetto alla società reticolare (Castells, 1996), è innanzitutto un luogo riaggregante ma molto più libero delle molteplici forme comunitarie che stanno ri-emergendo (Bauman, 2000). In secondo luogo afferma un nuovo principio di cittadinanza, responsabile e lungimirante che, nel soddisfare le proprie necessità, coinvolge ed è coinvolto, e ha la capacità di governare insieme ad altri uno spazio sociale e territoriale più ampio. In terzo luogo la concretezza sociale: la mutualità si muove sul terreno delle pratiche di vita quotidiana mettendo in discussione a livello micro stili di vita e abitudini consolidate. In quarto luogo la bassa soglia di accessibilità (e di fuoriuscita) e la possibilità della multi-appartenenza prefigura un campo sociale con relazioni più fluide, meno codificate, ma, allo stesso tempo, vincolanti e, per taluni aspetti, pedagogiche.

Per poter affermare che le nuove forme di mutualità oltre ad essere una novità nel panorama italiano ed europeo è necessario fare un lavoro di ricerca empirico puntuale sulle caratteristiche distintive, sulle strategie di sviluppo, sulle modalità di comunicazione, sul coinvolgimento e sulla partecipazione dei cittadini. È questa la nuova sfida che ci attende.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U. (1984), *Il welfare all'italiana*, Bari: Laterza.
 Ascoli U. (a cura di) (1984), *Il welfare in Italia*, Bologna: Il Mulino.
 Bakardjieva M. (2005), *Internet society. The internet in everyday life*, London: Sage.
 Baym N.K. (2010), *Personal connections in the digital age*, Cambridge: Polity Press.

- Bauman Z. (2001), *Liquid modernity*, London: Sage.
 Boccia Artieri G. (2008), *La mutualità in Italia. Storia e critica*, Roma: Franco Angeli.
 Bruns A. (2008), *Work and life and to produsage*, London: Sage.
 Castells M. (1996), *The network society. A cross-cultural perspective*, Oxford: Blackwell.
 Colombo F. (2008), *Storia e critica della mutualità in Italia*, Roma: Donolo.
 Donolo C. (2012), *La mutualità in Italia*, Roma: Carocci.

Saggi

- Bauman Z. (2000), *Voglia di comunità*, Bari: Laterza.
- Boccia Artieri G. (2012), *Stati di connessione. Pubblici, cittadini e consumatori nella (Social) Network Society*, Milano: Franco Angeli.
- Bruns A. (2008), *Blogs, Wikipedia, Second Life and beyond: from production to produsage*, New York: Peter Lang.
- Castells M. (1996), *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*, Vol. I. Cambridge, MA, Oxford, UK: Blackwell.
- Colombo F. (2013), *Il potere socievole. Storia e critica dei social media*, Milano: Bruno Mondadori.
- Donolo C. (2012), *I beni comuni presi sul serio*, in Arena G. Iaione C. (a cura di), *L'Italia dei beni comuni*, Roma: Carocci.
- Hirschman A.O. (1983), *Felicità privata e felicità pubblica*, Bologna: Il Mulino.
- Lippi Bruni M., Rago S., Ugolini C. (2013), *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative*, Bologna: Il Mulino.
- Polanyi K. (1974), *La grande trasformazione*, Torino: Einaudi.
- Simmel G. (1997), *La socievolezza*, Roma: Armando Editore.
- Tomassini L. (1999), *L'associazionismo operaio: aspetti e problemi della diffusione del mutualismo nell'Italia liberale*, in Musso S. (a cura di), *Tra fabbrica e società. Mondi operai nell'Italia del Novecento*, Milano: Feltrinelli.
- Vitale A. (2007), *Sociologia della comunità*, Roma: Carocci.
- Volterrani A. (2012), *Saturare l'immaginario. Per una nuova comunicazione sociale*, Roma: Exorma.