

La sfida dell'auto-mutuo aiuto. L'associazionismo di cittadinanza come fattore di coesione sociale

GUIDO GIARELLI

Università "Magna Graecia" di Catanzaro (Italia)

giarelli@unicz.it

Riassunto

Il problema della coesione sociale non è stato ancora affrontato in relazione all'emergere della salute quale fattore chiave della cittadinanza e dell'inclusione sociale: dopo aver definito uno specifico approccio alle diverse dimensioni della coesione sociale, l'articolo affronta questo problema sulla base dei risultati di una ricerca quali-quantitativa sull'auto-mutuo aiuto per malati cronici in Italia. La loro analisi evidenzia il ruolo che queste associazioni di cittadinanza possono svolgere quale fattore di coesione sociale in virtù della ridefinizione dei criteri di appartenenza sociale ed integrazione civica di coloro, come i malati cronici, che non corrispondono alle nuove regole della "etica somatica" propria della società salutista e narcisista.

In particolare, i due elementi distintivi che caratterizzano l'auto-mutuo aiuto, il "circolo della condivisione" ed il "principio dell'helper", possono rappresentare meccanismi significativi per la creazione di nuove forme di coesione sociale in grado di produrre integrazione sociale anche per quei soggetti sociali più deboli che gli imperativi salutisti della cittadinanza biologica tenderebbero ad escludere e a marginalizzare.

Parole riservate: *Auto mutuo aiuto, associazionismo di cittadinanza, coesione sociale, salute, malattie croniche.*

The Challenge of self-help/mutual aid. Association of citizenship as a factor of social cohesion

Abstract

The problem of social cohesion has not been addressed yet in relation to the emergence of health as a key factor of citizenship and social inclusion: after defining a specific approach to the different dimensions of the social cohesion, the article addresses this problem on the bases of the findings of a national qualitative research on self-help/mutual aid for the chronically ill in Italy. Their analysis highlights the role that these associations of citizenship can play as a

factor of social cohesion by redefining the criteria of social belonging and civic integration of those, like the chronically ill, who does not correspond to the new rules of the “somatic ethics “ of the healthist and narcissist society.

In particular, the two distinctive elements that characterize self-help/mutual aid, the “circle of sharing” and the “helper principle”, can represent significant mechanisms for the creation of new forms of social cohesion that can produce social integration even for those weaker social subjects that the healthist imperatives of the biological citizenship would tend to exclude and marginalize.

Key words: self-help/mutual aid, associations of citizenship, social cohesion, health, chronically ill

1. Salute e coesione sociale: la “cittadinanza biologica”

La recente rinascita del dibattito attorno alla coesione sociale (Colozzi 2008; Guizzardi 2008) - un tema già presente nella storia del pensiero sociologico sin dai tempi di Durkheim (1999), ma poi adeguatamente sviluppato solo da alcuni autori (Goffman 1981; Bovone e Rovati 1992) - ha origini di natura prevalentemente pratica e politica, in quanto stimolato soprattutto dalla crescente e sempre più preoccupante erosione del grado di consenso sociale che caratterizza le società post-industriali in presenza di livelli di disuguaglianza sociale crescenti e di processi d'immigrazione che trasformano la società in una direzione sempre più multi-etnica. È così che il tema della coesione sociale è stato affrontato soprattutto in relazione al problema delle disuguaglianze sociali da una parte (Maxwell 1996; Chiesi 2004) e della multiculturalità dall'altra (Hechter *et al.* 1992).

Ancora inesplorata risulta invece la sempre maggior rilevanza che la salute rappresenta per il problema della coesione sociale in società come quelle post-industriali del XXI secolo, nelle quali la “biopolitica” (Rose 2008) sta ormai estendendo le proprie strategie di razionalizzazione a tutte le caratteristiche vitali dell'esistenza umana: dal controllo dei corpi alla dimensione demografica delle popolazioni, dalla sfera della sessualità e della riproduzione umana ai rapporti coniugali, parentali e familiari, dalla salute alla malattia, dalla nascita alla morte. Per analizzare tale fenomeno emergente, partiremo dalla relazione esistente fra coesione sociale e integrazione sociale: com'è noto, quest'ultima rappresenta l'altra fondamentale tipologia di integrazione assieme all'integrazione sistemica, secondo la distinzione proposta da Lockwood (1964)¹. Mentre quest'ultima riguarda infatti le relazioni fra le diverse istituzioni ed il sistema sociale nel suo

¹ Poi ulteriormente rielaborata da Habermas (1986), Giddens (1990), Mouzelis (1992 e 1997) e Mortensen (1999).

complesso, l'integrazione sociale è invece relativa alle relazioni fra gli attori sociali e, come tale, costituisce il prodotto risultante dal processo di coesione sociale. Se assumiamo come definizione di coesione sociale quella proposta da Chan *et al.* (2006: 290) quale "situazione riguardante le interazioni, sia verticali che orizzontali, tra i membri della società in quanto caratterizzati da un insieme di atteggiamenti e norme che includono: fiducia, senso di appartenenza e volontà di partecipare e aiutare, così come le loro manifestazioni a livello comportamentale", abbiamo tutti gli elementi per considerare la coesione sociale come un processo dinamico, multilivelli e multidimensionale. Dinamico, dal momento che si tratta di un processo instabile, altamente fluido e sempre a rischio, anziché di una situazione data una volta per tutte. Multilivelli, in quanto richiede tutti e tre i livelli di osservazione della realtà sociale (Whelan e Maitre 2005: 230-231): quello micro delle interazioni sociali, quello meso dei contesti sociali e quello macro relativo al sistema societario e alle sue istituzioni nel loro complesso. Multidimensionale, poiché gli elementi implicati da questo concetto sono plurimi e rimandano ad una molteplicità di dimensioni sociali, culturali, politiche, economiche e religiose. Poiché la letteratura non è concorde nell'individuare tali dimensioni (anche se, in fondo, essere risultano in gran parte sovrapponibili fra i diversi autori al di là delle diverse denominazioni da essi adottate), ci pare opportuno ritornare alla proposta di Lockwood (1999) di considerare due assi fondamentali, rispetto ai quali la coesione sociale viene intesa quale componente dell'integrazione sociale: quello relativo alle relazioni primarie e di comunità sul continuum "coesione sociale – dissoluzione sociale" e quello relativo all'ordine istituzionale a livello macrosocietario sul continuum "integrazione civica – corruzione civica".

Rielaborando parzialmente la proposta di Lockwood, proponiamo di considerare le due dimensioni costitutive della coesione sociale come due distinti assi concettuali fra loro incrociati (fig.1)²: quello orizzontale relativo all'appartenenza sociale e quello verticale dell'integrazione civica. Il primo asse rappresenta il processo di inclusione della *persona* nella collettività di appartenenza che, secondo la proposta di Pollini (1987), che si rifà a Parsons (1965), può essere articolato in quattro componenti chiave: l'attaccamento, la lealtà, la solidarietà ed il senso di affinità (o "sentimento del Noi", *we-feeling*). I quattro elementi si influenzano reciprocamente e sono fra loro fortemente interdipendenti nel produrre inclusione o viceversa, esclusione sociale a seconda della forza e della natura dei legami sociali a livello di reti primarie e secondarie, nonché della collocazione del confine identitario del "Noi" e del suo grado di rigidità (livello di tolleranza e di riconoscimento degli altri "Noi").

² Le differenze principali rispetto alla proposta di Lockwood sono due: nel nostro caso, si tratta di assi bidirezionali e non di continuum fra polarità contrapposte; e l'integrazione civica viene considerata parte integrante della coesione sociale e non come un'altra componente dell'integrazione sociale.

Il secondo asse rappresenta invece il complesso di atteggiamenti, di interazioni e di comportamenti dei soggetti sociali in quanto *cittadini* nei confronti della società nel suo complesso e delle sue istituzioni, il loro riconoscimento degli ordinamenti sociali. Anche qui possiamo individuare quattro elementi chiave: il punto di partenza è il grado di interiorizzazione da parte dei soggetti di una determinata collettività di un sistema di norme e di valori condivisi, più o meno compatibili con un insieme di fini ultimi comuni in una situazione di politeismo dei valori e di pluralismo normativo proprio delle società multiculturali contemporanee (Parsons 1994). Tale processo di interiorizzazione crea i presupposti per un determinato grado di consenso sociale, inteso come livello di adesione e di conformità culturale rispetto al suddetto sistema di norme e valori comuni: il che, a sua volta, genera un livello di fiducia più o meno generalizzato nelle istituzioni sociali e di legittimazione dell'ordine sociale. Il risultato di questo percorso pure bidirezionale è un determinato livello di partecipazione civica, intesa sia come partecipazione attiva ai diversi gruppi, associazioni e organizzazioni sociali che come partecipazione politica ai diversi movimenti e partiti.

L'asse orizzontale rappresenta dunque la persona in quanto soggettività inestricabilmente intrecciata alla sua appartenenza sociale, allo stesso tempo libera ma responsabile verso la collettività (Cesareo e Vaccarini 2006); mentre l'asse verticale costituisce l'asse della cittadinanza intesa come partecipazione attiva alla società civile e alle istituzioni sociali in un'ottica insieme di pluralismo e di coesione sociale. È evidente che i due assi dimensionali sono fra loro strettamente intrecciati e si influenzano a vicenda: i livelli di integrazione civica sono condizionati dalle sfere più o meno ampie di appartenenza sociale; e le possibilità di appartenenza sociale sono promosse o ostacolate dai livelli di integrazione civica.

Ritornando ora al problema iniziale della salute, dobbiamo considerare il fatto che nelle società postindustriali, a differenza di quanto riteneva Luhmann (1983), non è più la malattia il termine significativo del codice sano-malato - come accadeva nella medicina delle società proto-industriali che operava solo quando qualcuno si ammalava - ma la salute: il diffondersi di quel fenomeno che già Crawford (1980) definiva di "*salutismo*"³, comporta infatti che i confini stessi fra normalità e anormalità vengano a coincidere con quelli fra il sano ed il malato, definendo così i nuovi meccanismi di inclusione/esclusione sociale. Il salutismo diviene allora, in società altamente performative, un nuovo obbligo sociale (la necessità di risultare esteticamente prestanti, sani e performanti) che implica un "lavoro di salute" sempre più faticoso e ossessivo, oltre che dispendioso, fatto di palestre, bagni termali, *beauty farm*, *body building*, assunzione di medicine non convenzionali, ecc. (Cesareo e Giarelli 2007). È così che, nell' "era

³ Inteso come un interesse ed un'attenzione esasperati verso la salute e il corpo, il loro mantenimento e cura in società nelle quali le opportunità di vita e di benessere vengono a dipendere sempre più dalla responsabilità individuale.

del narcisismo” (Cesareo e Vaccarini 2012) quale ultimo atto del progetto di individualizzazione della modernità, la malattia si trasforma in un fattore di esclusione sociale, sia che sia considerata il risultato di scelte comportamentali ritenute irresponsabili (di tipo alimentare, stili di vita, ecc.), sia di un errore genetico, che la nuova medicina genica ritiene all’origine di molte malattie. Il rischio che tali processi trasformino il malato in una “*non persona*”, (Goffman 1968 e 1983; Dal Lago 1999), socialmente esclusa in quanto priva di appartenenze sociali, è allora quanto mai reale, specie quando si tratti di malati cronici costretti a convivere per il resto della propria vita con la propria “anormalità” e con il proprio “essere sballato”. Nuove forme di ostracismo sociale vengono messe in atto nei confronti di coloro che rifiutano di adeguarsi a questo nuovo “regime del sé” modellando il proprio corpo ai canoni estetici della pubblicità, o seguendo le indicazioni preventive biomediche: la stigmatizzazione della diversità porta a considerare costoro come marginali, riservando loro forme di appartenenza segregante che potremmo definire di “*inclusione differenziale*”.

Tutto ciò appare ancor più gravido di conseguenze nel momento in cui assistiamo al rischio che la “non persona” si trasformi in un “*non cittadino*”, in un soggetto cioè non più in grado di esercitare pienamente i propri diritti ed i propri doveri quando, come afferma Nikolas Rose (2008:10), “un nuovo tipo di cittadinanza sta prendendo forma nell’era della biomedicina, della biotecnologia e della genomica”: quella che egli chiama, con una definizione apparentemente ossimorica, “*cittadinanza biologica*”, rappresenta infatti un progetto di cittadinanza nel quale l’idea di cittadino è strettamente legata alle credenze, agli atteggiamenti ed ai comportamenti relativi alla salute⁴. I modelli contemporanei di salute, la crescente importanza della corporeità per le pratiche di identità personale e delle nuove tecnologie biomediche che intervengono sulla superficie dei corpi (chirurgia estetica) così come al loro interno (terapia genica) delineano infatti un nuovo legame fra biologia e “difetti umani”, in base al quale chi dovesse risultare “sballato” o “anormale” diviene oggetto non soltanto di esclusione sociale o di inclusione differenziale, ma anche di “*integrazione differenziale*”, ovvero di una significativa limitazione delle possibilità di esercizio dei propri diritti e doveri di cittadinanza. La costruzione del “cittadino biologico”, oltre che l’utilizzo di linguaggi e categorie biologiche per definire la propria identità sociale (“malato di...”, “soggetto a rischio di...”), implica infatti anche una nuova idea di “comportamento responsabile e attivo” che trasforma la responsabilità verso se stessi e la propria salute da valore desiderabile in norma prescrittiva (ivi: 232-233).

⁴ Qualcosa di ben diverso, peraltro, dal modo in cui la biologizzazione della cittadinanza si è configurata nel corso del XIX e del XX secolo nell’ambito delle concezioni nazionalistiche, che hanno fondato l’idea di cittadino su di una presunta appartenenza “razziale”, o su di una singola identità nazionale basta sulla discendenza “di sangue”.

Emergono così nuove tipologie di cittadini “problematici”: quelli che rifiutano di identificarsi con la comunità responsabile dei cittadini biologici, di mettere in atto tutte le pratiche salutiste prescritte o, semplicemente, di riconoscere di essere geneticamente “sbagliati”. Il terreno della cittadinanza biologica diviene in tal modo il campo di battaglia di nuove forme di conflittualità sociale, di riconoscimento o di esclusione, di partecipazione o di contestazione, di rivendicazione di diritti o di imposizione di obblighi⁵.

È su questo terreno che si inserisce il ruolo possibile dell'auto-mutuo aiuto⁶ e delle altre associazioni di cittadinanza⁷ nel ridefinire i criteri di appartenenza sociale e di integrazione civica di chi, come i malati cronici o i disabili, non corrisponde alle nuove regole dell'*etica somatica*⁸. Ciò che è in gioco è una diversa idea di coesione sociale: se la condizione di salute non è più semplicemente un suo fattore favorente ma costituisce sempre più un prerequisito necessario, indispensabile sia per l'appartenenza sociale che per l'integrazione civica, allora la questione diventa se sia possibile una sua ridefinizione alternativa e più comprensiva, in grado di includere anche coloro la cui diversità rischia di divenire un fattore di esclusione sociale o di inclusione differenziale.

2. Un progetto di ricerca sull'auto-mutuo aiuto per malati cronici in Italia

Negli ultimi decenni, l'emergere di associazioni di auto-mutuo aiuto in campo sanitario (e non solo) costituisce un fenomeno sempre più diffuso nei paesi europei (Baggott e Foster 2008) come negli USA (Borkman 1997) e in altri paesi industrializzati, quali il Canada e il Giappone (Borkman 2006-2007)⁹. I due

⁵ Come nelle discussioni emerse negli ultimi anni relativamente all'opportunità di negare l'accesso alle cure sanitarie a soggetti obesi, alcolisti o con altre problematiche patologiche in virtù del fatto di essere considerati responsabili della loro condizione.

⁶ Tale locuzione è stata proposta per la prima volta nell'ambito della I Conferenza Internazionale sul *Self-help/Mutual Aid* svoltasi a Ottawa nel 1992 (Lavoie, Borkman e Gidron 1994) ed è oggi quella internazionalmente maggiormente utilizzata in quanto ritenuta più corretta e completa.

⁷ Con tale termine definiamo tutte quelle associazioni della società civile che perseguono la comune finalità di promozione, cura e rappresentanza dei diritti, dei bisogni, degli interessi e delle aspettative dei cittadini, ed in specie di quelli più deboli come i disabili ed i malati cronici, in quanto utenti, pazienti, *caregiver* o, semplicemente, sofferenti nell'ambito dei sistemi socio-sanitari e nei confronti della più ampia arena societaria (Giarelli *et al.* 2012).

⁸ Con questa espressione Rose (ivi:10), definisce il complesso di valori per la gestione della vita che attribuisce un ruolo centrale all'esistenza fisica, corporea, nell'ambito della definizione del soggetto.

⁹ Non consideriamo qui altre forme di auto-mutuo aiuto, più tipiche dei paesi agricoli o in via di industrializzazione del Sud del mondo in Asia, Africa e America Latina, come il *microcredito*, dal momento che esse fanno riferimento ad una diversa tradizione di ricerca e si esplicano nell'ambito

interrogativi che possiamo porci in relazione al problema della coesione sociale e che cercheremo qui di affrontare riguardano le ragioni all'origine della diffusione crescente di tale fenomeno; ed in che misura esso costituisca un tentativo di risposta alle problematiche evidenziate in relazione alle situazioni di potenziale esclusione sociale o di inclusione differenziale che l'affermarsi della cittadinanza biologica e di una nuova etica somatica abbiamo visto comportare. Per rispondere a tali interrogativi, prenderemo in considerazione i principali risultati di un progetto di ricerca nazionale, finanziato dal Ministero della Salute, su "Il ruolo delle associazioni di auto-mutuo aiuto nella *governance* integrata dei servizi sociali e sanitari per malati cronici in Italia", che ha visto impegnate per 33 mesi (dal 15 marzo 2008 al 15 dicembre 2010) tre équipes di ricerca dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro (capofila), dell'Università Politecnica delle Marche (Ancona) e dell'Università di Padova. Il progetto si è articolato in cinque fasi: nella I fase (6 mesi) ci si è posti come obiettivo la realizzazione di una mappatura nazionale delle associazioni di auto-mutuo aiuto di malati cronici e/o con malattie rare; il risultato è stata la individuazione di 290 associazioni di persone con malattie croniche e/o rare, che hanno costituito l'oggetto della II fase del progetto (6 mesi), nella quale si è realizzata una *survey* a livello nazionale con una apposita scheda autosomministrata.

Nel corso della III e IV fase del progetto (18 mesi) si è quindi proceduto ad uno studio approfondito delle associazioni di auto-mutuo aiuto presenti nelle tre regioni sede delle unità di ricerca (Calabria, Marche e Veneto) sulla base di una traccia d'intervista semistrutturata articolata per tipologia degli intervistati. Sono state così realizzate 90 interviste semi-strutturate, 30 in ciascuna delle tre regioni indagate, così articolate:

- n. 27 interviste ai presidenti delle associazioni;
- n. 25 a facilitatori (professionali e non) o a membri "senior" delle associazioni;
- n. 20 a professionisti sanitari (medici) e sociali (psicologi, assistenti sociali, sociologi) con diversi gradi di coinvolgimento/collaborazione con le associazioni;
- n. 14 a dirigenti pubblici (direttori sanitari, dirigenti di servizi sanitari o sociali di ASL o comunali);
- n. 4 ad amministratori pubblici (assessori comunali/ provinciali/regionali ai servizi sociali e sanitari).

L'ultima fase (3 mesi) del progetto è stata dedicata ad un ampliamento degli orizzonti in una prospettiva comparata europea mediante un'analisi della letteratura anglofona, francofona, germanofona e ispanofona disponibile relativamente agli studi e alle ricerche effettuati sulle associazioni di auto-mutuo aiuto;

di forme di sostegno di tipo più materiale, in società nelle quali la sopravvivenza costituisce ancora un problema spesso alquanto diffuso.

nonché la partecipazione a quattro incontri europei di una rete internazionale, lo *European Research Network on Citizen, User and Patient Organisations' Engagement in Health Care and Policy* (ENCUPO), costituitasi nel 2009 con sede presso il Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research (LBIHPR) di Vienna, nell'intento di promuovere lo sviluppo della ricerca comparata a livello europeo in questo ambito mediante lo scambio di informazioni, di risultati e di strumenti metodologici.

L'indagine iniziale svolta a livello nazionale nel corso della I e II fase del progetto ha censito sul territorio nazionale 290 associazioni¹⁰ che, sorte relativamente alle 12 patologie di tipo cronico e raro selezionate¹¹, attivano gruppi di auto-mutuo aiuto o ne hanno avuto esperienza in passato. Di queste il 69%, pari a 200 associazioni, ha partecipato all'indagine compilando la scheda appositamente realizzata dalle unità di ricerca. Le associazioni più diffuse in Italia sono risultate quelle costituite attorno alla problematica del carcinoma mammario (31%), seguite da quelle che si interessano della malattia di Alzheimer (18%), del diabete (11%) e della sclerosi multipla (9,5%); mentre le meno diffuse sono risultate le associazioni che aggregano gli individui affetti da malattie metaboliche rare (2) e da nefropatie (1).

Per quanto riguarda la data di costituzione, emerge come il fenomeno associativo abbia origini relativamente recenti: il 30,5% delle associazioni è sorta dopo il 2000, il 31% a partire dagli anni '90, il 25% è stata fondata nel corso del decennio '80, e soltanto il restante 12,5% prima del 1980¹².

Il fenomeno dell'auto-mutuo aiuto si caratterizza per la dimensione relativamente ridotta delle associazioni, misurata in termini di numero degli iscritti: il 44,8% delle associazioni ha meno di 100 iscritti e, di queste, il 24,5% meno di 50. Si tratta dunque di un fenomeno di dimensioni prevalentemente micro-sociali: quasi la metà delle associazioni censite attiva un unico gruppo di auto-mutuo aiuto (45%), mentre l'81,5% non supera comunque i tre gruppi. Dimensioni micro-sociali confermate anche dalla dimensione media dei gruppi che, quando composti da malati, non supera le dieci unità; nel caso di familiari o parenti sale lievemente a 11, per crescere ulteriormente quando la composizione è mista, non superando mai comunque mediamente i 16 membri.

¹⁰ Utilizziamo il termine *gruppo* in relazione alla struttura organizzativa costruita specificatamente per l'attività di auto-mutuo aiuto, il termine *organizzazione* per indicare le entità collettive più strutturate e il termine *associazione* per fare riferimento ad entrambi, ovvero ai soggetti collettivi che, operando nel terzo settore, attivano i gruppi di auto-mutuo aiuto.

¹¹ I quattro criteri di selezione, concordati con il Ministero della Salute, sono stati: a) rilevanza epidemiologica e sociale, b) impatto sociale e culturale, c) presenza di associazioni di auto-mutuo aiuto sia di recente costituzione che storicamente consolidate, d) comparatività internazionale a livello europeo.

¹² L'1% non ha fornito risposta.

Il carattere micro-sociale delle associazioni è connesso anche alla natura prevalentemente locale delle associazioni, che operano per lo più in un ambito territoriale circoscritto quale quello provinciale (54,5%) o comunale (12%); mentre solo il 18% amplia il proprio operato entro i confini del territorio regionale ed il 6,5% a quello nazionale. Anche se poi oltre il 70% delle associazioni censite si configura come articolazione locale della relativa associazione nazionale.

Relativamente alla composizione dei gruppi, l'elemento distintivo è costituito dalla condivisione di un problema: tale elemento è vissuto in prima persona per 104 di essi (52%), mentre per altri 50 gruppi (25%) si tratta di familiari o di parenti di persone malate. Nei restanti casi prevale una composizione mista, di cui le più frequenti sono quella dei malati più familiari o parenti (30%), o quella che ai precedenti aggiunge anche altri *caregiver* (21,5%): il che testimonia una significativa apertura all'ambiente esterno.

Per quanto riguarda infine l'età dei singoli soggetti che compongono le realtà associative, si registra una netta prevalenza di individui adulti (la classe d'età 40-64 anni è rappresentata per il 79,3% nelle associazioni); l'11,6% aggrega, invece, una popolazione anziana (oltre 65 anni) e il 9,1%, è formata da giovani di età compresa tra i 18 e i 39 anni.

3. L'associazionismo di cittadinanza come fattore di coesione sociale

Per poter rispondere ai due interrogativi che ci siamo posti relativamente all'origine dei gruppi di auto-mutuo aiuto e alla loro capacità di risposta alle problematiche di coesione sociale suscitate dalla nuova cittadinanza biologica faremo riferimento al modello connessionista (Giarelli e Venneri 2009:44-47) che abbiamo utilizzato per l'analisi dei risultati ottenuti dal progetto di ricerca, che qui non abbiamo lo spazio per presentare e per il quale rinviando ad altra pubblicazione (Giarelli *et al.* 2012: 69-127). L'idea di partenza è stata che, per comprendere adeguatamente il fenomeno dell'auto-mutuo aiuto, fosse necessario rimettere in discussione categorie dicotomiche radicate nel pensiero occidentale come quella pubblico/privato o stato/mercato, che appaiono oggi in buona parte ridefinite dall'evoluzione delle società contemporanee.

Per quanto riguarda il primo interrogativo relativo alle ragioni all'origine della diffusione crescente del fenomeno dell'auto-mutuo aiuto, la connessione relativa ai processi di *sociazione*¹³ che interconnettono il fenomeno ai mondi vitali ci ha consentito di esplorare anzitutto l'origine e le modalità di costituzione delle associazioni. Il dato più eclatante, già evidenziato, è il fatto che l'86,5%

¹³ Con il concetto di *sociazione* designiamo il processo con cui gli esseri umani tendono a stabilire con gli altri qualche tipo di relazione sociale, sia di tipo spontaneo che organizzato, solidale o conflittuale (Gallino 1993:592-593).

delle associazioni sia stato costituito dopo il 1980: non casualmente, è proprio a partire da quegli anni che anche in Italia cominciano a diffondersi nuovi orientamenti consumeristi che si traducono in ambito sanitario nell'acquisizione di una rinnovata consapevolezza del cittadino-utente/paziente che, da soggetto passivo della relazione assistenziale, reclama un ruolo più attivo sia nella gestione del sé e della propria condizione, sia nell'interazione con le diverse professionalità medico-sanitarie che intervengono nel processo di cura (Ingrosso, 2008).

La diffusione dell'auto-mutuo aiuto quale modalità in grado di favorire il processo di reintegrazione sociale e di *empowerment* (Zimmerman e Rappaport 1988) del soggetto malato si sviluppa negli anni più recenti a seguito della progressiva affermazione di una concezione più comprensiva della salute che non trascura, nel percorso volto al perseguimento del benessere, anche la dimensione psicologica e quella sociale. È questa la risposta che i gruppi di auto-mutuo aiuto offrono a chi – come i malati cronici – si sentono esclusi dal diffondersi dei nuovi imperativi salutisti e dell'etica somatica che li sottende. Sono proprio la ricerca di condivisione del proprio problema e l'aspettativa di un miglioramento della condizione vissuta che, nel caso della patologia cronica, non può coincidere con il definitivo superamento del problema, ma bensì con la progressiva accettazione della malattia, a costituire le ragioni prevalenti dell'adesione ai gruppi da parte dei malati, che cercano così di superare i confini ormai asfittici dei propri mondi vitali per proiettarsi al di là della privatezza dei loro vissuti. Ciò appare ancor più vero quando i gruppi sono attivati dai familiari dei malati (come nel caso dell'Alzheimer o del diabete giovanile), nel qual caso la condivisione delle esperienze è funzionale a elaborare delle strategie di resistenza (*coping*) nelle famiglie, dal momento che la patologia cronica condiziona non solo i comportamenti del malato ma anche quelli dell'intero nucleo familiare, richiedendo un forte coinvolgimento di tutti i componenti ed una riorganizzazione strutturale della vita familiare.

Se spostiamo poi l'attenzione all'interno delle associazioni stesse, alle relazioni interne e alla loro struttura informale, sulla base dell'analisi tematica delle interviste realizzate è emerso come la cultura dei gruppi si caratterizzi principalmente nei suoi valori fondativi di condivisione e di solidarietà che informano lo stesso concetto di auto-mutuo aiuto. Il problema, sociologicamente non irrilevante, che l'analisi di un fenomeno sociale come l'auto-mutuo aiuto pone consiste nell'individuare che tipo di relazioni sociali¹⁴ s'instaurano sulla base di questi valori fra un gruppo di persone prima sconosciute che decidono di riunirsi (con o senza l'aiuto di un professionista) per raccontarsi reciprocamente in pubblico i propri "fatti privati". Dai risultati della nostra indagine risulta confermato qua-

¹⁴ Per *relazioni sociali*, intendiamo qui i diversi "tipi di connessione che nel reciproco riferimento intenzionale s'instaurano, in modo simmetrico o asimmetrico, tra soggetti che orientano il proprio comportamento tenendo conto dell'atteggiamento dell'altro" (Ceri 2007: 15).

le carattere distintivo fondamentale di tali relazioni sociali quello che Borkman (1999: 2) definisce il “*circle of sharing*” (circolo della condivisione): ovvero, un piccolo numero di persone sedute in circolo, prive di legami ascrivibili ma con il medesimo problema di salute, di disabilità o di disagio sociale, che condividono le proprie storie personali di sofferenza al fine di cercare di affrontarle in modo più adeguato per cambiare la propria situazione.

È grazie al circolo della condivisione che si creano i presupposti per lo sviluppo di quella prima fondamentale componente della coesione sociale che è l'appartenenza sociale. Un'appartenenza che trascende i legami primari dei mondi vitali istituendo una nuova forma di solidarietà sociale, che si costituisce a partire dal cerchio della condivisione: esso rappresenta uno spazio comune, un bene comune, un “*commons*” per utilizzare il concetto formulato da Roger Lohmann (1992) per le associazioni di volontariato che riecheggia antiche tradizioni medievali¹⁵, un'arena pubblica d'azione composta da individui volontariamente associati che creano e mantengono uno spazio comune fatto di significati, di immagini e di definizioni della realtà condivisi¹⁶. Tali associazioni delineano uno spazio pubblico fondato su relazioni sociali di natura secondaria ma che, in quanto basate sull'autenticità e sul loro valore intrinseco, hanno finalità espressive e non strumentali, dunque primarie. Uno spazio sociale inclusivo di agire comunicativo che si caratterizza per trascendere la tradizionale dicotomia sociologica fra gruppi primari e gruppi secondari, presentando i caratteri di quella che Parsons (1994) qualifica come “comunità societaria”, spazio comune che presenta al contempo i caratteri un tempo considerati alternativi della comunità e della società (Tönnies 1963).

Riletto nei termini proposti da Pollini (1987) per l'appartenenza sociale, il cerchio della condivisione crea un attaccamento al gruppo quale oggetto di investimento emozionale a partire dalla condivisione delle reciproche esperienze. Grazie all'orientamento all'altro che questo produce, il soggetto sviluppa un senso di lealtà al gruppo sulla base della condivisione anche di significati e valori comuni che la narrazione delle esperienze reciproche istituisce. La lealtà definisce la relazione che si istituisce così fra la persona ed il gruppo: che, oltre a costituire oggetto di attaccamento emotivo, diviene quindi oggetto di lealtà. Il

¹⁵ Il termine “*commons*” o “*comunia*” stava ad indicare le terre di uso comune, i pascoli fruiti liberamente dalla comunità, ma anche i mulini che, durante il medioevo, in quanto forme di beni comuni hanno svolto un'importante funzione nei processi di istituzionalizzazione delle comunità rurali in Europa.

¹⁶ Secondo Lohmann, il *commons* come idealtipo presenta cinque caratteristiche fondamentali: 1) la partecipazione è libera e non coercitiva; 2) i partecipanti condividono uno scopo comune (a breve o a lungo termine); 3) essi hanno qualcosa in comune, un repertorio di attività, competenze e tecniche condivise; 4) condividono un senso di mutualità; 5) le relazioni sociali sono caratterizzate da lealtà. Tutte e cinque queste caratteristiche possono essere rintracciate nell'ambito del fenomeno dell'auto-mutuo aiuto.

che, a sua volta, crea i presupposti per lo sviluppo di una nuova forma di solidarietà quale “integrazione istituzionalizzata” (Parsons 1965:42-52), trasformando l’orientamento alla collettività in obbligazioni istituzionalizzate connesse alle aspettative di ruolo. Grazie a tale solidarietà istituzionalizzata, si produce infine un senso di affinità del gruppo, quel “sentimento del Noi” che consolida il senso di appartenenza del soggetto come membro del gruppo e, allo stesso tempo, porta gli altri ad identificare il soggetto come tale (Merton 1963).

Per quanto riguarda invece il secondo interrogativo che ci siamo posti – ovvero, in che misura l’auto-mutuo aiuto costituisca un tentativo di risposta alle problematiche evidenziate in relazione alle situazioni di potenziale esclusione sociale o di inclusione differenziale che l’affermarsi della cittadinanza biologica e di una nuova etica somatica comporta – abbiamo constatato come le dinamiche interne dei gruppi e la gestione delle sedute di auto-mutuo aiuto vedano la massima varietà di stili e di approcci, in relazione sia alla varianza di strutture grup-pali presenti in questo ambito, sia alla storicità dei gruppi, alla loro evoluzione collettiva, al ruolo del facilitatore (se presente) e, soprattutto, alla loro capacità di apprendimento collettivo. Tuttavia, un elemento comune, trasversale a questa molteplicità di dinamiche può essere individuato: è quello che è stato definito come il “principio dell’*helper*”: “Tu solo lo puoi fare, ma non lo puoi fare da solo” (Riessman 1965). Da una parte, l’assunzione diretta di responsabilità personale, dall’altra l’aiuto reciproco: la loro congiunzione implica una situazione di interdipendenza, nella quale la persona accetta di farsi carico delle proprie responsabilità ma all’interno di un contesto di mutuo aiuto. È questo elemento di proattività, di autodeterminazione e insieme di mutualità l’elemento comune, il perno fondamentale attorno al quale ruotano tutte le altre caratteristiche dei gruppi di auto-mutuo aiuto. Il principio dell’*helper*, in sostanza, “consiste nel trarre beneficio attraverso la testimonianza della propria esperienza, degli ostacoli incontrati e delle competenze acquisite nel tempo. Aiutare gli altri ha una forte valenza d’aiuto per se stessi” (Focardi *et al.* 2006:23).

Tale principio fondativo evidenzia il potere terapeutico dell’aiutarsi aiutando, una sorta di “effetto boomerang” derivante dal fatto che chi aiuta diviene poi colui che viene maggiormente aiutato; ma assume anche un valenza esterna molto forte, nel momento in cui, come evidenziano Gidron e Chesler (1994), crea una “comunità di credenza e di interesse” in grado di proiettarsi verso l’ambiente esterno con una identità comune e perseguendo fini comuni. Diviene, in tal modo, un potente fattore di integrazione civica e, conseguentemente, di coesione sociale dal momento che produce una cultura specifica, fatta di norme e di valori condivisi, centrati sulla responsabilità e, allo stesso tempo, sulla reciprocità che deriva dal mutuo aiuto; sviluppando un meccanismo allo stesso tempo consensuale ed in grado di fornire le competenze e la fiducia necessari a mettere in moto processi di partecipazione nell’ambito della società civile. Un meccanismo che spiega la for-

te proiezione esterna di molte di queste associazioni di auto-mutuo aiuto, niente affatto ripiegate su se stesse, ma che nella maggior parte dei casi mettono in atto tutta una serie di attività esterne: di informazione (con l'apertura, ad es., di sportelli informativi che offrono anche servizi dedicati allo svolgimento di pratiche amministrativo-burocratiche, come quelle relative al riconoscimento della condizione di invalidità); di sensibilizzazione dell'opinione pubblica volta a modificare la percezione di senso comune della propria immagine di malati o di disabili; di formazione rivolta ai professionisti sociali e sanitari sulla propria esperienza della malattia o del disagio sociale; di sostegno mediante l'attivazione, ad es., di sportelli telefonici, nei confronti delle persone in difficoltà; ed anche servizi ricreativi attraverso i quali realizzare momenti di svago e di condivisione (centri diurni come i Caffè Sollievo organizzati dalle associazioni di Alzheimer, organizzazione di gite sociali e di laboratori teatrali); attività finalizzate alla raccolta di fondi da destinare alla ricerca scientifica sulle proprie patologie, la realizzazione e la vendita di manufatti o l'organizzazione di mercatini per autofinanziarsi, la rappresentazione di spettacoli teatrali e musicali; nonché la partecipazione a pieno titolo ai processi di *governance* del sistema socio-sanitario intervenendo con un proprio specifico contributo nelle tre fasi fondamentali dei processi decisionali pubblici costituite dalla programmazione, implementazione e valutazione dei servizi e dei progetti socio-sanitari.

Tutto questo giustifica la definizione di "associazionismo di cittadinanza" con la quale preferiamo indicare queste associazioni della società civile, dal momento che esse mettono in atto forme di azione sociale orientate alla promozione dei diritti sociali di cittadinanza (in primis, quello alla salute intesa in senso non salutista ma come benessere complessivo) di chi si trova in condizioni di particolare svantaggio a causa della malattia, della disabilità, del disagio o di altre circostanze sociali. È una forma di *cittadinanza attiva* (Moro 2005) che si traduce in impegno personale diretto a perseguire i diritti sociali propri e dell'altro ad accomunare le associazioni di auto-mutuo aiuto con quelle di volontariato e con quelle di promozione sociale (*advocacy*). Queste forme organizzative della società civile si caratterizzano infatti per il superamento di una concezione atomistica della cittadinanza tipica della modernità (Marshall 1976), che ha caratterizzato anche la realizzazione del *welfare state* nel corso del '900: il quale si è fondato su di un rapporto individualizzato e diretto dello Stato con il singolo cittadino, marginalizzando quelle forme di solidarietà intermedia che esprimevano un'assunzione diretta di responsabilità anziché di delega allo Stato da parte del cittadino (Donati 1991).

L'associazionismo di cittadinanza proprio di una società complessa e sempre più pluralistica va oltre il presupposto individualistico su cui si è sviluppato il *welfare state*, tutto giocato sull'asse esclusivo Stato-individuo, ricostituendo uno spazio simile a quelle sfere intermedie della socialità - la famiglia allargata e

la comunità locale - che la modernità aveva cercato di eliminare, considerandole un residuo premoderno. La sua capacità di intermediazione fra i mondi vitali ed i diversi sottosistemi sociali consiste appunto nella possibilità di attivare forme inedite e plurali di realizzazione dei diritti sociali di cittadinanza relativi alla salute, all'educazione, al benessere e alla sicurezza sociale con particolare riferimento a quei soggetti sociali più deboli e marginali.

Si evidenzia così come la cittadinanza non costituisca più uno status ascritto fondato sull'appartenenza biologica ad una comunità nazionale, ma acquisito grazie ad un percorso di progressiva presa di coscienza dei propri diritti e delle proprie responsabilità verso se stessi e verso la collettività, un processo di socializzazione etico-civica che si sviluppa attraverso concrete iniziative di auto-organizzazione. In tal modo, si crea un nuovo spazio pubblico, che nasce dal sostanziale superamento della classica dicotomia pubblico/privato, risultante in una differenziazione dello spazio pubblico nell'ambito del campo societario che considera i due termini non tanto in senso dicotomico quanto come le due polarità di un *continuum* articolantesi in un ampio campo intermedio *pubblico non statale*, nel quale si colloca l'agire della società civile (Magatti 1997; Cesareo 2003).

Conclusioni

In che misura, allora, il fenomeno dell'auto-mutuo aiuto costituisce un tentativo di risposta messo in atto dai malati stessi e dalle loro famiglie alla situazione di potenziale esclusione sociale o di inclusione differenziale che l'affermarsi della cittadinanza biologica e di una cultura salutistica comporta? Se, come abbiamo visto, la coesione sociale può essere pensata secondo le due dimensioni fondamentali costituite dall'asse orizzontale relativo all'appartenenza sociale e da quello verticale relativo all'integrazione civica, allora i due elementi distintivi che caratterizzano l'auto-mutuo aiuto - ovvero, il circolo della condivisione ed il principio dell'*helper* - possono rappresentare altrettanti meccanismi di creazione di nuove forme di coesione sociale in grado di produrre integrazione sociale. Da una parte, il circolo della condivisione consente infatti di sviluppare nuove forme di solidarietà sociale che, trascendendo gli steccati privatistici dei mondi vitali, producono forme comprensive di inclusione sociale non selettiva per coloro che si trovano in condizioni di malattia e/o di disagio sociale. Dall'altra, il principio dell'*helper* produce una cultura specifica, fatta di norme e di valori condivisi, centrati sulla responsabilità e sulla reciprocità, che permette di attivare i meccanismi di tipo consensuale e di fiducia necessari a mettere in moto processi di partecipazione attiva nell'ambito della società civile.

Insieme alle altre forme di associazionismo di cittadinanza, quali il volontariato e l'*advocacy*, l'auto-mutuo aiuto quale componente della società civile contribuisce così a ridisegnare la stessa topografia dello spazio societario delle società contemporanee, rendendone più fluidi i confini grazie al proprio ruolo di intermediazione fra mondi vitali e sottosistemi sociali: in tal modo, esso è in grado di svolgere una funzione de-segregante e de-marginalizzante nei confronti di tutti coloro – come i malati cronici, ma anche gli anziani, le persone non autosufficienti ed i disabili - che gli imperativi salutisti e l'etica somatica della cittadinanza biologica tendono ad escludere e a marginalizzare.

Nuovi spazi di contraddizione si aprono allora sia rispetto ad una concezione della persona non normalizzata ed omologante, più comprensiva rispetto a quella proposta dalla cittadinanza biologica propria di una società sempre più narcisista e frammentata (Cesareo e Vaccarini 2012), sia rispetto alla possibilità di ridefinire orizzonti di senso nei quali la sofferenza non è più espunta come anormalità o errore ma possa continuare a costituire una dimensione inalienabile dell'umano.

Bibliografia di riferimento

- BAGGOTT, R. E FOSTER, R., (2008), "Health consumer and patients' organisations in Europe: towards a comparative analysis", in *Health Expectations*, 11, pp. 85-94.
- BORKMAN, T.J., (1997), "A selective look at self-help groups in the United States", in *Health and Social Care in the Community*, 5, 6, pp. 357-364.
- (1999), "Understanding self-help/mutual aid. Experiential learning in the commons", Rutgers University Press, New Brunswick.
- (2006-2007), "Introduction to special issues on cross-cultural aspects of self-help/mutual aid", in *International Journal of Self Help & Self Care*, 5, 1, pp. 1-9.
- BOVONE, L. E ROVATI, G., (1992), *L'ordine dell'interazione: la sociologia di Erving Goffman*, Vita e Pensiero, Milano.
- CERI, P., (2006), *Sociologia. I soggetti, le strutture, I contesti*, Editori Laterza, Roma-Bari.
- CESAREO, V., (a cura di) (2003), *I protagonisti della società civile*, Rubettino Editore, Soveria Mannelli (CS).
- CESAREO, V. E GIARELLI, G., (2007), "Centralità della persona e trasformazioni della salute nel tempo della globalizzazione", in *Studi di Sociologia*, XLV, aprile-giugno, pp.147-156.
- CESAREO, V. E VACCARINI, I., (2006), *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, Vita e Pensiero, Milano.
- (2012), *L'era del narcisismo*, Franco Angeli, Milano.

- CHAN, J., TO, H. E CHAN, E., (2006), "Reconsidering social cohesion: Developing a definition and analytical framework for empirical research", in *Social Indicators Research*, 75, 2, pp. 273-302.
- CHIESI, A., (2004), "Social cohesion and related concepts", in Genov N. (a cura di), *Advances in Sociological Knowledge*, International Social Science Council, Paris, pp. 235-253.
- COLOZZI, I. (a cura di) (2008), *La coesione sociale: cos'è e come si misura*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- CRAWFORD, R., (1980), "Healthism and the medicalisation of everyday life", in *International Journal of Health Services*, 19, pp. 365-388.
- DAL LAGO, A. , (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- DONATI, P., (1991), *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma-Bari.
- DURKHEIM E. (1999), *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni Comunità, Milano.
- FOCARDI, F., GORI, F. E RASPINI, R. (a cura di) (2006), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*, Briciole, CESVOT, Pontedera.
- GALLINO, L., (1993), *Dizionario di sociologia*, TEA, Torino.
- GIARELLI, G., NIGRIS, D. E SPINA, E. (2012), *La sfida dell'auto-mutuo aiuto. associazionismo di cittadinanza e sistema socio-sanitario*, Carocci, Roma.
- GIARELLI, G. E VENNARI, E., (2009), *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, Milano.
- GIDDENS, A., (1990), *La costituzione della società. Lineamenti di teoria della strutturazione*, Ed. di Comunità, Milano.
- GIDRON, B. E CHESLER, M., (1994), "Universal and particular attributes of self-help: A framework for international and intra-national analysis", in Lavoie, F., Borkman, T. e Gidron, B. (eds.), *Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives*, Haworth Press, New York, pp. 1-44.
- GOFFMAN, E., (1968), *Asylums, Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- (1981), *Relazioni in pubblico*, Bompiani, Milano.
- (1983), *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè, Milano.
- GRANOVETTER, M., (1973), *The Strength of Weak Ties*, in *American Journal of Sociology*, 78, 6, pp. 1360-1380.
- GUIZZARDI, L., (2008), "Che cos'è oggi la coesione sociale? Alcune riflessioni sulle semantiche di un concetto pilastro della sociologia", in *Sociologia e politiche sociali*, 11, 1, pp. 11-34.
- HABERMAS, J., (1986), *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino, Bologna.

- HECHTER, M., FRIEDMAN, D. E KANAZAWA, S., (1992), "The attainment of global order in heterogeneous societies", in Coleman, J. S. e Fararo, T. (eds.), *Rational choice theory: Advocacy and critique*, Sage, Newbury Park (CA), pp. 79-97.
- INGROSSO, M., (2008), "Self-help e associazionismo fra pazienti: intrecci e nuove opportunità", in Cipolla, C. e Maturò A. (a cura di), *Scienze Sociali e salute nel XXI secolo. Nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, Franco Angeli, Milano, pp. 460-477.
- LAVOIE, F., BORKMAN, T.J. E GIDRON, B. (eds.), (1994), *Self-help and mutual aid groups: international and multicultural perspectives*, Haworth Press, New York.
- LOCKWOOD, D., (1964), "Social integration and system integration", in Zoltschan, G. K. e Hirsch, W. (eds), *Explorations in social change*, Houghton Mifflin, Boston.
- (1999), "Civic integration and social cohesion", in Gough, I. and Olofsson, G. (eds.), *Capitalism and social cohesion: Essay on exclusion and integration*, Palgrave Macmillan, New York, pp. 63-84.
- LOHMANN, R., (1992), *The commons: New perspectives on non profit organizations and voluntary action*, Jossey-Bass, San Francisco.
- LUHMANN, N., (1983), "Medicina e teoria sociale", in AA.VV., *Saggi di medicina e scienze umane*, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, 1983, pp.131-140.
- MAGATTI, M. (a cura di) (1997), *Per la società civile. La centralità del "principio sociale" nelle società avanzate*, FrancoAngeli, Milano.
- MARSHALL, T.H., (1976), *Cittadinanza e classe sociale*, UTET, Torino.
- MAXWELL, J., (1996), *Social Dimensions of Economic Growth*, Eric John Hanson Memorial Lecture Series, Volume VIII, University of Alberta.
- MERTON, R. K., (1966), *Teoria e struttura sociale*, Il Mulino, Bologna.
- MORO, G., (2005), *Azione civica. Conoscere e gestire le organizzazioni di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma.
- MORTENSEN, N., (1999), "Mapping system and social integration", in Gough, I. and Olofsson, G. (eds.), *Capitalism and social cohesion: Essay on exclusion and integration*, Palgrave Macmillan, New York, pp.13-37.
- MOUZELIS, N., (1992), "Social and system integration: Habermas' view", in *The British Journal of Sociology*, 43, 2, pp.267-288.
- (1997), "Social and system integration: Lockwood, Habermas, Giddens", in *Sociology*, 31, 1, pp. 111-119.
- PARSONS, T., (1965), *Il sistema sociale*, Ed. di Comunità, Milano.
- (1994), *Comunità societaria e pluralismo. Le differenze etniche e religiose nel complesso della cittadinanza*, Franco Angeli, Milano.

- POLLINI, G., (1987), *Appartenenza e identità: analisi sociologica dei modelli di appartenenza sociale*, Franco Angeli, Milano.
- RIESSMAN, F., (1965), "The 'helper' therapy principle", in *Social Work*, 10, 2, pp. 27-32.
- ROSE, N., (2008), *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino.
- TÖNNIES, F., (1963), *Comunità e società*, Ed. di Comunità, Milano.
- WHELAN, C.T. E MAÎTRE, B., (2005), "Economic vulnerability, multidimensional deprivation and social cohesion in an enlarged European Community", in *International Journal of Comparative Sociology*, 46, pp. 215-239.
- ZIMMERMAN, M.A. E RAPPAPORT, J. (1988), "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment", in *American Journal of Community Psychology*, 5, 16, pp. 725-750.