

[Le trasformazioni dell'auto-mutuo aiuto in una prospettiva eliasiana]

Alcune esperienze europee

Abstract. Using the Elias' perspective and focusing on interdependencies between social actors and facts, the paper shows the process of transformation of self-help/mutual aid over time in some European Counties. It proposes a classification that identify three different phase, each of which characterized by a different configuration of the social system and where different level of interconnections and interdependencies between institutions regulated by different Polanyian modes of exchange can be observed. According to Freidson proposal, professionalism has been added to three traditional regulatory principles. We conclude the paper with two open questions: the first argues about the opportunity to modelize a model of self-help systems according to influences exerted by welfare regime and professional model prevailing in different contexts; the second concern the possibility to imagine a new historical phase characterized by a social configuration in which the reciprocity plays a dominant role on the social integration process.

Keywords: Self-help/mutual aid, Process of transformation, Interdependencies, Reciprocity, Social configuration.

Introduzione

Negli ultimi vent'anni l'interesse della comunità scientifica verso la pratica dell'auto-mutuo aiuto è andato crescendo e si è assistito all'intensificazione dell'attività di ricerca. In Italia, come ricorda Tognetti Bordogna (2005), i primi studi sul *self-help* risalgono alla metà degli anni '80 mentre l'ultima ricerca, in ordine cronologico, è quella condotta, tra il 2008 e il 2010, dal Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare (C.R.I.S.P.) dell'Università Magna Græcia di Catanzaro in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche e con l'Università degli Studi di Padova, finalizzata ad evidenziare il ruolo svolto nella *governance* dei servizi socio-sanitari dai gruppi sorti attorno alle patologie di tipo cronico-degenerativo.

Lo sviluppo dell'attività di ricerca italiana corrisponde ad un aumento della produzione scientifica anche a livello internazionale. La copiosa letteratura prodotta permette di porre l'interrogativo se sia possibile individuare un processo trasformativo dell'auto mutuo aiuto nel tempo ed è su questo aspetto che il contributo si concentra.

L'approccio utilizzato è quello di tipo storico-processuale proposto da Elias (1939-1969, 1988), che suggerisce di leggere il mondo sociale alla luce delle interdipendenze tra individui e gruppi sociali, nella convinzione che la prospettiva temporale di lungo periodo e l'attenzione alla dimensione relazionale costituiscano due punti focali per interpretare il mutamento (Vicarelli 2010). Solo guardando all'andamento dinamico dell'auto-mutuo aiuto e pensando a tale pratica come reticolo di relazioni sembra possibile comprenderne il percorso di sviluppo e l'importanza che esso assume nell'attuale fase storica.

Ai fini dell'analisi è stato accolto il suggerimento di Freidson (2001) che propone di aggiungere allo stato, al mercato e alla comunità una quarta forma di regolazione individuata nel professionalismo. I gruppi professionali agiscono, infatti, secondo criteri particolari, non includibili *tout court* in nessuna delle tre forme di regolazione,

esercitando, come ricorda Vicarelli (2005; 2010), una profonda influenza nella configurazione assunta di volta in volta dal tessuto delle relazioni sociali.

Il riferimento a Karl Polanyi (1957) risulta quindi evidente: se la forma di regolazione cui è ascrivibile l'auto-mutuo aiuto è la reciprocità e se si assiste generalmente alla dominanza di una modalità allocativa sulle altre, al variare dei rapporti di interdipendenza tra tutte queste forme, si modifica la configurazione sociale.

A partire da tale prospettiva di analisi, nelle pagine che seguono viene proposta una lettura dei processi di trasformazione dell'auto-mutuo aiuto in alcuni paesi europei e vengono individuate tre distinte fasi storiche: una fase di genesi in cui tale pratica viene proposta per la prima volta come strumento di sostegno se non di cura; una fase espansiva, in cui il *self-help* si diffonde sia in termini geografici sia in riferimento agli ambiti di applicazione e una fase di consolidamento in cui allo sviluppo quantitativo si accompagna un crescente processo di istituzionalizzazione. Il passaggio da una fase all'altra sembra avvenire a seguito di alcuni cambiamenti nelle modalità e nell'intensità delle interdipendenze tra gli attori in gioco le cui azioni sembrano rispondere a principi regolativi differenti. In altre parole, ciascuna fase appare caratterizzata da una diversa configurazione sociale derivante dalle mutate interdipendenze tra stato, mercato, comunità e professionalismo.

La genesi dell'auto-mutuo aiuto (anni '30-'60)

Le origini dell'auto-mutuo aiuto risalgono alla metà degli anni '30 del Novecento quando nell'Ohio due alcolisti individuano nel sostegno reciproco uno strumento non clinico per superare una comune difficoltà, fondando l'associazione degli Alcolisti Anonimi (A.A.). La società americana attraversa in questi anni un periodo di forte criticità: il crollo di Wall Street produce ampie ricadute sociali aumentando la disoccupazione e acutizzando le disuguaglianze economico-sociali. L'assenza di un sistema pubblico di protezione sociale sostiene la nascita di un sistema di *welfare* capitalistico, gestito su un piano privato e rimesso all'iniziativa dei singoli. A livello socio-culturale si assiste al rafforzamento di alcuni movimenti sociali e religiosi integralisti, tra i quali le Società di Temperanza che, nel 1919 avevano contribuito al varo della riforma sul proibizionismo. L'abolizione di tale misura restrittiva nel 1933 è spiegata sia da motivazioni di carattere economico, sia da ragioni culturali legate all'affermarsi di un diverso atteggiamento nei confronti dell'alcolismo. Da minaccia per la comunità e causa di disordini sociali, l'alcolista inizia ad essere visto come un malato bisognoso di cure (Cerbini *et alii* 2003). Si gettano così le basi per l'avvento di un nuovo approccio all'alcolismo che sostituirà, nel periodo tra le due guerre, quello morale diffuso nel corso del 1800. Il passaggio da un paradigma all'altro è favorito, oltre che dal progresso medico e dagli sviluppi delle scienze naturali, anche dall'esperienza di auto aiuto proposta dagli A.A. Reclamando il diritto all'esistenza del sapere esperienziale, i gruppi americani nascono in contrapposizione al sapere professionale (Kurtz 1997), restando volutamente isolati dal contesto sociale in cui sono inseriti.

Benché anche in Europa, nella stessa fase storica, si assista alla nascita delle prime formazioni sociali rubricabili sotto l'etichetta di *self-help/mutual aid*, appare diverso lo spazio sociale entro cui esse si collocano e agiscono. La principale differenza tra i gruppi di auto-mutuo aiuto europei e quelli statunitensi va ricercata nella collocazione che essi assumono all'interno dello spazio societario, ovvero nella mappa delle interconnessioni che si vanno stabilendo tra gli attori sociali.

In questa fase storica l'auto-mutuo aiuto sembra configurarsi come una pratica ancora poco integrata con le tradizionali forme di regolazione. I legami con la sfera pubblica appaiono deboli e del tutto inesistenti quelli con le istituzioni economiche. Significative, per contro, sono le connessioni con le realtà professionali, fatte di legami che talvolta precedono e sono funzionali all'attivazione dei gruppi.

Nei paesi in cui esiste già un sistema di protezione sociale, come in Inghilterra e in Germania, i gruppi sembrano ottenere fin da subito un certo riconoscimento da parte delle istituzioni pubbliche che, in alcuni casi, li promuovono con sostegni finanziari. In tali paesi lo sguardo favorevole e non necessariamente strumentale dello stato fa supporre che la nascita dell'auto-mutuo aiuto non sia riconducibile esclusivamente a motivazioni di tipo carenziale, ma che si ponga invece come un'alternativa originata dal desiderio di autodeterminazione degli

individui.

L'intervento pubblico non limita, tuttavia, l'iniziativa comunitaria che si manifesta attraverso la proliferazione di gruppi di auto-mutuo aiuto sorti attorno alle problematiche del disagio sociale e della malattia. Ciò che sembra caratterizzare tali realtà associative è la connotazione in senso professionale che assumono e l'atteggiamento di deferenza rispetto alla professione medica, molto spesso coinvolta nelle attività dei gruppi. Ciò appare particolarmente evidente in Inghilterra dove è emblematica la nascita, nel 1934, della Diabetic Association all'interno del King's College Hospital di Londra, fondata da due medici diabetici che nel 1939 avviano un gruppo di *self-help*. Anche l'istituzione della Multiple Sclerosis Society of Great Britain and Northern Ireland nel 1953, avviene su iniziativa di alcuni neurologi.

In Spagna, paese a forte tradizione cattolica, i gruppi avviano relazioni privilegiate con le istituzioni religiose, da sempre impegnate in ambito sociale e sanitario, e con le istituzioni pubbliche specie quando, durante il regime franchista, lo stato restringe il diritto di associazione agevolando la nascita di formazioni sociali fortemente connotate sul piano ideologico, nel tentativo di esercitare forme di controllo sempre più stringenti (Di Bartolomeo, Iori 2004).

Più articolata la situazione francese dove, benché appaia diffusa l'idea che il sapere esperienziale sia in grado di generare nel soggetto una competenza dal valore se non superiore almeno pari a quella dell'esperto, i gruppi sembrano mantenere un carattere medico-centrico. L'organizzazione dei rapporti tra i professionisti e i malati si pone del resto come un punto fondamentale del *self-help* francese che conduce alla promozione di un'intensa attività di ricerca (Rabeharisoa, Callon, Demonty 2000): negli anni '40 si costruisce un modello che si può chiamare *di sostegno* centrato sulla cogestione della ricerca da parte dei professionisti e dei pazienti; un modello che trova la propria sede istituzionale e scientifica all'interno degli ospedali e che vede le associazioni in posizione ausiliaria rispetto al sapere professionale.

In questa prima fase storica sembra dunque prevalere una configurazione che connette fortemente i gruppi di auto-mutuo aiuto alle realtà professionali, considerate entità in grado di apportare sapere scientifico oltre che di legittimare le istanze avanzate nei confronti degli altri interlocutori sociali, primo fra tutti lo stato.

La strutturazione dei legami: la fase espansiva (anni '70-'80)

L'espressione *self-help decade* (Robinson, Henry 1977) è stata coniata in riferimento al decennio '70, caratterizzato da una forte implementazione di tale pratica e dalla sua affermazione quale strumento per affrontare *dal basso* situazioni critiche. Alla crescita quantitativa si accompagna una estensione degli spazi di applicazione dell'auto-mutuo aiuto che, nato nell'ambito del disagio sociale, si diffonde in altri ambiti, testimoniando la volontà da parte degli individui di volersi far carico delle proprie problematiche.

Tale processo sembra favorito da una serie di trasformazioni che avvengono nel mondo occidentale e che scuotono il panorama economico, sociale e culturale di questi anni. La rivoluzione culturale, avviatasi alla fine degli anni Sessanta, è mossa dal rifiuto ideologico nei confronti della standardizzazione dei modelli di consumo e coinvolge gruppi socialmente disomogenei che tentano di imporre una cultura alternativa basata sul rifiuto dell'autoritarismo. Anche il modello di produzione fordista entra in crisi e con esso il tipo di rapporto sociale generato dalla grande industria. La crisi del fordismo fa emergere l'inadeguatezza delle politiche sociali strutturate sulla base di quel modello: il prodotto indifferenziato assicurato dal sistema di *welfare* non soddisfa più la nuova domanda (Paci 2004).

A favorire la crisi del sistema di protezione sociale contribuiscono tuttavia anche altri fattori quali: la recessione economica che riduce la disponibilità degli Stati di garantire tutele e di erogare servizi; i mutamenti demografici, legati al progressivo invecchiamento della popolazione e all'aumento dei flussi migratori; le trasformazioni dei modelli familiari e dei ruoli di genere e, infine, il massiccio ingresso delle donne nel mercato del lavoro (Saraceno 2008).

Alla trasformazione subita dal sistema economico-sociale si affianca il progressivo cambiamento dei modelli

epistemologici legati ai temi della salute e della malattia. La nascita dell'antropologia medica negli anni '60 contribuisce allo sviluppo di modelli alternativi a quello biomedico di impostazione riduzionista. Si afferma una concezione di salute che abbraccia una visione sistemica ed ecologica, connettendo l'individuo all'ambiente sociale e naturale in cui è inserito. Stimolando l'autodeterminazione del soggetto e la sua partecipazione attiva al processo di mantenimento/recupero dello stato di salute, tale approccio sembra contemplare spazi per la riflessività e per la valorizzazione dell'esperienza individuale, che acquisiscono un significato e una importanza sempre maggiori.

Entro questo scenario si rafforzano quei legami sociali che lo sviluppo economico aveva allentato (Sennett 1998), causa e conseguenza dell'accelerazione dei ritmi di vita e della tendenza all'individualizzazione (Paci 2005). La reciprocità sembra così trovare una nuova legittimazione sia nella frenesia di un sistema sociale non più in grado di fornire risposte adeguate, sia nella riscoperta dei principi di solidarietà, mutualità e condivisione, applicabili nella e per la gestione delle criticità individuali e collettive. In questo contesto l'auto-mutuo aiuto diviene uno strumento sempre più importante laddove la condivisione della rappresentazione soggettiva del problema e lo scambio del sapere esperienziale vengono visti come risorse aggiuntive, complementari e integrative rispetto alle tradizionali forme di sostegno (Augé, Herzlich 1986).

Lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto (e dell'associazionismo in generale), configura l'emergere di un nuovo interlocutore sociale con il quale le altre componenti del sistema sono chiamate a confrontarsi. Contemporaneamente, le aumentate contaminazioni verso e dall'ambiente esterno modificano la morfologia della pratica associativa che assume configurazioni diversificate, rendendo conto della maggiore complessità che caratterizza l'attuale contesto storico-sociale. I gruppi di *self-help* sembrano attraversare un processo di trasformazione che li porta, in prima analisi, a ridefinire le interconnessioni con gli altri attori istituzionali disegnando una nuova configurazione del sistema sociale. La principale differenza rispetto alla fase precedente riguarda l'indebolimento dei legami tra i gruppi di *self-help* e le realtà professionali. L'opposizione verso il modello biomedico e il rifiuto verso l'estensione della giurisdizione medica a sempre maggiori ambiti dell'esistenza (Foucault 1995), si riflettono, infatti, sulle relazioni tra i gruppi sociali sovvertendo gli equilibri precostituiti.

In Inghilterra, come del resto in tutta l'Europa continentale (Germania e Francia), il fallimento delle aspettative terapeutiche riposte nella professione medica e l'aumento degli errori professionali si traducono in una maggiore responsabilizzazione degli individui che porta alla nascita di nuove associazioni. Queste tendono ad escludere, o a rendere comunque marginale, il ruolo dei professionisti la cui autorità è messa in discussione dal crescere della sfiducia dei pazienti. La *backlash against professional society* (Perkin 1990) tenta così di opporsi al paternalismo medico ricorrendo al potenziamento di legami informali e alla reciprocità. In Francia, tuttavia, la situazione appare più articolata, benché complessivamente la percezione di un operato medico eccessivamente tecnicistico contribuisca a rafforzare l'idea che il sapere profano debba occupare un posto diverso nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. Il pensiero di fondo sembra dettato dalla necessità di «rivolgersi alla scienza senza lasciarsi controllare dagli scienziati» (Rabeharisoa, Callon 1998). Ciò significa che l'esperienza dei pazienti deve incontrare, in una logica di mutuo apprendimento e senza prevaricazioni, la conoscenza degli specialisti.

Sotto questo aspetto i paesi mediterranei sembrano differenziarsi dal resto d'Europa. In Spagna, nel corso degli anni '70, lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto sembra avvenire in un clima di indifferenza rispetto ai gruppi professionali, che non dà luogo a scambi significativi tra le parti (Riviera Navarro 2005). Se da un lato il ritardo con cui il paese aderisce al processo di industrializzazione permette la sopravvivenza di strutture sociali che garantiscono il mantenimento di forme tradizionali di cooperazione, dall'altro impedisce lo sviluppo di una società civile dinamica, in grado di integrarsi con le altre componenti del sistema sociale, in particolare con quella professionale (Casado 1995).

Per contro, in Italia, dove si assiste soltanto in questa fase alla genesi dell'auto-mutuo aiuto, le relazioni tra i gruppi e le realtà professionali appaiono piuttosto fitte. La gestione dei gruppi viene frequentemente affidata a dei facilitatori professionali, spesso coinvolti dai membri del gruppo quando non addirittura promotori essi stessi della loro attivazione (Giarelli, Nigris, Spina 2012). A spiegare tale specificità contribuisce il ruolo di supplenza svolto da tale pratica rispetto alle lacune dell'azione pubblica. Almeno in questa fase storica, infatti, lo sviluppo della reciprocità è legato a motivazioni di tipo carenziale dalle quali scaturiscono processi di negoziazione con le risorse pubbliche, private e professionali esistenti. A ciò sembra imputabile il maggior grado di integrazione tra gruppi e

professioni rispetto a quanto non avvenga negli altri paesi europei. La natura peculiare del sistema di protezione sociale italiano che, come osserva Ascoli (1984), fin dalla sua strutturazione assume un carattere particolaristico e clientelare, sostiene inoltre lo sviluppo di relazioni tra gruppi ed istituzioni politiche che appaiono sorrette da logiche analoghe. Tali connessioni, che si intensificano ulteriormente nel corso degli anni '80, appaiono più che altrove permeate da logiche strumentali che ne limitano nei fatti l'efficacia. Lo sviluppo dell'associazionismo in campo sociale e sanitario avviene, del resto, in un contesto di supplenza rispetto alle lacune dell'azione statale.

Diverso appare lo scenario nelle altre realtà nazionali dove le istituzioni pubbliche cominciano a valutare positivamente il *self-help*, specie laddove l'esperienza già consolidata si è tradotta in buona pratica. Il coinvolgimento degli utenti nelle decisioni di politica sociale e sanitaria è motivato, tra l'altro, dall'opportunità di fare affidamento su risorse meno onerose per affrontare la crisi del *welfare*. Alla incapacità dei governi di fronteggiare le sfide della post-modernità e di soddisfare bisogni sempre più personalizzati, si aggiunge la difficoltà di gestire risorse economiche sempre più scarse. In quest'ottica l'interesse delle istituzioni pubbliche verso quelle della reciprocità (gruppi di *self-help* e Terzo settore in generale) viene istituzionalizzato e si traduce in molti casi nell'avvio di iniziative concrete. Ciò accade in Inghilterra come in Germania dove molti comuni (dalla fine degli anni '70) e i Länder (dal termine del decennio successivo) sostengono finanziariamente i gruppi di *self-help* e si impegnano nell'istituzione di centri di informazione ad essi rivolti. Anche la Spagna si muove in questa direzione, benché con un leggero ritardo a causa della lunga assenza di una società civile attiva in tal senso. La collaborazione tra il *volontariato social* e lo Stato si concretizza durante gli anni '80 ed è finalizzata alla costruzione del *welfare state* (Di Bartolomeo, Iori 2006).

La Francia si presenta da questo punto di vista come un caso a sé. Si vanno configurando, infatti, due distinte tipologie di gruppi: l'una che valorizza pienamente la competenza dei partecipanti, considerata il mezzo principale per superare le criticità; l'altra in cui la dimensione comunitaria che sorge attorno alla problematica trattata è funzionale a diffondere tra la società civile la cultura della non-stigmatizzazione (Le Cardinal, Ethuin, Thibaut 2007). L'esempio più emblematico della prima tipologia di gruppi è rappresentato dai Narcotici Anonimi, mentre tipica del secondo raggruppamento è l'Association d'Auto Support des Usagers de Drogues. Tali modelli riproducono le loro tipicità anche nelle modalità di interazione con le istituzioni pubbliche: il primo rifiuta ogni contatto con l'ambiente esterno, poiché l'isolamento è funzionale al buon esito del percorso di recupero; il secondo, al contrario, fa del partenariato uno strumento a tutti gli effetti, in quanto la creazione del *network* è necessaria al perseguimento delle finalità (Jauffret-Roustide 2010). La coesistenza nell'ambito del sistema francese di tali modelli crea una situazione anomala in cui accanto alla ricerca della negoziazione e del confronto da parte di alcuni gruppi vi è il rifiuto da parte di altri; in ogni caso, laddove ne sussistono i margini, lo scambio si traduce in collaborazione.

In questi anni crescono altresì i legami che connettono il polo della reciprocità alle istituzioni economiche. La crisi del *welfare* e l'emergere di una nuova domanda sociale e sanitaria sostengono lo sviluppo di un mercato privato della salute e implementano le connessioni tra gli attori del sistema sociale. Dal lato della domanda si viene sempre più delineando un doppio canale di accesso all'assistenza e alla cura mentre dal lato dell'offerta si assiste all'aumento della competizione tra fornitori (Vicarelli 2002), che vedono nelle forme di auto-organizzazione dei cittadini un potenziale mercato (Herxheimer 2003).

Il consolidamento delle interdipendenze nella fase attuale (dagli anni '90 ad oggi)

A partire dagli anni Novanta l'auto-mutuo aiuto si istituzionalizza e acquisisce una maggiore legittimazione sociale e politica. La diffusione del *self-help* avviene ancora una volta sia dal punto di vista territoriale, estendendosi in nuove realtà geografiche (Europa orientale), sia sul piano dei contenuti, trovando nuovi spazi di applicazione e nuove modalità organizzative. Tale crescita si realizza coerentemente con lo sviluppo di altre strutture della reciprocità laddove, per effetto di una maggiore domanda di partecipazione e di autodeterminazione, si assiste alla progressiva espansione del privato sociale.

Una possibile chiave di lettura per spiegare il ritorno al ricorso di questa forma di regolazione, è suggerita da Bauman che vede nel potenziamento delle istituzioni comunitarie il paradosso generato dalla crescente flessibilità dei legami sociali. Tale flessibilità caratterizzerebbe la transizione verso la società liquida (Bauman 2000) che, se da un lato spinge verso l'individualizzazione di tutti i legami sociali, dall'altro porta alla riscoperta della comunità quale modalità regolativa in cui i rapporti interumani si fondano su nuove solidarietà. L'avvento della società liquida pone nuove sfide alle istituzioni sociali, richiedendo una ridefinizione delle loro modalità di azione e di interazione.

Le mutate condizioni e gli stringenti vincoli economici impongono alle istituzioni pubbliche di adeguare l'offerta dei servizi ad una domanda completamente diversa dal passato, che pone nuove criticità e manifesta nuovi bisogni. Si apre così una fase di ricalibratura del *welfare state* in senso funzionale, distributivo e normativo (Ferrera, Hemerijck, Rhodes 2000), che prefigura due scenari: l'uno che coincide con un sostanziale arretramento della presenza pubblica a vantaggio del privato sociale, l'altro che vede lo Stato ancora attivamente impegnato ma nel ruolo di regia, che si sostanzia nel ricordare il contributo offerto dalla società civile in tutte le sue espressioni (*welfare society*). Entrambi gli scenari contemplano la necessità di coinvolgere nel progetto di ristrutturazione del *welfare* altri attori sociali, l'apporto dei quali risulta fondamentale non soltanto in termini economici e di contenimento dei costi, ma anche in termini di responsabilizzazione e di integrazione tra le parti del sistema (Ascoli 2011).

In questa fase, dunque, si assiste al progressivo rafforzamento dei legami che connettono tutti gli attori istituzionali. Ne risulta una nuova e più complessa configurazione sociale in cui le interdipendenze appaiono piuttosto forti e strutturate e in cui, di conseguenza, le istituzioni della reciprocità acquisiscono un nuovo ruolo nello spazio sociale e nella *governance*.

Sul piano politico si assiste, nell'Inghilterra di questi anni, alla sostituzione della *managed competition* con la *managed cooperation*, reintroducendo nel sistema il principio di sussidiarietà nell'idea che se il modello universalistico e centralistico non è più sostenibile, la tutela del corpo sociale può avvenire valorizzando il ruolo della comunità. Tale riconoscimento si traduce in una fattiva collaborazione tra gruppi e istituzioni (Baggott, Allsop, Jones 2005). Grazie all'intermediazione pubblica e, in particolare all'iniziativa lanciata dal governo del New Labour nel 1998, si consolida la *partnership* fra professionisti, pazienti e *caregivers* (Department of Health 1998) che conduce alla realizzazione di esperienze interessanti di collaborazione fra i gruppi di *self-help* e NHS.

Anche in Germania si intensificano le interdipendenze tra le parti del sistema sociale. Cresce l'interesse della politica verso il *self-help* e l'intervento pubblico sembra seguire due distinte direzioni. La prima è quella della ricerca, motivata dall'obiettivo di valutare gli esiti che tale pratica è in grado di produrre sia in termini di effettivo miglioramento delle condizioni di disagio, sia in termini economici (Engelhardt, Trojan, Nickels 2009); la seconda è quella della promozione dell'auto-mutuo aiuto, obiettivo formalizzato attraverso la riforma del 2000 attuata dal governo SPD/Grüner. Nell'idea che la reciprocità contribuisca in modo decisivo sia al miglioramento della qualità della vita, sia al processo di democratizzazione del sistema (Giarelli 2003), la politica tedesca affida ai fondi malattia il compito di promuovere e di sostenere economicamente i progetti dei gruppi di *self-help*. A tale scopo viene creata, ad esempio, un'organizzazione di rappresentanza federale per i centri di coordinamento del *self-help* e istituiti centri regionali nei Länder, gli Allgemeinschaft (Matzat 2001-2002). I gruppi lamentano, tuttavia, «la mancanza di un'autentica cooperazione con gli esperti del settore» (Borgetto, Troschke 2001, 90) e chiedono, ad esempio, di poter entrare nel processo di formazione del personale sanitario. Per contro, la classe professionale sembra valutare positivamente il ruolo che il *self-help* riveste tanto che nel 1999 l'Ordine dei medici tedesco formula la Carta dei diritti dei pazienti dove elenca dieci diritti fondamentali tra cui quello all'autodeterminazione. Altro evento emblematico è rappresentato, sempre in Germania, dalla costituzione nel 2001 del Forum dei Pazienti attraverso il quale, per la prima volta, viene offerta ai rappresentanti del *self-help* l'opportunità di sedersi ad un tavolo comune con i medici (Giarelli, Nigris, Spina 2012).

Anche la politica francese di questi anni è caratterizzata dal riconoscimento istituzionale di tale pratica, nonostante gli interventi statali appaiano poco organici in quanto legati a disagi/malattie specifiche, riflettendo una diversa capacità di *lobbying* da parte delle varie associazioni. Nel febbraio del 2002 a seguito degli *Stati generali della salute* viene però varata una riforma che riconosce e potenzia il ruolo degli individui e delle loro associazioni

nella definizione, valutazione e attuazione delle politiche. Il settore psichiatrico svolge un ruolo chiave nel processo di sensibilizzazione istituzionale e di mobilitazione sociale (Durand 2009), ottenendo il riconoscimento dei gruppi attraverso l'emanazione della L. 102 del 2005. La normativa introduce i Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) per le persone con handicap (art. 4) e ne contempla la promozione e lo sviluppo: è lo Stato che per la prima volta invita gli individui a responsabilizzarsi e ad attivarsi. La classe professionale francese sembra però meno schierata a favore delle realtà associative rispetto a quanto non avvenga negli altri paesi. Accanto a forme di collaborazione, ad esempio nell'ambito del trattamento multidisciplinare dei malati con dipendenze, si registrano infatti situazioni di conflittualità. Soprattutto dopo la scoperta dell'AIDS, i movimenti *de prise de parole* appaiono nello spazio pubblico francese come attori portatori di un discorso critico e alternativo in rapporto al sapere medico, contestandone l'eccessivo tecnicismo (Loriol 2003). Ne è esempio la situazione dei malati di sindrome d'affaticamento cronico (SFC), la cui origine organica dei disturbi è contestata dalla maggior parte dei medici.

Più blande e meno documentate le connessioni tra Stato e comunità in Spagna, dove negli anni '90 si assiste ad un nuovo slancio dell'iniziativa sociale che raggiunge i livelli degli anni '70: sorgono forme di aggregazione nuove, meno istituzionalizzate, «la cui classificazione è sempre più difficile» (Di Bartolomeo, Iori 2004: 46). L'impegno istituzionale verso il volontariato organizzato è formalizzato dalla L. n. 6 del 1996 che si pone l'obiettivo generale di promuovere la partecipazione solidale dei cittadini. L'art. 2 esclude, tuttavia, dal campo di applicazione «le azioni di volontariato isolate, sporadiche o prestate al di fuori di organismi pubblici o privati senza scopo di lucro». Vengono dunque trascurate quelle realtà sommerse e informali (tipicamente quelle di auto-mutuo aiuto) che restano isolate dal contesto sociale senza interagire con gli altri attori che lo compongono. Le relazioni tra gruppi professionali e gruppi di auto-mutuo aiuto sembrano invece ambivalenti. Accanto a professionisti che vedono nel *self-help* una minaccia alla loro autonomia professionale, si collocano posizioni diverse che riconoscendo l'utilità di tale pratica ne chiedono un maggior coinvolgimento. Una delle principali criticità che tale legame evidenzia è ravvisabile nella difficoltà di comunicazione tra gruppi e realtà professionali, a causa della ancora scarsa conoscenza dei primi da parte di queste ultime (Rubio Arribas 2008).

Va osservato, infine, come, rispetto alle connessioni con il polo redistributivo, i legami tra i gruppi di auto-mutuo aiuto e il mercato appaiono complessivamente meno implementati, influenzati dalla regolamentazione del settore pubblico in campo sociale e sanitario. In Germania, ad esempio, il finanziamento delle imprese farmaceutiche si è ridotto a seguito della riforma del 2000 che prevede che i gruppi ricevano sovvenzioni dai fondi malattia. Anche in Inghilterra per mantenere una maggiore autonomia e ai fini della trasparenza delle operazioni finanziarie, molte organizzazioni aggirano il problema del conflitto di interessi redigendo delle linee guida (Wilson 1999). Il mancato sviluppo di tale rapporto è altresì legato alla diversa visione della malattia e delle modalità per superarla (empowerment *vs* farmacologia), oltre che all'ambigua informazione diffusa sui danni iatrogeni causati dai farmaci (Giarelli, Nigris, Spina 2012).

Il caso italiano

Una attenzione particolare va dedicata, infine, all'Italia dove, dalla fine degli anni '80, si assiste all'avvento della *seconda generazione* di gruppi, meno chiusi e più inclini allo scambio con l'ambiente esterno rispetto al passato. La loro articolazione organizzativa assume una connotazione complessa, «ad arcipelago in cui a fianco delle normali attività di mutuo aiuto se ne sviluppano altre [...] che in qualche modo sono legate al gruppo e dal gruppo traggono linfa» (Tognetti Bordogna 2005: 99).

La ricerca svolta dal 2008 al 2010 dalle tre unità di ricerca di Catanzaro, Padova e Ancona evidenzia innanzitutto una disomogenea distribuzione territoriale dell'auto-mutuo aiuto italiano che sembra configurare un mercato dualismo tra il Centro-Nord del paese, dove esso appare più radicato, e il Sud e le Isole. Sull'origine di tale dualismo possono essere fornite due spiegazioni. La prima, di natura storico-sociale, esalta il ruolo della *path dependence* e si basa sul presupposto che il diverso sviluppo di tale pratica possa essere motivato dalla differente capacità di produzione, mantenimento e riproduzione del capitale sociale nelle varie aree del paese. La maggiore dotazione di capitale sociale nell'Italia centro-settentrionale può aver dunque favorito il recupero di valori

tradizionali funzionali alla nascita di formazioni sociali basate su di essi.

La seconda spiegazione cui ricondurre la causa del dualismo italiano può essere ricercata nella correlazione tra la diffusione di tale pratica associativa e il grado di sviluppo dei servizi sanitari, misurato in termini di diffusione e di efficienza degli stessi. Studi pregressi confermano che il *self-help* ha maggiore incremento nelle aree in cui il sistema dei servizi è più sviluppato (Fondazione italiana per il volontariato 1995), benché rappresenti «una risorsa complementare a quella dei servizi, non sovrapposta e non alternativa» (Tognetti Bordogna 2005: 27); in effetti nelle regioni centro-settentrionali il sistema dei servizi appare decisamente più sviluppato ed efficiente, sia dal punto di vista economico-finanziario, sia in termini di performance.

Nonostante l'esistenza di tale dualismo, la ricerca evidenzia come l'operato dei gruppi sia ovunque caratterizzato dalla ricerca di una maggiore collaborazione con le altre realtà associative presenti nel contesto in cui i gruppi agiscono, soprattutto quando essa è funzionale all'erogazione di prestazioni assistenziali agli utenti. Tali relazioni sono originate da finalità di vario tipo (strumentali, di scambio reciproco ecc.) e possono assumere diversi gradi di intensità ma tendono a generare, in ogni caso, risorse che vivacizzano il tessuto sociale e promuovono il confronto.

Risulta perfezionata, inoltre, la capacità interlocutoria dei gruppi nei confronti dei *policy maker* e con le istituzioni pubbliche, sebbene il rapporto con queste ultime, che interessa buona parte dei gruppi sorti attorno alla patologia cronica, appaia piuttosto articolato. La ricerca documenta, ancora, una forte proiezione esterna verso l'arena istituzionale da parte dei gruppi di auto-mutuo aiuto di malati cronici che, nella maggior parte dei casi, interagiscono con gli enti locali (Comuni, Province e Regioni). Il rapporto con le istituzioni si presenta, però, alquanto variegato nelle diverse realtà italiane: accanto a situazioni di totale assenza di relazioni tra gruppi e istituzioni, si osservano casi in cui la collaborazione tra gli attori sociali è piuttosto intensa fino a configurare rapporti di vera e propria partnership. Si passa, quindi, da tipi di partecipazione "debole" (tipica delle regioni meridionali), nei quali la collaborazione è limitata e dunque priva della possibilità di incidere efficacemente, a tipi di partecipazione "forte" (che contraddistingue le realtà centro-settentrionali) in cui i gruppi di *self-help* intervengono nei processi decisionali del sistema politico-amministrativo (Gallino 1993: 479-80).

Benché risultino piuttosto diffuse, anche con il sistema dei servizi sociali e sanitari le relazioni appaiono critiche laddove i gruppi di auto-mutuo aiuto si trovano spesso ad affrontare il problema della loro legittimazione. Il passaggio da una relazione problematica a una positiva è garantita dal riconoscimento da parte dei servizi del ruolo positivo che i gruppi di auto-mutuo aiuto possono svolgere. Possono verificarsi, allora, esperienze positive in cui la collaborazione è finalizzata al miglioramento dei percorsi assistenziali (Giarelli, Nigris, Spina 2012) quali, ad esempio quelle relative all'apertura di sportelli informativi presso gli ambulatori medici, all'attivazione di corsie preferenziali nell'accesso ai servizi e all'organizzazione di centri diurni per i malati. Guardando alle connessioni tra i gruppi di auto-mutuo aiuto e le realtà professionali emerge in Italia uno scenario piuttosto complesso e diversificato. Sembra possibile, infatti, individuare due distinti approcci relazionali a seconda che ad interagire con i gruppi sia un professionista sociale, tendenzialmente più aperto all'interscambio, oppure un professionista sanitario, generalmente meno incline al coinvolgimento. Non vi è dunque nei confronti dell'auto-mutuo aiuto un atteggiamento univoco; al contrario, come evidenzia la ricerca sembra possibile individuare un *continuum* che vede ai due estremi l'atteggiamento ostile, tipico di chi considera tale pratica quasi come una minaccia alla professionalità dell'esperto, e quello partecipativo che caratterizza, invece, quanti vi scorgono un'opportunità di apprendimento per il paziente e per il professionista, oltre che un modo per migliorare il percorso terapeutico e la *compliance* (Giarelli, Nigris, Spina 2012: 270).

Del tutto ininfluyente appare invece il rapporto con le imprese private (aziende farmaceutiche e di ausili sanitari) in quanto sembra prevalere il timore che esse possano minacciare l'indipendenza dei gruppi.

Stante il quadro delineato si può concludere osservando come le strette connessioni che si realizzano in quest'ultimo periodo tra le istituzioni della reciprocità e gli altri attori del sistema sociale sembrino annullare il ritardo con cui in Italia si è andato sviluppando l'auto-mutuo aiuto che sembra rappresentare, oggi, un interlocutore stabile in grado di incidere sulla *governance* dei servizi sociali e sanitari.

Considerazioni conclusive. Forme di regolazione e integrazione sociale

Partendo dalla proposta teorica elisiana secondo cui le interconnessioni tra gli attori sono in grado di modificare

il tessuto sociale dando luogo a configurazioni diverse, soggette a processi permanenti di trasformazione (Cavalli 2011), si è cercato di comprendere il processo trasformativo dell'auto-mutuo aiuto. L'adozione di tale prospettiva di analisi ha permesso di osservare il variare dell'intensità e della forza delle interdipendenze tra la sfera della reciprocità, quella redistributiva, quella economica e quella professionale al variare delle condizioni sociali, politiche e culturali tipiche di ciascuna fase storica.

Nella prima fase il ricorso all'auto-mutuo aiuto risulta ancora circoscritto, sia in termini geografici, sia in riferimento agli ambiti di applicazione. Sembra esservi uno scarso livello di integrazione tra le tradizionali forme di regolazione, essendo piuttosto deboli i legami tra le istituzioni comunitarie (reciprocità) e quelle pubbliche (redistribuzione) e quasi del tutto assenti le connessioni tra le prime e le istituzioni economiche. Non altrettanto instabili appaiono, per contro, le connessioni tra il polo della reciprocità e quello professionale: sebbene nascano in contrapposizione al sapere professionale (Kurtz 1997) molti gruppi intessono, in questa fase, una fitta rete di scambi con le realtà professionali al fine di trovare una maggiore legittimazione rispetto al loro operato.

Fa seguito un periodo di forte crescita dell'auto-mutuo aiuto, testimoniata non soltanto dalla nascita di nuovi gruppi, ma anche dal progressivo riconoscimento istituzionale di tale strumento. Diversa appare la mappa delle connessioni tra gli attori in gioco, laddove i profondi cambiamenti sociali, politici, economici e culturali. Di questi anni, disegnano una nuova configurazione. L'opposizione verso il paradigma biomedico dominante e l'emergere di un forte desiderio di partecipazione attiva determinano, in quasi tutti i contesti geografici esaminati, un tendenziale allentamento dei legami tra gruppi di auto-mutuo aiuto e professioni. A fronte di tale indebolimento si assiste però all'intensificarsi delle connessioni sia con le istituzioni politiche, che si traduce nell'avvio di iniziative di collaborazione e di promozione del *self-help*, sia con quelle economiche, laddove si sviluppa un mercato privato nel settore dell'assistenza e della cura.

L'intreccio delle relazioni che si va intessendo in questo periodo storico si intensifica a partire dagli anni '90 (terza fase), in cui le interdipendenze tra gli attori sociali si consolidano e i gruppi di auto-mutuo aiuto sembrano divenire interlocutori stabili. Quest'ultima fase appare dunque caratterizzata dal rafforzamento di tale pratica che, anche a causa dell'inadeguatezza, quando non dell'assenza, dei tradizionali servizi di assistenza e di cura, acquisisce una ulteriore legittimazione. Benché non rappresenti il principio regolativo dominante, in questi anni la reciprocità torna a porsi come una modalità privilegiata di regolazione tra individui e gruppi sociali. Le connessioni tra questi ultimi risultano però contemporaneamente permeate da logiche diverse (strumentali, di collaborazione, conflittuali, ecc), il che rende più complessa la mappa delle relazioni.

Guardando alle relazioni tra gruppi di auto-mutuo aiuto e realtà professionali si osserva infatti come, accanto a forme di collaborazione convivano atteggiamenti critici, di scetticismo quando non di ostilità. Tali comportamenti rappresentano gli estremi di un *continuum* all'interno del quale si collocano posizioni intermedie che vedono le realtà professionali adottare punti di vista moderati e di parziale coinvolgimento quando non di indifferenza.

Anche la mappa delle relazioni tra gruppi di auto-mutuo aiuto e istituzioni pubbliche appare variegata, «coprendo un arco di modalità relazionali che vanno dall'assenza di relazioni fino a un rapporto di *partnership* vera e propria, articolato a più livelli e secondo una pluralità di strumenti, di natura sia informale sia formale» (Giarelli, Nigris, Spina 2012: 270). Tale varietà di rapporti dà luogo a una gradazione crescente nelle modalità di partecipazione messe in atto dai gruppi di auto-mutuo aiuto, che prendono parte in modo diverso alle fasi in cui si articola l'intervento pubblico (ovvero la programmazione, la gestione e la valutazione dei risultati).

Benché complessivamente meno implementate rispetto alle altre, le connessioni tra gruppi di auto-mutuo aiuto e imprese private, specie farmaceutiche, di ausili e di tecnologie sanitarie, appaiono ancora più delicate e ambivalenti. Da un lato, infatti, data la situazione di scarsità di risorse disponibili, esse costituiscono una fonte potenziale di finanziamento; dall'altro, per le evidenti implicazioni che il loro sostegno può comportare, sono viste con timore vista la paura di eventuali conflitti di interesse (Klemperer 2009).

Le interdipendenze reciproche danno luogo a configurazioni dinamiche che producono forme di *partnership* diverse e conseguenti modelli di *governance*. A seconda del tipo di *partnership*, infatti, si intensifica o si riduce la possibilità che le realtà di auto-mutuo aiuto possano incidere sulle scelte e sulle azioni che, volta a volta, vengono messi in atto dai diversi soggetti in campo (soggetti pubblici, privati e professioni).

Stante questo quadro, sembra opportuno osservare, in conclusione, come il progressivo rafforzamento della

reciprocità, contraddica una delle intuizioni di Polanyi secondo cui, con l'avvento della rivoluzione industriale e del modello capitalista, la reciprocità sarebbe stata erosa dalle altre due forme di regolazione. Come testimonia lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto, tale modalità regolativa sembra, invece, aver potenziato i suoi ambiti di applicazione dando luogo, nell'attuale fase storica, a scambi sempre più consistenti tra gli attori in gioco.

Sembra allora interessante interrogarsi sul ruolo che l'auto-mutuo aiuto, quindi la reciprocità, potrà avere nell'attuale momento storico caratterizzato da una crisi globale che sta minacciando la stabilità economica e sociale. È realistico immaginare che si stia aprendo una quarta fase in cui le istituzioni della reciprocità assumono un ruolo ancora maggiore nel processo di integrazione sociale, contribuendo in modo decisivo al superamento della crisi?

È difficile fornire una risposta a tale interrogativo. Soltanto continuando a monitorare il processo trasformativo di tale pratica nel tempo e utilizzando la configurazione come strumento analitico in grado di spiegare una realtà in continuo cambiamento sarà possibile, forse, verificare tale eventualità.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U. (2011, a cura di), *Il welfare in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Ascoli U. (1984, a cura di), *Welfare state all'italiana*, Bari: Laterza.
- Augé M., Herzlich C. (1984, a cura di), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano: Il Saggiatore, 1986.
- Baggott R., Allsop J., Jones K. (2005), *Speaking for Patients and Carers: Health Consumer Groups and the Policy Process*, Basingstoke: Palgrave.
- Baueiasman Z. (2000), *Modernità liquida*, Bari: Laterza, 2003.
- Borgetto B., Troschke J. (2001), *Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen*, Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften (Agenzia di coordinamento tedesca per le scienze sanitarie), Dipartimento di Sociologia medica, Università di Friburgo (dattiloscritto).
- Casado D. (1995), *Acción Social y Servicios Sociales*, in Juárez M., Casado D. (a cura di), *V informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid: Fundación Foessa: 1735-1875.
- Cavalli A. (2011), *Il percorso di Norbert Elias tra sociologia e storia*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», I, 1: 23-30.
- Cerbini, C., Biagianti C., Travaglini M., Dimauro P. E. (2003 a cura di), *Alcolologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia*, Milano: Franco Angeli.
- Department of Health (1998), *A First Class Service: Quality in the New NHS*, Department of Health, London: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902.
- Di Bartolomeo A., Iori C. (2006), *Spagna*, in Centro di Servizio per il Volontariato del Lazio (a cura di), *Il volontariato in Europa. Organizzazioni, promozione, partecipazione*, Roma: SPES, I: 39 – 74.
- Durand B. (2009), *Les groupes d'entraide mutuelle: un acquis des usagers*, in «Information Psychiatrique», 85, 9: 803-812.
- Elias N. (1939-1969), *Il processo di civilizzazione*, Bologna: Il Mulino, 1988.
- Elias N. (1984), *Saggio sul tempo*, Bologna: Il Mulino, 1988.
- Engelhardt H.D., Trojan A., Nickels S. (2009), *Leistungen von Selbsthilfegruppen und deren ökonomische Bewertung*, in «Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz», 52, 1: 64-70.
- Ferrera M., Hemerijck A., Rhodes M. (2000), *The Future of Social Europe. Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Oeiras: CELTA.
- Foucault M. (1995), *Antologia. L'impazienza della libertà*, Milano: Feltrinelli.
- Freidson E. (2001), *Professionalismo. La terza logica*, Bari: Edizioni Dedalo, 2002.
- Garofolo G., Sabatini F. (2008), *Homo oeconomicus? Dinamiche imprenditoriali in laboratorio*, Bologna: Il Mulino.
- Giarelli G. (2003), *Il self-help come strumento di democratizzazione del sistema corporativo tedesco?*, in «Salute e Società», II, 3: 162-168.
- Giarelli G., Nigris D., Spina E. (2012), *La sfida dell'auto-mutuo aiuto. Le associazioni di cittadini e il sistema sociosanitario*, Roma: Carocci.
- Herxheimer A. (2003), *Relationships between the Pharmaceutical Industry and Patients' Organisations*, in «British Medical Journal», 326: 1208-10.
- Jauffret-Roustide M. (2010), *Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduits addictives centrée sur*

- le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre soi communautaire*, in «Pensée Plurielle», 23 : 93-108.
- Klemperer D. (2009). *Self-Help Groups Conflicts of Interest through Sponsoring by the Pharmaceutical Industry*, in «Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz», 52: 71–76.
- Kurtz L.F. (1997), *Self-Help and Support Groups: A Handbook for Practitioners*, Thousand Oaks: Sage.
- Le Cardinal P., Ethuin C., Thibaut M.C. (2007), *Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation*, in «Information Psychiatrique», 83,10: 807-814.
- Loriol M. (2003), *Faire exister une maladie controversée: les associations de maladies du syndrome de fatigue chronique et Internet*, in «Sciences Sociales et Santé», 21, 4: 6-31.
- Matzat J. (2001-02), *The Development of Self-Help Groups and Support for them in Germany*, in «International Journal of Self-Help & Self-Care», 1, 4: 307-22.
- Paci M. (2004), *Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa*, in «La rivista delle politiche sociali», 1: 333-373.
- Paci M. (2005), *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Bologna: Il Mulino.
- Pelligrà V. (2003), *Le determinanti "civili" dello sviluppo economico*, in «Rivista internazionale di scienze sociali», 111, 4: 553-577.
- Perkin H. (1990), *The Rise of Professional Society: England Since 1880*, London: Routledge.
- Polanyi K. (1957), *L'economia come processo istituzionale*, in C.M. Arensberg, H.W. Pearson (eds), *Traffici e mercanti negli antichi imperi*, Torino: Einaudi, 1978.
- Rabeharisoa V., Callon M. (1998), *L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies*, in «Sciences Sociales et Santé», 16, 3: 5-15.
- Rabeharisoa V., Callon M., Demonty D.B. (2000), *Les associations de malades et la recherche. I. Des self-help groups aux associations de malades*, in «Médecine/Sciences», 16, 8-9: 945-949.
- Robinson D., Henry S. (1977), *Self help Groups and Health: Mutual Aid for Modern Problems*, London: Martin Robertson.
- Rubio Arribas J. (2008), *Espacios sociales de participacion: las asociaciones y los grupos de autoayuda*, in «Nomadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas», 18: 307-314.
- Saraceno C. (2008), *Patterns of Family Living in the Enlarged EU*, in J. Alber, T. Fahey, C. Saraceno (eds), *Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union*, Oxford: Routledge, 47-72.
- Sennett R. (1998), *L'uomo flessibile*, Milano: Feltrinelli, 2001.
- Tognetti Bordogna M. (2005, a cura di), *Promuovere i gruppi di self-help*, Milano: Francoangeli.
- Vicarelli M.G. (2002), *Tendenze e limiti del processo di riforma sanitaria*, in «Economia e Lavoro», gennaio-aprile, numero monografico dal titolo "Crisi del Welfare e crisi della sinistra": 97-118.
- Vicarelli M.G. (2005, a cura di), *Il malessere del welfare*, Napoli: Liguori.
- Vicarelli M.G. (2010), *Per un'analisi storico-comparata della professione medica*, in «Stato e Mercato», 90: 395-424.
- Wilson J. (1999), *Acknowledging the Expertise of Patients and their Organisations*, in «British Medical Journal», 319: 771-774.