

famiglia (e che possono o meno sfociare in «sintomi» patologici individuali in questa o quella persona).

■ Una prima conclusione

Per riassumere, rientra in una logica tradizionale di community care, che fin qui si è cercato di descrivere, oltre a un'idea che semplicemente enfatizza gli aiuti informali spontanei, un'ampia costellazione di servizi formali esistenti, che variano dalle *strutture di accoglienza* nella comunità (anche residenziali, purché di dimensioni limitate) con la funzione di «staccare» dalla famiglia per periodi definiti il peso totale dell'assistenza; a *servizi di supporto* intrafamiliare, per togliere alla famiglia o alla persona solo l'onere di specifiche funzioni insostenibili (come nel caso delle incombenze pratiche, con l'assistenza domiciliare, ad esempio); a *servizi consulenziali*, per assicurare gli input cognitivi necessari a sbrogliare situazioni-problema o momenti di crisi, oppure ad avviare provvedimenti amministrativi (come nel caso degli assistenti sociali), lasciando poi l'esercizio dell'autonomia residua nell'ambiente di vita. Altri servizi, ancora poco sviluppati, ma sui quali si sono puntate le speranze, sono invece rivolti al trattamento specialistico delle famiglie o della comunità (tramite la formazione, il controllo gerarchico, la terapia, ecc.), operando sull'«ambiente» secondo un intendimento prescrittivo.

Resta ora da vedere perché queste varie formule organizzative, sia *in the community* che *by the community*, pur assolvendo ciascuna di esse funzioni importanti, rimangano ancora, per così dire, al di qua della linea gotica, e tutte coralmemente abbiano indotto disincanto, se non fallito in senso proprio.

Per rispondere occorre avventurarsi in un discorso astratto, in quanto le argomentazioni addotte devono valere per *tutti* questi servizi, pur nella loro diversità. Guardando in generale, dunque, cosa si può vedere? In netta evidenza emerge soprattutto una profonda asimmetria di azione o di ideazione, a tutto vantaggio dei servizi istituzionali. Quando la programmazione pubblica non abbandona il campo, delegando semplicemente all'informale (come nella concezione destrutturata e spontaneistica della community care di cui si è detto più sopra), ecco allora che essa si erge in preminenza, come non esistessero vie di mezzo.

Tutto il «movimento» della care è immaginato dall'alto al basso, su una strada che scorre in un unico senso, *dalle* istituzioni formali *alla* comunità: i policy maker programmano servizi, i servizi elaborano piani, gli operatori realizzano interventi, il tutto finalizzato a «un» obiettivo. In una logica *tradizionale*, questi interventi «cadono» alla fine su casi singoli (per ricoveri in strutture residenziali, per terapie specialistiche di vario tipo, per misure assistenziali standard), mentre in questa logica «parziale» di community care essi si direzionano verso la famiglia o la comunità ma sempre, appunto, per compensare carenze in un quadro logico unidirezionale, non reciproco. Tutto ciò che si produce è concepito come un *effetto*. Possiamo parlare in questo senso di community care «passiva» (Bulmer, 1986b), in cui gli utenti, le famiglie, ecc. sono «destinatari» della care in senso letterale, e non hanno voce.

Tralascio qui tutta l'ampia, ancorché controversa, tematica dei cosiddetti effetti perversi, di passivizzazione principalmente, indotti da un atteggiamento troppo invasivo dei servizi (Hirshmann, 1992). Non voglio certo negare che la preoccupazione unilaterale dei servizi di rendere possibile il *mantenimento* delle persone deboli nella comunità (*care in*) oppure di *migliorare* intenzionalmente questo soggetto «accogliente» (per *produrre* la *care by*) non sarebbe un passo avanti apprezzabile, se venisse davvero effettuato. Se, ad esempio, i servizi

per le tossicodipendenze o per la salute mentale — per ricordare solo quelli maggiormente «attirati» dalla specializzazione clinica — si orientassero più decisamente verso un lavoro di respiro ecologico invece che prendere di mira le patologie dei singoli, se ne avrebbe un sicuro beneficio, ma il problema è vedere se questa riconversione dei servizi, pur ammettendo che vada nella giusta direzione, sia accettabile così com'è o se invece non debba essere inquadrata in maniera differente.

La domanda è: se per far fronte ai problemi così diffusi nella società è necessaria una decisa responsabilizzazione della comunità nel suo insieme, se è indispensabile cioè un miglioramento diffuso della care *esterna* ai servizi — posto che i servizi «in solitaria» non possono farcela — allora, assodato questo, ci si deve poi chiedere quanto sia ragionevole ipotizzare che debbano essere proprio questi servizi a *creare*, in appendice al loro *normale* funzionamento, la *condizione* «ambientale» necessaria al loro stesso funzionamento. La circolarità di questo ragionamento è evidente, come il cane che si morde la coda. Se la qualità della care, per esprimersi in termini matematici, fosse veramente funzione di «servizi» e di «comunità» (Stato \times società), ciascun elemento dovrebbe rimanere un fattore a sé stante dell'equazione, che non può *determinare* l'altro. La logica direbbe che essi debbano interagire o intrecciarsi sinergicamente, risultando effettivamente un concerto *comprensivo* di due entità diverse, e non scaturire l'uno dall'altro, per dare il risultato atteso. In caso contrario, si entrerebbe nel paradosso di una community care realizzata da tutti tranne che dalla comunità (dallo Stato, dai servizi, dagli specialisti professionali, ecc.) i quali, quando si accorgono che la comunità manca e sarebbe necessaria, si prefiggono direttamente di fabbricarla, come un qualsiasi altro genere di prodotto.

L'impedimento a un approccio deterministico verso la comunità si impone soprattutto per necessità logica. Anche se non fossimo aiutati dalle evidenze empiriche dei fallimenti della gran parte degli «esperimenti» di cui sopra, sarebbe tuttavia agevole prevederli. È fin troppo facile prognosticare che i nostri servizi sociali — in questo momento così deboli, come pure altri comparti della pubblica amministrazione — non possano in pratica farsi carico unilateralmente, e genericamente, oltre che delle svariate emergenze, anche di un'entità così vaga qual è la comunità. Si capisce come questo non possa avvenire (ha già incontrato enormi difficoltà anche la strategia più elementare di community care, l'*assistenza «nella» comunità*). Ma anche se una bacchetta magica riorganizzasse i servizi, e il problema contingente dell'efficienza venisse superato, rimarrebbe il problema di ridefinire l'atteggiamento con cui questa «macchina» finalmente efficace, per non incepparsi nuovamente, dovrebbe porsi in relazione con il suo «complemento» ambientale che è la comunità. E con ciò vengo al dunque di questa relazione.



ottica di rete: community care come intreccio fra politiche pubbliche e lavoro sociale (formale e informale)

L'idea essenziale della community care propriamente detta (la cura «da parte della» comunità) può essere riassunta nella visione di una base sociale, di livello locale, che si responsabilizza, che si prende cura di se stessa autoorganizzando o condividendo l'organizzazione delle iniziative necessarie (secondo il concetto della *caring society*). Ma cosa significa esattamente questa enunciazione? O, più in là ancora, come si può tradurla in «operazioni» mentali concrete (per dirla con Bridgam, 1969) che permettano di passare da un discorso

(Folgheraiter, 1991). Da una community care passiva occorre passare a una «attiva», ma ha ormai poco senso pensare in termini olistici e indifferenziati alle cure di comunità, come se tutti dovessero in ogni momento preoccuparsi di tutti. I processi di aiuto si possono innescare anche laddove vi sia una «responsabilità limitata» della comunità; essenziale è che vi sia una base diretta che li possa sostenere e rilanciare e su cui lo sforzo organizzativo si possa utilmente ancorare. Nel concreto queste basi vanno ricercate di volta in volta, anche se certamente esse possono ritrovarsi con maggiori possibilità nelle relazioni personali dirette (tra familiari, amici, vicini, ecc.) e nelle relazioni di mutualità (condivisione esistenziale o di difficoltà di vita). In ogni caso poi la speranza è sempre quella che si rompa il cerchio delle sole responsabilità prossimali e che ne risulti sollecitata, direttamente o meno, una corrispondenza comunitaria progressivamente più estesa.

Inoltre, il «lavoro» socialmente rilevante che così si produce dovrebbe poi raccordarsi o integrarsi con le macropolitiche formali a livello locale. Questa è la seconda funzione essenziale del sistema politico amministrativo, che ricade più «in alto», ad opera dei policy maker: valutare, sostenere e orientare *ex post* quelle iniziative che assumono interesse collettivo e, laddove raggiungano standard adeguati, formalizzarle blandamente, assicurando risorse e supporti continuativi. Questo ruolo «valutativo» dell'ente pubblico è delicato (perché si può prestare ad arbitri) ma cruciale, perché ovviamente non sempre emergono dalla comunità iniziative valide dal punto di vista dell'efficacia/efficienza o della capacità di rappresentare interessi collettivi.

In generale, si tratta quindi di definire per l'ente pubblico, sia a livello politico-amministrativo sia, più in basso, a livello dei singoli operatori che implementano le sue politiche, un ruolo non direttivo sul tipo del modello rogersiano nel counseling individuale. Un intervento che potremmo definire «centrato sulla comunità locale» e che Donati chiama «guida relazionale di rete» (Donati, 1992).

Nuove formule organizzative per la community care: esemplificazioni indicative

Queste riflessioni sono formulate solo in termini astratti. Abbiamo però anche il supporto di esperienze in campi diversi del lavoro sociale che si sono sviluppate in pieno accordo con i principi di cui sopra e che hanno conseguito risultati di notevole interesse e ormai tali da poter prefigurare dei paradigmi generalizzabili. Alcune di queste nuove iniziative di community care maturate in area italiana sono già state descritte e commentate (Folgheraiter e Donati, 1992) e non mi soffermerò qui sullo specifico. Altri progetti sono stati ben descritti nella letteratura anglosassone⁵ (Abrams, 1978; Challis e Davies, 1986b). Voglio solo, per concludere, tentare di identificare delle possibili tipologie organizzative, prendendo come criterio per differenziare una formula dall'altra il loro distanziamento o vicinanza rispetto al welfare state. Ne potrebbero ovviamente essere individuate altre, che si basano su criteri differenti.

Organizzazioni autogestite di privato-sociale. Questo modello operativo prevede che la «centrale» organizzativa per la promozione di iniziative di rete orientate alla community care sia esterna alla pubblica amministrazione, sia collocata cioè nel cosiddetto «privato-sociale». L'associazionismo privato è stato molto attivo in questi anni, ma la sua azione si è

prevalentemente indirizzata in senso tradizionale, nel trattare le singole persone in difficoltà, assorbendo con ciò molte delle difficoltà già sperimentate dai servizi pubblici. L'ambito del terzo settore potrebbe divenire il contesto organizzativo ideale per le iniziative di community care. In Trentino questo modello è stato sperimentato da una cooperativa di solidarietà sociale denominata «La Rete», che promuove una serie di attività assistenziali e socioculturali a supporto delle famiglie con al loro interno persone con handicap fisico o ritardo mentale.

La cooperativa è retta da un Consiglio di amministrazione con rappresentanza ripartita statutariamente tra familiari, volontari e operatori professionali (alcuni dei quali, a loro volta, operano in volontariato). L'idea iniziale e la prima attività di promozione è partita da operatori professionali (psicologo, assistente sociale) non dipendenti di servizi pubblici, i quali hanno coinvolto subito alcune famiglie nella responsabilità progettuale e organizzativa (per inciso, non si può parlare qui di integrazione fra «pubblico e privato» bensì di incontro tra professionalità «libere» e base comunitaria).⁶

La cooperativa dispone ora di operatori dipendenti; oltre a mantenere contatti con gli operatori del territorio interessati ai «casi» che fanno riferimento alla cooperativa, questi operatori, con la collaborazione di familiari, promuovono/supportano organizzativamente gruppi di mutuo aiuto fra genitori di persone handicappate e nuclei di volontari. Entrambe queste strutture godono di relativa autonomia. I gruppi di mutuo aiuto non sono solo servizi offerti dalla cooperativa alla famiglia: i familiari nei gruppi mettono a fuoco ed esprimono dal loro fondo esperienziale esigenze e bisogni ai quali poi, se si tratta di bisogni suscettibili di «risposte», si apprestano a rispondere autonomamente o attraverso la collaborazione dei volontari. Questi ultimi a loro volta sono sollecitati a esprimere idee e progetti non solo di natura «esecutiva» ma anche relativi a nuove iniziative, ad esempio di supporto alla famiglia (vari servizi di *respite*, soprattutto) o di animazione del tempo libero (con iniziative nei week-end o nel periodo di vacanza quando i servizi «chiudono») o di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

La «macchina» organizzativa di questo servizio risulta quindi «democratica» nel vertice e nella base; essendo immersa completamente dentro le singolarità delle esigenze delle famiglie ed esposta, per così dire, alla creatività ideativa del volontariato giovanile, riesce a collocare le sue sonde percettive ben dentro la comunità (perché queste sonde sono la comunità) e quindi a far lievitare servizi notevolmente complessi (per vastità e flessibilità) con un impiego minimo di risorse finanziarie. Gli operatori professionali non «controllano» le attività, non solo perché non desiderano farlo ma anche perché non potrebbero. Anzi sono loro, se così si può dire, che spesso avvertono la sensazione di essere «controllati» dalle iniziative che partono dalla base, cui devono rispondere con il necessario coordinamento.

La cooperativa ha ottenuto per gli anni d'avvio un contributo finanziario da parte dell'ente pubblico e ora è in regime di convenzione (realizzando così un legame «debole», di secondo livello, con le politiche statutarie).

Programmi cogestiti pubblico-privato. Questa seconda formula organizzativa, che presenta anch'essa caratteristiche avanzate di community care, prevede un intreccio più deciso, anche se i confini e le distanze rimangono ben nette, fra mondo delle istituzioni pubbliche e sfera del privato. Un'applicazione esemplare di questo modello si può riscontrare in un programma comunitario di prevenzione e terapia dei problemi alcolcorrelati (secondo l'approccio proposto da Vladimir Hudolin, 1991). Questo modello ha avuto uno sviluppo considerevole in quasi tutte le regioni italiane e anche ottimi risultati in Trentino (Hudolin, De

Stefani e Folgheraiter, 1988). Si tratta di un programma gestito in parte dal pubblico (dai Servizi di alcologia delle unità sanitarie locali) per quanto riguarda le fasi propedeutiche dell'informazione e della motivazione delle famiglie (giacché quasi sempre la decisione di intraprendere la cura parte da un ricovero ospedaliero per il trattamento di complicanze mediche). In parte invece (la più consistente) il programma è autogestito dalle famiglie, basandosi su gruppi autonomi di mutuo aiuto tra famiglie e su varie associazioni di questi gruppi (a livello zonale, provinciale, regionale, ecc.) che rimangono indipendenti dai servizi pubblici.

Il setting in cui si svolge la parte essenziale del programma (la terapia dell'alcolista e la modificazione dello stile di vita familiare) è pertanto despecializzato e non controllato tecnicamente. Nei gruppi di mutuo aiuto è prevista la presenza di operatori preparati il cui compito, tuttavia, è «solo» quello di facilitare la comunicazione all'interno dei gruppi. Il gruppo ha le proprie cariche statutarie (presidente, segretario, cassiere, ecc.) e, quando le cose funzionano, è in grado di autodeterminarsi, senza dipendere dall'operatore (nel caso prevalesse quest'ultimo, si scivolerebbe verso forme tradizionali di terapia di gruppo). Attualmente questi facilitatori sono soprattutto operatori professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, ecc.), ma possono anche essere familiari o alcolisti recuperati che diano prova di saper «stare» nel gruppo con efficacia. I professionisti svolgono generalmente questa loro attività in volontariato, fuori dall'orario di lavoro (in qualche USL questa attività è riconosciuta come attività di servizio) e possono partecipare agli organi direttivi delle associazioni.

Una regola base del programma prevede che i gruppi, una volta raggiunte le 12 unità familiari, si dividano rendendo in tal modo possibile, oltre a una migliore comunicazione nel gruppo, una diffusione progressiva sul territorio di questa rete di aiuto familiare, rispondendo così progressivamente al bisogno «terapeutico» di ciascuna comunità.

Case management territoriale. I due precedenti «modelli» di community care sviluppano un'azione diffusa di comunità, basata come si è visto sul coinvolgimento delle famiglie e del volontariato in progetti a valenza collettiva. Vi è tuttavia anche l'esigenza di poter contare su progetti assistenziali più specifici in cui ancora sia coinvolta la comunità (e i servizi istituzionali) ma in microdimensioni di care personalizzata. Rispetto alle specifiche esigenze assistenziali di una persona o di una famiglia singola, vi è spesso la necessità da un lato di raccordare i servizi formali e dall'altro di valorizzare e rinforzare le risorse offerte dalle reti naturali (parentali, di vicinato) perché si metta assieme, per così dire, una care non spezzettata o disarticolata, ma in grado di cogliere «l'insieme» dei bisogni della persona. Questa responsabilità di coordinamento assistenziale o di «gestione integrata» di un caso particolare può essere sostenuta molto spesso dall'informale (si pensi al ruolo di qualche familiare nel «tenere assieme» le fila sparse delle cure) ma, soprattutto per le persone senza un'adeguata rete familiare, la responsabilità del *case management* può essere attribuita a un operatore *territoriale*,⁷ in misura ideale all'assistente sociale di base, che in effetti, in molte situazioni, già se la assume. Si tratta però di un ruolo ben più ampio rispetto alla mera erogazione di servizi, o alla mera implementazione di procedure assistenziali standardizzate o comunque al lavoro sul caso tradizionale (*casework*), poiché non si tratta qui di «risolvere» o di «erogare» bensì di far emergere, sostenere e collegare a rete le disponibilità informali e istituzionali, e sempre più anche quelle del mercato, rispetto a un caso (Cooper, 1989); come tale, richiederebbe, accanto a un esplicito riconoscimento di questo ruolo, una più accentuata autonomia decisionale (anche di budget, ad esempio) oltretutto un diverso set di abilità dei

social workers, come era stato già ben sottolineato dal Barclay Report (1982) e da altri approfonditi studi specifici (Challis e Davies, 1986).

I n sintesi

In questo lavoro si è cercato di dimostrare come la classica distinzione proposta da Bayley nel 1973 (community care come cura «nella» e cura «della» comunità) sia solo apparentemente esplicativa. Una politica comunitaria veramente innovativa, che vada oltre una concezione tradizionale della community care (Ramon, 1991), non si esaurisce né nei soli sforzi delle istituzioni (nel duplice verso: sia per garantire un'assistenza individualizzata nell'ambiente di vita sia per «creare» condizioni ecologiche migliori) né in quelli «isolati» della comunità. Se si analizzano bene le esperienze più significative di lavoro comunitario di questi anni — che hanno dimostrato inaspettata efficacia anche operando «verso» bisogni o obiettivi tutt'altro che semplici e lineari — si constata che hanno funzionato in quanto hanno saputo determinare un *intreccio* ottimale (di responsabilità, di ideazione, di entusiasmo, di impegno concreto) fra componenti istituzionali e componenti comunitarie, con un peso differenziato dell'una o dell'altra a seconda delle singole situazioni.

Guardando le cose nell'ottica dei servizi sociali *formali*, orientarsi nel senso del lavoro di rete comunitario significa per loro disponibilità a sostenere, contribuire allo sviluppo, valutare e orientare piccole organizzazioni autocentrate (qualcosa di simile a ciò che Berger, 1980, definisce «strutture di mediazione») immerse «liberamente» nelle comunità locali, dotate pertanto di relativa autonomia dei servizi istituzionali del welfare state. Queste strutture organizzative — che al limite possono coincidere con l'iniziativa di un singolo operatore (in certi approcci di case management, ad esempio) — devono rimanere finalizzate a catalizzare e sostenere le possibili concrete attività di cura (ancora una volta: formali e informali) disponibili dentro e fuori una circoscritta comunità locale. Tutte queste attività di aiuto si basano, come noto, su *relazioni*: relazioni personali (famiglia, amicizia, parentela), di prossimità geografica (vicinato), di mutuo aiuto (condivisione di situazioni di vita), di «altruismo» (volontariato), per finire poi con le varie e specifiche relazioni professionali.

Nessuna illusione ci si può fare rispetto alla probabilità che una cura reticolata di questa portata possa realizzarsi facilmente. In parte le cose si muovono già in questa direzione; resta imprescindibile tuttavia la necessità di operare progressive ristrutturazioni politico-amministrative, a livello sia locale che centrale.

N ote

¹ In Gran Bretagna, oltre alla vasta letteratura, sono da segnalare i numerosi studi e documenti governativi per la messa a punto della community care. In ambito socioassistenziale, i più importanti sono: il *Seebhom Report* (1968), il *Barclay Report* (1982), i Rapporti dell' Audit Commission (1986; 1989), il *Griffiths Report* (1988). Per quanto riguarda in particolare gli anziani, sono stati elaborati i seguenti *government papers*: *Care in action* (1981), *Growing older* (1981), *Care in the community* (1981), *Care in the community social finance* (1983), *Caring for people* (1989). In ambito sanitario, va segnalato il *Cumberledge Report* (1986) che ha tracciato le linee dell'assistenza sanitaria di comunità (cioè nel domicilio del malato oltretutto negli ospedali e nelle cliniche).