

LAVORO TERRITORIALE E APPROCCIO DI RETE

GIOVANNA GALLIO

Psicologa e ricercatrice, consulente dell'ASS di Trieste per il Progetto Minori

L'Unità Distrettuale Salute Minori e Adolescenti è nata a Trieste da meno di un anno e, nella fase tuttora sperimentale del suo intervento, ha cercato di conformare la propria organizzazione ad alcuni criteri e principi operativi dell'“*approccio di rete*” su cui mi soffermo brevemente. L'importanza crescente di questo approccio nel lavoro territoriale può essere colta solo nel contesto più generale dei cambiamenti in atto nelle politiche sociali, nella concezione dei servizi di aiuto e cura alle persone con bisogni speciali e, soprattutto, negli stili professionali.

Non a caso l'“*approccio di rete*” ha cominciato a diffondersi in Italia tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80, soprattutto in conseguenza dei processi di deistituzionalizzazione dei malati psichici e dei minori portatori di handicap, per lo sviluppo di un sistema di servizi decentrati nella comunità che ha via via coinvolto numerose fasce di popolazione assistita (si pensi al trattamento degli alcolisti e dei tossicodipendenti, così come della gran parte delle malattie croniche e della terza età).

Favorito dall'impulso alla deospedalizzazione (politiche di “*desegregazione*” e, più in generale, di riduzione del tempo di degenza ospedaliera), il decentramento dell'assistenza ha comportato l'impiego crescente di quote di lavoro “*informale*”, non-professionale, erogato dalle reti “*naturali*” di sostegno e aiuto, la famiglia in primo luogo, ma anche il volontariato, le reti associative, le cooperative sociali e le organizzazioni non-profit. Insomma, tutta quella vasta costellazione di risorse e di interventi che, nel nostro paese, è stata designata come “*privato-sociale*”.

Il riconoscimento, anche da parte dell'OMS, del ruolo fondamentale svolto dalle cosiddette “*risorse umane*” comunitarie e dai network delle persone con bisogni speciali (network di relazioni intese, innanzitutto, in quanto legami “*oggettivi*” di appartenenza sociale, che traducono l'insieme dei diritti di cittadinanza, e cioè anche di partecipazione alla vita della propria comunità da parte dei soggetti svantaggiati), è andato di pari passo con la crisi e la critica del modello di Welfare messo a punto in Europa nel secondo dopoguerra, nel generale ripensamento di finalità, obiettivi e criteri che devono presiedere le politiche sociali.

Crisi e critica dello stato sociale

Gli argomenti più frequentemente addotti di crisi e critica dello stato sociale sono abbastanza noti e particolarmente dibattuti già dalla seconda metà degli anni '70.

In primo luogo si osserva che la *proliferazione dei bisogni d'intervento e delle categorie di utenza* ha comportato un aumento della spesa non più sostenibile, senza che si siano raggiunti quegli effetti redistributivi delle politiche sociali che erano stati preconizzati, e senza che sia stata soddisfatta la promessa di *uguaglianza nell'accesso*, nella quantità e qualità delle prestazioni erogate alle varie categorie di cittadini. Il modo in cui la redistribuzione delle risorse è stata attuata avrebbe prodotto effetti di *omologazione delle differenze*, anziché di *uguaglianza di opportunità sociali*, e in tale omologazione sarebbe implicito un effetto di *negazione delle diversità e la produzione di nuove discriminazioni*.

In secondo luogo, la *logica del problem-solving* nell'organizzazione dei servizi («l'idea - o approccio deterministico - per cui si suppone che, dato un problema, vi siano “*una*” causa e “*una*” soluzione, e che una linea diretta unisca causa, problema, soluzione»³), insieme alla *standardizzazione delle risposte* e al *carattere frammentato degli interventi*, avrebbero indotto l'aggravamento di una serie di problemi. In particolare sono diventati sempre più visibili effetti di scrematatura, selezione e discriminazione nelle modalità di risposta al bisogno, con la *produzione di “residui”* (cronicità, inguaribilità) inizialmente non previsti, e ciò è accaduto mano a mano che le prestazioni, nel loro specializzarsi, venivano erogate secondo criteri di “*diritto*” e di “*contratto*”.

Infine, proprio nel passaggio dal *paradigma di tutela al paradigma contrattualistico*⁴ che caratterizza il Welfare avanzato, è diventato appariscente il *carattere asimmetrico della relazione* tra la popolazione e i servizi. Da una parte c'è qualcuno che esprime un bisogno, un problema, una sofferenza più o meno grave e urgente; dall'altra c'è qualcuno altro che ha il potere/sapere di definire questa domanda e di rispondervi. Da una parte c'è un codice per classificare il bisogno, dall'altra c'è qualcuno

che deve adattarsi a questo codice se vuole esprimere una richiesta.

In tale relazione la *dipendenza* dell'assistito non scompare ma si trasforma: diventa una dipendenza non più personale ma impersonale, che si manifesta sotto forma di lealtà, sottomissione, strutturazione di aspettative di comportamento adeguato alla filosofia/offerta del servizio⁵. Per altri versi, e in altri termini, la frammentazione delle prestazioni e degli specialismi fa sì che i bisogni, sanitari e sociali, siano affrontati senza che i soggetti che ne sono portatori possano ricomporre il senso e le risposte in modo globale e coerente, con il risultato che la famiglia e la comunità si trovano depauperate di una serie di capacità e di competenze nella promozione del benessere⁶.

La trasformazione delle professionalità

Per quanto sommariamente enunciati, è evidente che tutti questi limiti si riflettono sugli stili professionali da diversi punti di vista. Intanto è già entrato in crisi un certo paternalismo dello Stato che portava a *"intervenire su"*, invece che a *"intervenire con"* l'utenza: un rapporto falso di protezione e tutela che sottraeva capacità contrattuale e potere decisionale ai clienti dei servizi. Stanno nascendo nuove modalità di lavoro, che cercano di sfruttare gli elementi di crisi dello stato sociale trasformandoli in potenziali risorse⁷. I principali aspetti di *trasformazione delle professionalità*, su cui attualmente si dibatte in molte sedi, si possono riassumere nel modo seguente.

1. I destinatari dell'intervento devono diventare il più possibile *co-attori* e *co-produttori* delle risposte; il che ha come conseguenza l'attribuzione all'utenza di un potere di negoziazione degli obiettivi e delle risorse. Si tratta di un criterio-guida nella riorganizzazione delle politiche sociali: il loro *sviluppo dal basso* deve/può avvenire solo attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei cittadini-utenti (*Consumer involvement*), la promozione di iniziative solidaristiche, la costruzione di una complessa *rete mista di azioni per il benessere*, tra il privato e il pubblico. È evidente che, in questa nuova prospettiva, il carattere integrato delle politiche sociali non viene più colto come un obiettivo che riguardi la centralità dello stato in quanto fornitore unico ed esclusivo di beni e servizi, ma viene invece commisurato alla capacità delle politiche, decentrate e locali, di saper cogliere e trattare il senso globale dei bisogni dentro al mondo quotidiano dei soggetti, integrandoli con le dinamiche più generali di sviluppo della vita comunitaria nel suo complesso⁸. Perciò non si può più prescindere, nella programmazione e messa in atto delle strategie di salute e di assistenza, dalle diverse forme di partecipazione dell'utenza alla definizione, implementazione, valutazione e riformulazione degli obiettivi degli interventi, secondo modalità interattive e processuali. Il carattere non teorico o astratto di tale principio si basa su quello che può essere considerato il prodotto irreversibile del Welfare: il radicarsi nella popolazione di una *cultura dei diritti* e di una *cultura di servizio*. Non solo l'intelligenza diffusa a utilizzare risorse e a scegliere soluzioni,

ma anche l'accresciuta competenza di gruppi di utenti nel definire i problemi e nel ricercare/attuare soluzioni⁹.

2. È considerato un limite lavorare sui problemi, e sui soggetti portatori dei problemi, secondo categorie precostituite (una risposta per ogni problema e per ogni categoria di assistiti) perché si è scoperto che: a) lavorando in questo modo le risorse sono sempre insufficienti, e - ancora di più - vi è spreco di risorse nella ridondanza e sovrapposizione degli interventi e degli specialismi; b) si ripropone l'immagine falsa di un operatore "onnipotente", addetto a trasformare un problema nella sua soluzione¹⁰. Per quanto riguarda le risorse, si discute in molte sedi degli effetti distruttivi, se non devastanti, delle culture di Welfare, nell'aver prodotto da un lato una vastissima tipologia e categorizzazione di "invalidi": persone che, per essere entrate nello statuto di assistiti, per ciò stesso sono state escluse dallo statuto di "produttori". Infatti, l'enorme quantità di risorse umane inutilizzate nelle società occidentali non comprende solo fasce di popolazione "normale" (le donne e i disoccupati, soprattutto giovani), ma anche gli utenti del Welfare (handicappati e malati cronici, pensionati, carcerati, anziani ecc.) ai quali viene, per così dire, prescritta l'inutilità sociale e produttiva. Ma lo spreco o l'inutilizzazione di beni e risorse riguarda in generale il sistema pubblico, che tratta come puro costo le risorse di cui dispone e che dovrebbe investire. E ha a che fare con la rigida separazione che, contrapponendo il mondo dell'assistenza al mondo del lavoro e della produzione, ha impedito la messa in circolo di culture, saperi, competenze d'impresa negli apparati assistenziali pubblici¹¹. Per quanto riguarda l'operatore come solutore del problema, sono ormai molto pochi gli assertori dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento di aiuto in quanto basato solo sul miglioramento "tecnologico" delle professioni e degli specialismi. Se è vero che le specifiche abilità e competenze degli operatori devono essere continuamente formate e perfezionate, tuttavia sempre più si riconosce l'importanza di inquadrare le professioni in un paradigma o *approccio strategico*¹².

In definitiva si ammette, soprattutto nell'area del lavoro territoriale, che l'intervento non debba più essere chiuso in un setting specialistico; è necessario *rompere e oltrepassare i confini del servizio*, il che significa concretamente:

□ identificare e reperire risorse nella comunità, nel senso ampio prima enunciato: aggirando, cioè, la questione della scarsità delle risorse perché è l'intera comunità che viene coinvolta con i suoi giacimenti di risorse;

□ passare da una concezione autoreferenziale, di risorse che essendo concentrate solo nel servizio sono da risparmiare, perché si consumano, a una concezione in cui le risorse del servizio vanno investite e "rischiate" per essere ricapitalizzate e accresciute. Le prime risorse da rischiare in un servizio pubblico sono gli stessi professionisti che ci lavorano: le loro capacità e i loro talenti non solo professionali; e anche gli utenti¹³;

□ superare la logica della dipendenza personale dell'utente dal servizio e dall'operatore (ma anche viceversa, dell'operatore dal proprio servizio e dal

proprio utente) moltiplicando i contesti e le condizioni di una dipendenza intesa come *inter-dipendenza*, e cioè anche come scambio allargato, nel perseguire determinati scopi e interessi dell'utente e del servizio nella comunità.

Gli elementi di trasformazione delle professionalità si possono riassumere oggi nel passaggio da un *lavoro per problemi* a un *lavoro per progetti*¹⁴, in cui si rovescia tendenzialmente l'ottica professionale da diversi punti di vista. De Leonardis, in un intervento intitolato "Imprenditorialità sociale, stato sociale e politica dei servizi" (1991), ha così sintetizzato tale rovesciamento:

- non si ragiona solo su un deficit, su quello che manca all'utente e al suo contesto, ma su quello che c'è: non su un *meno* ma su un *più*; - non si lavora per colmare un vuoto, una mancanza o una carenza, ma per incrementare e sfruttare le capacità e le intelligenze dei destinatari dell'intervento;
- non si lavora per appiattire e omologare le differenze, ma per sfruttare e valorizzarle;
- non si ragiona come se esistesse un bianco e un nero, una norma da raggiungere e una differenza dalla norma da colmare, secondo una logica dualistica. Il terreno delle disparità e delle differenze viene colto piuttosto come un lavoro per creare connessioni, reti di interdipendenza;
- non si lavora più nel "rapporto duale" con l'utente, mediato da una competenza tecnica specialistica. Superando la centralità di questa relazione, ci si applica nel creare coalizioni, alleanze, *partnership* tra attori e contesti diversi della comunità.

La messa in discussione del paradigma tradizionale del problem-solving nell'approccio di rete

Dalle cose dette sin qui risulta evidente la necessità di adottare, nel lavoro comunitario, un approccio integrato. Il lavoro di rete, in quanto strumento elettivo di promozione della *community care* - inteso, come suggerisce Folgheraiter, quale "coordinata mentale" più che come "tecnica o metodo che irrigidisce l'azione"; un modo di concepire il lavoro o, se si preferisce, un'etica e una mentalità - sembra più di tutti avvicinarsi ai bisogni di coordinamento, integrazione strategica e operativa di cui necessita l'intervento distrettuale e di territorio.

Nel testo più volte citato sugli aspetti metodologici di questo approccio¹⁵, Folgheraiter riassume in modo esauriente il lavoro di rete come "approccio non deterministico, o non uni-lineare", che mette cioè in discussione il paradigma tradizionale del *problem-solving* ereditato dalla cultura medico-sanitaria ed esteso a tutti i campi dell'intervento sociale. L'originalità di questo approccio consiste nell'offrire possibilità di uscita dai dilemmi che l'operatore incontra ad ogni passo, nell'intervento territoriale, quando deve circoscrivere le nozioni stesse di "problema" e di "soluzione". Vediamo in sintesi come.

Folgheraiter sottolinea che, nell'intervento di aiuto, raramente un problema si presenta come collegato a una sola causa e tale da essere risolto da una sola "soluzione". Egli dice:

«Il problema stesso, addirittura, può non esserci: nella complessità di molte situazioni del disagio sociale (si pensi alle cosiddette "famiglie multiproblema"), l'atto di definire con precisione ciò che "è"

problema rimane esso stesso un problema; ma anche ammettendo che alla fine, bene o male, si riesce, approssimando, a racchiuderlo in una qualche diagnosi o etichettatura o altro, ci si accorge poi che questa osservazione su cui ci si è fissati, tutto è fuorché un target statico e immobile (anche laddove si parli di problema "cronico"). Ogni problema nel tempo si evolve e si trasforma, e può scomporsi in rivoli o in frammenti i cui legami con il punto di origine possono esserci o non esserci. Cioché, o la risoluzione è tempestiva, o si rischia di rispondere ad un bisogno "altro", che non è più nelle forme rilevate nella "diagnosi". (...) I problemi, oggettivamente intesi, giacciono sempre dentro l'unicità e la singolarità delle persone, cosicché anche per questo (non solo perché sono "sfuggenti") non possono essere trattati come bersagli da colpire, perché si rischia di colpire il "soggetto" che li racchiude». (op. cit. pag.102)

Analogamente, il carattere di indefinitezza può essere riscontrato nell'analisi delle cause, questa volta in un movimento a ritroso che porta molto lontano dal problema che aveva sollecitato le prime risposte. E tanto più inopportuna può risultare la ricerca delle cause se conduce, come spesso accade, alla colpevolizzazione della famiglia, delle istituzioni, della società (solo in un "fuori"), o a una patologia tutta inscritta nel corpo del soggetto (solo in un "dentro"). A loro volta le soluzioni non possono avere un carattere "preconfezionato", statico, in questo senso standardizzato; perché solo nell'"incontro" di quella soluzione con quel problema si può constatare (ma non sempre) se veramente l'efficacia della soluzione è quella attesa.

Non si mette in discussione che le cause esistono, come anche le soluzioni. Si tratta piuttosto di ammettere che la soluzione difficilmente è identificabile a priori, e che la risposta, anche quando sembra funzionare, raramente o mai può essere riutilizzata o riapplicata allo stesso modo, come "una garza su una ferita". Nel frattempo il vero problema è diventato la "palude cognitiva" in cui si trovano immersi gli operatori, per gli infiniti dilemmi che li paralizzano allorché, di fronte a situazioni complesse, cercano cause sempre più complesse. Prosegue Folgheraiter:

«L'approccio di rete indica in qualche modo una strada alternativa: trovare delle soluzioni catalizzanti, degli interventi strategici che solamente riescano (ma questo non è certo poco, tutt'altro!) a dare degli impulsi e ad assicurare la base organizzativa affinché si smuova e si ricompatti (automaticamente, inconsapevolmente o spontaneamente ecc.) il groviglio delle risorse, delle energie, delle competenze, tutto ciò che serve ma che è incognito, i molteplici misteriosi tasselli di cui ogni macrosoluzione si compone. Il lavoro di rete si può designare come approccio "complesso" non perché esso sia, di per sé, tecnicamente o praticamente complesso, perché sia complicato da realizzare, ma perché invece è un approccio idoneo o confacente alla complessità, perché con azioni relativamente semplici (di tipo organizzativo, principalmente) favorisce l'evoluzione di processi che, avendo dentro una propria forza o un proprio codice di sviluppo, lentamente si realizzano, pur se la loro complicità è tale da porli abbondantemente al di fuori della possibilità di uno

stretto controllo intenzionale. Gli operatori magari possono avere la sensazione di essere loro che costruiscono la soluzione: in realtà è quest'ultima che, stimolata, si fa da sé (come, nel procreare, è il genitore che dà l'input, poi ciò che deve essere si sviluppa da sé).

Si desume da ciò che il lavoro di rete consiste sostanzialmente nel far sì che tutti gli elementi, le parti che compongono sia il problema che la soluzione, siano collocati in maniera da collegarsi e inter-dipendere, costituendo in questa trama di interdipendenza una nuova totalità, un nuovo "sistema" che, per la sua stessa esistenza, situerà il problema in un'altra prospettiva (prima di tutto cognitiva), favorendo delle soluzioni impensate. Infatti nell'ottica sistemica, osserva sempre Folgheraiter, è il collegamento e l'interdipendenza fra i diversi elementi del problema (e della soluzione) ad assicurare che, «mosso uno di essi, anche gli altri a catena si modificano e si riadattano secondo un'impercettibile coerenza che alla fine è, per l'appunto, una possibile soluzione (ovvero un sistema nuovo, riorganizzato a un punto diverso di equilibrio). Il nuovo equilibrio può rivelarsi più o meno accettabile, ma è comunque qualcosa di diverso rispetto al problema iniziale da cui si era partiti» (pag. 104).

Utilità dell'approccio di rete nel lavoro distrettuale

Per tornare agli stili professionali, potremmo dire che, nella prospettiva del lavoro di rete, l'operatore è in primo luogo un costruttore di legami, di ponti, di connessioni «per far entrare nei processi di cura quante più risorse e opzioni vi si possono "integrare"»¹⁶. Infatti l'atteggiamento professionale più congruo al lavoro comunitario, là dove si me-

scolano - soprattutto nell'intervento con minori e adolescenti - problemi al tempo stesso sociali, sanitari ed educativi, è (come dicevamo prima) l'apertura e la disponibilità a considerare e trattare in maniera unitaria le risorse - sia istituzionali che non - che convergono nella definizione del problema.

Una tale apertura e disponibilità è praticamente impossibile da sostenere in un'ottica di specialismo. Perciò chi svolge un lavoro di rete deve prima o poi sottoporre a critica (in sé o in altri operatori in cui si imbatte) abitudini, mentalità e stili professionali che nel Welfare tradizionale sono stati improntati allo specialismo del modello medico, il quale - com'è noto - ha egemonizzato tutto il campo dell'intervento, anche psicologico e sociale. Questo modello, considerato per molti anni "forte", sembra diventato debole e incapace di sopportare la complessità del lavoro territoriale, extra-ospedaliero.

In particolare nel distretto, dove devono affermarsi una cultura e un intervento per obiettivi e progetti, e dove la stessa organizzazione del lavoro muta profondamente (operatori appartenenti a diversi servizi che lavorano insieme, all'incrocio delle diverse pratiche e specialità), l'approccio di rete si offre come utile da diversi punti di vista. In primo luogo perché la reticolarità, nella concezione dell'intervento, aiuta a formulare nuove teorie e modelli di lavoro pluridisciplinare, superando le tradizionali contrapposizioni tra pubblico/privato, formale/informale, operatori/utenti, servizi specialistici e non. In secondo luogo perché fornisce una metodologia applicabile simultaneamente ai tre diversi livelli in cui occorre intervenire: lavoro sul singolo individuo, sul gruppo, sulla comunità (cfr. a tale proposito, lo schema: "Livelli del lavoro di rete", desunto dalla classificazione che ne fa Folgheraiter; *Tabella I*). In terzo luogo, perché permette di superare la distinzione, anch'essa tradizionale, tra "lavoro di riparazione" (cura e riabilitazione) e "lavoro di prevenzione" (promozione della salute).

Dice a tale proposito Folgheraiter:

«L'approccio di rete può liberare da una certa ossessione per la prevenzione, o meglio dall'idea che la prevenzione debba essere creata con specifici progetti ad hoc, o dall'idea che, se non si fa (intenzionalmente) prevenzione, nulla si faccia in realtà di veramente valido. La prevenzione è un processo pregiato, ovviamente, ma essa si può fare anche... senza farla. Si può fare 'prevenzione' anche contemporaneamente alla riparazione, fidando sugli effetti collaterali che si sprigionano indirettamente. Naturalmente l'azione riparativa deve essere sfruttata in modo "aperto", non deve essere accentrata e delegata a servizi ad hoc, ma resa visibile e aperta alla responsabilizzazione comunitaria più ampia. Facendo lavoro di rete - ancorandosi al cuore del problema (individuale e collettivo) già manifestatosi, che più persone possono sentire, proprio perché questo problema è ben evidente - si può attivare il propellente per sbloccare dei possibili dinamismi dentro il sociale, che sono riparativi e preventivi assieme. Lavorando sui problemi percepiti, si può agire o far agire molta solidarietà potenziale, e con ciò incidentalmente, nel mentre questa solidarietà ripara o risponde a quei problemi, sviluppare forze potenti, ancorché non evidenti, di prevenzione e promozione sociale»¹⁷.

LIVELLI DEL LAVORO DI RETE

1. Fra la persona e i suoi "altri significativi" - L'operatore interviene con le reti primarie: famiglia, amici, vicinato ec., per promuovere le relazioni informali di aiuto e cura. L'operatore rispetto a queste reti può porsi come:
 - a) consulente (dando informazioni, consigli e svolgendo azioni di vera e propria formazione nella gestione e assistenza dell'utente)
 - b) coordinatore di aiuti esterni: volontari, assistenti domiciliari, specialisti di servizi ecc.
 - c) punto di scarico di tensioni e stress emozionali: l'operatore può favorire la comunicazione di vissuti ambivalenti, di paure e sensazioni di impotenza ecc.
 - d) promotore di energie e risorse intrafamiliari per la soluzione di problemi (attraverso la discussione, il counseling di gruppo, le riunioni di brainstorming)
 - e) catalizzatore di apertura della rete verso l'esterno, per favorire nuovi contatti sociali o relazionali (inserimento dell'assistito in gruppi e in associazioni del territorio ecc.)
2. Fra persone e nuclei familiari con analoghi problemi (gruppi di auto-aiuto e di mutuo-aiuto)
3. Fra vicini (relazioni di cura)
4. Fra volontari
5. Fra operatori dello stesso servizio, con diverse professionalità e ruolo
6. Fra operatori di servizi diversi (case management o coordinamento istituzionale)

Tabella I

Note

1. È complicato ricostruire la genealogia di questo approccio, che risente nella sua formulazione attuale di molte teorie e di molte scuole. In generale si può dire che la "Community Care", da cui l'approccio di rete trae alimento e ispirazione, ha ricevuto un grande impulso negli Stati Uniti già a partire dagli anni '50, dagli studi sociologici e dalle politiche orientate al controllo sociale dei comportamenti devianti nelle grandi città e metropoli. Negli anni '60 e '70 esso ha trovato una pratica applicazione nell'intervento con i minori e i giovani, e nel processo di deistituzionalizzazione psichiatrica (cfr. D. Francescato, *Psicologia di Comunità*, 1977, Milano).

In Europa la teoria della Community Care ha ricevuto impulso sia dalla psichiatria sociale inglese (si pensi alla 'Comunità Terapeutica' di Maxwell Jones, ripresa in Italia da Franco Basaglia negli anni '60; si pensi inoltre allo sviluppo più recente di teorie e approcci psicoeducativi indirizzati alle famiglie dei malati di mente e all'importanza del network sociale nei processi di riabilitazione), sia dal servizio sociale attraverso l'elaborazione - soprattutto negli anni '80 - di modelli originali di self-help e di counseling.

In Italia l'approccio di rete, collegato al processo di decentramento dei servizi nella comunità, ha influenzato in diversi modi - negli ultimi vent'anni - l'intervento sociale e sanitario, soprattutto in quattro direzioni:

(a) la deistituzionalizzazione psichiatrica e le teorie della riabilitazione psicosociale, approdate nell'esperienza di Trieste alla teoria dell' "impresa sociale" (a questa esperienza, per ovvie ragioni, faremo qui ampio riferimento);

(b) il lavoro e l'intervento con i tossicodipendenti e i portatori di handicap, nelle esperienze di diversi gruppi associativi o di cooperazione (si pensi in particolare al Gruppo Abele di Torino);

(c) il modello di trattamento degli alcoolisti, elaborato da Vladimir Hudolin ed espressamente basato su una concezione di lavoro di rete (club), particolarmente diffuso e radicato nella regione Friuli-Venezia Giulia; (d) la scuola di servizio sociale. È soprattutto la Scuola di Servizio Sociale di Trento e la Casa Editrice-Centro Studi Erickson, per l'impulso del prof. Fabio Folgheraiter, ad aver contribuito alla traduzione, sistematizzazione e diffusione nel nostro paese di teorie e modelli della Community Care e del lavoro di rete. In questo testo, che ha un carattere introduttivo e di sintesi, faremo in particolare riferimento al libro: *Community Care - Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, a cura di Fabio Folgheraither e Pierpaolo Donati (Ed. Erickson, Trento 1991).

2. cfr. O. De Leonardis (1990): *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Feltrinelli, Milano; C. Donolo, F. Fichera (ed.) (1988): *Le vie dell'innovazione. Forme e limiti della razionalità politica*, Feltrinelli, Milano.

3. cfr. F. Folgheraiter (1991): *Aspetti metodologici del lavoro sociale di rete*, in *Community Care*, cit.

4. Sul passaggio "dalla tutela al contratto" ha particolarmente insistito Franco Basaglia e in generale il gruppo di operatori impegnati nell'esperienza psichiatrica di Trieste. Cfr. F. Basaglia (1981), *Scritti*, Vol. II, Einaudi, Torino. Inoltre: G. Gallio, O. De Leonardis, D. Mauri (ed.), M. G. Giannichedda (1983) *La libertà è terapeutica? - L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Feltrinelli, Milano; F. Rotelli (1994): *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, edizioni "e", Trieste.

5. cfr. A. Hirschman (1980): *Lealtà, defezione e prote-*

sta, Bompiani, Milano.

6. cfr. P. Donati (1991): *Nuove politiche sociali e nuovi servizi alla famiglia in Europa*, in *Community Care*, cit.

7. Sulla trasformazione di limiti e vincoli in risorse cfr. il dibattito e la teoria della deistituzionalizzazione psichiatrica. In particolare: O. De Leonardis (1988): *Il ciclo di una politica: la riforma psichiatrica*, in C. Donolo, F. Fichera (ed.), *Le vie dell'innovazione*, cit.; F. Rotelli, O. De Leonardis, D. Mauri (1992): *Deistituzionalizzazione, un'altra via. La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa occidentale e dei 'paesi avanzati'*, in *Salute Mentale - Pragmatica e complessità* (eds. A. Debernardi, R. Mezzina, B. Norcio), collana di studi "Per la salute mentale", Trieste.

8. cfr. P. Donati (1991), *Nuove politiche sociali e nuovi servizi alla famiglia in Europa*, in *Community Care*, cit. Inoltre: Ardigo A. (1980): *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Cappelli, Bologna. Dello stesso autore (1984): *Per una rifondazione del Welfare State*, Angeli, Milano. Cfr. inoltre R. Castel (1988): *Il decentramento del sociale*, in *Per la salute Mentale/For Mental Health*, n.1, rivista del Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale del Friuli-Venezia Giulia.

9. Pensiamo in particolare alle associazioni dei familiari dei pazienti psichiatrici e, più in generale, alle diverse associazioni di malati, detenuti, tossicodipendenti, handicappati, vittime di strage e di mafia e dei loro parenti. Cfr. in particolare: M.G. Giannichedda (1989), *A normality for whitout confinement for them - Notes on the associations of families of the mentally ill*, in *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 35, n.1; G. Turnaturi e C. Donolo, *Familiismi morali*, in *Le vie dell'innovazione*, cit.; G. Gallio (1992): *Famiglia colpevole, famiglia solidale. Limiti e aporie della contrarietà della famiglia e nozione di 'carico familiare'*, in *Salute Mentale - Pragmatica e complessità*, cit.

10. cfr. F. Folgheraiter (1990): *Operatori sociali e lavoro di rete*, Edizioni Erickson, Trento.

11. Facciamo riferimento all'ampio dibattito, sviluppato soprattutto a Trieste ma anche in altre realtà nazionali e internazionali, sulla trasformazione delle politiche sociali e la prospettiva dell' "impresa sociale". Cfr. G. Gallio (1991): *Nell'impresa sociale. Cooperazione, lavoro, riabilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale*, Edizioni 'e' Trieste; O. De Leonardis, D. Mauri, F. Rotelli (1994): *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano.

12. cfr. F. Folgheraiter (1990): *Operatori sociali e lavoro di rete*, cit.

13. cfr. O. De Leonardis (1990): *Il terzo escluso*, cit.

14. cfr. G.F. Lanzara (1993): *Capacità negative - Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.

15. Oltre al testo di Folgheraiter (1991), più volte citato, cfr. Martin Bulmer: *Recenti tendenze della community care: problemi e prospettive*, in *Community Care*, cit.

16. F. Folgheraiter (1991): *Le organizzazioni di 'community care': presupposti e principi operativi*, in *Community Care*, cit. Sulla concezione del ruolo e del lavoro dell'operatore come costruttore di ponti, legami e connessioni, esistono molti riferimenti negli studi sulla deistituzionalizzazione e riabilitazione psichiatrica. Cfr. fra gli altri: F. Tosquelles (1991) *La scuola di libertà*, a cura di G. Gallio e M. Costantino, in *Per la salute mentale/For Mental Health* n.4; F. Rotelli (1994), *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, cit.; C. Castelfranchi, P. Henry, A. Pirella (1996): *L'innovazione collettiva*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

17. F. Folgheraiter (1991), in *Community Care*, cit.