

Comparazione della Rete dei Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto in Due Aree (Rurale e Cittadina) della Provincia di Grosseto

Author(s):

Giuseppe Corlito affiliation: Coordinatore DSM Area Vasta Sud Est

Umberto Zei affiliation: Medico tirocinante DSM ASL 9 di Grosseto

Questo lavoro È dedicato a Umberto Zei,
che vi ha lavorato con entusiasmo senza
poterlo vedere pubblicato.

Per inviare un commento a questo articolo clicca [qui](#).

To post a comment on this paper please click [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: Comparazione della Rete dei Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto in Due Aree \(Rurale e Cittadina\) della Provincia di Grosseto">here](#).

Abstract

Two networks of self-mutual-help groups are compared (Amiata Mount and Grosseto Town) with the same method of social work (coordinating model according to Maguire, 1983). Groups network in Amiata is more dense than in Grosseto (2/1000 inhabitant vs 0.75) in contradiction with social isolation of mountain area. In both areas lay network is prevalent compared with traditional Catholic network. Groups classification according to Maguire is not different. In both networks the category, that matters more to mental health services, mutual help groups, is a minority (about 20%). This confirms the necessity for mental health problems that services work according to stimulating model to form specific self-mutual-help groups and workers offer themselves as helpers inside the groups.

Introduzione

Questo lavoro si prefigge l'obiettivo di paragonare i due censimenti sui gruppi di auto-aiuto svolti nel territorio di Grosseto (1999) ed in quello dell'Amiata (1995). Tale obiettivo rientra nell'ambito di un progetto volto alla diffusione del lavoro sociale di rete nella comunità il cui primo passo È l'individuazione dei gruppi attivi presenti nel territorio sia per operare linking, cioè legami tra i vari nodi della rete, sia per potenziarli. Con rete si deve intendere, secondo L. Maguire (1983) "l'insieme delle relazioni interpersonali, i legami ed il loro intreccio, che nell'ambito dei gruppi umani e delle comunità costituiscono dei circuiti relazionali". E' stato dimostrato che nell'ambito dei disturbi mentali, le persone più disturbate hanno una rete sociale meno estesa (Kaplan, Sadock, 1993) e questo comporta il venir meno dell'"effetto cuscinetto", che il supporto sociale esercita nei riguardi degli eventi stressanti della vita (Martini, Sequi, 1988). Interessante per chi si occupa di salute mentale risulta essere la classificazione delle problematiche che Warren (1981) individuò analizzando una rete di servizi socio-sanitari per una "riserva" indiana:

- Problemi a basso contenuto professionale: consistono nei problemi di vita quotidiana, del ciclo vitale, che ciascun uomo si trova ad affrontare con elevata frequenza, solitamente nell'ambito dell'organizzazione familiare.
- Problemi a medio contenuto professionale: sono i problemi in via di ridefinizione in ambito scientifico, risolvibili con figure non professionali, i cosiddetti "sopravvissuti" (esempi sono l'alcolismo, l'obesità, l'uso di droghe ecc.)
- Problemi ad alto contenuto professionale: definibili come quelle problematiche che richiedono un ampio corpus di conoscenze e tecnologie sofisticate (anche se discusse) per essere affrontati.

A tali categorie si possono far corrispondere altrettante tipologie di sistemi di aiuto:

- Aiuto informale: risorse non professionali a cui ogni individuo può accedere (p.e. familiari, amici, colleghi)
- Aiuto semi-formale: rappresentato dalle associazioni di volontariato a livello sociale e dai gruppi di auto-aiuto.
- Aiuto formale: costituito dai servizi riconosciuti dalla comunità e che impiegano operatori professionali (p.e. il DSM).

In sostanza la "comunità locale può essere vista come un insieme integrato di tre dimensioni" (Camici, 1993) o reti sociali: la rete informale, la semi-formale e la formale. Il termine "auto-aiuto" (self-help), e in senso più ampio quello "mutuo-aiuto" (mutual-aid), stanno ad indicare un particolare tipo di approccio ai problemi che si presentano nel corso della vita di una persona. Sotto questo nome si possono annoverare le varie forme di aiuto, più o meno organizzato, che gli essere umani si sono scambiati nei secoli.

Secondo Martini e Sequi (1989) i gruppi di auto mutuo aiuto sono "piccoli gruppi di persone che si costituiscono volontariamente per l'aiuto reciproco e decidono in autonomia quali saranno i membri del gruppo e quali obiettivi questo si potrà prefiggere". Questa definizione pone l'attenzione su due aspetti fondamentali di tali gruppi: la volontarietà e l'autonomia. La solidarietà verso un proprio simile in condizioni di bisogno rappresenta sostanzialmente un comportamento presente (sia pure con diversa espressività) in tutto il regno animale, specie nei gradi più elevati nella scala evolutiva. Essa, nella storia dell'uomo, È stata variamente incanalata, rielaborata e strutturata in rapporto a diverse esigenze. Le partorienti (ancora oggi in certe culture) vengono prese in carico da donne che hanno vissuto la stessa esperienza. Anche il lutto viene condiviso con manifestazioni esteriori anche da persone non strettamente legate al defunto, manifestando di condividere un destino ineludibile per tutti. Organizzazioni di mutuo-aiuto sono rintracciabili durante tutta la storia umana, partendo dai "collegia opificum" dell'antica Roma, siano a giungere alle società di mutuo

soccorso della fine del '700.

Kropotkin, filosofo del XX secolo, nel 1914 redasse "Mutual Aid", in cui sottolineava come fosse una caratteristica dell'uomo quella di riunirsi per far fronte alle avversità. Tale autore sottolineava che, nell'ambito dell'evoluzione e della sopravvivenza umana, la "legge naturale del mutuo aiuto" riveste maggiore importanza della legge darwiniana della "sopravvivenza del più forte".

Il primo esempio di mutuo-aiuto nello specifico settore della salute mentale È rappresentato dai Club dei dimessi dai manicomi americani, che negli anni '30 diedero vita ai club socio terapeutici (Bierer, 1948).

Rimanendo nel campo del disagio psichico, una tappa fondamentale È senz'altro da individuare nella nascita degli Alcolisti Anonimi negli Stati Uniti nel 1935, realtà emersa dal clima luterano dell'Oxford Group, che coltivava valori come la condivisione e l'altruismo. All'interno di questi gruppi si sviluppa il concetto di self-help: nell'aiutare un altro alcolista a rimanere sobrio, l'alcolista aiuta se stesso confermando la propria sobrietà.

Una forma più moderna di tale esperienza si È sviluppata, grazie alla preziosa opera di V. Hudolin (1992), a partire dal 1964 a Zagabria e dal 1979 a Trieste con il nome di Club degli Alcolisti in Trattamento.

Essa si basa sul concetto ecologico-sociale, una teoria che vede "i disturbi alcolcorrelati e complessi come un tipo di comportamento, uno stile di vita che può causare molti disagi", essi però "non sono una malattia, ma lo possono diventare quando appaiono le lesioni organiche o psicopatologiche". Secondo tale concezione ogni persona, dovrebbe essere vista come un costituente di una rete sociale, la cui armonia e stabilità influenza grandemente la sua salute.

Nella carta di Ottawa per la promozione della salute (OMS,1986) si legge che "... le nostre società sono complesse interdipendenti , e non È possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, È la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci". "... La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute... Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute..."

Diviene una necessità, innanzitutto per gli operatori dei servizi di salute mentale, l'attuare un buon lavoro di rete, facilitando l'ampliamento, il riaggancio e il buon esito di relazioni, nel momento in cui le persone che vi si rivolgono, per motivi contingenti, hanno preso una deriva di sofferenza verso un ritiro sociale sempre più netto. Questa tendenza, specialmente nella società odierna, rappresenta il fattore accomunante le più svariate forme di patologie della sfera comportamentale e psicologica. Vi sono anche le prime evidenze circa l'efficacia di tali gruppi nell'ambito dei disturbi psichici (Gigantesco et al., 2004). Per questi motivi il Dipartimento della Salute Mentale della ASL 9 di Grosseto attua una intensa opera di sensibilizzazione verso questi approcci, sia degli operatori (educatori, infermieri, medici, ausiliari,..) che della popolazione stessa, interessandosi alla formazione permanente del personale ed alla creazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto per le varie problematiche della comunità.

I metodi di innescare il lavoro di rete nella comunità a partire dai gruppi di auto-aiuto, descritti in letteratura (Maguire, 1983), sono due:

- il modello del coordinamento, che affida all'operatore dei servizi il ruolo di censire e coordinare i gruppi di auto-mutuo-aiuto esistenti spontaneamente in un certo territorio;
- il modello dello stimolo, che affida all'operatore il ruolo di attivare la formazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto nella comunità in cui opera. Quando l'operatore agisce inserito stabilmente all'interno del gruppo, con compiti di stimolare e di catalizzare la comunicazione, questo È detto modello del facilitatore, termine con cui È indicato sempre più spesso l'operatore interno al gruppo. Nel caso delle comunità multifamiliari dei Club degli alcolisti in trattamento si parla di servitore insegnante, che effettua un "servizio" nel Club e che insegna nelle Scuole Alcolologiche Territoriali, cioè nei momenti di educazione continua previsti per le famiglie con problemi alcol correlati e non. Quest'ultimo approccio si È particolarmente sviluppato negli ultimi anni (Steinberg, 1997).

Materiali e Metodi

Il gruppo di lavoro era di natura diversa nelle due ricerche: per l'Amiata (Corlito, 1995) era formato da operatori istituzionali preparati ad hoc; per Grosseto (Corlito et al., 1999) era costituito da operatori volontari (insegnanti e studenti delle scuole medie superiori) anch'essi preparati specificamente. La metodologia seguita dai due gruppi È la stessa, il modello del coordinamento, in cui l'operatore si pone come fulcro per il coordinamento di tutti i gruppi esistenti in una determinata comunità per farli conoscere reciprocamente e valorizzarli come risorsa collettiva.

Le tre fasi successive, previste da tale modello, sono:

- identificazione dei gruppi di auto-aiuto; l'operatore contatta le figure chiave della comunità e sensibilizzandoli cerca di ottenere tutte le informazioni possibili sulle realtà dei gruppi e delle associazioni della zona.
- censimento dei gruppi; viene elaborata una guida da mettere al servizio della comunità; in tale strumento si ritroveranno tutti i servizi interessati e coloro a cui tali servizi sono rivolti.
- collegamento dei gruppi: volto ad una operazione di linking tra tutti i gruppi del territorio, per sviluppare iniziative comuni tra operatori professionali, volontari e gruppi di auto-aiuto; il fine ultimo di questa fase È quello di accorciare le distanze tra la rete formale dei servizi e le altre reti della comunità.

Il questionario della ricerca È tratto da Silverman (1980), cui È stata aggiunta la voce "categoria" per classificare i gruppi sulla base della finalità secondo l'indicazione di Maguire (1989): "i gruppi di auto-aiuto si distinguono in base alle finalità che perseguono":

- Raccolta di fondi (p.e. Comitato di lotta contro il Cancro)
- Azione politico-sociale (p.e. Associazione Donne Italiane)
- Presa di coscienza (p.e. Associazione Volontariato Ospedaliero)
- Aiuto reciproco e sostegno (p.e. Club degli Alcolisti in Trattamento).

La scheda ricavata dal censimento e poi pubblicata nelle due guide già pubblicate (Corlito, 1995, 1999) è esemplificata alla Figura 1.

fig.1

GRUPPO DI SELF-HELP PER PERSONE CON DISTURBI D'ANSIA	
Categoria:	4
Indirizzo:	Quartiere Pace Via Unione Sovietica n. 44
CAP:	58100
Città:	Grosseto
Referente 1:	Ed. Prof. Manuela S. Telef. 0564/485569
Referente 2:	Sig.ra Angela B. Telef. 0564/477...
Scopo:	aiuto reciproco tra coloro che soffrono d'ansia
Tipo servizio:	sanitario, sociale
Tipo utenti:	tutti coloro che soffrono di disturbi d'ansia ed hanno seguito l'apposito corso presso il DSM
Attività:	aiuto reciproco, socializzazione, sensibilizzazione al problema, tecniche di autocontrollo dell'ansia
Dislocazione:	comunale
Inizio attività:	1998
Finanziamento:	autonomo
Invio al gruppo:	Dipartimento Salute Mentale

L'omogeneità metodologica consente di paragonare i risultati delle due ricerche, che riguardano due aree diverse per geografia, morfologia, demografia e assetti sociali. L'Amiata È una zona di montagna, che insiste su due province (Grosseto e Siena) con una popolazione fortemente dispersa (33.980 ab. all'epoca dell'indagine) in 11 comuni con numerose frazioni; Grosseto È la città capoluogo di provincia ed il comune più densamente popolato (quasi 73.000 ab. all'epoca della ricerca), diviso in 4 quartieri e con varie frazioni periferiche, situato in una pianura in gran parte recuperata dalla palude residua dell'antico lago Prile, in un ansa del fiume Ombrone. Nel caso dell'Amiata i gruppi censiti erano 68 in totale, a Grosseto erano 55.

Risultati

È stata paragonata la densità delle due reti di gruppi di auto-mutuo-aiuto, rapportando il numero dei gruppi alla popolazione residente nel comprensorio dell'Amiata e nella città di Grosseto. La presenza di gruppi AMA per 1.000 residenti È più che doppia nella zona amiatina rispetto a Grosseto (2 vs 0.75) (cfr. Fig. 2).

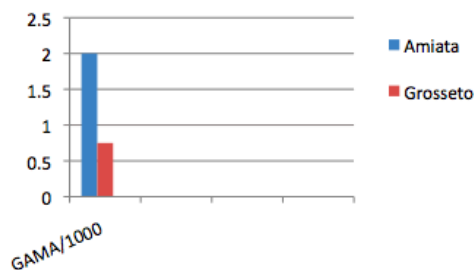


Fig.2 - N° di Gruppi AMA per 1.000 abitanti

È stata paragonata anche l'appartenenza dei gruppi in base ad una distinzione utilizzata nelle due ricerche, che si fondava sul cambiamento sociale per cui convivono iniziative di volontariato e di solidarietà, le quali fanno riferimento alla tradizione cattolica, ed altre che si sono affiancate soprattutto in epoca recente di tipo laico o comunque non religioso. Quella che abbiamo definito rete laica È largamente prevalente in entrambe le zone, mentre la cosiddetta rete cattolica È più rappresentata nella zona amiatina anche se non in maniera particolarmente significativa (Amiata 60.30% e 39.70% vs Grosseto 63,60% e 36.40) (cfr. Fig. 3).

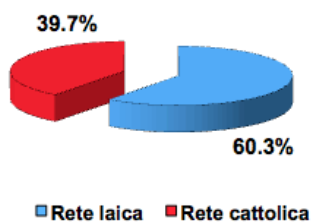


Fig.3

Infine si È paragonata la composizione in base alla classificazione dei gruppi della Silverman (cfr. Fig. 4).

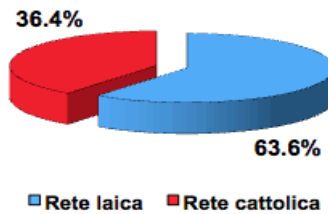


Fig.4

Anche qui le frequenze non sono tanto diverse, se si esclude il fatto che nella zona amiatina non sono presenti gruppi per la raccolta di fondi e sono più rappresentati i gruppi di iniziativa politica-sociale, categoria che nella ricerca ha talvolta funzionato come "contenitore residuale". Il dato principale È invece che i gruppi di aiuto reciproco e supporto, i quali sono di maggiore interesse per intervento di comunità per la salute mentale, rappresentano una categoria minoritaria in entrambe le situazioni (20,50% l'Amiata e 21,80% Grosseto). Essi sono rappresentati prevalentemente dai Club degli Alcolisti in Trattamento (8 su 12 gruppi censiti in questa categoria a Grosseto; 10 su 14 all'Amiata), che avevano già superato il concetto di gruppo di auto-mutuo-aiuto definendosi "comunità multifamiliari", e da gruppi specifici attivati dai servizi di salute mentale.

Conclusioni

I gruppi di auto-mutuo-aiuto rappresentano una risorsa sociale di grande importanza, storicamente misconosciuta dai servizi, che cominciano a dedicargli attenzione da qualche anno (Corlito et al., 2003). La loro maggiore densità nella zona amiatina sembra un dato in controtendenza rispetto alle ipotesi sociologiche prevalenti che identificano l'isolamento sociale come la caratteristica prevalente della zona, anche per spiegarne la maggior incidenza degli eventi suicidari degli anziani (Martiello et al., 2006).

L'appartenenza prevalente in entrambe le zone alla rete "laica" attesta un cambiamento avvenuto negli ultimi decenni rispetto alla natura del volontariato e della solidarietà sociale, un tempo appannaggio quasi esclusivo dell'iniziativa del mondo cattolico. In particolare tende a prevalere l'auto-mutuo-aiuto "tra pari", centrato su coloro che hanno superato il problema, i cosiddetti "soprawissuti", che si attivano nei confronti di altri con la stessa difficoltà, rispetto al tradizionale aiuto "caritativo" dai più fortunati in senso sociale ai meno.

Infine la ridotta presenza di gruppi di auto-mutuo-aiuto nati spontaneamente per l'aiuto reciproco e per il supporto confermano statisticamente quanto avevamo già costatatato nella pratica concreta dell'intervento: il modello del coordinamento ha un effetto limitato nel campo della salute mentale, dove È necessario uno stimolo costante dei servizi attraverso i propri operatori (Corlito et al., 2008). Questa È stata appunto la scelta del DSM di Grosseto che ha preparato i propri operatori di base a mettersi a disposizione come "facilitatori" dei gruppi.

Riferimenti

- Corlito G., Marzot A., Nappo S. (a cura di), Per una mappa della solidarietà, Comune di Grosseto, 1999.
- Corlito G. (a cura di), Le reti della solidarietà dell'Amiata, Comune di Casteldelpiano, 1995.
- Maguire L., Understanding social networks, Sage Publications, California, 1983; traduzione italiana, Il lavoro sociale di rete, Edizioni Erickson, Trento, 1989.
- Kaplan H.I., Sadok B.J., Synopsis of Psychiatry, Eight Edition, Williams & Wilkins, Lippincott, 1999; traduzione italiana, Psichiatria, Centro Scientifico Internazionale, Torino, 2001.
- Martini E.R., Sequi R., Il lavoro nella comunità, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- Warren D., Helping Networks: How People Cope with Problems in Urban Community, University of Notre Dame Press, Indiana, 1981.
- Camici C., Comunità e problemi alcol correlati: storia e valutazione dell'esperienza algologica aretina, Tesi di laurea, Arezzo, 1993.
- Kropotkin P., Mutual Aid, Extending Horizon Books, Boston, 1914.
- Bierer J., Therapeutic Clubs, Lewis and Co, London, 1948.
- Hudolin V., Manuale di Alcologia, II^ edizione, Edizioni Erickson, Trento, 1992.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Canada, 1986.
- Gigantesco A., Bertoldi S., Mosna S., Mirabella F., Morosini P., Gruppi di automutuoaiuto: la valutazione dei benefici dal punto di vista dei partecipanti In: Rivista di Psichiatria, vol. 39, n. 6, 2004, pp. 410 – 416.
- Steinberg D.M., The mutual-aid approach to working with groups: Helping people help each other, Jason Aronson, 1997; traduzione italiana, L'auto/mutuo aiuto, Edizioni Erickson, Trento, 2002.
- Silverman P., Mutual Help Groups: Organization and Development, Sage Publications, Newbury Park, 1980; traduzione italiana, I gruppi di mutuo aiuto, Edizioni Erickson, Trento, 1989.
- Corlito G., Rubinacci P., Valiani C., Zei U., Morosini P., Il movimento dell'auto-mutuo-aiuto nel campo della salute mentale in Italia: i risultati della ricerca nazionale G.A.M.A In: Psichiatria di Comunità, vol. VII, n. 2, 2008, pp. 84 – 92.
- Martiello M., Cipriani F., Voller F., Buiatti E., Giacchi M., The descriptive epidemiology of suicide in Tuscany 1988-2002 In: Epidemiologia e psichiatria sociale, vol. 15, n. 3, 2006, pp. 202 – 210.
- Corlito G., Rossi P., Sciocchetti P., Stefanini T., Il "modello Grosseto": esperienze di auto-mutuo aiuto nel campo della salute mentale e progetti per il loro sviluppo In: Il seme e l'albero, anno XVI, 2008, pp. 83 – 101.