

LE RETI NATURALI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITÀ: RISULTATI DI UNA RICERCA AZIONE IN UN PICCOLO PAESE MONTANO

Paola Dario

Referente dell'Unità Funzionale Socio Educativa
del Servizio Sociale dei Comuni dell'Unione Territoriale Intercomunale della Carnia

PREMESSA

La facoltà di poter scegliere di invecchiare a casa propria è data dalla possibilità di godere di una assistenza adeguata e corrispondente ai propri bisogni, mano a mano che essi si manifestano e si modificano; ma per evitare che il domicilio si trasformi in una gabbia dorata, è importante mantenere anche quei nutrienti relazionali, che sono parte fondamentale di una buona qualità di vita. I nutrienti relazionali sono garantiti dai principali caregiver, ma anche dagli amici, dai vicini che concorrono a soddisfarne i bisogni psicologici: attaccamento, senso di identità, riconoscimento, inclusione.

Gli operatori territoriali pubblici e privati, coniugando l'apporto professionale ad un atteggiamento relazionale, possono diventare promotori di comunità solidali e resilienti per ripensare la domiciliarità come "sistema regolatore di legami".

LA RICERCA-AZIONE

OBIETTIVO DELLA RICERCA-AZIONE

Il contesto di riferimento della presente ricerca azione è una zona del nord est del Friuli Venezia Giulia: la Carnia. Come molte zone montane, si tratta di un territorio che si sta progressivamente spopolando, in un solo anno la popolazione è passata da 38.101 abitanti a 37.794, e dove il numero di anziani è destinato ad aumentare, a fronte di una diminuzione delle fasce giovani, tanto che l'Agenzia per la coesione territoriale ha inserito questo territorio all'interno della strategia nazionale delle aree interne¹. I servizi sociosanitari territoriali, assieme alla politica, sono chiamati a pensare ad azioni che da un lato possano provare ad arrestare questa emorragia, dall'altro che cerchino di garantire una qualità di vita alle persone che si troveranno ad invecchiare in questi paesi, prevenendone il rischio di isolamento. Azioni che favoriscano resilienza (o resistenza) di comunità.

Per capire quali possono essere le azioni che favoriscono la resilienza questa ricerca si propone di studiare quello che accade all'interno delle comunità, osservando se e come le stesse si attivino per fronteggiare il problema della soluzioni degli anziani. Ci si pone l'obiettivo di verificare l'esistenza di una rete di persone, che in forma spontanea, si attiva per supportare le esigenze delle persone anziane sole, che di fatto non si rivolgono ai servizi sociosanitari territoriali.

¹ Le Aree Interne rappresentano una parte ampia del Paese – circa tre quinti del territorio e poco meno di un quarto della popolazione – assai diversificata al proprio interno, distante da grandi centri di agglomerazione e di servizio e con traiettorie di sviluppo instabili ma tuttavia dotata di risorse che mancano alle aree centrali, con problemi demografici ma anche fortemente policentrica e con forte potenziale di attrazione. L'Italia nel Piano Nazionale di Riforma (PNR) ha adottato una Strategia per contrastare la caduta demografica e rilanciare lo sviluppo e i servizi di queste aree attraverso fondi ordinari della Legge di Stabilità e i fondi comunitari. (Agenzia per la coesione territoriale. Strategia nazionale per le Aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance. 2014)

È stato, quindi, scelto un piccolo paese montano della Carnia composto da 287 persone, di cui 95 ultra65enni (33%), sul quale si è deciso di puntare la lente di ingrandimento e attraverso l'applicazione di strumenti di osservazione e di analisi, finalizzati alla costruzione di un metodo, rappresentare la rete di legami esistente attorno agli anziani soli, per studiarne il fenomeno ed ipotizzare degli interventi.

METODOLOGIA

Sono stati presi in considerazione due campioni:

- gli ultra65enni soli del capoluogo di un piccolo comune montano: n.18 persone (18% degli ultra65enni), di cui 14 donne e 4 uomini, di età compresa tra i 66 ed i 96 anni con età media 76 anni, il cui stato di solitudine è dato dalla condizione di vedovanza per 16 persone tra cui 13 femmine e 3 maschi, n. 1 femmina è separata e n. 1 maschio mai stato sposato; e di cui l'84 % degli intervistati ha dei figli, ma per l'80 % non vivono in paese.
- la rete di supporto descritta dagli ultra65 soli intervistati: di n. 14 persone di età compresa tra i 31 ed i 69 anni di cui 10 femmine e 5 maschi.

Tutte le persone sono state incontrate a domicilio, tra ottobre e dicembre 2016, e intervistate con l'ausilio di una intervista semi strutturata², finalizzata alla conoscenza della rete di supporto, ai bisogni da essa soddisfatti e non, alla partecipazione alla vita della comunità e alla conoscenza dei servizi.

Al fine di osservare l'esistenza o meno di una relazione tra l'aiuto, ricevuto o fornito, e l'attaccamento alla propria comunità, ad entrambi i campioni è stata somministrata la "**Scala italiana del senso di Comunità**" [1] nell'adattamento della scala di Davidson e Cotter del 1986 [2], che riprende la teoria di McMillan & Chavis sul senso di comunità del 1976 [3].

Infine, per misurare il supporto sociale percepito da parte degli ultra65enni soli e metterlo in relazione con la rete sociale è stata utilizzata la "**Scala multidimensionale del supporto sociale percepito**" di Zimet et al. [4]. Vista l'esiguità del campione l'analisi dei dati è stata di tipo qualitativo, senza l'utilizzo di strumenti statistici, con la finalità di ipotizzare dei legami tra le variabili misurate attraverso le scale utilizzate, per orientare l'operatività.

DISCUSSIONE

La figura n. 1, in allegato, sintetizza, in forma grafica, le informazioni acquisite attraverso le interviste e rappresenta i nodi della rete, le relazioni tra i nodi, le frequenze e le tipologie delle relazioni.

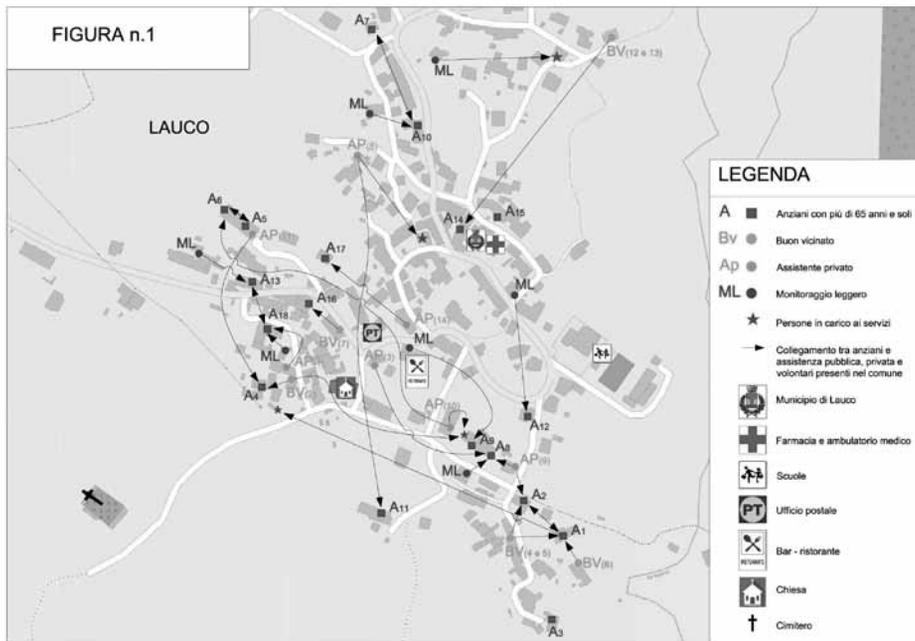
Nella mappa sono stati inserite ulteriori informazioni, finalizzate ad avere un quadro più ampio della situazione degli anziani nel piccolo paese:

- anziani in carico ai servizi socio-sanitari (fonte servizi socio-sanitari)
- persone che effettuano un monitoraggio leggero (fonte interviste agli ultra65enni)
- servizi presenti: farmacia, ambulatorio medico, centro di aggregazione..(fonte Comune).

È possibile osservare l'esistenza di una ricca rete di relazioni tra le persone di questo piccolo paese montano, che si tesse attorno alla maggior parte degli anziani, con modalità ed intensità diverse. Come si può notare, si tratta di diverse tipologie di relazione legate all'aiuto richiesto e ricevuto, che possono essere sintetizzate in:

² Per l'elaborazione dell'intervista sono state prese in considerazione:

- Questionario per persone anziane sole sul rapporto col vicinato – ISTAT – Indagine su famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita;
- Progetto SOSteniamoci – Villaverla;
- Strumenti della Tesi di Laurea in Scienze Statistiche di Pozza Francesca.



“monitoraggio leggero”: vicini o amici che attuano un controllo spontaneo sullo stato di salute (ad esempio se si è alzata, se ha acceso il fuoco ecc.);

“buon vicinato”: rapporti di prossimità tra persone che abitano vicine e che si aiutano a vicenda (spesa, medicinali, accompagnamenti) in forma costante (almeno una volta alla settimana);

“assistenti privati”: persone che in forma continuativa, anche a pagamento, sostengono le persone sole nelle diverse attività quotidiane (pulizie, preparazione dei pasti, igiene personale).

In generale, l'aiuto che questi ultra65 soli ricevono riguarda i lavori pesanti e le commissioni, ma un dato rilevante è legato alla funzione di **monitoraggio** che sentono essere svolta dal vicinato nei loro confronti. Le persone considerate “buon vicinato” e “monitoraggio leggero”, sono ritenute e riconosciute di gran valore, in quanto fanno sentire la persona anziana, soprattutto chi per motivi di salute non può più partecipare attivamente alla vita della comunità, presente, appartenente al paese (“Vengono a trovarmi, mi raccontano quello che succede”). Fanno sentire la persona anche al sicuro e benvoluta (“Le mie vicine mi hanno detto: A. stai tranquillo che ti guardiamo noi”; “In questo paese mi vogliono bene”; “Ogni volta che O. passa davanti a casa mia per andare a prendere il pane, si ferma e mi chiede se ho bisogno di qualcosa”). Il vicino e ancor più se è un “buon vicino”, che si prende cura spontaneamente della persona anziana sola, implicitamente ne riporta dentro la comunità la memoria e, contemporaneamente, porta parte della vita di comunità all'interno della sua casa, contribuendo a contrastarne l'isolamento e a favorire il suo benessere (well-being).

Se lo stare bene a casa non può prescindere dall'aver delle buone relazioni con ciò che sta fuori dalla propria casa, avere una ottima assistenza a domicilio, ma non avere la possibilità di interagire con l'esterno, non è sufficiente per una buona qualità di vita.

Questo aspetto è confermato dai punteggi ricavati dalla “Scala multidimensionale sul supporto sociale percepito”, a suggerire l'esistenza di una relazione tra la percezione del supporto sociale e la presenza attiva della rete sociale descritta: la rete non soltanto esiste, ma risponde ai bisogni delle persone, ai bisogni di cura, di appartenenza e di sicurezza. In particolare il punteggio relativo al supporto percepito dagli amici

è il più alto tra i tre, anche rispetto a quello della famiglia. Come già accennato, la maggior parte degli intervistati vive lontano dai figli e dichiara apertamente di non voler essere un peso per questi ultimi.

Recenti ricerche sostengono che, visto il modificarsi dei legami familiari, nel futuro le persone anziane potrebbero orientarsi verso soluzioni di co-housing proprio con amici (si vedano a titolo di esempio: il Progetto “Abitare solidale dell’Auser di Bologna o le esperienze francesi della “Maison des Babayagas”).

Il dato del supporto sociale percepito, inoltre, può essere messo in relazione con i punteggi ricavati dalla “Scala italiana sul senso di Comunità”, in particolare per gli item “Sicurezza” ed “Appartenenza”, anch’essi vicini al punteggio massimo, a suggerire un legame tra la presenza di reti sociali ritenute supportive e senso di appartenenza: sapere che la comunità si prende cura di noi, ci fa sentire al sicuro e parte della stessa, anche se la capacità di partecipazione diminuisce.

Le persone sole con una salute percepita peggiore sono aiutate da assistenti privati che appartengono alla stessa comunità, a conferma del fatto che le persone prima di rivolgersi all’esterno chiedono aiuto a coloro che sentono più vicini.

Il tipo di sostegno che dichiarano di necessitare, riguarda la pulizia dell’ambiente, ma anche l’assistenza in caso di malattia.

Il grado di supporto percepito da parte di “altri significativi”, estrapolato dal totale, è piuttosto alto (punteggi oltre il 5 sulla scala likert negli item corrispondenti), tanto che in caso di peggioramento della propria salute, gli stessi dichiarano di aver già pensato di aumentare le ore di assistenza.

Rispetto ai rapporti di buon vicinato/monitoraggio, si può osservare, ancora, che in molti casi avvengono tra persone anziane, in una ottica di reciprocità. Questo aspetto può rappresentare una criticità sottolineata dagli stessi intervistati anziani, preoccupati dall’assenza di una sorta di “ricambio generazionale”, che ha delle ripercussioni anche nella partecipazione alla vita associativa, preoccupazione che potrebbe spiegare il valore non pienamente favorevole relativo all’item “Disponibilità” nella “Scala sul senso di Comunità”.

Va sottolineato, però, che le persone intervistate considerate un supporto da parte degli ultra65enni, appartengono alla fascia adulta, che nel paese rappresenta comunque il 52% della popolazione. Dai punteggi della “Scala sul senso di comunità” di costoro, emerge un forte senso di appartenenza e di connessione emotiva con la propria comunità, in particolare per gli item “Disponibilità” e “Appartenenza”. Questo dato orienta la lettura della motivazione della attivazione della rete naturale per le persone anziane sole ritenute fragili, il senso di appartenenza e l’attaccamento emotivo alla propria comunità appunto e fa anche pensare all’esistenza di un terreno fertile, dal quale si può generare solidarietà, che a sua volta favorisce resilienza. Se, quindi, solidarietà e resilienza sono strettamente connesse al grado di appartenenza dei soggetti alla propria comunità e se l’appartenenza ha un legame con la percezione dello scambio di beni relazionali, che a sua volta generano capitale sociale, in una ottica circolare si può ipotizzare che **un lavoro intenzionale di comunità**, che restituisca alla stessa la fotografia dei legami osservati, possa rinforzare il legame tra agency e benessere.

Una ultima considerazione riguarda la mappa descritta a monte dai volontari del centro di aggregazione per anziani che abitano nel paese oggetto della ricerca e che fanno parte del “buon vicinato” menzionato dagli ultra65enni, ai quali era stata chiesta una prima descrizione delle relazioni esistenti all’interno della propria comunità.

Questa mappa corrisponde quasi totalmente a quella ottenuta in seguito alle informazioni raccolte durante le interviste, eccetto alcuni dettagli relativi alle frequenze ed ai bisogni specifici.

Questa corrispondenza ci fa affermare che un operatore non potrà mai avere la conoscenza puntuale di tutti i legami all’interno della comunità come chi la comunità la abita, ma può impegnarsi a conoscerne i nodi fondamentali e ad intessere delle relazioni con questi.

CONCLUSIONI

Dalla presente ricerca pilota è emerso che per fronteggiare alcuni problemi legati al supporto della domiciliarità, la comunità si attiva con la sua rete naturale, che si offre in maniera spontanea o che viene anche attivata dall'anziano stesso che chiede aiuto alla propria Comunità. Si è anche visto, però, che la rete naturale non si attiva per tutti, così come non tutti chiedono di essere aiutati.

Il ruolo degli operatori territoriali, allora, è quello di osservare le comunità facendo emergere le fragilità ri-orientando, dove possibile, l'azione della rete in una logica inclusiva.

Come afferma la Manoukian [5], gli operatori sono chiamati territoriali perché ci si aspetta che siano radicati nei territori e perché è nel territorio che sono (siamo) chiamati a tutelare i diritti delle persone più fragili ed è sempre nel territorio, nei rapporti ravvicinati, che è possibile costruire le condizioni per la loro tutela.

Questa ricerca pilota può suggerire, quindi, alcune piste di lavoro ed alcune riflessioni?

La prima linea di lavoro operativa riguarda la replicabilità della metodologia di ricerca ad altri territori: se è vero che le comunità si auto-organizzano per rispondere ad alcuni bisogni, puoi diventare interessante osservare e far emergere tali reti naturali, quale risorsa a supporto della domiciliarità.

La seconda linea di lavoro operativa, conseguente la prima, riguarda un lavoro di capacitazione [6] e di sensibilizzazione delle persone che costituiscono le reti naturali, per promuovere una attenzione più mirata nei confronti dello stato di salute degli anziani che naturalmente monitorano, accompagnandoli a riconoscersi quella funzione che già svolgono in maniera spontanea di "sentinella di comunità". Una "sentinella di comunità" è una persona sensibile, un "sensore intelligente", capace di osservare quello che accade nel territorio in cui vive e di riconoscere le situazioni di bisogno o di fragilità. È una figura che assume un ruolo pubblico nel momento in cui facilita l'incontro tra bisogno della persona e offerta presente nella propria comunità.

Progetti simili si stanno realizzando in Italia e anche nella nostra Regione, in particolare si citano il progetto "Welfare dell'aggancio" del Comune di Cervia e "Saluta il tuo vicino" di Casarsa della Delizia, che stanno ottenendo ottimi risultati in questa direzione [7, 8].

Gli obiettivi di un lavoro simile sono plurimi e tra di loro collegati: da un lato ottenere un monitoraggio aggiornato e dinamico delle fragilità di un territorio e delle sue potenzialità (le sentinelle sono attivatrici di risorse), dall'altro promuovere capitale sociale, che a sua volta contribuisce a rinforzare solidarietà e resilienza. Nella logica della community care³.

I servizi non sono più sufficienti, o non lo saranno, per garantire assistenza ai futuri anziani.

Ma allora forse è il caso di cambiare paradigma: non sono le risorse delle comunità che integrano l'assistenza dei servizi, ma sono i servizi che integrano le risorse della comunità.

Se si condivide questa affermazione, allora sorge un'altra domanda: forse dobbiamo cambiare il modo in cui intendiamo e quindi organizziamo i servizi territoriali a supporto della domiciliarità?

È possibile pensare davvero a un **sistema della domiciliarità** che non si basa su un elenco di prestazioni da erogare, ma che tiene conto delle necessità delle persone (dalla autosufficienza, alla parziale autosufficienza, alla non autosufficienza). Un sistema che ammette di non essere in grado di soddisfare tutti i bisogni delle persone e che quindi diventa capace di collaborare con il terzo e il quarto settore e con il capitale sociale primario, al fine di soddisfare, insieme, bisogni materiali ed immateriali?

³ Per Community care si intende la presa in carico della comunità da parte della comunità stessa, attraverso l'intreccio di aiuti formali ed informali, al fine di permettere alla persona di ricevere assistenza continuando a vivere entro i confini e la cultura della comunità di appartenenza (Fogheraite F.; Donati, P. 1991).

Dal punto di vista organizzativo, una possibile risposta potrebbero essere le équipe multi professionali territoriali in cui gli operatori non si limitano a garantire continuità socio assistenziale integrando le prestazioni, ma sviluppano una attenzione **intenzionale** verso la comunità, per leggerne i bisogni trasversali, tenendo conto degli aspetti culturali, osservare la presenza o meno dei legami di supporto e di solidarietà, facilitandoli dove possibile e ri-orientandoli dove è necessario.

Con questi presupposti si potrebbe pensare di organizzare il personale, sociale e sanitario, dipendente ed appartenente alle cooperative di servizi, in una logica territoriale che potenzialmente tenga anche conto dei luoghi di vita dei professionisti, incidendo sulle opportunità lavorative, dove il fatto di abitare nella comunità in cui si lavora diventa un incentivo per il tipo di lavoro che si intende fare e non un deterrente.

Questo aspetto ha dei pro e dei contro. I pro riguardano la conoscenza del territorio, persone ma anche valori e cultura, i legami già esistenti con le persone, che possono accelerare il processo di fiducia ed il lavoro di facilitazione e, di nuovo, il senso di appartenenza. I contro il rischio di auto-referenzialità e di conflitto, superabili con una attenta supervisione del processo da parte dei responsabili, comunque necessaria in ogni organizzazione e ancor di più in una che poggia sulle fondamenta dell'approccio relazionale/riflessivo.

Una forte regia dei responsabili degli Ambiti distrettuali e dei Distretti sociosanitari chiamati a condividere l'approccio teorico, la metodologia di lavoro e la programmazione, con una chiarezza dei confini e dei ruoli degli operatori territoriali, ripensandone le funzioni.

Si delinea, pertanto, il profilo di una figura capace di stare nella comunità, in grado di promuovere legami, di capacitarle le persone, di interferire e non solo di offrire ottime prestazioni, necessariamente limitate nel tempo. Un facilitatore di reti e non solo di servizi. Ma di che profilo professionale si parla? Canevaro [9] suggerisce, introducendo il concetto di "competenza solidale": "questo impegno non può essere delegato a un ruolo professionale" - al quale magari si aggiunge un "di comunità" - "(...)" deve piuttosto essere integrato nel progetto fondante di ogni servizio" all'interno del quale lavorino operatori territoriali con profili di competenze fluidi e dinamici, che aprono uno spazio alle reti sociali, superando gli specialismi.

In questa logica, è possibile, quindi, pensare ad un ampliamento del servizio di assistenza domiciliare territoriale come possibile nodo centrale del sistema integrato della domiciliarità?

Per la sua specificità, l'assistente domiciliare territoriale assume una vera **funzione di presenza**, perché non solo garantisce la continuità nelle cure, ma perché essendo a stretto contatto con le persone che abitano quella comunità, può promuovere capitale sociale e beni relazionali, che come abbiamo visto rappresentano il nutrimento relazionale di cui le persone necessitano per stare bene. Tale lettura contribuirebbe a facilitare, in particolare l'assistente sociale, nella definizione del progetto personalizzato e contribuirebbe, assieme alle informazioni raccolte dagli altri professionisti, a descrivere il profilo di quella particolare comunità, per ipotizzare interventi, servizi, progetti aggiuntivi e/o nuovi, insieme agli attori della comunità stessa.

La funzionalità di questo modello organizzativo prevede l'ovvio superamento del concetto di minutaggio nell'erogazione del servizio di assistenza domiciliare e la stretta condivisione delle modalità operative tra committenza e stazione appaltante disponibili a lavorare in una ottica di partnership, puntando alla valorizzazione della figura dell'assistente domiciliare, ampliandone le funzioni, permettendogli flessibilità oraria e continuità territoriale.

Presuppone anche la volontà di lasciare alla comunità la possibilità di auto - organizzare forme di assistenza, dove l'operatore dei servizi possa intervenire con interventi specialistici e con forme di tutoraggio. La funzionalità del modello, infine, presuppone una chiarezza nelle politiche di welfare.

Le linee politiche dovrebbero tendere alla costruzione di un welfare plurale, della sussidiarietà e della comunità, garantendo una regia pubblica attenta alla promozione di capitale sociale, soprattutto sul versante delle solidarietà di prossimità, attivando le reti naturali, ma anche attraverso forme di co-progettazione, di partnership e di accreditamento con risorse del terzo e del quarto settore: una politica sociale societaria e relazionale.

Bibliografia

- [1] Prezza M., Costantini S., Chierolanza V., Di Marco S. Scala italiana del senso di Comunità. *Psicologia della salute* 1999; 3/4: 135-159.
- [2] Davidson, W. B., & Cotter, P. R. Measurement of Sense of Community within the sphere of city. *Journal of Applied Social Psychology* 1986; 16(7).
- [3] Mc Millan D. e Chavis D. Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology* 1976; 14: 6-22.
- [4] Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. "Multidimensional Scale for Perceived Social Support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment* 1988; 52: 30-41.
- [5] Manoukian F.O. La funzione dei servizi dentro le città: ipotesi per influenzare una politica del noi. *Animazione Sociale* 2016; 298: 39-50.
- [6] Sen A. Development as capability expansion. In: Fukuda-Parr S, et. al. *Readings in Human Development*. New Delhi and New York: Oxford University Press; 2003.
- [7] Welfare dell'aggancio. Pratiche partecipative per l'attivazione competente delle sentinelle di comunità. Disponibile all'indirizzo: <http://www.comunecervia.it/progetti/welfare-dellaggancio.html>. [Consultato il 04 settembre 2017].
- [8] Promozione del progetto "Saluta il tuo vicino". Disponibile all'indirizzo: <http://osservatoriosocialecasarsa.myblog.it/?p=615>. [Consultato il 04 settembre 2017].
- [9] Canevaro A. Altra cosa sarebbe pensare plurale. *Animazione Sociale* 2012; 264: 3-13.

Bibliografia di riferimento

- Bauman Z. *Voglia di comunità*. Laterza. Roma-Bari; 2003.
- Castelletti P. La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione. *Nuove tendenze della psicologia* 2006; 2: 211-233.
- Cavicchi F., Filippini C., Mirini M., Prandi F., Riboldi F. La casa della salute per la promozione e realizzazione di un nuovo welfare sostenibile di comunità. *Appunti introduttivi delle giornate di studio della Fondazione Santa Clelia*. Bologna; 2015.
- Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm Institute of Futures Studies; 1991.
- Donati P. *Il capitale sociale degli italiani. Le radici familiari, comunitarie ed associative del civismo*. Franco Angeli. Milano; 2008.
- Folgheraiter F. *La cura delle reti. Nel Welfare delle relazioni (oltre i piani di zona)*. Erickson. Trento; 2006.
- Folgheraiter F. *Saggi di welfare*. Erickson. Trento; 2009.
- Folgheraiter F. *La grammatica del welfare. Al di qua ed al di là dello sportello sociale*. Erickson. Trento; 2011.
- Orford J. *Psicologia di Comunità: aspetti teorici e professionali*. Franco Angeli. Milano; 1995.
- Pulcini E. *La cura del mondo: paura e responsabilità nell'età globale*. Bollati Boringhieri. Torino; 2009.
- Scortegagna R. *Immateriali i beni che l'anziano offre alla comunità*. *Animazione Sociale* 2013. 269: 3-15.
- Vieno A., Santinello M. *Il capitale sociale secondo un'ottica di psicologia di comunità*. *Giornale Italiano di Psicologia* 2006. 33: 481-497.
- Vigorelli P. *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Franco Angeli. Milano; 2011.