

Reciprocità nel welfare societario

La logica dell'auto/mutuo aiuto

Fabio Folgheraiter
Università Cattolica di Milano

I gruppi di auto/mutuo aiuto sono esperienze ormai note, così come noti sono i benefici per chi li frequenta. Tuttavia i sistemi istituzionali di welfare, nazionali e locali, benché li riconoscano e li nominino, non puntano su tale strumento e non lo incardinano seriamente nelle pratiche ordinarie dei servizi sociali e socio-sanitari. Perché questo accade? La risposta risiede nella logica stessa dell'auto/mutuo aiuto, la mutualità, che cozza contro l'impostazione ideologica di sistemi di welfare in cui l'aiuto è un processo unidirezionale «dato» dai professionisti incardinati nel sistema, in virtù della loro competenza esperta. C'è bisogno, invece, di un modello di welfare societario, intrinsecamente capace di accogliere la logica dell'auto/mutuo aiuto come fondamento, un welfare pienamente sussidiario, strutturato secondo l'idea controintuitiva della piena reciprocità.

Parole chiave

Auto/mutuo aiuto – Reciprocità – Sistemi di welfare – Welfare societario.

In questo saggio vorrei soffermarmi a riflettere non tanto sui gruppi di auto/mutuo aiuto, che cosa sono e come funzionano. È ormai ben nota la fenomenologia dei cosiddetti gruppi AMA: da anni ormai ne sentiamo parlare e anche molti operatori hanno fatto esperienza nell'applicarli, se così si può dire, nel loro lavoro di campo, in svariati ambiti operativi. Sono passati quasi trent'anni da quando ho curato l'edizione italiana del libro della Silverman (1988) e ho scritto un'introduzione che faceva in sostanza la *review* della letteratura allora esistente nei contesti anglosassoni (Folgheraiter, 1988). Già a quei tempi c'era una gran quantità di saggi e di ricerche. Sappiamo che tanti gruppi si sono sviluppati nei settori delle dipendenze (alcolismo

e gioco d'azzardo su tutti), dell'elaborazione del lutto, del sostegno ai caregiver, nel *recovery* psichiatrico per svariate patologie, nei cambiamenti di stile di vita dovuti a patologie sanitarie invalidanti, sia d'insorgenza improvvisa (traumi cerebrali e spinali, ictus, ecc.), sia progressiva (malattie croniche come diabete, nefropatie, cardiopatie, ecc.) (Wituk et al., 2000; Focardi, Gori e Raspini, 2006).

In tutti questi e molti altri contesti, di sofferenza esistenziale consistente, da molto tempo sappiamo che:

- se i soggetti interessati (direttamente in quanto cosiddetti utenti o indirettamente come familiari, parenti, amici, ecc.) riescono a riunirsi assieme, a parlare e dialogare circa le loro esperienze (non tanto di *disagio*, bensì di *fronteggiamento e resilienza*),
- se i soggetti bisognosi di aiuto si collegano tra loro e si relazionano per tener botta e resistere in prima battuta, ma poi anche per riorganizzare la loro vita e ritrovare equilibri soddisfacenti, pur nel persistere a volte della patologia sanitaria sottostante,

allora queste persone, disponibili a mettere allo scoperto la loro vita e farla oggetto di attenzione comune dentro un gruppo sufficientemente affiatato, incassano benefici evidenti, documentati cioè dalle ricerche cliniche in tutto il mondo nel senso delle *evidence-based practices* (Northen, 1987; Shaffer e Galinsky, 1989; Shulman, 1999; Steinberg, 2002; Drumm, 2006; Pistrang, Barker e Humphreys, 2008; Seebom et al., 2013).

I dati sono importanti soprattutto nel campo dell'alcolologia, dove l'intuizione del mutuo aiuto è scaturita (la leggenda dice un certo giorno nel 1935) e dove poi di seguito si sono affermati movimenti terapeutici poderosi a livello globale, come gli Alcolisti Anonimi (AA) e anche i Club Alcologici Territoriali (CAT) (Katz e Bender, 1976; Hudolin, 1990; Wann, 1995). Le ricerche dicono che nei cambiamenti esistenziali (di stile di vita) che l'astinenza rende possibile (e allo stesso tempo presuppone) la frequenza regolare di un gruppo AMA è molto più efficace di trattamenti psicoterapici o psichiatrici o farmacologici diretti, cioè sanitari in senso stretto (Seebom et al., 2013).

Un problema ora è comprendere perché i sistemi istituzionali di welfare, nazionali e locali, disponendo di tali evidenze a favore, abbiano poco legittimato, spesso boicottato e a volte persino screditato, di fatto messo ai margini delle prassi correnti, i gruppi di mutuo aiuto.

La legislazione nazionale (la Legge 328/2000) e anche le leggi regionali nominano sì il mutuo aiuto, ma non puntano su tale strumento e non lo incardinano seriamente nelle pratiche ordinarie dei servizi sociali e sociosanitari. Perché questo avviene? Perché i sistemi hanno gettato fuori dal loro corso principale, dal *mainstreaming* sociosanitario, il povero mutuo aiuto? (Diciamo «povero» in tutti i sensi, sia perché un poco bistrattato, sia anche perché esso costa poco, vive con poco, per così dire).

Le ragioni sono complesse e non è possibile qui affrontarle in modo esaustivo. Possiamo affrontare qui solo a grandi linee la questione, cercando di cogliere se possibile il nodo centrale riguardo alla valenza per così dire «politica» dei gruppi AMA.

I gruppi di auto/mutuo aiuto e il welfare

Che cosa intendiamo dire? Il titolo di questo saggio invita a considerare «La logica dell'auto/mutuo aiuto nel welfare societario». È la logica profonda dei gruppi AMA che ci è chiesto di affrontare, e non le loro pratiche o la stessa metodologia.

Sappiamo che la logica fondamentale dei gruppi di auto/mutuo aiuto è la *mutualità* o la *reciprocità* (Breton, 1990; Folgheraiter, 2011). Intuitivamente è facile da capire. Mutualità vuol dire che io faccio una cosa a te, e tu poi la fai a me. Io ti aiuto e tu mi aiuti, prima io e poi tu, oppure prima tu e poi io. Oppure simultaneamente: ci aiutiamo assieme entrambi allo stesso tempo.

In un gruppo AMA, mantenere un assetto mutuale viene relativamente facile. Avendo tutti i membri del gruppo la stessa esperienza di uno specifico disagio, quando io in gruppo prendo la parola e parlo di una mia difficoltà, posso aiutare gli altri compagni a comprendere meglio la loro, che è la stessa mia. Al contempo loro, semplicemente standomi ad ascoltare e dandomi prova che mi stanno comprendendo, mi aiutano a comprendermi meglio mentre io parlo.

Funziona così: simultaneamente io, esprimendo il mio vissuto pubblicamente, aiuto me stesso e aiuto gli altri, per il principio noto come *helper therapy* (Riessman, 1965). Simultaneamente gli altri, ascoltandomi per intanto, e poi quando verrà il loro turno anche parlando, aiutano me. Da relazioni quasi perfettamente alla pari, i gruppi AMA sprigionano, tramite la forza umana della *mutualità*, prodigiose dinamiche naturali di ordine terapeutico, dinamiche che difficilmente nei *setting* artificiali delle terapie formali possono essere eguagliate.

Ebbene, se ci chiediamo allora perché tutte queste risorse a costo zero non siano tanto valorizzate a livello istituzionale, cioè non siano riconosciute e incaricate nelle politiche pubbliche sociosanitarie, dobbiamo rispondere che la logica elementare della *mutualità* cozza contro l'impostazione ideologica — contro lo spirito — dei sistemi di welfare moderni (Folgheraiter, 2016). Per dirla in modo più semplice, la mutualità cozza contro il sentimento prevalente di tutti i professionisti sociali o sociosanitari, a tutti i livelli, che siano essi professionisti sul campo, dirigenti e coordinatori di strutture, oppure politici e amministratori (Illich, 2008). Come professionisti, noi troviamo logico e forse persino auspicabile che la mutualità se la giochino i nostri utenti mentre si radunano settimanalmente nei gruppi di auto/mutuo aiuto, ma non sentiamo che la mutualità ci riguardi, cioè che possa essere davvero un fattore terapeutico essenziale anche per le nostre terapie professionali. Noi troviamo intuitivo pensare che il nostro aiuto debba essere necessariamente un *aiuto unidirezionale*, non reciproco. Io assistente sociale o psicologo o psichiatra, ecc., mi ritrovo capace di aiutare perché sono scientificamente accreditato, perché so delle cose o faccio delle cose che il *beneficiario* di esse non padroneggia o non possiede affatto.

Io do, ma lui utente, poverino, che cosa può darmi mai?

Io do cose che ho preso con la laurea e che il mio utente non possiede perché, se le possedesse, si sarebbe già forse fatto la terapia da solo, e non si presenterebbe ora qui malato o in difficoltà.

Quasi tutte le teste e quasi tutti gli animi di quanti operano dentro i sistemi di welfare intuitivamente guardano alla realtà in questo modo. Io stesso che teorizzo contro questi modi di sentire, se non faccio attenzione mentre mi ritrovo a pensare in automatico, intendo la realtà in questo modo. Spesso anche chi è favorevole ai gruppi di auto/mutuo aiuto, e sinceramente pensa che essi sono risorse utili, tende a vederli come *strutture residuali, marginali, curiose*, eccezioni che confermano la regola.

I gruppi AMA potrebbero diffondersi e diventare strutture importanti nei sofisticati welfare occidentali a condizione che la loro logica, quella mutualità che li fa funzionare, e funzionare spesso meravigliosamente, diventasse *la logica alla base dei sistemi stessi* (Folgheraiter, 2011).

In realtà, l'insieme dei servizi e delle professionalità poggia su una tacita regola contraria alla reciprocità. Essendo così, è ovvio che i gruppi AMA non possono che rimanere ai margini, funzionare sì, ma entro nicchie ristrette, in circoli che sembrano esoterici e un poco dissonanti.

Diversi tipi di welfare

Il titolo del saggio suggerisce che la logica dei gruppi AMA andrebbe inquadrata in una concezione generale del welfare che va sotto il nome di *welfare societario* (Donati, 1991). Una concezione che da nessuna parte è tradotta in norme di legge sistematiche (qualche sperimentazione qua e là nel mondo, al massimo) e che quindi possiamo trattare come un idealtipo, un pensiero astratto un po' utopistico, in cui riescano a emergere le differenze con gli altri idealtipi di welfare.

In una tale concezione, il *concetto di mutualità* tra le parti dei sistemi sociosanitari troverebbe la massima evidenza. La reciprocità sarebbe un *elemento strutturale fondante* i sistemi stessi. Una concezione dunque in cui i gruppi di auto/mutuo aiuto potrebbero essere considerati a casa loro, pienamente integrati e legittimati, capaci persino di retroagire e infondere energia positiva e indirizzi costanti ai sistemi interi.

In una tale visione io mi spingerei a dire che i gruppi AMA, e le organizzazioni ombrello che li rappresentano, diventerebbero talmente importanti e centrali da richiedere una codifica a parte, per così dire. Le realtà mutuali andrebbero considerate come distinte rispetto al Terzo settore, dove spesso vengono incluse, per essere collocate in un settore apposito, il cosiddetto *Quarto settore* del welfare.

Per chiarire queste affermazioni possiamo utilizzare una raffigurazione dei tre modelli idealtipici di Stato sociale (figura 1). A sinistra si vede rappresentato il modello convenzionale, che appare come *non reciproco* (il modello burocratico Beveridgiano, di stampo universalistico); in centro vediamo il modello neoliberista, che appare a bassa reciprocità (o a reciprocità sconnessa); a destra *il modello societario* (o sussidiario o relazionale), che è invece disegnato per darci l'idea di una piena e matura reciprocità (e dunque anche sussidiarietà).

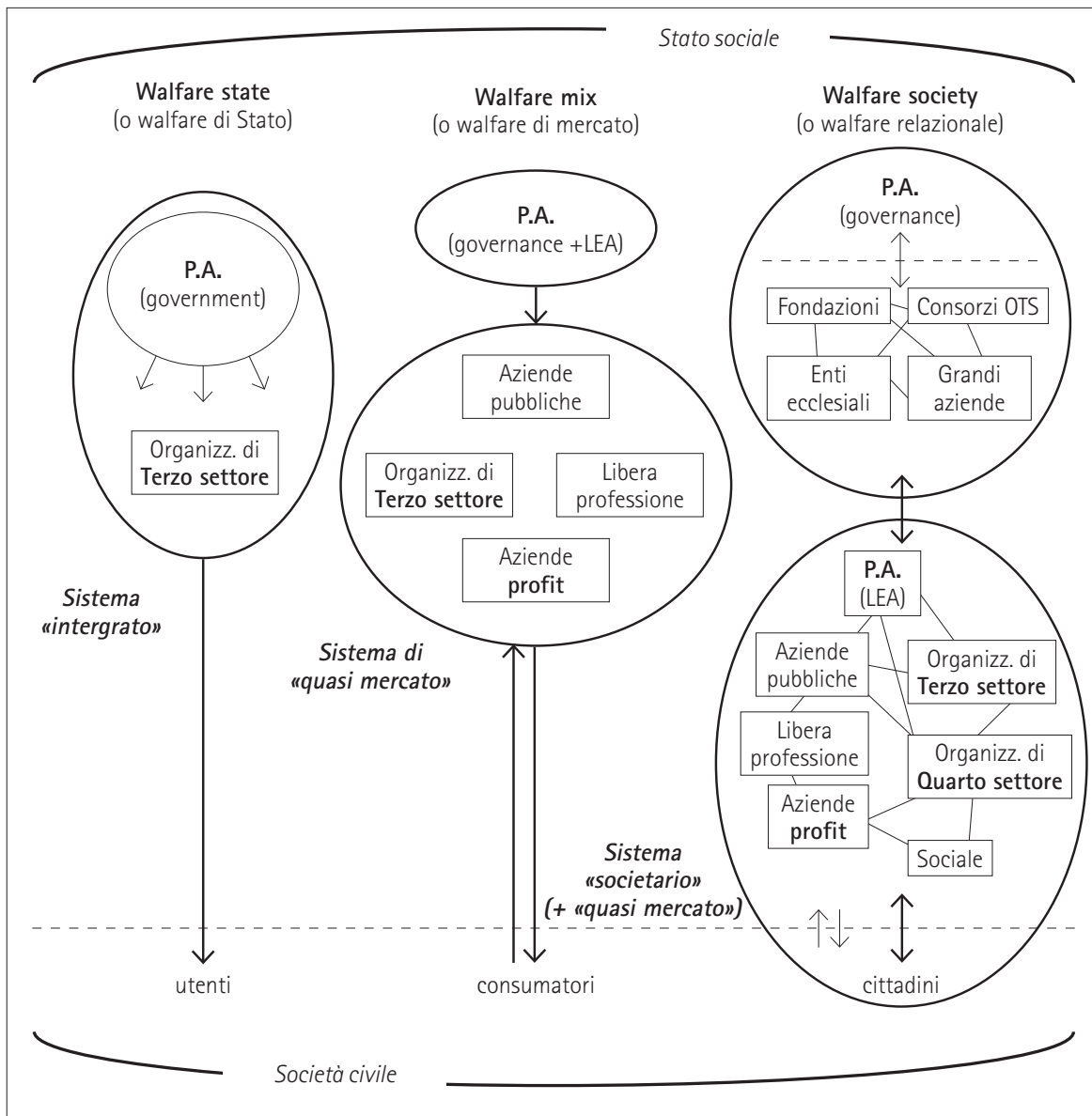


Fig. 1 I modelli di welfare.

Modello statalista

Il modello statalista si riferisce al welfare state classico, in cui idealmente tutti i servizi sociali e sociosanitari sono organizzati e gestiti direttamente dalla Pubblica amministrazione.

L'ipotesi sottesa è che è un *dovere* dell'Ente pubblico assicurare in via diretta il diritto alla cura dei cittadini mediante la predisposizione e la gestione di tutti i servizi necessari allo star bene della cittadinanza. L'idea è che la Pubblica amministrazione riconosce/diagnostica tutti i mali della società e tramite i soldi delle tasse (ammesso ovviamente

che i cittadini siano disposti a pagarle) predispone gli interventi terapeutici e assistenziali necessari (entro la cornice di organizzazioni pubbliche, dunque di burocrazie).

Da un lato, sopra, c'è il *sistema*, il mondo della terapia o della salvezza altrui; dall'altro c'è la *società civile*, il mondo della sofferenza e del bisogno. Il mondo della vita, direbbe Husserl (1961). Una freccia unidirezionale collega questi due mondi, in cui uno salva (teoricamente) l'altro. L'entità che è formalmente più accreditata e quindi sta sopra cala dall'alto i suoi aiuti, i quali vengono soltanto recepiti (se tutto va bene) e non co-costruiti dai beneficiari.

La sussidiarietà è quindi rovesciata: la terapia è appannaggio dell'entità maggiore (la Pubblica amministrazione), mentre le entità minori (dal Terzo settore, alle famiglie, agli utenti) possono eventualmente entrare in azione, ma solo dopo l'evidenza che il titolare del monopolio assistenziale — diciamo così — non riesce a farcela. Fin che ce la fa, tutti devono restare fermi, perché l'assistenza deve essere in linea di principio assicurata direttamente dallo Stato.

In questo contesto di pensiero è chiaro che i gruppi di auto/mutuo aiuto stanno ai margini. Sono visti piuttosto come una spia di disagio del sistema intero. Se la Pubblica amministrazione funziona a dovere, che bisogno c'è che i cittadini si auto-organizzino per aiutarsi tra loro? Se lo fanno, significa che la macchina pubblica salvatrice dei cittadini ha dei limiti. Significa che i cittadini — poveretti — oltre ad avere i problemi, devono anche arrangiarsi a risolverli. Questo «non va bene», dice chiunque abbia in testa una logica welfarista.

Più in generale le stesse considerazioni valgono per il Terzo settore. Come si vede dalla figura, le organizzazioni del privato sociale sono sì ammesse a far parte del sistema, ma sempre in subordine. Esse (dal basso) possono sussidiare l'Ente pubblico (in alto) se non ce la fa. Se in un territorio ci sono tante di queste strutture private, tale evidenza diviene il sintomo che l'ente locale fa acqua. E comunque, quand'anche esse siano chiamate a sussidiare l'ente più alto, lo fanno attraverso contratti di convenzione di lungo periodo, su base fiduciaria. Di fatto le strutture di Terzo settore vengono inglobate nella macchina pubblica, diventano realtà para-pubbliche, appendici funzionali delle amministrazioni.

Modello liberista (o di mercato)

Il secondo modello è quello liberista o mercantilista (Folgheraiter, 2003). A fronte delle evidenze che il modello statalista non riesce a reggere, la teoria liberista afferma che la Pubblica amministrazione dovrebbe togliersi dalla gestione diretta, affidare le erogazioni assistenziali a *provider* esterni, collocati in un mercato, cioè in regime di concorrenza piena. La Pubblica amministrazione si riserva le funzioni di *governance*, cioè emana le regole per il funzionamento della competizione di mercato, spesso crea essa stessa i mercati (con le gare di appalto) o mette in condizione con i *voucher* i consumatori di scegliere direttamente l'erogatore più efficiente.

La Pubblica amministrazione esternalizza o liberalizza, cioè ammette che ci possano essere tanti altri erogatori oltre a lei stessa. Si parla perciò di welfare plurale,

di welfare mix, dove anche le aziende *for profit* possono concorrere a vendere i loro prodotti assistenziali preconfezionati (le prestazioni o *standard provisions*). L'entità salvifica, prima rappresentata dalla sola Pubblica amministrazione, si frastaglia polverizzandosi in una miriade di strutture fornitrici.

I liberisti sono interessati, forse persino ossessionati, dall'efficienza delle prestazioni. Se le prestazioni offerte dal sistema di mercato sono valide (costano poco e danno tanto), allora le popolazioni — pensano i liberisti — possono stare tranquille. In realtà, è più logico pensare che stiano tranquilli i bilanci pubblici. Ma, soprattutto, noi constatiamo di nuovo che *la reciprocità è sempre debole*. Solo nel momento in cui i cittadini potessero davvero scegliere la prestazione si potrebbe parlare di una forma (invero molto blanda) di reciprocità. Sappiamo tuttavia quanto sia difficile, nell'assistenza, assicurare agli utenti questo diritto.

In questo quadro, il *mutuo aiuto* è ammesso dai liberisti, ma è concepito quasi *come un dovere dei cittadini*. I liberisti sono contrari all'idea che l'Ente pubblico faccia da provvidenza e teorizzano che la società civile deve essere capace di autonomia nell'assumere iniziative per il welfare. Parlano anch'essi di *empowerment*, ma intendendo che è bene che i cittadini imparino ad arrangiarsi. Loro dicono: che gli utenti e le famiglie cerchino in tutti i modi di farcela da soli, lavorino, si assicurino, si associno nei loro territori, facciano nascere gruppi di auto/mutuo aiuto, ecc., *in modo che essi stessi pensino a loro stessi*. Dopodiché, se rimangono scoperti ancora dei bisogni, a questi penserà il mercato dell'assistenza, o meglio il quasi-mercato. Qui vediamo un piccolo accenno di sussidiarietà e un piccolo accenno di reciprocità. Solo un piccolo accenno.

Nel momento in cui le persone non ce la fanno, e perciò hanno bisogno degli aiuti strutturati, ecco che allora è *di nuovo il sistema* (non importa se più allargato) *a rispondere unidirezionalmente a quei bisogni*. Il modello neoliberale prevede che il benessere delle persone, quando esse hanno accumulato forti disagi, e non possano più arrangiarsi, giunga sempre dall'alto.

In quest'ottica va compreso come il mutuo aiuto sia sempre considerato ai margini, se non fuori, dai sistemi di welfare. È una pratica «informale» della comunità locale. Del resto, il modo di funzionare dei gruppi AMA, basato sulla gratuità e sulla solidarietà, è ovviamente incompatibile con i giochi di mercato. In un modello di welfare il cui perno sono i mercati (la compravendita di prestazioni) i gruppi AMA non possono avere riconoscimento.

Il modello societario o pienamente sussidiario

Vediamo ora il *modello societario*. In sintesi diciamo che ogni azione di aiuto, a qualsiasi livello, debba essere compenetrata tra due o più agenti alla pari. S'ipotizza in astratto che il sistema organizzato di welfare debba aiutare la società civile (freccia in giù) e al contempo disporsi a farsi aiutare da questa (freccia in su). Così come in un gruppo AMA tutte le persone sono utenti e tutte sono «terapeuti», cosicché ognuna ha forze da erogare e bisogni da compensare, su un piano più generale noi diciamo che chi deve aiutare le persone in difficoltà a vivere meglio, esso, fosse pure un professionista

superspecializzato, deve essere disponibile a farsi aiutare dalle persone che sono titolari della vita che viene aiutata (Folgheraiter, 2012). Reciprocità, perlappunto. Nessuno può salvare un altro dalla mancanza di senso del vivere. Quel senso va ricercato assieme.

La teoria relazionale o societaria afferma che un sistema di welfare locale potrebbe (utopia?) essere strutturato secondo l'idea di una piena sussidiarietà, ovvero di una sussidiarietà relazionale o reciproca (detta anche a volte orizzontale).

La teoria dice che in una situazione di manifesto disagio, i soggetti che si dispongono a darsi da fare per fronteggiare quel male(essere) dovrebbero disporsi sullo stesso piano orizzontale. Non c'è un salvatore in alto e un salvato in basso. Entrambi possono aiutarsi a cavarsela nella situazione della reciproca difficoltà.

Io, professionista, ho studiato? So tante cose tecniche molto importanti? Sì, so tutto questo, ma non sono *dentro quella vita specifica* che mi è di fronte (ed è bene anche che non mi sforzi di entrarci, ché sarebbe un'intrusione) (Lévinas, 1988).

Che cosa devo fare allora? Dovrei consentire alle persone, mie interlocutrici, di dar voce a ciò che hanno dentro, così che le loro emozioni e le loro riflessioni *possano uscire* e divenire *patrimonio comune di tutti coloro che le ascoltano* (Folgheraiter e Cappelletti, 2011). Anch'io professionista dovrei essere ascoltato, ma non nel momento in cui «parlo per risolvere», bensì quando parlo per ricercare assieme.

Belle idee, si dirà. Si può davvero pensare che *l'idea contro-intuitiva della reciprocità* entri con il tempo nei DNA costitutivi dei sistemi istituzionali? Quanto è realistico pensare che, tendenzialmente, un po' alla volta, ogni direttiva, ogni accorgimento organizzativo, ogni disposizione manageriale, ogni atteggiamento professionale possa essere orientato a consentire che gli aiuti si facciano in quel modo reticolare di cui si è detto? Quanto è realistico poter credere che l'aiuto se ne esca come da un intreccio fra tanti tasselli, dove ogni tassello si sostiene con l'altro, e nessuno assurge a fare l'eroe?

Sarà certamente una visione un po' utopica. Ma noi conosciamo la forza e il potere del mutuo aiuto. Sappiamo che quando l'idea astratta della mutualità trova il modo di incarnarsi in una formula organizzativa semplice e chiara (un gruppo che si ritrova tutte le settimane a parlare, facilitato eventualmente da un «esperto» non delle risoluzioni bensì della fluidificazione degli scambi), quella idea «lavora» e produce benessere. L'idea della reciprocità (che ogni gruppo AMA ci conferma essere possibile) può logicamente lavorare e produrre benessere anche nella direzione dei servizi e degli operatori: tante ricerche e tante esperienze lo dimostrano (Folgheraiter e Pasini, 2009).

Bisogna stare attenti a contraddire la reciprocità. Se io operatore o io dirigente di servizi mi metto in risalto e assurgo a *dominus*, facilmente vado incontro a delle scoppole. La realtà della sofferenza non ti perdona questo micidiale errore. Il *burnout*, o anche solo una certa demotivazione o frustrazione, cala in genere sugli operatori professionali, ma anche sui volontari, quando essi presuppongono che il potere sia tutto nelle loro mani. Quando ci si muove in questa direzione, non si è credibili, perché quello che vogliamo fare è caricaturale.

Viceversa, tutti noi conosciamo storie bellissime di esperti che sono divenuti sempre più competenti, sempre più forti, sempre più sensibili nell'organizzare le terapie, sempre più a loro agio nello stare assieme alle persone vere, nella vita vera, in una

parola sempre più umani, perché sono sempre stati *curiosi di capire quale è la posizione dell'altro*, che cosa l'altro ci può dire. Riguardo alla propria vita e riguardo alla nostra.

Abstract

Self help/mutual aid groups are common experiences, with an evidence based benefit. However, welfare systems, at national and local level, don't rely on them nor wholly integrate them into health and social services. Why? Mutuality as self help groups' logic contradicts ideological approach of welfare systems. Their assumption is unidirectional help «given by» professionals with their expertise. Instead a welfare society model is desirable, with full subsidiarity and reciprocity as foundations.

Keywords

Self help/mutual aid groups – Reciprocity – Welfare systems – Welfare society.

Bibliografia

- Breton M. (1990), *Citizenship consciousness, nonbounded solidarity, and social justice*, «Social Work with Groups», vol. 34, n. 1, pp. 35-50.
- Donati P. (1991), *Teoria relazionale della società: i concetti base*, Milano, Franco Angeli.
- Drumm K. (2006), *The essential power of group work*, «Social Work with Groups», vol. 29, nn. 2-3, pp. 17-31.
- Focardi F., Gori F. e Raspini R. (2006), *I gruppi di auto aiuto in Italia. Indagine conoscitiva*, «Bricciole», n. 8.
- Folgheraiter F. (1988), *Introduzione*. In P.R. Silverman, *I gruppi di auto mutuo aiuto*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Milano, FrancoAngeli.
- Folgheraiter F. (2003), *La liberalizzazione dei servizi sociali*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (2011), *Fondamenti di metodologia relazionale. La logica sociale dell'aiuto*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (2012), *The Mystery of Social Work*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. e Cappelletti P. (a cura di) (2011), *Natural Helpers. Storie di utenti e familiari esperti*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. e Pasini A. (2009), *Self-help Groups and Social Capital: New Directions in Welfare Policies?*, «Social Work Education», vol. 28, n. 3, pp. 253-267.
- Hudolin V. (1990), *Manuale di alcolologia*, Trento, Erickson.
- Husserl E. (1961), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, EST.
- Illich I. et al. (2008), *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson. Ed. or. *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, 1977.
- Katz A.H. e Bender E.I. (1976), *Self-help groups in western societies: History and prospects*, «Journal of Applied Behavioral Sciences», vol. 12, n. 3, pp. 265-282.
- Lévinas E. (1988), *Umanesimo dell'altro uomo*, Genova, Il Melangolo. Ed. or. *Humanisme de l'autre home*, Montpellier, Fata Morgana, 1972.

- Northern H. (1987), *Selection of groups as the preferred modality of practice*. In J. Lassner, K. Powell e E. Finnegan (a cura di), *Social group work. Competence and values in practice*, New York, Haworth, pp. 19-34.
- Pistrang N., Barker C. e Humphreys K. (2008), *Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies*, «American Journal of Community Psychology», vol. 42, nn. 1-2, pp. 110-121.
- Riessman F. (1965), *The helper therapy principles*, «Social Work», vol. 10, n. 2, pp. 27-32.
- Seebohm P. et al. (2013), *The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being*, «Health & Social Care in the Community», vol. 21, n. 4, pp. 391-401.
- Shaffer J. e Galinsky M.D. (1989), *Models of group therapy*, 2nd ed., Engelwood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Shulman L. (2008), *The skills of helping individuals, families, groups, and communities*, 5th ed., Belmont, CA, Cengage.
- Silverman P.R. (1988), *I gruppi di auto mutuo aiuto*, Trento, Erickson. Ed. or. *Mutual help groups*, Thousand Oaks, CA, Sage, 1980.
- Steinberg D.M. (2002), *L'auto/mutuo aiuto*, Trento, Erickson. Ed. or. *The mutual-aid approach to working with groups. Helping people help each other*, New York, Jason Aronson, 1997.
- Wann M. (1995), *Building social capital: self-help in a twenty-first century welfare state*, London, Institute of Public Policy Research.
- Wituk S. et al. (2000), *A topography of self-help groups: An empirical analysis*, «Social Work», vol. 45, n. 2, pp. 157-165.