

Lavoro di rete e valutazione multidimensionale come strumenti del cambiamento da Welfare State a Community Care

Maria Giorgetti*, Renzo Bagarolo**

*U.O. Anziani, Distretto 6 Magenta, ASL Provincia Milano I

**Direzione Sanitaria Istituto Piccolo Cottolengo don Orione - Milano

PREMESSA

Umberto Galimberti (Galimberti, 2001), in un articolo apparso su *La Repubblica*, nell'ottobre 2001, scriveva "(...) la vecchiaia è diventata materia di pubblica discussione da quando l'aumento della speranza di vita minaccia una catastrofe sociale dai devastanti effetti previdenziali, sanitari e assistenziali. Psicologi, sociologi, medici, studiosi di genetica etc. si stanno interessando ai problemi della vecchiaia, ma questo non deve trarre in inganno. I loro consigli, le loro pianificazioni, le loro ricette, i loro farmaci hanno come scopo (...) non di riportare il vecchio (...) all'interno della dinamica sociale da cui (...) è stato escluso, ma quello di neutralizzarlo con una serie di comfort che lo fanno sentire solo e inutile come prima, ma accaduto". Aumentano gli anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, si diffondono progetti nazionali e regionali di interventi socio-sanitari residenziali e domiciliari. Anche le cure al domicilio non risolvono la solitudine esistenziale e relazionale della persona anziana "fragile" perché spesso si traducono in prestazioni sanitarie ad alta valenza tecnica o all'opposto in un lavoro di cura a bassa competenza (assistenza informale). La solitudine non appartiene però unicamente all'anziano qualora "si trovi in una dimensione di cura snaturata della sua parte relazionale/affettiva", c'è una nuova emarginazione

che chiede visibilità: si tratta dell'isolamento del familiare o di chi lo assiste. Infatti il lavoro di cura (*care*) è diventato un tema attuale, realtà quotidiana, faticosa, dolorosa e non riconosciuta, di tante persone (*caregiver*), soprattutto donne.

La situazione di chi assiste è sempre più a rischio di stress e di "burn out", principalmente per motivi che riguardano l'individuo e la collettività, vale a dire da una parte la ricerca di soluzioni che impediscano l'istituzionalizzazione o l'affidamento a terzi dell'anziano, dall'altra la delega progressiva alle cure informali, da parte delle amministrazioni pubbliche (Bortoli). Il rapporto famiglia/amministrazione pubblica è un rapporto difficile e molto ambivalente; basti pensare alla fatica di riconoscere risorse individuali in chi porta bisogni, alla difficoltà di programmare risposte che non siano standardizzate; la famiglia utilizza i servizi pubblici pur percependone la loro inadeguatezza continuando a vedere nell'ente pubblico il referente principale delle risposte a tutti i suoi bisogni. Nel contempo l'apparato pubblico di welfare, che deve ridurre la spesa pubblica ed in particolare quella sanitaria, si scopre sempre più impotente di fronte ai bisogni di cura degli anziani non autosufficienti.

Quanto sopra detto rappresenta la premessa necessaria per introdurre il contesto nel quale si colloca l'esperienza di un servizio sociosanitario per anziani non autosufficienti della provincia di Milano e segna-

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

la l'importanza, nel progettare l'assistenza di una persona fragile, di individuare e mettere in rete tutte le risorse formali - sociali e sanitarie ed informali - familiari, di vicinato, volontariato.

IL CONTESTO

Il Distretto sociosanitario di Magenta è costituito da 13 Comuni per un totale di 110.498 residenti (1999). Il territorio comprende parte del parco naturale del Ticino con Comuni di piccole e medie dimensioni, a bassa densità abitativa e un'economia a residuale propensione agricola, e Comuni della immediata periferia di Milano con alta densità abitativa, calzante industrializzazione (piccola e media impresa) e presenza di fattori di disagio sociale.

La rete di cura formale come appare "vista dall'interno" è una struttura rigida, di difficile accesso ai non addetti ai lavori. Nella "visione" di chi progetta e programma i servizi in questo mondo c'è l'utente-destinatario: il tossicodipendente, il disabile, l'anziano. La famiglia viene spesso considerata elemento di disturbo, raramente risorsa, in un processo di produzione di cure principalmente sanitarie, ad elevata autoreferenzialità.

Per quanto riguarda il Distretto di Magenta si può ipotizzare che il sistema di cura familiare, diffuso e poco visibile, sia ancora una grande risorsa per il territorio, considerati i tassi inferiori di ospedalizzazione e di ADI rispetto al resto della popolazione della ASL, Provincia di Milano I. Pare quindi evidente la necessità di investire risorse per sostenere l'*empowerment* di questa "community care".

L'ESPERIENZA

Le occasioni che hanno dato vita ad un percorso, di integrazione e di rete, tra sociale e sanitario sono state, nel 1999, l'avvio della sperimentazione regionale dell'assegno di cura (Regione Lombardia, 1998) per familiari/caregiver di anziani non autosufficienti e la collaborazione con l'unità di valutazione geriatrica territoriale (UVGT). Alle famiglie coinvolte nel progetto sperimentale è stata proposta la partecipazione ai gruppi di auto mutuo-aiuto che si sono rivelati poi volano di trasmissione di solidarietà. I familiari, alla fine della sperimentazione, acquisito nei gruppi di

auto aiuto uno "sguardo di rete", hanno contribuito come volontari ed insieme agli operatori, alla progettazione e costituzione di uno sportello telefonico di ascolto ed, orientamento per sostenere e mobilitare le reti di cura, progetto che contiene in sé gli elementi del "mix formale ed informale".

Nella sperimentazione effettuata a Magenta, il gruppo di familiari-caregiver-volontari è diventato sempre più autonomo dal servizio che aveva promosso la sua nascita; costituendosi in associazione ha acquisito visibilità nella comunità di appartenenza, diventando interlocutore attento e proposta concreta di cittadinanza attiva.

La metodologia che ha contribuito a sostenere le professionalità coinvolte ed a migliorare la qualità degli interventi è quella dell'approccio di rete e della valutazione multidimensionale. Nel 1987 il National Institute of Health definiva la VMD (valutazione multidimensionale) "...una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati, quando possibile, e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi...".

Per dare una definizione del lavoro di rete sembra utile fare riferimento al fatto che vi convergono tre azioni congiunte (Serra, 2001): un'azione di raccordo tra i poli dell'aiuto, un'azione di sostegno alle reti già esistenti e un'estensione della rete per attivare la comunità locale.

Progettare un piano di assistenza individuale è diventato quindi il risultato di un processo che comprende l'analisi della densità, della significatività e della funzionalità delle reti informali in cui gli anziani vivono e la correlazione di queste con la loro salute psico-fisico-sociale adeguatamente valutata. La partecipazione a questo progetto è diventata opportunità per cominciare a sperimentare strategie di rete quali il "linking", la promozione e il supporto di gruppi di auto mutuo-aiuto, ed ha consentito l'avvio di percorsi multipli con le famiglie, con/nel servizio di appartenenza, con/nel territorio.

Monitorare le situazioni nel tempo ha permesso di verificare i cambiamenti, sostenere la partecipazione ai gruppi, valorizzare le singole risorse e competenze e poi, migliorato l'*empowerment*, cominciare a progettare interventi "dall'individuale al collettivo".

IL LAVORO NELL'ÉQUIPE DI VALUTAZIONE E L'ASSEGNO DI CURA

Il progetto-obiettivo Anziani 1995/97, in Lombardia, aveva individuato, nell'Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale (UVGT), lo strumento per la valutazione globale del singolo caso e la definizione del programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale necessaria all'anziano non autosufficiente. Nel caso specifico l'UVGT, composta nel nucleo stabile da medico geriatra e assistente sociale del servizio anziani, si è occupata della valutazione e del monitoraggio con un ruolo essenzialmente di "counseling" delle situazioni che rientravano nei parametri di accesso al progetto sperimentale dell'assegno di cura. Appare interessante la definizione del tipo di sperimentazione *"... consiste in un intervento mirante all'obiettivo di sostenere un insieme di famiglie nell'adempimento di compiti di cura di un loro membro anziano totalmente non autosufficiente mediante la corresponsione di un assegno di cura sostitutivo del ricovero in RSA nonché la prestazione di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari ed il sostegno alla famiglia per riconoscere la funzione di sussidiarietà della famiglia"*.

La Regione Lombardia, Settore Famiglia e Politiche sociali, alla fine del 1998, decise di avviare un progetto sperimentale, della durata di un anno, in tre aziende sanitarie locali, tra cui la ASL, Prov. di Milano I, per verificare se un aiuto economico integrato con prestazioni socio-sanitarie e domiciliari potesse migliorare il benessere dell'anziano e di chi se ne faceva carico evitando il ricovero in istituto.

Destinatari dell'assegno di cura, secondo i criteri emanati dalla Regione in questa deliberazione, dovevano essere le famiglie di anziani, residenti in quel dato territorio, in lista di attesa per il ricovero in RSA e in carico ai servizi domiciliari del Comune o della ASL. I familiari che presentavano requisiti di bisogno sociale, sanitario e reddituale definiti dalla Regione, dovevano essere disponibili a prendersi cura del proprio parente anziano non autosufficiente totale, ad accettare le valutazioni ed i controlli previsti dal progetto dell'equipe di valutazione geriatrica che aveva il compito di selezionare le richieste e sottoscrivere un contratto di mantenimento a domicilio per un anno del proprio parente anziano.

Del lavoro di valutazione effettuato dall'UVGT distrettuale per il progetto sperimentale dell'assegno

di cura, si riporta un elaborato relativo a dati di 27 pazienti (Tab. I).

Si è cercato di definire un profilo di due diversi gruppi di persone rispetto all'esito a sei mesi (deceduti vs non deceduti) per individuare indicatori che potessero assumere un valore prognostico.

I deceduti nei primi sei mesi sono stati 10 (il 37%); la Tabella che segue sintetizza e mette a confronto le caratteristiche clinico-funzionali e sociali dei due gruppi.

I risultati di questo studio osservazionale pilota sono da considerarsi solo indicativi a causa del basso numero del campione, ma danno un'idea del profilo dei due gruppi di anziani e di alcuni interessanti fattori discriminanti.

Se si considerano le variabili con differenza statistica significativa il gruppo di deceduti a sei mesi è costituito mediamente da: persone più anziane, più deteriorate dal punto di vista cognitivo, con maggiore gravità di demenza, una maggiore compromissione sensoriale e quindi della capacità di relazione; sono accuditi da caregiver più stressati e con un livello di reddito più basso.

Da questi dati si possono trarre alcune riflessioni:

- la difficoltà di gestione delle problematiche legate alla demenza;
- il livello di reddito più basso come elemento legato alla fragilità;
- lo stress del caregiver come dato significativo sia per far emergere l'importanza della rete informale di cura sia per mettere in guardia rispetto all'enfaticizzazione del suo ruolo. L'assegno di cura, utilizzato per "liberare" le reti formali dalle loro responsabilità, spesso infatti enfatizza il ruolo delle reti primarie mandandole in sovraccarico come segnala Folgheraiter nel suo modello di "community care".

I professionisti coinvolti nel progetto sperimentale si sono resi conto concretamente di essere all'interno di un cambiamento culturale importante e di gestione complessa. Ci si riferisce, in particolar modo, al passaggio dal *welfare State* al *welfare mix*, con nuovi orientamenti nelle politiche dei servizi e dal modello di intervento per prestazioni (curing) ad un nuovo modello di "prendersi cura" (caring) dell'utente/cliente/portatore di domande ma anche di risorse. Si parla di mercato, di passaggio dalla fornitura di servizi ad un sostegno in danaro. Dare un contributo economico, per l'attore pubblico, non è solo meno

Tabella I - Caratteristiche cliniche e sociali dei pazienti seguiti nel progetto (N=27)

Variabile	Media (dev. Standard)		(sig. P < .05)
	Deceduti	Non deceduti	
CONFRONTO A SEI MESI			
NUMERO SOGGETTI	10	17	
ETÀ (anni)	85,00 (4,21)	79,35 (8,72)	0,033
MMSE Minimental State examination	5,30 (6,34)	11,17 (5,89)	0,028
INDICE DI BARTHEL attività del vivere quotidiano	34,40 (29,09)	41,52 (26,73)	n.s.
IADL attività strumentali del vivere quotidiano	28,00 (2,16)	26,76 (2,51)	n.s.
CIRS Indice di comorbidità /comorbidità	4,20 (2,04)	4,47 (1,90)	n.s.
CDR Clinical Dementia Rating	2,80 (1,22)	1,70 (1,31)	0,042
FUNZIONI SENSORIALI	11,00 (4,76)	7,94 (2,46)	0,036
FARMACI	4,20 (1,54)	4,23 (2,07)	n.s.
STRESS Caregiver Greene Relative's stress scale	22,90 (19,71)	7,35 (5,09)	0,035
REDDITO (punteggio attribuito per fasce di reddito da 5 fascia più bassa a 1 fascia più alta)	3,70 (0,94)	2,47 (1,37)	0,011

costoso, ma anche più semplice e rapido che erogare servizi alla persona, siano essi domiciliari o residenziali. L'assegno di cura nell'operatività si rivela comunque un intervento ambivalente da molti punti di vista, basti pensare alla definizione di chi è il caregiver all'interno di un sistema familiare, chi sarà intestatario dell'assegno, al riconoscimento del lavoro di cura... (Taccani, 2001).

IL LAVORO NEI GRUPPI DI AUTO MUTUO-AIUTO

L'esperienza dei gruppi di auto mutuo-aiuto (AMA) collocata, dal punto di vista teorico, alla sinistra del

continuum di Folgheraiter (1998), (Fig. 1) è stata davvero significativa poiché ha facilitato l'avvio di dinamiche relazionali che, rispettando i movimenti della rete, hanno instaurato processi di tipo collettivo, con effetti a catena andati oltre la possibilità di controllo sui singoli membri della rete. Dai gruppi di auto mutuo-aiuto è nato infatti un progetto sperimentale di rete con la creazione di un numero verde che integra al suo interno reti formali ed informali e svolge un ruolo di catalizzatore di scambi, soprattutto, ma non solo, per le associazioni presenti sul territorio. Volendo semplificare e nel contempo rappresentare sinteticamente il percorso metodologico effettuato, si ricorre all'uso di parole-chiave. Quindi *ascolto*,

di decisioni elaborate e condivise tra genitori e figli, altre sono state di tipo cautelativo e nascondevano spesso situazioni di conflittualità, altre ancora hanno portato a vissuti di inadeguatezza connotandosi come una rinuncia ad un ruolo che a suo tempo si era deciso di assumere. È evidente che il benessere e la permanenza della persona fragile nel proprio contesto non può che essere congruente con la qualità della vita di chi se ne prende cura. Tale considerazione, all'apparenza lapalissiana, costituisce uno dei principi cardine per sviluppare una reale e concreta "cultura della domiciliarità" e della community care. Per "domiciliarità" si intende quel contesto significativo per la persona, che comprende la casa ma anche ciò che la circonda, cioè l'habitat collegato alla storia, all'esperienza, alla cultura, alla memoria, al paesaggio, alla gioia e sofferenza di ognuno.

Nel progetto sperimentale dell'assegno di cura i gruppi AMA hanno avuto proprio un ruolo strategico nel contribuire a favorire il processo di "normalizzazione" e "fronteggiamento" (*coping*) del disagio all'interno della comunità:

- offrendo uno spazio di contenimento per aiutare i familiari a mantenere la "giusta distanza" emotiva dal lavoro di cura ed anche a permettersi spazi personali;
- attivando e sostenendo "movimenti" nella direzione dell'ampliamento della rete d'aiuto;
- aumentando la capacità di tollerare ed affrontare situazioni conflittuali e di far fronte a momenti di particolare crisi (es.: aggravamento delle condizioni di salute, istituzionalizzazione o morte dell'anziano);
- sostenendo le risorse già presenti nei caregiver, a volte difficili per loro da riconoscere;
- valorizzando le diversità individuali;
- raccogliendo eventuali richieste di approfondimento sulle patologie ricorrenti negli anziani avvalendosi dell'apporto di specialisti;
- sostenendo i caregiver nelle loro funzioni di tutela dell'anziano (nell'individuazione dei bisogni, nella ricerca delle risorse e nella verifica delle risposte date);

ed infine facendo emergere le risorse del gruppo per migliorare l'empowerment comunitario in previsione di evoluzioni verso una strutturazione di self-help.

I gruppi AMA, nel Distretto socio-sanitario di Magenta, sono stati attivati formalmente con un documento del Servizio anziani nell'ottobre del 1999. In questo documento sono stati individuati "(...) come spazio in cui i

partecipanti possono dar voce alle concretezze ed ai vissuti associati al loro impegno".

Per quanto riguarda il percorso metodologico, nella progettazione dei primi gruppi si è ipotizzata la presenza di due figure (un assistente sociale ed uno psicologo) con il ruolo di "facilitatori della comunicazione" tra i partecipanti e con compiti iniziali di conduzione e di osservazione-verbalizzazione. Gli operatori, oltre a trattare temi relativi alle problematiche più ricorrenti del lavoro di cura, avrebbero dovuto porre particolare attenzione al gruppo come "soggetto" per favorire la sua possibile evoluzione verso una strutturazione di self-help (ricerca di un facilitatore tra i partecipanti).

Gli incontri, della durata di circa due ore, avevano sede presso una sala riunioni del Distretto sociosanitario. La sala era allestita ogni volta disponendo le sedie in circolo per favorire la comunicazione. Il calendario prevedeva una cadenza ogni tre settimane fino alla fine dell'anno di sperimentazione dell'assegno di cura.

Nel "contratto" (verbale) di partecipazione erano evidenziate l'importanza e la necessità della riservatezza dei contenuti che sarebbero emersi negli incontri, l'importanza e la necessità della puntualità e dell'impegno ad avvisare nel caso di un'eventuale assenza.

Il primo incontro, a carattere informativo, con tutti i partecipanti al progetto sperimentale dell'assegno di cura aveva l'obiettivo di chiarire senso e scopo dell'attivazione dei gruppi e di raccogliere la disponibilità dei singoli.

Uno degli ultimi incontri doveva essere dedicato alla sperimentazione di un gruppo autogestito con la presenza degli operatori in veste di osservatori.

Nella verifica finale con il gruppo dei caregiver è emersa poi l'importanza dello spazio relazionale e della reciprocità, il potere della narrazione nel rendere sopportabile il dolore attraverso la condivisione con altri, la necessità di dare un senso alla sofferenza con l'ascolto ed il confronto di chi "comprende".

Attualmente i gruppi AMA non sono ancora una realtà ben conosciuta nel territorio del Magentino¹ anche se sono passati quasi tre anni dall'inizio della prima esperienza con i familiari caregiver.

Alla fine dell'anno di sperimentazione molti contenuti non sono più solo "degli esperti" o "dell'esperienza", ma sono diventati patrimonio comune della nuova rete che si è tessuta insieme, "connettendo" i nodi uno all'altro.

L'assegno di cura, riconoscimento sostanziale, ha reso ancora più evidente l'attuale carenza di riconoscimenti del lavoro di cura familiare. Il caregiver, in quanto portatore di diritti, è diventato consapevole di essere creditore nei confronti della società organizzata perché senza la sua cura non potrebbe essere possibile alcun intervento domiciliare formale, alcun progetto di assistenza a domicilio. Ma il caregiver è anche portatore di doveri ed è consapevole delle proprie responsabilità all'interno di una comunità che si deve prendere cura dei suoi membri in difficoltà. Come fa notare Serra (Serra, 2001), la diffusione del principio della responsabilità è un requisito essenziale per realizzare la transizione da "Stato del benessere" a "società che si fa carico (*caring society*)". Qual è diventato il ruolo degli operatori? Gli operatori non sono più solo esperti che guidano verso la soluzione dei problemi, sono a loro volta diventati consapevoli che anche i saperi di altri possono essere integrati nei loro ed entrambi i saperi, da questa contaminazione, hanno acquisito un valore aggiunto (Folgheraiter, 2000). Nei gruppi AMA le famiglie si sono confrontate intorno al tema del "lavoro di cura", in cui si intrecciano, in una dimensione affettiva parentale ed amicale, gli aspetti del "fare", dell'"accudire", del "farsi carico" e dell'"essere responsabili".

Sono emerse le difficoltà di chi "presta la cura". Tali difficoltà sono amplificate dalle insufficienti risposte istituzionali e da scelte politiche orientate verso modalità di cure domiciliari che prevedono per una famiglia "ridotta" un crescente "carico" assistenziale ed una nuova competenza rispetto all'orientamento nella rete dei servizi. Il progetto dello sportello nasce da una riflessione importante del gruppo: "...i servizi, da soli, non possono pensare di risolvere i problemi dei cittadini senza il loro coinvolgimento e, allo stesso modo, i cittadini hanno bisogno della presenza dei servizi soprattutto per il loro ruolo di garanzia dei diritti".

Gli incontri nei gruppi hanno portato alla considerazione che i contenuti emersi, le difficoltà, le elaborazioni maturate, fossero un grande patrimonio da non disperdere bensì da re-investire nella comunità di appartenenza.

Alcuni familiari, quindi, hanno deciso, terminata l'esperienza nei gruppi AMA, di dare vita, insieme a due operatori, l'assistente sociale e lo psicologo, ad un punto telefonico di ascolto e orientamento per familiari di anziani in difficoltà².

CONCLUSIONI

Rivisitando criticamente l'esperienza si può pensare che l'approccio di rete si sia sviluppato in modo particolare nel Distretto di Magenta³, favorito da una parte dall'esperienza formativa e dall'altra dal confronto/incontro con il paradigma medico, fuori e dentro le Unità Valutative Geriatriche e dall'incontro con un gruppo di familiari inseriti nel progetto sperimentale dell'assegno di cura.

In questi ultimi due anni però il modello UVG, in Lombardia, è entrato in crisi (Logos, 2001) per l'utilizzo burocratico che ne viene fatto e per le difficoltà a rendere visibile il rapporto efficacia/efficienza dell'intervento. Utilizzato per lo più come regolatore dell'accesso ai servizi, come organo rigido e censore, smista i bisogni senza cercare di modificare il percorso che da questi porta alla disabilità.

Fatica purtroppo ad emergere il punto di forza della multidisciplinarietà, soprattutto per quanto riguarda la modalità di approccio all'anziano ed alla sua famiglia, la rilevazione e la messa in rete delle risorse - di tutte le risorse formali ed informali - e l'attenzione al livello individuale nella formulazione del piano di assistenza.

Crediamo che l'esperienza riportata in queste pagine

¹ Nel luglio del 2002, in collaborazione con l'Università del Piemonte Orientale, all'interno del programma di tirocinio del terzo anno del corso di laurea in Servizio sociale, è stata effettuata un'indagine telefonica nel Distretto di Magenta. In particolare si voleva sondare la conoscenza dei servizi socio-sanitari e dei gruppi AMA. Il campione intervistato era costituito da 130 utenti telefonici (10 per Comune, scelti attraverso un campionamento sistematico). Alla domanda "Conosci i gruppi di auto mutuo-aiuto?" 30 hanno risposto positivamente, 2 non hanno dato alcuna risposta e gli altri 98 non li conoscono. Dei 30 che hanno risposto positivamente, nessuno ha mai preso parte ad un gruppo AMA.

Alla domanda: "Parteciperebbe ad un gruppo in caso di necessità?" 64 hanno risposto positivamente.

² Associazione GnG (Noi... genitori della nostra gente): numero verde 840.000.171, risponde tutti i mercoledì dalle ore 18 alle ore 20.

³ Nel 1999 e nel 2000 presso il Distretto di Magenta con la società di formazione: Mete di L. Sanicola si è organizzato un percorso formativo sull'intervento di rete, in collaborazione con la Provincia di Milano.

possa testimoniare che non è possibile un ritorno ad interventi solo per prestazioni. Werner Heisemberg, Nobel per la Fisica, affermava: "Nella storia del pensiero umano, le scoperte più fruttuose si verificano nei punti di contatto tra diverse concezioni". La valutazione multidimensionale e l'approccio di rete possono rappresentare una risposta metodologica interessante per coordinare sistemi formali ed informali di cura valorizzandoli entrambi come risorse quali essi sono.

BIBLIOGRAFIA

Bortoli B., "Case Management", *Lavoro sociale*, vol. 1, n. 2, Erickson, Trento, pp. 273-281.

Folgheraiter F., *Teoria e Metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete*, F. Angeli, Milano, 1998, pp. 490-491.

Folgheraiter F., "Verso nuove teorizzazioni del lavoro sociale: l'approccio di rete", in *Rassegna di Servizio Sociale*, n. 3, 1990.

Folgheraiter F., *L'utente che non c'è*, Erickson, Trento, 2000, p. 236.

Galimberti U., *Inventare la vecchiaia*. *La Repubblica*, martedì 16 ottobre 2001.

Regione Lombardia, *Deliberazione Giunta regionale*, n° 40700 del 1998.

Serra R., *Logiche di rete. Dalla teoria all'intervento sociale*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Sanicola L. (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli, 1994.

Taccani P., "Le politiche di sostegno per le reti informali" in GORI C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, F. Angeli, Milano, 2001.