

Box 4.3

Aiutare chi aiuta: il sostegno al caregiver

Prestare assistenza e aiuto ad un familiare disabile è, nella maggioranza dei casi, una scelta basata sul legame affettivo che in genere unisce chi cura a chi viene curato. Nella nostra realtà culturale, è un comportamento interiorizzato come “dovere”, obbligo, specie in determinate circostanze, e in quanto tale è stato per molto tempo considerato “normale”. Da pochi anni è maturata la consapevolezza (Taccani, 1994; Tamanza, 1998) che il lavoro di cura è un lavoro impegnativo, che vincola e logora, coinvolgendo le persone emotivamente e materialmente, che può richiedere a volte uno scambio problematico di ruoli (quando sono i genitori non più autonomi a dover dipendere dai figli), la rinegoziazione delle relazioni all'interno del nucleo familiare e la ricerca continua di nuovi equilibri, dovuta alla necessità di rinunciare ad una vita sociale e relazionale normale.

Evidenze empiriche, condotte in particolare su familiari di anziani non autosufficienti (ricordiamo che stime recenti dei dati Istat 2001 indicano che una famiglia su 10 in Italia ha al proprio interno un anziano disabile) hanno mostrato che un caregiver su quattro speri-

menta un disagio elevato, insoddisfazione per la propria vita, stress, livelli medio-alti di ansia e depressione derivante da una serie di fattori, tra cui (Lamura et al., 2002):

a) le caratteristiche del familiare malato o disabile, relative alla gravità delle sue condizioni di salute, ai bisogni assistenziali, che possono richiedere anche una sorveglianza ininterrotta, ecc.;

b) le caratteristiche del caregiver stesso: si tratta prevalentemente di donne, figlie e nuore, di età tra i 45 e i 60 anni, spesso in condizione non lavorativa, proprio per la necessità di svolgere attività di assistenza (Figura 4.8).

Assumere una prospettiva relazionale nell'analisi di questi problemi significa tener conto dei molteplici significati del curare, prendendo in considerazione sia i bisogni di chi è curato, sia anche i bisogni di chi cura, nelle loro singole peculiarità. Le ragioni di questa attenzione specifica sono collocabili su piani differenziati.

Da un lato, occorre seguire e sostenere l'impegno del familiare, perché lo stress dell'assistenza può generare una sorta di circolo vizioso tra problematiche del paziente, esaurimento del caregiver e sua con-

seguente incapacità di fornire cure adeguate, successivo peggioramento delle condizioni del paziente. Questo richiede uno sforzo di progettazione da parte dei decisori politici, al fine di predisporre una serie di aiuti e servizi, quali attività di informazione-educazione sul decorso della malattia e su come affrontarla, consulenza sul piano assistenziale ma anche psicologico, creazione di gruppi di autoaiuto, per offrire spazi di incontro, di ascolto e confronto, di elaborazione della propria esperienza, d'aiuto reciproco (si veda il box 4.5), programmi di “respite”, prevedendo cioè opportunità di “solievo” dall'impegno costante, prendendo un po' di tempo per sé.

Dall'altro lato, occorre dotarsi di una visione più articolata, per contribuire a creare una cultura in cui il curare sia un comportamento sentito come positivo e arricchente, non più solo vissuto come un destino o sentito come un obbligo evocativo di fatica e sacrificio, privo di ricompense e visibilità. Questo si traduce nella valorizzazione del ruolo del caregiver e nel riconoscimento sociale, non solo del diritto di essere curato, ma anche dei diritti dei curanti. La cura familia-

re è un valore culturale che unisce il diritto alla cura e il dovere di curare, costruendo un incrocio tra i diritti dell'assistito e quelli del curante, all'interno di relazioni generazionali solidali ascendenti e discendenti (Colombo, 2002).

La proposta avanzata da Grazia Colombo di una *carta dei diritti delle persone curanti* (basata sul riconoscimento del lavoro svolto, l'accessibilità a interventi di sollievo, la garanzia di poter contare su servizi adeguati, la partecipazione al progetto assistenziale individuale, l'opportunità di mantenere il proprio lavoro, la formazione e l'aggiornamento come valorizzazione delle competenze informali di cura) costituisce una indicazione preziosa e una pista di lavoro da percorrere se si vuole costruire una “caring society” e una responsabilità collettiva.

Figura 4.8 – La prevalenza femminile nel lavoro di cura è legata al ruolo che storicamente e tradizionalmente viene attribuito alla donna, e non solo nella nostra società. Nell'immaginario sociale, quello della cura è infatti un lavoro di competenza tipicamente femminile.

Box 4.4

Le rappresentazioni sociali dell'altruismo

Si possono distinguere due rappresentazioni sociali "estreme" dell'altruismo: una considera l'altruismo dal punto di vista della relazione tra le persone, ed esprime una *responsabilità*; l'altra lo colloca nella relazione con l'insieme, in modo impersonale, ed esprime una *solidarietà* (si pensi ad istituzioni come la sicurezza sociale, la cassa pensionistica; sul tema della solidarietà torneremo più avanti). Secondo Moscovici (1994), esistono poi altre forme di altruismo, definite "partecipativo" e "fiduciario".

L'*altruismo partecipativo* è caratterizzato da quelle modalità di dedizione, impegno coinvolgente, partecipazione intensa alla vita comune che lega i membri di uno stesso gruppo. Non

è rivolto ad un "altro" specifico, individuale, ma ad un "noi" che ci rende figli di una famiglia, membri di una nazione, fedeli di una chiesa, un "noi" a cui ci si sacrifica e dal quale ci si sente valorizzati. Si tratta quindi di un legame di attaccamento: a beneficiare dell'altruismo è la collettività nel suo insieme.

L'*altruismo fiduciario* si caratterizza per il fatto che ciò che si fa in favore dell'altro dipende dal grado di fiducia (o, sul versante negativo, di sospetto) che gli individui percepiscono o desiderano stabilire tra loro. È soltanto sulla base della fiducia che gli uomini possono essere sicuri che il senso e il valore di un sacrificio o di un gesto d'aiuto siano apprezzati da chi ne beneficia. È così che

si crea un legame di partecipazione, basato sul condividere ciò che si possiede in caso di difficoltà o bisogno.

Alla fiducia si accompagnano gratitudine, simpatia o empatia, oppure anche delusione. Si pensi al caso in cui un gesto d'aiuto non viene apprezzato dal beneficiario: la delusione che segue alla mancata riconoscenza (vissuta anche come ingratitudine) porta il soggetto a trovare al proprio interno una giustificazione per quel che ha fatto, visto che l'altro in questo caso non è più un "alter ego", ma qualcuno che agisce e pensa in modo differente.

Il gesto altruista in genere è associato alla prossimità empatica nei confronti di altri (si desidera cioè aiutare chi

è vicino a noi e ci attrae), ma anche al fatto che serve ad accrescere la stima di sé: ci si sente bene quando si pensa di aver fatto del bene. Inoltre la miseria degli altri fa scattare sensi di colpa e di tristezza: in questo senso compiere un atto caritatevole permette di superare il proprio stato psicologico negativo e contribuisce a soddisfare il nostro ego. Ma nel processo interviene anche la considerazione dell'altro, della vittima, della possibilità che l'altro offre di uscire da sé per riallacciare un rapporto di fiducia con le altre persone: in altri termini, «l'altruismo fiduciario», sottolinea Moscovici, «rende possibile la creazione di un mondo intersoggettivo e nutre l'intersoggettività stessa».

Molti studi hanno dimostrato che l'adesione alle norme di responsabilità e la loro interiorizzazione sono altamente correlate con i comportamenti d'aiuto: le persone sanno che occorre soccorrere chi ne ha bisogno, senza preoccuparsi delle ricompense future (Rushton, 1980). Ma si sa anche che l'obbedienza alle norme è selettiva, per cui quando le persone attribuiscono alla vittima la causa ("colpa") delle sue difficoltà si sentono sollevate dall'obbligo di aiutarla. È come se ci fosse una sorta di altruismo "obbligato", un dovere verso gli altri, che crea aspettative da parte degli altri nei nostri confronti, e un dovere verso noi stessi, che crea aspettative nostre nei nostri confronti. Moscovici (1994) parla in proposito di altruismo "normativo": l'atto altruista in questo caso è impersonale, non è rivolto né ad un altro collettivo, né a sostenere l'interazione tra le persone, ma viene compiuto per rispettare delle norme sociali vigenti in ogni cultura, che stabiliscono chi deve essere aiutato, con quali mezzi e modalità, nonché un repertorio di situazioni in cui chi si trova in difficoltà va aiutato. Ciò rimanda all'importanza di studiare non tanto i singoli comportamenti d'aiuto, quanto le *rappresentazioni sociali* elaborate a proposito dell'altruismo (Box 4.4).

§ 4.5 LA COSTRUZIONE SOCIALE DELLA RELAZIONE D'AIUTO

Ricordiamo infine il lavoro sulla relazione d'aiuto condotto, in chiave interazionista, da alcuni studiosi. Fra questi, Gergen e Gergen (1986) parlano di "costruzione sociale della relazione d'aiuto", sottolineando come le credenze e le opinioni del donatore e del destinatario dell'aiuto circa il significato dell'azione altruistica siano messe a confronto attraverso un *processo di negoziazione* costruito congiuntamente, con conseguenze importanti sullo sviluppo della relazione stessa. Il gesto generoso può essere interpretato come uno scambio reciproco, e allora il rapporto è considerato *simmetrico*, alla pari. Oppure può essere interpretato dalla persona beneficiata come conferma della propria dipendenza e minaccia all'autostima, e allora il rapporto è considerato *asimmetrico*.

Un aspetto che è stato oggetto di studio riguarda poi la cosiddetta "psicologia del beneficiario". Gross e McMullen (1983) hanno analizzato il processo della richiesta d'aiuto ("help seeking"), mostrando come anche chi si trova in situazione di bisogno compia un processo decisionale, scomponibile in tre tappe: 1) riconoscere di avere un problema per cui chiedere aiuto, 2) decidere di chiedere aiuto, eventualmente facendo una valutazione dei costi e dei benefici dell'azione, 3) individuare a chi chiedere aiuto. Sono tutte decisioni importanti: la risposta affermativa a ciascuna di esse comporta che si prosegua nell'azione di richiesta oppure si scelgano altre alternative.

Un'altra questione importante ha riguardato l'analisi delle reazioni all'aiuto da parte del beneficiario. Infatti la posizione in cui si trova il beneficiario è difficile e bisogna certamente rivedere l'idea che ogni forma d'aiuto susciti una reazione positiva, che il destinatario sia sempre contento e apprezzi il dono ricevuto. In realtà, egli può trovarsi esposto a vari problemi (Gergen e Gergen, 1986; Schroeder et al., 1995), come ad esempio: *a)* sentirsi oggetto di strumentalizzazione da parte del "benefattore", considerando l'aiuto ricevuto come una manipolazione, un mezzo mediante il quale chi fornisce l'aiuto lo fa soprattutto per raggiungere altri fini, spesso legati ai propri interessi; *b)* considerare l'aiuto come minaccia all'autostima, in quanto la richiesta d'aiuto comporta l'ammissione di essere deboli, non autosufficienti, e quindi inferiori all'altro. Per questo, in taluni casi l'offerta d'aiuto può suscitare anche risentimento: non a caso, le persone socialmente indigenti spesso non chiedono aiuto per motivi di orgoglio, per salvaguardare il rispetto di se stesse; *c)* sentirsi sottoposto ad una "pressione dovuta all'obbligo", sentirsi cioè moralmente obbligato a ricambiare l'aiuto: per questo, a volte, si preferisce ricevere un prestito, piuttosto che un dono inconsueto, in modo da avere la possibilità di ricambiare.

Queste considerazioni hanno portato a focalizzare l'analisi non già sui singoli individui e sulle loro caratteristiche personali, ma sul tipo di rapporto esistente tra i soggetti coinvolti nella relazione e sulle caratteristiche della situazione in cui si attua il comportamento. Un esempio interessante di come possa costruirsi una relazione d'aiuto contraddistinta dalla simmetria e dalla parità è data dai gruppi di auto e mutuo aiuto (Box 4.5).

Box 4.5

Il fenomeno dei gruppi d'auto e mutuo aiuto

La novità culturale promossa dalla filosofia dell'autoaiuto consiste nell'attivare le risorse di chi in prima persona vive un disagio, restituendo responsabilità e protagonismo a chi non avrebbe voce in capitolo se fosse relegato nel ruolo di "paziente". Si tratta di una cultura solidaristica, ma non assistenzialistica, volta verso una riforma del sistema di welfare.

I gruppi di auto e mutuo aiuto ("self and mutual help groups"), ancora oggi a distanza di molti anni dalla loro comparsa (il primo gruppo degli Alcolisti Anonimi, formato da persone alcolizzate con lo scopo di aiutarsi reciprocamente a superare la dipendenza dall'alcol è sorto nel 1935), costituiscono uno dei fenomeni più interessanti e significativi dell'evoluzione dei sistemi di cura e del concetto stesso di cura, affermandosi come una sfida e un'alternativa ai tradizionali servizi sociosanitari.

Questi gruppi potrebbero essere definiti come delle "reti artificiali", cioè reti che vengono create deliberatamente per fornire sostegno sociale: ciascun membro è tale in quanto è riuscito a compiere uno sforzo individuale (autoaiuto) per andare a ricevere o

dare un aiuto supplementare mediante l'interazione reciproca con altri soggetti con cui condivide un'analoga situazione esistenziale (mutuo aiuto).

La diffusione di questi gruppi in varie parti del mondo e in diversi contesti sociali, la molteplicità e la varietà delle tipologie esistenti, ne rendono quanto mai problematica una descrizione qualitativa ed anche quantitativa. Per dare una stima, comunque approssimativa, dell'estensione del fenomeno, si calcola che negli Stati Uniti siano 500.000 i gruppi e una decina di milioni le persone coinvolte; in Italia, pur in assenza di dati certi, viene ribadito che il fenomeno è in continua crescita. Per capire il significato del loro indubbio successo, può essere utile riferirsi alla definizione riportata più di frequente in letteratura, fornita da Katz e Bender (1976): «I gruppi di self help sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di scopi particolari. Essi sono di solito formati da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un handicap comune o un problema di vita oppure per im-

pegnarsi a produrre cambiamenti personali o sociali desiderati. I promotori e i membri di questi gruppi hanno la convinzione che i loro bisogni non possono essere soddisfatti dalle normali istituzioni sociali. I gruppi di autoaiuto enfatizzano le relazioni sociali faccia a faccia e il senso di responsabilità personale dei membri. Questi gruppi spesso assicurano assistenza materiale e sostegno emotivo; altrettanto spesso sono orientati verso una particolare "causa", proponendo una "ideologia" o dei valori sulla base dei quali i membri possano acquisire o potenziare il proprio senso di identità personale».

Gli elementi specifici che caratterizzano questi gruppi sono rintracciabili quindi nelle motivazioni della loro *origine* (una condizione problematica vissuta e condivisa tra i membri); nello *scopo* di aiutarsi reciprocamente a far fronte a tale condizione mediante il sostegno emotivo, la rottura dell'isolamento individuale e il superamento della sensazione di impotenza, al fine di migliorare le capacità psicologiche e l'efficacia comportamentale dei partecipanti; nella *orizzontalità* tra i membri, nell'essere cioè dei pari,

in quanto condividono tutti uno stesso problema o disagio, senza gerarchie interne né ruoli tecnici o professionali; nel *coinvolgimento* e nella partecipazione personale nelle attività decise dal gruppo, in quanto la filosofia ispiratrice è quella del "learning by doing" e del "changing by doing", cioè imparare e cambiare sono possibili solo attraverso l'azione. L'esperienza diventa forma di conoscenza, strumento di elaborazione cognitiva e affettiva.

Oltre agli elementi comuni, vi sono anche delle differenze tra i gruppi esistenti, rispetto alla grandezza, alla durata, allo stadio di sviluppo organizzativo, alla struttura organizzativa, agli scopi perseguiti. Ad un estremo vi è l'Anonima Alcolisti, il gruppo più strutturato, con dimensione internazionale, articolato in sezioni, con una influenza enorme nell'ambito delle politiche del trattamento degli alcolizzati, con legami e rapporti con ospedali, servizi, carceri. All'estremo opposto dal punto di vista organizzativo vi sono i gruppi su base locale, che si formano in risposta a un problema molto specifico (es. genitori di bambini intellettualmente dotati, ma con



Figura 4.9 - Riunione di un gruppo di mutuo aiuto.

difficoltà di apprendimento). La grande maggioranza dei gruppi di autoaiuto sta probabilmente nel mezzo di questi due estremi organizzativi (per alcuni esempi, cfr. Zani e Cicognani, 2000).

Il gruppo di autoaiuto è un vero e proprio sistema sociale in miniatura, quindi è soggetto a dinamiche di evoluzione e cambiamento. Il gruppo mira allo sviluppo personale, attraverso modalità che ribaltano lo schema classico: la condizione di parità favorisce l'eliminazione dei rapporti asimmetrici di potere fra chi dà e chi riceve. Il sentimento principale è quello di "essere tutti sulla stessa barca".

Tutto ciò consente l'accettazione positiva incondizionata di ogni partecipante, il quale giunge alla consapevolezza della propria condizione di disagio attraverso gli altri. La coesione definisce una

nuova identità sociale, attivando il senso di appartenenza al gruppo.

La novità di questa forma di sostegno risiede principalmente nel fatto che ognuno è contemporaneamente fornitore e fruitore d'aiuto: questo consente di innescare un processo di sblocco dalla passività, dal senso di impotenza e di sfiducia in se stessi, superando la situazione di inerzia in cui generalmente vivono le persone con problemi o disagi. È la realizzazione pratica del principio dell'"helper therapy" di Riessman (1965), secondo cui «chi aiuta riceve egli stesso un aiuto». Svolgere il ruolo di "helper" accresce il senso di controllo e di autostima, innalza la considerazione positiva nelle proprie capacità. Gli helper sono in generale dei survivor o sopravvissuti, coloro cioè che nel processo di risoluzione del problema

sono più avanti o lo hanno già superato e quindi aiutano i nuovi arrivati. Chi aiuta è una specie di modello da seguire: tipico esempio è la figura dello sponsor nel gruppo dei Narcotici Anonimi.

Nel condividere le esperienze, quindi, ricavano benefici sia l'aiutante che l'aiutato: quest'ultimo vede nel primo il suo futuro e può pensare che la sua sofferenza non sarà permanente, ma può essere superata; chi aiuta acquisisce un senso di adeguatezza e di rinforzo dei propri comportamenti e delle aspettative connesse col suo nuovo ruolo di helper. In questo modo si favorisce il processo di empowerment dei soggetti coinvolti (Zani e Palmonari, 1996), accrescendo il loro senso di controllo e di padronanza sui vari problemi che li hanno condotti a partecipare al gruppo. Orford (1992) eviden-

zia altre funzioni, come il fornire sostegno di tipo informativo, (ad esempio, dare informazioni sulle conseguenze e gli effetti di certi farmaci nel caso di gruppi di malati cronici; oppure informazioni sui propri diritti, sulle opportunità lavorative, su eventuali aiuti di tipo economico disponibili, nel caso degli alcolisti); il favorire relazioni sociali, ed eventualmente nuove amicizie; offrire idee e suggerimenti su alcune strategie di fronteggiamento, cioè quando è più opportuno adottare strategie centrate sul problema (ad esempio, definire le caratteristiche della situazione stressante e pianificare una possibile soluzione) oppure centrate sulle emozioni (ad esempio, imparare a raggiungere un'adeguata "distanza emotiva" dallo stress, come nel caso dei familiari di alcolisti).

Fra i fattori chiave che possono spiegare in una certa misura il successo di questo fenomeno, c'è anche la carica ideologica del gruppo, il fatto cioè che l'organizzazione ha una sua filosofia di vita, una ideologia che si può esprimere anche in un programma di azione: si pensi al percorso dei 12 passi, un insieme di "principi spirituali" alla base della filosofia degli Alcolisti Anonimi.

Box 4.6

Rappresentazioni della solidarietà

Può essere interessante in una prospettiva psicosociale interazionista mostrare come le diverse concezioni della solidarietà vengono utilizzate e trasformate nel linguaggio quotidiano, facendo riferimento alle spiegazioni elaborate e condivise dalle persone, ai principi organizzatori delle loro rappresentazioni sociali.

In una ricerca condotta in Svizzera su un campione di giovani studenti e apprendisti (e relativi genitori), Clemence e Doise (2001) sono partiti dall'ipotesi che la percezione delle relazioni fra individui (o tra gruppi) influenza le prese di posizione sull'aiuto da fornire a soggetti che si trovano in una situazione di difficoltà, e costituisce quindi un elemento

centrale dell'organizzazione della rappresentazione sociale della solidarietà.

I risultati hanno mostrato l'esistenza di due facce della solidarietà: a) una centrata sulla valutazione delle relazioni sociali e dell'insicurezza, che dà luogo alla *solidarietà naturale*; b) un'altra basata sull'aiuto collettivo, la cui valorizzazione implica una *solidarietà attiva*. Queste due facce sono strettamente legate e variano secondo l'inserzione e l'implicazione sociale degli individui.

Più in particolare, dalla ricerca è emerso che, quando una società è percepita come un *insieme coerente e unito di individui*, tende a generarsi una visione omogenea dei suoi membri e quindi una stima

minore del grado d'insicurezza e della necessità d'aiuto per certe categorie sociali: l'analisi dei rapporti sociali viene formulata a livello delle relazioni interindividuali o delle disposizioni dei soggetti. Una spiegazione di questa situazione può ritrovarsi nell'ipotesi della credenza in un "mondo giusto" formulata da Lerner (§ 4.4): se le persone sono convinte che ognuno ha quello che si merita, ovviamente non ha senso promuovere rapporti d'aiuto reciproco e se uno è in difficoltà è colpa sua. «La solidarietà, come la discriminazione», dice Lerner, «sono in qualche modo iscritte geneticamente nella società»: si tratta di una solidarietà "naturale", che si traduce in

una valutazione positiva dei legami sociali connessa ad una valutazione minima degli aiuti da concedere agli altri.

Quando invece la società viene percepita come un *insieme fatto di divisioni, ineguaglianze e conflitti*, tende a generarsi un'immagine più complessa. In questo caso, infatti, vengono messe in maggiore evidenza le caratteristiche dei gruppi, vi è una tendenza a difendere un intervento attivo della collettività verso le minoranze, dato che la loro condizione è attribuita alle conseguenze di relazioni sociali ingiuste. Questa teoria implicita dell'aiuto reciproco suppone una solidarietà *più attiva* di quella che deriva dal credere in un mondo giusto.

§ 4.6 LA SOLIDARIETÀ SOCIALE NELLA DINAMICA DEI RAPPORTI CON GLI ALTRI

Queste analisi ci consentono di spostare l'attenzione dall'altro *singolo* all'altro *collettivo*, dal tema dell'altruismo a quello della *solidarietà*, vero *trait d'union* tra gli attori sociali e tra questi e la realtà sociale. Di tale nozione, così sfuggente e polisemica, sono state fornite definizioni ed interpretazioni anche diverse tra loro. Per Amerio (1996) essa «sempre più si identifica con il rivolgersi agli altri nell'ottica di una concezione della società che vede la giustizia, la dignità, l'uguaglianza nell'ambito di un fondamentale bene comune».

La solidarietà è la matrice socioculturale che in ogni società fornisce il senso, giustifica e motiva lo sviluppo delle relazioni interpersonali e dei rapporti funzionali: su di essa una collettività basa, anche in modo inconsapevole e perciò dato per scontato, le azioni e le regole della propria convivenza. Si forma sulla base di tre fattori dinamici: 1) il *riconoscimento comune* per cui un gruppo o collettività si identifica in un "noi", differenziato rispetto agli "altri"; 2) la *reciprocità*, data dalla fiducia esistente tra i componenti della collettività, che

Inoltre è stata messa in risalto l'esistenza di un legame causale tra le due concezioni della solidarietà (naturale *vs* attiva): più gli individui percepiscono il mondo sociale come privo di tensioni e di rischi, più si pronunciano per una restrizione degli aiuti rivolti agli altri. Questo dato viene interpretato dagli autori nel senso di considerare la solidarietà naturale come ancoraggio della solidarietà attiva. Esiste quindi un principio generale condiviso dalle persone intervistate che struttura la rappresentazione sociale della solidarietà, consistente nel legame tra percezione delle relazioni sociali e valutazione dell'aiuto. Questo principio si applica a situazioni particolari. Clemence e Doise

parlano di "frontiere" della solidarietà, mostrando come sia possibile individuare almeno tre elementi che favoriscono o frenano l'attuazione delle prestazioni d'aiuto.

Il primo di questi elementi riguarda le *categorie di persone* che si considerano bisognose d'aiuto: il bisogno viene connotato fortemente dalle caratteristiche delle persone, per cui si ritiene che gli anziani e i malati debbano ricevere più aiuti di quanto ne hanno attualmente; viceversa tossicodipendenti e stranieri, e soprattutto chi chiede asilo politico, vengono visti come persone che ricevono già aiuti in misura sufficiente.

Il secondo fattore psicosociale è la *stima dei rischi* corsi da un

giovane. Se si percepiscono come elevati i rischi alla propria salute fisica (o a quella di un figlio, se l'intervistato è un genitore), si pone maggiore enfasi sugli aiuti da destinare ad anziani e handicappati; mentre se sono più forti i timori di natura psicologica ed economica (disoccupazione), si pensa che debbano essere dati più aiuti alle categorie di esclusi (tossicodipendenti e immigrati).

Il terzo fattore è la *valutazione dei rapporti sociali*: più tale giudizio è pessimista, più le frontiere tra le categorie di beneficiari hanno tendenza a sfumare.

Forse la frontiera più preoccupante nell'ambito delle prestazioni d'aiuto è quella eretta su basi psicologiche: gli

autori parlano in proposito di "psicologizzazione della povertà".

In sostanza i soggetti, quando sono intervistati sulle cause della povertà, scelgono cause di tipo esterno e non sotto il controllo delle persone, ma quando devono caratterizzare le persone povere, sottolineano soprattutto delle disposizioni personali (debolezza di carattere, mancanza di volontà, pigrizia) e la responsabilità individuale più che elementi strutturali o le circostanze esterne.

Questa forma di "biasimo della vittima" è una razionalizzazione che implica una minor tensione all'aiuto, giustificato dalla inefficacia e dalla incapacità della persona a gestire le prestazioni che potrebbero esserle offerte.

favorisce la disponibilità all'interscambio nello spazio e nel tempo (tra le generazioni); 3) la *responsabilità*, che indica l'impegno che si intende assumere, le persone di cui farsi carico, per le quali si è disposti a pagare un costo. La solidarietà vive quindi sia delle espressioni di dono reciproco, sia delle più comuni espressioni di scambio di prestazioni e cose, rispettando le obbligazioni sociali esistenti (De Sandre, 2002).

Le componenti di tale concetto sono da rintracciarsi: a) nell'essere una condizione connessa al sentimento di identità personale, per cui legarsi agli altri è anche la condizione per riconoscere il senso di ciò che facciamo (Melucci, 1991); b) nell'orientamento all'eguaglianza, per cui l'azione all'interno dei "sistemi di solidarietà" (distinti dai "sistemi di interesse") mira a rendere uguali per tutti l'appartenenza a una determinata collettività; c) nell'essere un sistema di rapporti funzionali alla formazione dell'identità collettiva e una risorsa per la mobilitazione conflittuale. Il concetto di solidarietà non va quindi confuso con quello di altruismo. Esso non è sinonimo di generosità o di dedizione agli altri. Secondo Sarpellon (1994), la solidarietà nasce dall'impossibilità per l'individuo di agire isolatamente o dal suo conseguente interesse a stabilire forme di colla-

borazione con gli altri, quindi si basa sulla concordanza e la complementarità degli interessi.

La solidarietà si è certamente modificata nei tempi più recenti, nel senso che ora opera entro confini sociali che si sono andati restringendo: si sono mantenuti i rapporti solidaristici di tipo orizzontale (fra uguali), mentre è più rara e difficile la dimensione verticale (fra gruppi diversi e distinti). Se la solidarietà non è una scelta emotiva, ma una decisione razionale in vista di un fine comune, per ampliare i confini della solidarietà attuandola non solo “tra di noi”, ma anche “verso gli altri”, occorre individuare un obiettivo comune, capace di rappresentare una base di interessi condivisi, che vada oltre i ristretti confini dei singoli gruppi. Questa base può essere costituita dal rispetto di alcuni diritti umani fondamentali, come il diritto al lavoro retribuito, alla salute, all'istruzione, all'abitazione, alla dignità e alla partecipazione sociale.

Un'interpretazione in chiave psicosociale è fornita da Mucchi Faina (2001), che propone di considerare la solidarietà come «un valore e/o una motivazione che prescrive atteggiamenti partecipativi e/o condotte prosociali». Viene in particolare sottolineato che la solidarietà non è un semplice atteggiamento, ma la base di atteggiamenti e comportamenti; che comprende valenze di tipo cognitivo e di tipo affettivo; che l'aspetto affettivo-motivazionale della solidarietà può essere sia un comune sentire, sia un sentimento rivolto all'altro, oppure può derivare dallo sdegno provato di fronte ad atti di sopruso o di oltraggio verso valori fondamentali; infine, che può nascere non solo dalla somiglianza ma anche dalla differenza, non richiede cioè un'identificazione e coesione di gruppo (Box 4.5). La dimensione affettiva, di importanza centrale, si interseca con un secondo asse, ai poli del quale si pongono due forme diverse di solidarietà, quella *eterocentrata*, che nasce dalla considerazione di una distanza/differenza tra Sé e altro da sé, e quella *gruppo-centrata*, che si forma in riferimento ad una comune appartenenza.

Anche nell'analisi che Zamperini (2001) compie sui fattori psicologici in gioco nell'attivare azioni solidali da parte di spettatori attivi, si ritrovano in parte queste considerazioni. Esiste una dimensione intracomunitaria della solidarietà, che rimanda all'esistenza di una qualche forma di legame sociale, di un “noi” formatosi prima che si verifichi una situazione di emergenza. Ma la solidarietà va oltre i rapporti fra consociati e familiari, implica anche il problema dell'alterità: com'è possibile, si domanda l'autore, mobilitare una responsività verso una vittima, diversa da noi, estranea, distante psicologicamente?

Occorre considerare diversi fattori: da un lato i limiti della socializzazione, nel senso che un'educazione ai valori morali ricevuta in famiglia non è una causa necessaria per la solidarietà; dall'altro lato va esplicitato il ruolo forte delle emozioni nell'imprimere una direzione all'azione, assai più importante del ruolo esercitato dalle cognizioni, ma va anche riconosciuta la forza di alcune situazioni, che sembrano trascinare lo spettatore fuori dal torpore dell'inerzia. Altro fattore importante è la prospettiva Sé-altro, ma collocata in un contesto specifico: non è l'identificazione con l'umanità la leva dell'agire altruistico e solidale. La solidarietà non può essere assicurata completamente né da una legge

biologica né grazie ad una legge culturale. Il valore della solidarietà e la norma sociale dell'altruismo come orientamenti morali di un individuo sono elementi importanti che fanno parte di un contesto interattivo. Da un punto di vista situazionale e relazionale, la solidarietà è una costruzione: è il sistema di azioni congiunte che modella i significati, la forma e le identità dei partecipanti e delle loro relazioni.