

PROMUOVERE LA SALUTE!

IL DIFFICILE LAVORO DEGLI OPERATORI SOCIALI NEL CONTESTO SOCIO SANITARIO A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

FAUSTO GIANCATERINA

DIRETTORE DELL'U.O. DISABILITÀ E SALUTE MENTALE DEL COMUNE DI ROMA

Occorre reinventare la cultura che alimenta l'operatività delle persone impegnate nel lavoro di aiuto alle persone disabili. Non si può stare tranquilli pensando di avere acquisito una volta per tutte abilità operative, pensiero scientifico e conoscenze che permettono di percorrere con competenza i sentieri del contesto esistenziale delle persone con disabilità

Credo che gli operatori che lavorano nel mondo delle persone con disabilità debbano di tanto in tanto non solo incontrarsi per confrontarsi sul "fare" o su come "intervenire", "prendere in carico", "prendersi cura" (del resto tutti sinonimi del "fare"), ma soprattutto debbano incontrarsi per approfondire, conoscere, discutere, fare delle ipotesi. In sintesi: sospendere l'assillo del "fare" e riflettere sulla rotta che si intende seguire nel proprio comune agire.

Vale a dire: produrre conoscenza per sostenere il "fare" e per dare creatività al proprio lavoro. O meglio, per dirla con Manoukian¹, tentare di percorrere una *"conoscenza creativa per un lavoro sociale creativo"*. Proviamo un attimo - e mi rivolgo soprattutto agli operatori sociali - a vedere se nel nostro lavoro riusciamo ad agire in termini riflessivi e non puramente tecnici; a contestualizzare il nostro lavoro e poterci attrezzare per esercitare un ruolo di regia tra le diverse istituzioni coinvolte, data la complessità del lavoro nel settore della disabilità. Pensiamo, ad esempio, all'inclusione scolastica, all'assistenza personale e domiciliare, all'integrazione sociale e lavorativa, alle residenze per il "dopo di noi", in una parola: alla quotidianità di una persona disabile dove, più che una comprensione clinica, occorrono abilità nel conoscere, nel comprendere e nel sollecitare le diverse dinamiche istituzionali che condizionano o promuovono i diversi contesti di vita delle persone.

PERCHÉ PROMUOVERE LA SALUTE?!

Perché, dal mio punto di vista, è il tema centrale per poter riattivare la conoscenza e ricontestualizzare il lavoro sociale, partendo, ad esempio, dall'analisi delle logiche culturali e professionali che guidano, a volte in manie-

ra implicita e non riflessiva, l'operato di tutti i professionisti del nostro welfare. Perché, per quello che in questo ambito ci interessa, parlare di salute vuol dire affrontare, in un *approccio olistico*, il concetto stesso di disabilità, poiché, come ci ricorda l'OMS, salute e disabilità sono due concetti speculari. E quindi parlare di salute significa affrontare le *complesse situazioni delle persone con disabilità*, situazioni multiproblematiche che richiedono un'offerta di opportunità per il bene-essere, per "l'autonomia e la capacità di azione" delle persone. Ma significa anche che, contemporaneamente, occorre conoscere, esplorare e padroneggiare i contesti, i luoghi di vita, se vogliamo essere professionisti che, interagendo, sappiano condurre un efficace lavoro di regia. *In sintesi*: promuovere la salute nelle concrete situazioni storiche ed essenziali delle persone disabili, significa conoscere ed affrontare situazioni "fatte di gorgi, intrecci relazionali, sovrapposizioni di problemi psicologici con problemi economici. Significa capire che cosa vuol dire lavorare in queste situazioni, quali scambi avvengono in questi microcosmi, quali significati le persone danno alle cose e alle relazioni"². La salute - a meno che non vogliamo ricadere nello stereotipo "dell'assenza di patologia" - deve essere vista "all'interno di un *frame* concettuale multiforme, che la compone e la scompone attraverso le dimensioni della corporeità, delle attività [capacità d'azione], della socialità, degli ecosistemi e degli stili di vita"³.

Per la verità il sistema dei servizi, che dovrebbero per *mission* sostenere e promuovere la salute dei cittadini, in Italia fondamentalmente si regge su due logiche culturali ed operative che viaggiano quasi sempre come due parallele che non si fondono mai: "la logica sanitaria o *clinica*, vale a dire quella del pro-

durre guarigione da patologie in atto (curing). L'altra è la logica sociale, che è quella del prendersi cura secondo reciprocità (caring)"4.

Speculari a tali logiche abbiamo due blocchi professionali: le professioni sanitarie e le professioni sociali. Sarebbe lungo approfondire sia storicamente che culturalmente il perché di questa situazione. Sta di fatto che comunque ancora oggi si tenta di assegnare alle professioni sociali un ruolo ancillare soprattutto all'interno del servizio sanitario. In questo senso preme dare uno spunto di riflessione citando *Folgheraiter*, il quale, nel mettere in rapporto le due categorie professionali, osserva: "le professioni sociali si sono sentite attratte dal fascino e dalla semplicità cognitiva dell'oggetto delle loro consorelle sanitarie (produrre guarigione, appunto), così come anche dal loro stesso status oggettivamente superiore [...]. Le professioni sociali non solo hanno disconosciuto il senso della loro denominazione, ma non hanno neppure saputo rivendicarne i giusti pregi"5. E uno degli aspetti, poco riconosciuti, ma peculiari delle professioni sociali, è quello di lavorare nella complessità. Una complessità, che richiede di dover conoscere le cause che hanno prodotto la disfunzione o lo svantaggio, nonché le interconnessioni, i mezzi, gli strumenti e i modi necessari per modificare quella situazione di svantaggio. Questo significa che oggettivamente l'intervento d'aiuto, deve tenere in giusta considerazione i molteplici aspetti, le dimensioni e le relazioni che oggettivamente entrano in gioco. Qual'è allora la specificità del lavoro sociale nell'ambito della disabilità e rispetto alle altre aree professionali di aiuto? "Tutte le professioni di aiuto, per definizione, hanno a che fare con *disfunzioni*, ma non tutte con quelle particolare disfunzioni definibili come *patologie* personali in senso stretto. Il lavoro sociale si distingue per il fatto di non rivolgersi *direttamente* alla patologia personale, come invece fanno le altre professioni di aiuto, bensì a diversi ordini di problemi i quali possono essere *correlati* o *meno* a diversi ordini di patologia, ma che non sono la patologia stessa"6.

IL PROCESSO DI AIUTO

I problemi che causano disagio personale e sociale in una persona disabile derivano sostanzialmente dall'intreccio delle conseguenze di patologie personali. Proviamo a conoscere quali reazioni si attivano sia nell'ambito della famiglia che all'interno del sistema dei

servizi.

Prima di tutto vediamo che cosa succede in una famiglia quando nasce un bambino con disabilità. Quando nasce un bambino con ritardo mentale, o con deficit motorio, o sensoriale, o con malformazioni o patologie congenite, o si verifica una condizione personale di forte non autosufficienza, viene sconvolto l'equilibrio familiare e le nuove difficoltà richiedono un investimento di energie per far fronte alla situazione.

Questa famiglia ha bisogno di capire, di riorganizzarsi, di un sostegno immediato per trovare le risposte a problemi e ansie che prima non aveva. Ha bisogno di aiuto per l'assistenza materiale, ma anche psicologica, ha bisogno spesso di un sostegno economico, poiché si verifica un sovraccarico di compiti e un conseguente bisogno di rinforzo della abilità di gestione e di fronteggiamento, specie se il lavoro di cura subisce una concentrazione di incombenze su un familiare piuttosto che su un'equa distribuzione tra tutti i membri. Ed è da tutto questo che possono derivare i principali problemi che generano stress aggiuntivi alle famiglie. Essi riguardano non tanto le situazioni eclatanti ed eccezionali, ma la normalità esistenziale che si dilata a dismisura, senza possibilità di soluzione. Nel prendersi cura e nell'assistenza non solo mancano quelle pause tipiche nella cura dei figli, ma non si verificano neppure quei minimi cambiamenti nella *routine* di tutti i giorni, che si presentano sempre uguali, con pesante monotonia, e chissà per quanti anni. Notevole è poi l'impatto sulle relazioni sociali. Le occasioni di svago, relax e tempo libero - importanti per il recupero di energie fisiche e psichiche - sono spesso impediti o ridotti o condizionate dalle esigenze del figlio disabile.

Le famiglie dei disabili spesso si sentono (e sono) più sole delle altre famiglie. Il numero e la quantità delle loro relazioni con altre famiglie o persone esterne al nucleo familiare si riducono o, addirittura, si interrompono. La nascita, l'ingresso nella scuola, le scelte dopo l'obbligo, l'adolescenza, lo sviluppo sessuale, l'orientamento lavorativo, l'autonomia in età adulta, il distacco sono temi e momenti fondamentali dell'esistenza di un figlio e di ogni famiglia, e sono normalmente affrontati, con la tipica speranza e gioia, ma anche con i relativi dubbi e ansie. Questi avvenimenti sono resi molto gravosi quando la mediazione con i servizi e le agenzie formative implica una fatica "in più" per incomprensioni, per dover

rendere accettabile anche situazioni di diversità. Inoltre, spesso anche la famiglia stessa deve elaborare al proprio interno un'accezione della disabilità. I membri della famiglia spesso non reagiscono allo stesso modo e i problemi del bambino disabile possono ripercuotersi sulla crescita di un fratello, le sofferenze di un genitore possono tradursi in reazioni di chiusura e isolamento ... a volte di solitudine.

Questa famiglia ha quindi bisogno di sostegno per affrontare nel modo migliore tali difficoltà aggiuntive e non rimanere prigioniera dell'isolamento sociale a causa dell'assorbimento delle attenzioni per la cura del figlio disabile. Non è quindi possibile, affrontare i problemi connessi alla disabilità, ignorando la stretta relazione tra la persona disabile e la sua famiglia.

Ogni situazione familiare è una storia originalissima, in cui convivono esperienze diversissime. Due componenti sono comunque comuni a tutte: le difficoltà aggiuntive dovute alla particolarissima situazione e le risorse che si attivano e che rendono possibile ogni miglioramento. Occorrono progetti operativi che pensino al disabile, ma anche alle loro famiglie per permettere alla famiglia di acquisire competenze, di avere momenti di confronto e di sostegno psicologico e pratico nel prendersi cura del figlio disabile. Questi momenti hanno l'effetto di *respite* dei familiari, potenziando le loro capacità di continuare a gestire la situazione, contenendo a livelli accettabili lo stress e migliorando così la qualità della vita familiare. Per far fronte a tali complesse situazioni il sistema dei servizi di aiuto dovrebbe attrezzarsi e coordinarsi, diventando una risorsa per la famiglia. In realtà questo sistema spesso si presenta fortemente complicato, frammentato, a volte ridondante e inadeguato, fa fatica a dialogare con i suoi vari componenti e questo suo essere stride pesantemente con l'obiettivo dichiarato di salvaguardare l'unitarietà delle persone e delle famiglie alle quali deve dare risposte! Esiste quindi un problema strutturale e organizzativo dei servizi che spesso produce altro stress per le famiglie. Non tutti i servizi sono convinti che le persone disabili e le loro famiglie siano prima di tutto una risorsa fatta di competenze, di conoscenze e di esperienze che hanno solo bisogno di un interlocutore autorevole con il quale dialogare ed esercitare il ruolo di co/produttori del benessere personale e comunitario.

La pratica della "presa in carico" talora non viene percepita come guida sicura nel cam-

mino esistenziale della persona disabile, ma spesso è solo un argomento retorico da tirare fuori nelle giornate di studio o in circostanze simili. Occorre chiedersi se non sia opportuno rivedere i contenuti formativi delle professioni di aiuto. La stessa competenza del professionista può diventare una competenza chiusa, se non dialoga, "perché ritiene che il proprio sguardo competente elimini ogni altra realtà e porta a non vedere altro se non le realtà contenute nella propria competenza, privilegiare e considerare unicamente importanti le realtà che si vedono attraverso la propria competenza, trascurando le interazioni e le relazioni tra quelle realtà e il contesto, o meglio i contesti"⁷.

La buona qualità della vita, ovvero la salute, richiedono un lavoro sinergico e integrato tra le professioni sanitarie, le professioni sociali, le famiglie e il contesto sociale. Il rapporto con le famiglie richiede alta sensibilità e senso di disponibilità che deve avere come obiettivo quello di portare alla percezione di un unico servizio come *servizio amico* che è disponibile, da subito, a mettersi a fianco della famiglia, a mettere a disposizione le giuste informazioni, ad orientare verso scelte plausibili, ad accogliere suggerimenti e cambiamenti. E' un servizio che collabora con la famiglia per costruire rapporti di fiducia per non consumare tutte le energie sugli interventi terapeutici, ma per sviluppare un allargamento delle relazioni e delle dinamiche positive per la partecipazione della comunità al problema e per la costruzione di legami tra le stesse famiglie, considerando anche possibilità di *self-help* e di ricerca concordata di soluzioni comuni a problemi comuni. Un servizio diventa veramente amico e si pone a sostegno delle famiglie, "se è accessibile, spazialmente, temporalmente e nello stile, non solo perché la porta è aperta, ma perché i cuori e le intelligenze sono aperte. E' capace di guardare ai bisogni complessivi degli utenti, e non soltanto ai bisogni clinici, ed è complessivo anche verso se stesso, cioè opera sempre in continuità con tutti i suoi "pezzi". E' intelligente e fa proprie anche risorse non proprie, attivando connessioni e solidarietà. E' competente non soltanto nell'erogare trattamenti, ma nell'erogare servizi, ciò che è una "politica" dei trattamenti. E' interattivo al suo interno, nel senso che l'équipe non è una "fila" di figure diverse, ma una strategia di lavoro ed è interattivo all'esterno, nel senso che dialoga con il territorio"⁸. Programmi seri e ben calibrati mirano a trasmettere ai genitori

una gamma ben precisa di abilità educative per l'attivazione e il potenziamento delle risorse intra/familiari nell'ottica della creazione di una effettiva *partnership* "tecnica" tra genitori e professionisti.

QUALE PARADIGMA

Qual è allora il paradigma utile per gestire correttamente una situazione di disabilità? "Il sistema riabilitativo/assistenziale italiano, ispirandosi prevalentemente al criterio clinico/sanitario anziché a quello pedagogico, ha finito così di identificare ogni disagio con la malattia, smarrendo la complessità dell'autentica relazione d'aiuto"⁹. Il desiderio esasperato di una identificazione clinica che - come abbiamo detto - spesso nasconde più che altro una competizione con le professioni sanitarie, spinge verso l'inquadramento di un paradigma clinico/terapeutico anche attività che, sinceramente, hanno una diversa e più semplice identificazione. Ecco allora che il gioco diventa "ludoterapia", l'espressione corporea diventa "danzaterapia", teatro e espressioni artistiche diventano "art-therapy", il lavoro diventa "ergoterapia" e via dicendo. Per fortuna anche all'interno dell'universo della riabilitazione si sta affermando il "paradigma relazionale, con una sensibilità sempre più accentuata per gli aspetti pedagogici e sociali di promozione di senso e progettualità di vita, ritenuti propedeutici rispetto ad ogni tipo di intervento specifico"¹⁰. E' opportuno ricordare la definizione di "riabilitazione" contenuta nelle "Linee guida sulla riabilitazione del Ministero della Sanità del 1998: "la riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative". Viene in proposito opportunamente ricordato che "Nel settore sociale, nelle azioni tese alla piena integrazione delle persone, la relazione d'aiuto deve legittimamente affrancarsi dal modello clinico e dalla metodologia della riabilitazione, diventando finalmente ciò che deve essere, e cioè relazione educativa, nel suo significato di azione tesa a promuovere lo sviluppo autonomo e responsabile della persona e di integrazione sociale con una piena partecipazione al contesto familiare e sociale di appartenenza"¹¹. Il vecchio approccio lineare: malattia o disturbo - menomazione - disabilità - handicap, è ormai un approccio da abbandonare

poiché non aiuta a capire l'influenza circolare che le situazioni personali e le influenze ambientali hanno sul benessere o sul malessere delle persone. L'intervento sociale si distingue per il suo alto dichiarato obiettivo di integrazione. Le professioni sociali si differenziano dalle altre professioni di aiuto per una maggiore complessità - per una maggiore apertura ed esaustività della loro azione verso il benessere. Lo inquadrano in termini non specialistici e non parcellizzati, nel senso che non selezionano specifici stati interni alla persona, collocabili nelle loro differenti sfere intrapersonali, ma guardano per l'appunto all'intera azione risultante.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella "*Nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*" (ICF), ha indicato nel modello ecologico l'intervento per le persone con disabilità. E' il modello multidimensionale "biopsico-sociale", vale a dire: lo stato di benessere abbraccia in modo totale tutta la persona nelle sue manifestazioni biologiche, psicologiche e sociali per cui "le conseguenze di una condizione di salute vanno considerate in termini di funzionamento". La descrizione del funzionamento e della disabilità prende quindi in considerazione tre aspetti differenti: corpo, persona e persona in un contesto (fisico, sociale, attitudinale, ecc). La nuova classificazione pone come centrale la qualità della vita delle persone affette da una patologia; permette quindi di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena"¹².

Quindi come il concetto di salute è un concetto multidimensionale, lo è anche quello di disabilità, poiché salute e disabilità condividono le stesse dimensioni concettuali. Le parole chiave della nuova classificazione sono quindi: *attività* e *contesto*.

Il termine **attività** è inteso come *capacità di azione o autonomia*. Vale a dire è "la competenza ad agire come costrutto che possa orientare sia gli aspetti cognitivi, sia quelli operativi [...] e non certamente solo in termini di senso, tensione verso, o individuazione di un fine da parte di qualcuno [...] bensì come approccio che renda conto della complessità dell'azione. L'azione nasce come 'processo relazionale' in cui l'interno e l'esterno, il soggetto e il contesto interagiscono in forme plurime"¹³.

Altra parola chiave è **contesto**. "La compe-

tenza ad agire è una dote soggettiva incarnata in un ambiente che diventa di volta in volta incubatore e moltiplicatore, oppure luogo inibitore e riduttore di tale competenza. Viene a costituirsi come il risultato di un intreccio o di una interazione, come contenitore. E' il luogo delle interazioni [...] per questo nell'immaginare gli interventi, diventa importante rappresentarsi la *competenza ad agire* come luogo di incontro e confluenza tra risorse personali e risorse ambientali. Il contesto diviene il luogo in cui l'azione viene a costituirsi"¹⁴. In tale prospettiva l'ambiente è inteso come fattore contestuale determinante nel definire la disabilità, e [dunque] può essere *una barriera o un facilitatore*. L'ambiente viene identificato nel senso ampio del termine, dal contesto familiare all'assistenza sociosanitaria, alla scuola, alle politiche sociali e del lavoro presenti in un Paese. Quindi parlare di salute per le persone con disabilità significa, in sintonia con l'OMS, parlare di sostegno alla loro *capacità d'azione* in rapporto ai loro bisogni personali e in rapporto al *contesto* culturale e sociale in cui vivono. Il benessere (ovvero, la salute) ha molti

sensi e molte forme ha molte dimensioni: dimensioni dei bisogni primari; dimensioni psicologiche; dimensioni sociali e culturali.

Solo una valutazione ed un progetto multidimensionali possono quindi concorrere al *ben-essere* personale e sociale, al conseguimento di una buona qualità della vita e di una cittadinanza piena, soprattutto per persone che hanno già diversi e difficili problemi da risolvere. Il processo di aiuto si attua con due fondamentali componenti. Interagisce con la persona per promuovere e rafforzare la sue personali capacità e interagisce con il contesto, facendo attenzione alle opportunità che l'ambiente può offrire. Quindi, sostenere e promuovere la "capacità di azione" della persona con disabilità significa affrontare la complessità e le potenzialità dell'interazione tra soggetti del *welfare*, tra mondi vitali e gli interventi professionali per promuovere ogni forma di inclusione sociale.

SERVONO NUOVI MODELLI D'INCLUSIONE

L'inclusione richiede di: "ricomporre in un quadro unitario tutti gli ambiti che, con mag-

Accreditare il sentire come risorsa nel lavoro di cura

L'umanizzazione promuove "il sentirsi a casa" e presuppone un superamento delle rigide separazioni simboliche (oltre che materiali) tra l'interno, il privato, il familiare (intesi come luoghi dove il prendersi cura abita ordinariamente) e il pubblico, l'esterno, l'anonimo, dove il prendersi cura non ha cittadinanza, dove le regole e i confini tra gli ambienti e le persone sono sottolineati da molteplici segnali spaziali che hanno lo scopo di ricordare una condizione di "non familiarità". Laddove si persegue un superamento di barriere e stereotipi, verso una "contaminazione" tra familiare e pubblico (comunità, servizi educativi, centri residenziali, hospice), la struttura organizzativa, l'affiancarsi di competenze professionali diverse ed anche atipiche tendono a valorizzare persone e relazioni nel comune mondo della vita (*Lebenswelt*). Le strutture gerarchiche, sorrette su ruoli, missioni, compiti e funzioni, immobilizzano le prospettive di cambiamento. Perseguendo l'obiettivo di rendersi impermeabili ad ogni destabilizzazione, finiscono per coltivare all'interno forme perverse di disfunzionamento; percorsi improntati ad apparente linearità appaiono invece penosamente segmentati. Del tutto inadeguate a rispondere alla complessità delle relazioni del mondo contemporaneo, queste organizzazioni procedono in modo autoreferenziale, esposte al "cortocircuito" delle professionalità che assorbe e brucia le energie psicofisiche, producendo distacco emotivo, come difesa da una dimensione affettiva che non riceve adeguato riconoscimento professionale e non ha luogo per essere condivisa. Dove invece l'aver cura fonda su un cambiamento organizzativo e promuove condivisione di pensieri, vissuti, è possibile "uno scambio quotidiano di parole e sentimenti che avviene tra gli operatori che definisce e ridefinisce di continuo tutto il senso del chi siamo e del compito che ci aspetta". Accreditar il sentire come risorsa nel lavoro di cura significa quindi assumere le conseguenze organizzative di tale riconoscimento, ossia scegliere la responsabilità di risignificare le azioni relazionali affinché le istituzioni diventino luoghi di condivisione, dove possano essere ascoltati i vissuti, i pensieri progettanti, la cura di sé degli operatori e la cura dei gesti che li mettono in relazione con gli altri. A queste condizioni le istituzioni e i servizi possono rifondarsi come luoghi di incontro tra persone che vivono l'organizzazione secondo direzioni di senso consapevoli e condivise.

Vanna Iori, *Il lavoro di cura tra razionalità e affettività*, in, AA.VV., *L'etica della cura*, Angeli 2008

giore o minore responsabilità e interrelazione, intervengono nel processo biografico formativo: la famiglia, la scuola, i servizi, le associazioni, ma anche le reti informali della società come i gruppi, i compagni, il vicinato, i conoscenti che a vario titolo interagiscono con il disabile". "Questa rete di interdipendenze è essenziale in quanto il concetto di inclusione richiede di pensare non solo a luoghi e istituzionali aperti, ma anche agli altri luoghi dell'inclusione, quelli meno formali a volte inattesi, ma potenzialmente forti e significativi, che consentono di concretizzare un progetto integrato ed evolutivo"¹⁵. Può in questa prospettiva essere ancora sostenibile la divisione istituzionale, culturale e operativa oggi esistente? C'è chi ritiene che il paradigma di rete sia ormai inadeguato perché la parola *rete* finisce per essere in un certo senso riduttiva per esprimere tutta la ricchezza dell'idea di trasformazione, di cambiamento e di creazione di un prodotto che nasce dall'andirivieni operoso delle persone (operatori e non) che quotidianamente mettono le loro energie, il loro pensiero, i loro sentimenti al servizio di un progetto condiviso di persona, di mondo, di società. Io ritengo che sia proprio la capacità di sperimentare con creatività un sistema di lavoro condiviso, fatto di strategie comuni, che crea connessioni e che può dare il vero senso alla parola *rete*. Questa ritengo sia una modalità importante per arrivare insieme ad una trasformazione che riguarda non solo le singole persone, ma anche le fisionomie dei servizi, gli stili del loro lavoro, la percezione del proprio operare nel contesto sociale e forse anche il poter rigustare emozioni e sentire sintonie tra le

persone con il piacere di fare una cosa vera e unica. Si tratta di avviare esperienze che sappiano viaggiare all'interno di contesti che, purtroppo, non sempre sono coerenti e non sempre sono facilitatori di connessioni e promotori di obiettivi condivisi. In tutto questo insieme di contesti spesso si seguono logiche divergenti e solistiche che non sempre aiutano a dare senso generale al lavoro sociale e salute alle persone con disabilità. Occorre allora reinventare la cultura che alimenta l'operatività delle persone impegnate nel lavoro di aiuto alle persone disabili. Non si può stare tranquilli pensando di avere acquisito una volta per tutte abilità operative, pensiero scientifico e conoscenze che permettono di percorrere con competenza i sentieri del contesto esistenziale delle persone con disabilità.

Forse un po' di fantasia e di creatività riporta vigore e senso alla quotidiana *routine* e alla faticosa lentezza dei cambiamenti nel lavoro sociale. E ci permette di non abbandonare i sentieri virtuosi della responsabilità professionale, poiché, come afferma ancora F.O. Manoukian, "Non essere creativi, nel lavoro sociale, significa stare dentro visioni amministrative dei problemi e delle azioni, dentro conoscenze tecniche che in funzione delle soluzioni trovano i problemi. Alla lunga, significa rinforzare la quotidianità anziché modificarla, e sentirne tutto il peso. Un lavoro sociale creativo, invece, cerca di rendersi sensibile alle circostanze per far emergere il potenziale inespresso. Prova a riformulare i problemi in contesti sempre più larghi, nel tentativo di riaprire l'azione a una funzione generativa e costruttiva".



Note

- 1 Manoukian F. O., *Per un lavoro sociale creativo*, Animazione Sociale, n. 10-2002.
- 2 Manoukian F. O., *ibidem*, p. 23.
- 3 Franchini R., *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Erickson, Galdarolo (TN), 2007, p. 53.
- 4 Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Angeli, Milano 1998.
- 5 Folgheraiter F., *ibidem*, pg. 65.
- 6 Folgheraiter F., *ibidem*.
- 7 Canevaro A., *Disabilità. L'inclusione competente*, Appunti sulle politiche sociali, n. 6/06, p. 2.
- 8 Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento*, ETAS Libri, Mimano 1995, p. 30.
- 9 Franchini R., *ibidem*, pg. 53.
- 10 Franchini R., *ibidem*, pg. 56.
- 11 Franchini R., *ibidem*, pg. 57.
- 12 Leonardi M., ICF. *La Classificazione del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS*, relazione al 4° Convegno internazionale "La Qualità dell'integrazione è la Qualità della scuola", Rimini 14-16 novembre 2003.
- 13 Colaianni L., *La competenza ad agire nelle situazioni problematiche*, "Animazione sociale", n. 4-2004, p. 26/64.
- 14 Colaianni L., op. cit., pg. 27.
- 15 Animazione Sociale, n. 10/02, p. 74