

ACCOMPAGNARE L'ESISTENZA.

L'APPROCCIO EDUCATIVO NELLE STRUTTURE DEL PROGETTO RESIDENZIALITÀ DEL COMUNE DI ROMA

MARIO ARMELLINI

EDUCATORE, RESPONSABILE DI CASA FAMIGLIA

Porre al centro della propria pratica professionale la capacità d'azione di chi ufficialmente non ne ha, significa superare il concetto di utente e di esperto; la complessità di una persona mal si adatta ad essere ridotta a facili linearità deterministiche

Il Progetto Residenzialità, ideato nel 1995 e avviato nel 1997, oggi conta 54 strutture che ospitano un totale di 397 adulti con disabilità. Il Progetto, che si inserisce in una più ampia rete di servizi per utenti disabili, è uno dei frutti del mutamento di prospettiva culturale che ha permesso il passaggio da una concezione assistenzialistica del servizio sociale ad una concezione socio-educativa centrata intorno all'idea di un diritto al benessere.

Si tratta di un processo che è giunto a definire un nuovo approccio alla persona con disabilità, che ha sviluppato nuove prassi e concetti come quelli di *presa in carico* e di *qualità della vita*, che ha prodotto strumenti innovativi come l'ICF (OMS 2001), dove non si parla più di *handicap* ma di *partecipazione* (Croce 2007).

Nel modello bio-psico-sociale adottato dall'OMS, lo stato di benessere abbraccia tutta la persona nelle sue manifestazioni biologiche, psicologiche e sociali. La salute viene definita come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo assenza di malattia o infermità". Pertanto, le conseguenze di una condizione di salute vanno considerate in termini di *funzionamento*. "La nuova classificazione pone come centrale la qualità della vita delle persone affette da patologia e permette di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena" (Leopardi M., cit. in Giancaterina 2006, p.78)

Le parole chiave della nuova classificazione sono *attività* e *contesto*. Il termine *attività* sta per capacità d'azione o autonomia, mentre il *contesto* (inteso in senso ampio, cioè scuola, famiglia, servizi, politiche sociali, ecc.) è il luogo dell'azione che può inibire o facilitare la competenza ad agire. Se la disabilità non

è più la caratteristica di un individuo, ma piuttosto la risultante di una complessa interazione di fattori, molti dei quali riguardano l'ambiente, parlare allora di salute per le persone disabili è parlare non tanto di "bisogni assistenziali", quanto di sostegno alla loro capacità d'azione in rapporto ai loro bisogni e al contesto in cui vivono (Giancaterina 2006, 77-81). Depatologizzata la sua condizione, per la persona disabile diventa ora possibile, e necessaria, una progettualità educativa, la possibilità cioè di "esser tratto fuori", nel senso etimologico del termine "educare" (ex-ducere), da una condizione che gli impedisce di crescere e di vivere una vita qualitativamente accettabile. Su queste fondamenta culturali nasce il Progetto Residenzialità e, con esso, le nostre Case Famiglia.

LA SPECIFICITÀ DEL LAVORO SOCIALE

La spinta culturale che ha prodotto radicali mutamenti nella lettura della disabilità e del sistema del welfare, ha creato al contempo nuove figure professionali e sollecitato la ridefinizione di figure preesistenti, rilanciando lo sforzo teorico di delineare la peculiarità del lavoro sociale rispetto al modello sanitario. Nella sua essenza, il lavoro sociale si distingue da tutte altre professioni d'aiuto perché si fonda proprio sulla presunzione di una "capacità d'azione" dei soggetti ai quali si rivolge. L'operatore sociale non si trova dunque di fronte pazienti passivi, ma soggetti capaci d'azione, qualunque sia la loro condizione (Folgheraiter 1999, 20).

Porre al centro della propria pratica professionale la capacità d'azione di chi ufficialmente non ne ha, significa superare il concetto di utente e di esperto e rinunciare all'idea che l'operatore abbia uno schema d'azione

"tecnico" predefinito, perché la complessità di una persona mal si adatta ad essere ridotta a facili linearità deterministiche.

Un ulteriore elemento di specificità del lavoro sociale è dato dal concetto di lavoro di rete. Quando un operatore sociale incontra un soggetto, incontra in realtà una rete di soggetti che interagiscono. Un problema sociale, perciò, non è mai un singolo individuo in difficoltà, ma una dinamica relazione complessa tra diversi attori. Il lavoro con questo soggetto diventa allora un lavoro indirizzato verso la rete naturale di cui fa parte e che già lavora per conto suo, in forma più o meno cosciente ed organizzata. Il lavoro sociale è, pertanto, anche un lavoro di rete intenzionale finalizzato ad ottimizzare le risorse della rete naturale del soggetto, teso ad attuarne le potenzialità.

Il lavoro sociale mantiene un focus sulle relazioni, sulla dimensione sociale della persona e sulla rete di cui fa parte. La relazione è "la realtà del mondo sociale" (Folgheraiter 1999, 208). La capacità di curare le relazioni, di stare nella relazione, è pertanto competenza fondamentale e specifica dell'operatore sociale.

Il lavoro sociale non si focalizza sugli aspetti specialistici e dunque sulle specifiche patologie o carenze. E non identifica mai la persona con la patologia o il problema che l'affligge. In questa ottica, Tizio non è disabile, esattamente come Caio, con diagnosi di schizofrenia, non è schizofrenico. O Sempronio, che ha una bronchite cronica, non è bronchitico. In questa logica, potremmo dire che i disabili esistono solo nella visione sanitaria o assistenzialistica. In una dimensione socio-educativa, infatti, esistono persone, non disabili.

Il lavoro sociale, che si proietta nell'azione possibile, invece di soffermarsi sul problema in sé, è caratterizzato da una sorta di pensiero positivo che guarda ai punti di forza più che alle carenze¹.

L'intervento nelle nostre strutture si muove tra due poli: assistenziale e educativo, tra logica sanitaria (*curing*), assimilabile a quella assistenziale, e logica sociale (*caring*), che è quella del prendersi cura secondo reciprocità (Folgheraiter 1998, 35; Giancaterina 2006, 57). Due logiche essenziali, di fatto inseparabili ma profondamente diverse tra loro. Mentre la logica del *curing* è specialistica e sostenuta da professioni forti, quelle sanitarie, ultra specializzate, la logica del prendersi cura (*care*) è

sostenuta da professioni "deboli", evita lo specialismo e interviene sul benessere complessivo della persona (Folgheraiter 1998, 88).

L'operatore sociale incontra sempre soggetti attivi, fonte di azione dotata di senso, mai oggetti passivi d'intervento. Quanto più la persona ha parte attiva nel curare i propri bisogni, tanto più è nelle condizioni di esperire benessere. Si tratta di una consapevole o inconsapevole soddisfazione di padroneggiare la propria condizione, di poterla dominare in qualche modo o di dare ad essa un senso accettabile.

E' il concetto di *empowerment*, cioè il "presumere negli altri capacità di azione e lavorare per sostenere e sviluppare (*enabling*) capacità preesistenti, anche se basse o addirittura prossime allo zero" (Folgheraiter 1999, 22). "Aiutare", per l'operatore sociale, vuol dire essenzialmente riconsegnare al soggetto la sua libertà e la sua responsabilità (Natoli 1999, 44).

Le due pietre d'angolo delle professioni sociali sono l'assistente sociale e l'educatore professionale. E' possibile definirne le specificità a partire dal concetto centrale del lavoro sociale che è la capacità di azione.

La capacità d'azione (o autonomia) può essere disaggregata in tre stati diversi e tra loro interdipendenti: *autosufficienza* (autonomia basilare), *autorealizzazione* (autonomia superiore), *eterorealizzazione* (autonomia sociale) (Folgheraiter 1998, 129).

Quando il deficit di azione è già rilevabile, ci si può adoperare per circoscriverlo o compensarlo (assistenza), o si può cercare di ridurlo attraverso l'apprendimento di competenze, abilità e atteggiamenti deficitari (riparazione). Quando il deficit non si è ancora evidenziato si può agire per evitarlo attraverso il rafforzamento di competenze e di abilità già presenti (prevenzione) o insegnandone delle nuove (promozione).

In estrema sintesi, si può dire allora che il servizio sociale predispone progetti per la gestione di situazioni contingenti, collocandosi entro l'orizzonte dell'assistenza (assistenti sociali), mentre l'educazione sociale sviluppa progetti per il cambiamento personale (educatori professionali) (Folgheraiter 1998, 150). La dimensione educativa definisce "il processo attraverso cui si forma pezzo su pezzo la personalità, e dunque il cuore del benessere individuale" (idem). Il cambiamento è il paradigma fondamentale dell'evento educativo (Demetrio 1990, 32 e seg).

Nell'esperienza delle nostre Case, che possono essere dirette sia da un assistente sociale che da un Educatore, i confini teorici tra questi due profili professionali tendono a cadere. Le Case, nate nell'ottica educativa cui si accennava sopra, si muovono sull'intera gamma della capacità d'azione. In questo senso, i colleghi assistenti sociali che dirigono una buona metà delle Case del Progetto, sono diventati (mi perdonino) sempre di più educatori.

L'EDUCATORE PROFESSIONALE

Nonostante l'esperienza accumulata sia nel settore pubblico che nel privato sociale, l'educatore professionale (EP) ha avuto fino ad ora solo riconoscimenti parziali e frammentati. Basti pensare che in Europa l'EP italiano è l'unico ad avere una doppia formazione e un profilo monco.

Fino ad oggi, il suo profilo è stato normato solo dal Ministero della Salute con il D.M. 520/98 grazie al quale l'EP è entrato a far parte delle 22 professioni sanitarie previste dalla legge di riordino della Sanità (decreto legislativo 502/92) ed è stato incluso fra le professioni dell'area della riabilitazione. In questo profilo l'EP è definito e riconosciuto come un "operatore sociale e sanitario". In pratica, si riconosce che l'EP non è un operatore che interviene esclusivamente nei servizi sanitari, ma anche in campo sociale e socio-sanitario. Pur essendo la Sanità la sola ad aver riconosciuto e normato una professione che conta più di 25.000 addetti nel nostro Paese, si è ritenuto in quella sede specificare che la giusta collocazione per questa figura sarebbe stata nei profili dell'area socio-sanitaria previsti dal decreto legislativo 229/99, profili che non sono mai stati emanati. Così come, del resto, non sono stati ancora emanati i profili dell'area sociale, previsti dalla legge 328/2000 all'art. 12.

La mancata definizione di un profilo educativo nel campo sociale e socio-sanitario, crea situazioni di scompenso e confusione a tutti i livelli: infatti, mentre in ambito sanitario esiste una normativa per l'abilitazione e l'esercizio della professione, in ambito sociale e socio-sanitario non esiste alcuna regolamentazione.

In realtà, non esiste differenza operativa e metodologica fra gli EP che lavorano in un servizio sociale o in un servizio socio-sanitario. Non esistono nella pratica diversi tipi di educatori: ci sono, invece, diverse e confuse denominazioni per intendere la stessa profes-

sionalità.

La formazione a livello universitario dell'EP oggi è divisa tra una laurea triennale organizzata dalle facoltà di Scienze dell'Educazione, che non ha alcuna abilitazione professionale riconosciuta, e una laurea specifica organizzata presso le Facoltà di Medicina nella classe 2^a delle lauree per le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione e che abilita alla professione in campo sanitario. Poi ci sono le lauree quadriennali in Scienze dell'educazione (Classe XVIII del precedente ordinamento), considerate specialistiche con l'attuale organizzazione didattica e che ugualmente non abilitano alla professione in campo sanitario.

Questa doppia formazione è una anomalia che non è utile né al professionista, né all'utenza, né tanto meno ai servizi. Occorre, anche in Italia, unificare la figura di Educatore Professionale e una formazione abilitante alla professione nell'ambito di tutti i servizi sociali, socio-sanitari, sanitari e penitenziari. L'ANEP (Associazione Nazionale Educatori Professionali) si batte da anni per affermare questo principio.

Considerato da sempre una figura a *status* debole, privo di un retroterra teorico e di uno statuto epistemologico definiti, figura professionale "liquida" per eccellenza (Tramma 2003, 11), l'EP ha imparato ad abitare l'incertezza e la fluida complessità del lavoro sociale, a modellare la sua professionalità a contatto con una grande varietà di tipologie d'utenza e di servizi (AA. VV., 1996). La molteplicità delle sue mansioni appare estremamente ampia e resistente a ogni tentativo di riduzione in un quadro ordinato e di ridotte dimensioni (Tramma 2003, p.16). Tale difficoltà fa parlare di "debolezza" strutturale di una professione il cui processo di individuazione, e dunque anche la sua definizione rispetto ad altre figure professionali, appare sempre in corso e mai concluso.

PROGETTARE CON

In base al concetto di "funzionamento globale e multidimensionale" adottato dall'OMS, "la gamma delle possibilità di benessere della persona disabile si dilata se si definisce un precoce e adeguato progetto educativo. Tale progetto costituisce l'elemento collante che orienta tutti gli interventi, anche specialistici, tesi a superare le difficoltà derivanti da una riduzione intellettuale o da un assetto psichico..." (Giancaterina 2006, 93-94).

Strumento principe di ogni azione educativa, l'attività progettuale è il "luogo dell'immaginazione, della creatività pedagogica" (Palmieri 2006, 72) che investe la totalità e la centralità della persona (Zaghi 1995). Nella dimensione processuale del progettare educativo, idee, azioni e risultati sono in relazione tra loro in modo complesso e colui che ne tiene le fila, l'Educatore, deve essere in grado di leggere questa complessità e governarla in itinere. La progettazione non è dunque da intendersi come il classico momento della stesura di una resoconto annuale in cui si tirano somme e si tracciano programmi, ma come un lavoro "pensante" ininterrotto che rende quello dell'Educatore un "mestiere definibile come una pratica riflessiva" (Prada 2004, 41).

Il progettare è sempre un lavoro condiviso e partecipato tra i soggetti coinvolti. Esso tende a ricostruire non un profilo clinico ma una biografia completa e viva della persona, una storia che si arricchisce, e disvela sempre nuovi significati nel procedere del cammino educativo (Zaghi 1995, 76). Il Progetto Educativo, sempre pronto a ridefinirsi in itinere sulla base della riflessione sull'esperienza, ha a che fare col prendersi cura delle potenzialità esistenziali che ogni soggetto può scoprire solo facendo esperienza di sé, solo esplorando. Quella esplorativa è la metafora per eccellenza della dimensione educativa (Prada 2004). L'educatore, professionista di una "pedagogia mediante ricerca" (Mustacchi 2000, 82), è un esploratore di territori nuovi, di possibilità individuali e sociali, in una ricerca incessante sul campo.

Tale dimensione esplorativa, insita nel confronto incessante con l'altro nella sua unicità, è forse alla radice della "debolezza" dell'educatore, della sua incertezza strutturale data dall'impossibilità di accedere all'altro costruendo meramente tecnici.

Tale debolezza, però, quando si tratta di lavorare con persone e non con cose, è in realtà un punto di forza (Garzone 2000, 69). Anche perché "non ci sono ricette per poter agire nell'incertezza. Insisto, si tratta di un'arte. Richiede un intervento leggero, e un'arte più vicina a quella del giardiniere che a quella dello stratega militare, il giardiniere è più umile del militare, non crede di cambiare la natura, si accontenta di aiutare con delicatezza la crescita dei germogli" (Raul Zibechi, in Latella 2004, 77).

ELEMENTI DI CRITICITÀ

La quantità di attori e saperi in campo, l'intreccio indissolubile di problematiche e di componenti relazionali, sanitarie e socio-educative, la diversità di personalità, interessi e bisogni rende le nostre Case famiglia esempi di quella complessità che l'educatore è chiamato ad abitare e della quale, tuttavia, non può esimersi dal segnalare le criticità.

La maggioranza dei nostri residenti presenta quadri complessi dove a forme di disabilità intellettiva, o pluridisabilità, si associano problematiche psichiatriche e sanitarie rilevanti, destinate ad aggravarsi con l'invecchiamento². E' noto come nel ritardo mentale sia più alta la probabilità che vi siano associati patologie neurologiche e compromissioni neuromuscolari, visive, uditive e cardiovascolari³. Le persone con ritardo presentano una prevalenza di disturbi mentali da tre a quattro volte superiore rispetto alla popolazione generale.

La diffusa comorbidità tra ritardo mentale e aspetti problematici di tipo psichiatrico è un punto critico su cui vorremmo richiamare l'attenzione. Nelle diagnosi di molti nostri utenti si parla ancora di "psicosi di impianto" (o "innesto psicotico") invece di "comorbidità", termini che suggeriscono una gerarchia tra disturbo primario e secondario che conduce ad una sorta di sottovalutazione del dato psicopatologico. Lavoriamo con queste persone "come se" i loro aspetti psichiatrici fossero qualcosa di secondario o di marginale. In realtà non lo sono. Tuttavia, la formazione attuale degli operatori è inadeguata ad affrontare la gestione di queste problematiche nella quotidianità. Occorre insistere su una formazione che permetta agli operatori di affrontare in maniera efficace il tema delle problematiche psichiatriche. Un operatore adeguatamente formato gestisce meglio le situazioni critiche, ha strumenti per ridurre il peso emotivo e lo stress che il confronto con il disagio psichico comporta, è più preciso nell'osservazione e perciò aiuta anche lo psichiatra a fare meglio il suo lavoro.

I nostri operatori affrontano un lavoro che richiede una vasta gamma di abilità e competenze tecniche e relazionali. Essi devono, al contempo, mandare avanti la casa nelle sue necessità quotidiane, saper lavorare in équipe, avviare momenti di animazione, fronteggiare problematiche di tipo psichiatrico, ascol-

tare e confortare nei momenti di difficoltà. Infine, e di conseguenza, saper metabolizzare forti pesi emotivi. Di solito la componente emotiva delle professioni assistenziali non viene calcolata come un'attività vera e propria. Le istituzioni, pubbliche e private, dovrebbero

invece considerarla centrale rispetto ai soliti parametri di efficienza ed efficacia del servizio. Anche perché è piuttosto improbabile che l'intervento di un gruppo di lavoro stanco e demotivato veleggi verso i lidi della auspicata "Qualità".

Servizi sociali. Diritti solamente enunciati

Il fatto che metà delle Regioni abbiano provveduto a normare autonomamente la materia dei servizi sociali consente di effettuare un bilancio sulle legislazioni emanate e di formulare alcune conclusioni. Le disposizioni sin qui esaminate, oltre ad avere costantemente presente il modello della legge quadro nazionale, si caratterizzano per la presenza di contenuti fortemente dichiarativi in relazione ai principi e alle finalità. Tutte invocano l'universalismo, l'uguaglianza, la solidarietà, l'integrazione, la sussidiarietà, le pari opportunità, la personalizzazione degli interventi. La ricezione e la proclamazione di tali principi è indubbiamente lodevole, ma sembra generico l'impegno assunto per concretizzare da subito detti principi e finalità, poiché molto resta demandato alla futura attività di programmazione. Si ha in sostanza l'impressione che le singole leggi regionali, con i loro contenuti dichiaratori e promozionali, assumano a loro volta, così come aveva fatto la L. n. 328/2000, la natura di leggi quadro regionali, abdicando a scelte che potevano essere tempestivamente adottate e rimbalzando la palla delle responsabilità agli strumenti programmatori e pianificatori, in particolare zonali. Anche le disposizioni sui diritti appaiono meramente enunciative; infatti in più parti si afferma che il sistema integrato regionale riconosce i diritti degli utenti, ne garantisce la promozione e l'esigibilità, ma si omette poi di classificare la natura delle posizioni soggettive (diritti soggettivi o interessi legittimi), di svincolarli dalla tradizionale natura finanziariamente condizionata, di specificare come avvenga il loro riconoscimento e attraverso quali vie è possibile una loro effettiva garanzia ed esigibilità. Deficitaria appare nelle leggi regionali esaminate l'attuazione di quell'uguaglianza tanto richiamata, specie in tema di tutela dei diritti. La non attuazione della disposizione costituzionale sui livelli essenziali rischia dunque di rendere vana la previsione di ulteriori livelli regionali, finendo poi per far coincidere questi ultimi con l'unica tipizzazione "omogenea" esistente: quella effettuata dall'art. 22 della L. n. 328/2000. In sintesi il quadro prospettato dai legislatori regionali, soprattutto in tema di livelli essenziali, appare ancora incerto proprio a causa dell'inadempimento statale nella loro denominazione, la quale non va "celata" dietro l'annosa e complessa difficoltà di una loro standardizzazione, ma semmai correlata alla penuria di risorse da destinare al sistema dei servizi sociali e al timore di non essere in grado (economicamente) di erogare le prestazioni individuate attraverso i LIVEAS. Avanza allora un ulteriore interrogativo: che cosa impedisce la determinazione dei livelli assistenziali? La risposta, seppur sibillina, potrebbe rinvenirsi nell'equazione: "determinazione dei LIVEAS uguale esigibilità". In buona sostanza, nel momento in cui si determinano i livelli essenziali si conferisce un contenuto ai diritti degli utenti dei servizi, che diventano esigibili e cioè "richiedibili" al soggetto pubblico, che a quel punto diviene obbligato per legge a fornirli. L'inerzia del legislatore statale continua dunque a esplicare i propri effetti nefasti. Infatti, le risonanti enunciazioni e le proclamazioni dei diritti dei destinatari dei servizi contenuti nei nuovi testi legislativi delle Regioni rischiano di restare di scarso interesse e utilità per amministratori e operatori del privato sociale che devono tradurre i principi in diritti e prestazioni esigibili. (...) Alla luce di quanto sopra esposto emergono due dati incontrovertibili: la necessità di un'impronta statale, che funga da collante per la realizzazione di un welfare universalistico che si estrinsechi attraverso l'individuazione dei LIVEAS, e l'effettiva operatività di quanto statuito nell'art. 119 Cost. in tema di risorse aggiuntive che lo Stato deve erogare quando lo richieda la tutela dei diritti sociali, in modo da bilanciare le disparità che possono originarsi dal federalismo fiscale. Infatti, solo attraverso un ruolo "ammortizzatore" esercitato per queste vie dallo Stato si può impedire che la diversità dei vari sistemi regionali di welfare si traduca negativamente in disuguaglianza frammentata, anziché in diversità calibrata sulle differenziazioni territoriali, ma uniforme nella garanzia dei diritti.

Annalisa Gualdani in "Aggiornamenti sociali", n. 11-2009

Si tratta di capire l'importanza della formazione continua, l'unica in grado di stimolare la riflessività nell'azione. Inoltre, la creazione di uno "spazio per pensare, ove digerire i conflitti e le frustrazioni" è la miglior difesa dal rischio di *burn-out* (Blandino 2005, 76). Da questo punto di vista, la supervisione è elemento vitale per il gruppo di lavoro, perché favorisce il processo di rielaborazione dell'esperienza professionale (Simeone 2003, 75-80). Offrire supervisione e formazione agli operatori è dare loro la possibilità di prendersi cura dello strumento principale di lavoro a loro disposizione: se stessi⁴.

Nonostante la Deliberazione 4 agosto 2006 n. 518 della Regione Lazio, nella quale si definivano le linee guida per l'attivazione dei corsi di formazione e riqualificazione per Operatori Socio-Sanitari (OSS), a tutt'oggi questi corsi non sono stati ancora attivati. In questa situazione, le strutture sono spesso costrette ad assumere personale non formato. Il mercato offre qualche corso privato di qualificazione e

riqualificazione in OSS dai costi esorbitanti (si va dai 3 ai 4000 euro) che ben pochi operatori, i cui stipendi veleggiano, com'è noto, intorno alla soglia di povertà, possono permettersi. Tutto ciò accresce il disagio delle équipes e influisce negativamente sulla qualità complessiva della prestazione.

Di fatto, le nostre strutture presentano caratteristiche tali che richiedono agli operatori che vi sono impegnati un peculiare mix di competenze tecniche e personali del tutto differente dal bagaglio posseduto oggi da AD, OSS e simili. Tutto ciò induce ad auspicare la creazione di percorsi formativi specifici per gli operatori delle nostre Case. A questo proposito, il Coordinamento delle strutture della ASL-RME nel 2008 ha proposto un percorso formativo specifico e la creazione di un vero e proprio registro, o albo comunale, di questa figura professionale. Ciò faciliterebbe non poco l'annoso problema della formazione e della ricerca di personale qualificato.

Stupidità

Per il bene la stupidità è un nemico più pericoloso della malvagità. Contro il male è possibile protestare, ci si può compromettere, in caso di necessità è possibile opporsi con la forza; il male porta sempre con sé il germe dell'autodissoluzione, perché dietro di sé nell'uomo lascia almeno un senso di malessere. Ma contro la stupidità non abbiamo difese. Qui non si può ottenere nulla, né con proteste, né con la forza; le motivazioni non servono a niente. Ai fatti che sono in contraddizione con i pregiudizi personali semplicemente non si deve credere - in questi casi lo stupido diventa addirittura scettico - e quando sia impossibile sfuggire ad essi, possono essere messi semplicemente da parte come casi irrilevanti. Nel far questo lo stupido, a differenza del malvagio, si sente completamente soddisfatto di sé; anzi, diventa addirittura pericoloso, perché con facilità passa rabbiosamente all'attacco. Perciò è necessario essere più guardinghi nei confronti dello stupido che del malvagio. Non tenteremo mai più di persuadere lo stupido: è una cosa senza senso e pericolosa. Se vogliamo trovare il modo di spuntarla con la stupidità, dobbiamo cercare di conoscerne l'essenza. Una cosa è certa, che si tratta essenzialmente di un difetto che interessa non l'intelletto, ma l'umanità di una persona. Ci sono uomini straordinariamente elastici dal punto di vista intellettuale che sono stupidi, e uomini molto goffi intellettualmente che non lo sono affatto. Ci accorgiamo con stupore di questo in certe situazioni, nelle quali si ha l'impressione che la stupidità non sia un difetto congenito, ma piuttosto che in determinate situazioni gli uomini vengano resi stupidi, ovvero si lascino rendere tali. Ci è dato osservare, inoltre, che uomini indipendenti, che conducono vita solitaria, denunciano questo difetto più raramente di uomini o gruppi che inclinano o sono costretti a vivere in compagnia. Perciò la stupidità sembra essere un problema sociologico piuttosto che un problema psicologico. E' una forma particolare degli effetti che le circostanze storiche producono negli uomini; un fenomeno psicologico che si accompagna a determinati rapporti esterni. Osservando meglio, si nota che qualsiasi ostentazione esteriore di potenza, politica o religiosa che sia, provoca l'istupidimento di una gran parte degli uomini. Sembra anzi che si tratti di una legge socio-psicologica. La potenza dell'uno richiede la stupidità degli altri. Il processo secondo cui ciò avviene, non è tanto quello dell'atrofia o della perdita improvvisa di determinate facoltà umane - ad esempio quelle intellettuali - ma piuttosto quello per cui, sotto la schiacciante impressione prodotta dall'ostentazione di potenza, l'uomo viene derubato della sua indipendenza interiore e rinuncia così, più o meno consapevolmente, ad assumere un atteggiamento personale davanti alle situazioni che gli si presentano. Il fatto che lo stupido sia spesso testardo non deve ingannare sulla sua mancanza di indipendenza. Parlandogli ci si accorge addirittura che non si ha a che fare direttamente con lui, con lui personalmente, ma con slogan, motti, ecc. da cui egli è dominato. E' ammalato, accecato, vittima di un abuso e di un trattamento perverso che coinvolge la sua stessa persona. Trasformatosi in uno strumento senza volontà, lo stupido sarà capace di qualsiasi malvagità, essendo contemporaneamente incapace di riconoscerla come tale. Questo è il pericolo che una profanazione diabolica porta con sé. Ci sono uomini che potranno esserne rovinati per sempre. Ma a questo punto è anche chiaro che la stupidità non potrà essere vinta impartendo degli insegnamenti, ma solo da un atto di liberazione.

Dietrich Bonhoeffer, in *Resistenza e resa. Lettere e scritti dal carcere*, San Paolo, Milano 1988

Infine un altro punto critico della nostra esperienza è dato dalle risorse economiche. Da molti anni le rette non vengono adeguate e diventa sempre più difficile reperire risorse per far fronte a tutte le necessità del nostro servizio. Conti alla mano, sulla base delle rette attuali per molti Enti Gestori applicare integral-

mente i contratti a tempo indeterminato significherebbe il crollo economico.



Ringrazio Francesco Castracane, Presidente ANEP di Roma, per la sua preziosa collaborazione.

Riferimenti bibliografici

- AA VV, Animazione sociale , 3,2005
- AA.VV., Etica oggi: comportamenti collettivi e modelli culturali, Fondazione Lanza-Gregoriana, 1989.
- AA.VV., La responsabilità dell'educatore professionale, Carocci, 2003.
- AAVV, L'educatore professionale, identità, ambiti di intervento e problematiche emergenti, Animazione sociale, 8/9, 1996
- Blandino G., Quando non se ne può più, Animazione Sociale, 4, 2005
- Cottini L. (a cura di), Disabilità mentale e avanzamento d'età, Franco Angeli, 2008
- Croce L., Nuovi modelli e nuove prassi nella prospettiva della qualità di vita per le persone con disabilità intellettiva, In Mediterraneo senza handicap. Atti del terzo Congresso Internazionale, 2007, pp. 73-82
- Demetrio D., Educatori di professione, La nuova Italia, 1990
- Folgheraiter F., L'operatore sociale al tempo del welfare mix, Animazione Sociale 8-9, 1999
- Folgheraiter F., Teoria e metodologia del servizio sociale, Franco Angeli, 1998
- Garzone F., Il sapere e l'umile ignoranza, Animazione Sociale, 1, 2000
- Giancaterina F., Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza, Franco Angeli, 2006
- Giordani B., L'ascolto nella relazione d'aiuto, Animazione sociale 8/9, 1994
- Goleman Daniel, Intelligenza sociale, Rizzoli, 2006
- Grosso L., Per un controllo sociale leggero, Animazione Sociale, 4, 1999
- Iurlaro F., L'operatore socio-assistenziale, Animazione sociale, 3, 2004
- Latella R., Rozzo P., Le radici e le ali, Animazione Sociale 8-9, 2004
- Mustacchi C., Lavoro educativo e ricerca concreta, Animazione Sociale, 5, 2000
- Natoli S., Legami di libertà, Animazione Sociale, 4, 1999
- OMS, *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, 2001.
- Palmieri C., Dal progetto educativo individualizzato al progetto di vita, Animazione Sociale, 4, 2006
- Prada G., La metodologia della pratica educativa professionale, In Brandani W. et al., Le competenze dell'educatore professionale, Carocci Faber, 2004
- Simeone D., La supervisione del lavoro educativo, Animazione sociale, 12, 2003
- Sordelli G., Nuovi modi di prendersi cura?, Animazione Sociale, 8-9, 2001
- Tramma S., L'educatore imperfetto, Carocci Faber, 2003
- Zaghi P., L'educatore professionale. Dalla programmazione al progetto, Armando, 1995

Note

- 1 "Nella logica del lavoro sociale, pur nel quadro di una difficoltà, un problema si risolve perché crescono gli elementi positivi già presenti in esso, non perché si annullano quelli negativi... l'aiuto efficace costruisce sui punti di forza delle persone e delle relazioni, non demolisce i loro punti di debolezza" (Folgheraiter 1998, 80).
- 2 Sulle problematiche connesse all'invecchiamento di soggetti con disabilità intellettiva si veda Cottini 2008.
- 3 "Gli adulti con Ritardo Mentale presentano l'intera gamma dei disturbi e delle difficoltà della personalità. Non esiste un altro accordo così universale fra gli specialisti come quello sull'esistenza dei disturbi di personalità in adulti con Ritardo Mentale a causa del loro diverso processo di sviluppo sia intellettuale che delle funzioni sociali". (Bouras N. et al., Salute mentale nel Ritardo Mentale. ABC per la salute mentale, per l'assistenza di base e le altre professionalità (edizione italiana a cura di La Malfa G.P., Castellani A., Bertelli M.). Reperibile al sito: <http://www.wpanet.org/sectorial/mhinretita.html>
- 4 Della fatica del lavoro sociale si parla poco e si fa poco per prendersene cura. Secondo dati presi da un vecchio articolo de "La Repubblica" del 15 novembre 1999, Quelle vite bruciate dal dolore degli altri, di Maria S. Conte, risulta che tra gli operatori impegnati nelle relazioni d'aiuto l'11% ha manifestato sintomi depressivi nell'ultimo anno; il 50% ha avuto o ha difficoltà nel rapporto coniugale; il tasso di suicidi tra gli individui professionalmente impegnati nelle relazioni d'aiuto, è maggiore rispetto alla popolazione in generale; il 60% ha dovuto ricorrere almeno una volta alla psicoterapia; il 10% soffre di un forte senso di isolamento; l'11% ricorre agli psicofarmaci...