

# LA PROGETTUALITA' SOCIALE NEL CAMPO DELL'HANDICAP

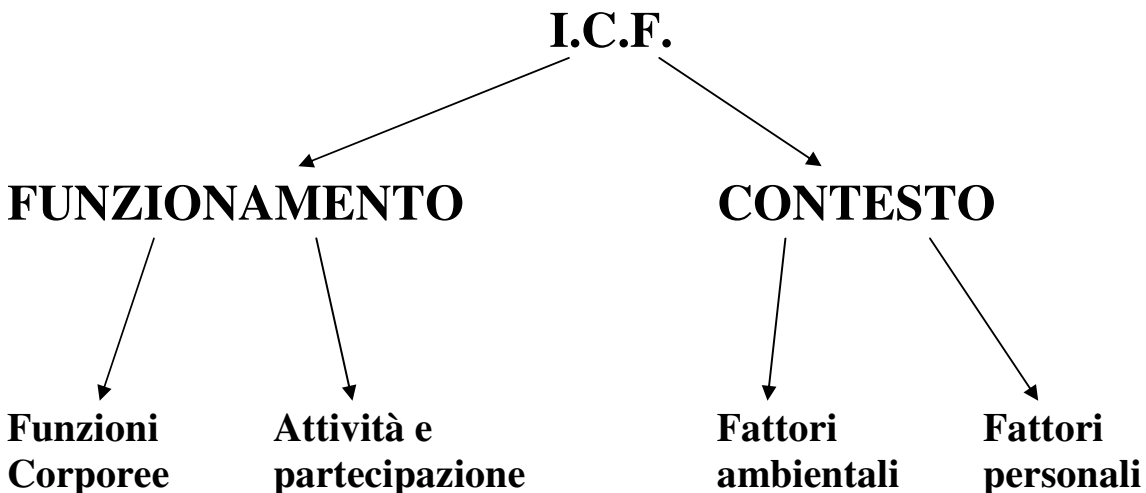
All'assistente sociale che si accinge ad avere a che fare con l'handicap si presenta sempre in prima battuta il bisogno di ricercare dei paradigmi interpretativi del fenomeno su cui va ad intervenire; il fatto stesso di trovarsi collocato, nel caso di lavoro sull'handicap, spesso in servizi sanitari, quindi in servizi pensati sulla patologia, molto di più ostacola tale ricerca che, prima che rispetto al "fenomeno" in sè, riguarda principalmente il modo di orientare culturalmente e operativamente l'approccio professionale. Il fatto di trovarsi collocato in un servizio sanitario, dicevo, non è un vantaggio ma uno svantaggio: ci si modula -nel pensiero e nell'azione- a connettere l'handicap alla patologia, alla malattia, alla minorazione, alla disfunzione, quindi a qualcosa che inesorabilmente non funziona, nè mai funzionerà, ragion per cui ciò che spesso viene richiesto al servizio sociale è il contenimento degli effetti della carenza, è il "babysitteraggio" di una persona che mai sarà autonoma, è "azione assistenziale" in ossequio ad una vecchia logica caritativa, è "prestazionalismo", quando il medico richiede l'esecuzione di una semplice azione di mantenimento. Che l'handicap richiami assistenza nel senso di "assistenzialismo" è un qualcosa che permea la nostra cultura: se si considera, per esempio, l'unico richiamo nella Costituzione di "assistenza sociale", si evince che ciò riguarda proprio i portatori di handicap, allorché si recita che "ogni inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale"( art. 38 della Costituzione della Repubblica Italiana). Occorre invece partire dal bisogno di considerare l'essere umano come "normale" in sè, il che forse può essere un diverso modo di concepire lo stesso handicap; è giusto ricordare che ogni uomo evolve dalla nascita alla morte secondo il proprio "ciclo di vita" e che tale spinta evolutiva deriva dalla stessa natura. Tale evoluzione può essere più rallentata (per deficit congenito o acquisito, per trauma, ecc.) ma è pur sempre evoluzione: è quindi nel sostegno a questo normale processo, seppur rallentato, che ha ragion d'essere l'assistenza sociale, non certo nel mantenimento (che appunto richiama significati di assistenzialismo).

Occorre ad ogni caso continuare la ricerca di "ambiti di azione sociale" sganciati da quelli che, normalmente, sono gli ambiti sanitari. E' un pò faticosa l'operazione di forzare il lettore verso una dimensione extra-sanitaria, considerata l'abitudine in Italia a connettere prassi e teorie riguardo all'handicap alla sola visione medica, ma ciò è necessario per allargare la visuale professionale di chi, nel "sociale", ha bisogno di dare e sviluppare significati e prassi operative. Credo infatti che sia tutto italiano il fenomeno del "medicocentrismo" e che forse, in un tentativo di apertura dall'estero, si possa scommettere su dimensioni molto interessanti riguardo al servizio sociale di casa nostra. Si tratta in generale di considerare il "benessere" di ogni soggetto, anche del portatore di handicap, come un qualcosa che debba appartenere sempre di più ad altre discipline, oltre che alla medicina. E, paradossalmente, chi spinge in questa direzione è proprio il massimo organo sovranazionale di sanità, ovvero l'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità).

A tal fine è molto interessante notare come diverse Conferenze internazionali sulla promozione della salute (in particolare quella di Ottawa del 1986 e quella di Jakarta del 1997) definiscano come la salute stessa abbia significati sia di ricerca che di stili di benessere, quindi non semplice assenza di malattia, e che pertanto il suo perseguimento riguarda la popolazione mondiale, non solo i sistemi sanitari. Ne consegue che la ricerca del benessere va a riguardare, oltre gli interessati stessi, anche e specialmente i servizi sociali, i quali vanno a sviluppare interventi non consequenziali, ma autonomi

(seppur con essi coordinati) da quelli sanitari. Che si passi da una lettura dell'handicap dal solo ambito sanitario (diagnosi- prognosi- trattamento) ad uno più olistico, cui il servizio sociale è chiamato in prima persona, lo conferma la stessa O.M.S. in occasione della 54° Assemblea Mondiale (maggio 2001). In quella sede, infatti, si parla del bisogno di una comune cultura sull'handicap e di un condiviso sistema di classificazione dello stesso, che l'O.M.S. individua nell'*International Classification of Functioning Disability and Health* (I.C.F.) per tradurre nella pratica un sistema di definizione/classificazione dello handicap a livello mondiale. Gli Stati aderenti sono quindi al lavoro per la realizzazione e l'implementazione di questo importante strumento (OMS, 2004).

Obiettivi dell' I.C.F. sono: la creazione di un linguaggio standard, la definizione delle componenti di salute, invece di quelle di malattia, la focalizzazione sulle abilità e non sulle disabilità, la considerazione di contenuti non "solo medici" ma prettamente sociali. La stessa struttura dell'I.C.F. fa intravedere diversi aspetti su cui i diversi stati (ed i loro professionisti) dovranno andare ad operare sia "inferenze" (si parla di ricerca) che "prassi" (si parla qui di cultura operativa). Occorre pertanto iniziare a considerare la necessità di un pensiero "sociale" sull'handicap.



Il portatore di handicap è un cittadino che va considerato in quanto tale, è quindi giusto rifarsi a quella che è la teoria-madre nel servizio sociale, che è quella dei bisogni; ne consegue che l'approccio da ricercare non riguarda le limitazioni, ma le abilità, seppur residue o diverse dallo standard. Occorre insistere molto su questa operazione mentale da parte dell'assistente sociale per recuperare un atteggiamento "positivo" tale da scommettere su una progettualità di sviluppo: lo stesso Carl Rogers, è da ricordare, dichiara che l'essere umano, per sua natura, tende ad essere positivo e a voler realizzare il bene per sé e per gli altri (Atkinson, 1999). Occorre pensare che ciò valga anche per il portatore di handicap. Se quindi effettuiamo questa operazione mentale, ci dirigiamo verso un approccio che accomuna il portatore di handicap al "normale" e, se il tutto deve produrre una modalità di analisi chiara per guidare la nostra azione (ci si sta quindi lentamente avvicinando alla progettualità), occorre considerare i bisogni come il motore dell'essere umano.

Quest'ultimo, infatti, con più o meno abilità (l'handicap è tutto lì!), è mosso da bisogni e rafforza l'azione di sé verso il mondo facendo leva dal proprio ambito motivazionale. Una progettualità sociale, pertanto, non può prescindere da una precisa analisi dei bisogni del soggetto, se si vuole fare "con lui" (e non al posto suo) un qualsiasi percorso.

Il padre della teoria dei bisogni è Abraham Maslow, il quale ha stabilito che la naturale e spontanea evoluzione "positiva" dell'essere umano richiede la necessità di soddisfacimento di più bisogni; detti bisogni sono di diverso tipo e sono disposti in scala gerarchica (per cui quelli posti in alto non vengono per nulla percepiti, o solo in parte, se quelli precedenti non vengono soddisfatti). La progettazione sociale su (e con) un soggetto, sia esso portatore di handicap o meno, parte da un'iniziale fotografia dei propri bisogni; la scala di Maslow, che qui si riporta, può essere una buona base di partenza.

## SCALA DI MASLOW

**BISOGNI DI AUTOREALIZZAZIONE (soddisfazione, sviluppo di sé)**

**BISOGNI ESTETICI (ordine, bellezza)**

**BISOGNI COGNITIVI (studio, comprensione della realtà, pensiero)**

**BISOGNI DI STIMA (competenza, approvazione, riconoscimento)**

**BISOGNI SOCIALI (relazioni, affetti)**

**BISOGNI DI SICUREZZA (integrità, salute)**

**BISOGNI FISIOLÓGICI (alimentazione, vestiario)**

Se la scala di Maslow applicata ad ogni portatore di handicap ci dà la possibilità di disegnare l'insieme dei bisogni da soddisfare e la priorità degli stessi, il tutto deve comunque tener conto delle abilità che il singolo possiede per soddisfare i bisogni medesimi. Il passaggio dai bisogni alle abilità è fondamentale nel caso dell'handicap, considerato che queste ultime possono essere assenti, presenti o potenziali. I bisogni da soddisfare diventano quindi gli obiettivi dell'azione mentre la rassegna delle abilità diventa la base su cui va a costruirsi tutta la progettualità: in questa, infatti, le abilità presenti vanno permesse, quelle latenti vanno stimolate, mentre per quelle assenti va effettuato un giusto equilibrio tra le azioni strettamente necessarie (si pensi, per esempio, alla gestione dei bisogni primari) e quelle che, per strategie di fattibilità, vanno ridimensionate sui significati. In quest'ultimo caso, gestire la cronicità significa pertanto non solo "supplire" ad una carenza di abilità, ma "accompagnare" il soggetto ed il suo *entourage* in direzione di accettazione di una situazione immodificabile.

Esiste pertanto la necessità, nel lavoro sociale, di fotografare le abilità del soggetto, i meta-obiettivi (cui si connettono certe aree di bisogno) dell'azione con la precisa individuazione di quel che va fatto; la sequenza ha in sé una "parola-chiave" che ne racchiude il senso. La tabella che sotto riporto è riassuntiva di quanto detto:

## ANALISI DELLE ABILITA' IN SENSO PROGETTUALE NEL CAMPO DELL'HANDICAP

<u>ABILITA'</u>	<u>META- OBIETTIVO</u>	<u>AZIONE RICHIESTA</u>	<u>PAROLA- CHIAVE</u>
ASSENTI	1) GESTIONE CRONICITA' 2) ACCETTAZIONE DEL DEFICIT	1) GESTIRE I BISOGNI 2) GESTIRE LA RELAZIONE	1) FARE 2) PARLARE
PRESENTI	PRATICA DELL'ABILITA'	FACILITAZIONE	LASCIAR FARE
POTENZIALI	SVILUPPO DELL'ABILITA'	STIMOLAZIONE	LASCIAR FARE/ FARE CON

Quanto sopra può sembrare scontato, ma nella pratica spesso non lo è, perchè sovente esistono più interpretazioni sui bisogni e sulle priorità di azione che vanno poste in essere. Occorre invece effettuare un "contratto" su cosa va fatto, avendo cura di ottenere consenso sull'analisi dei bisogni da soddisfare e delle abilità in gioco. Un tale contratto è tra l'altro garanzia di efficacia dell'azione progettuale perchè vi viene chiaramente stabilito cosa va fatto, cosa non va fatto e, specialmente, chi debba fare qualcosa. Agli occhi del portatore di handicap e della sua famiglia deve quindi essere chiaro che si agisce su bisogni dichiarati e ritenuti tali, non supposti.

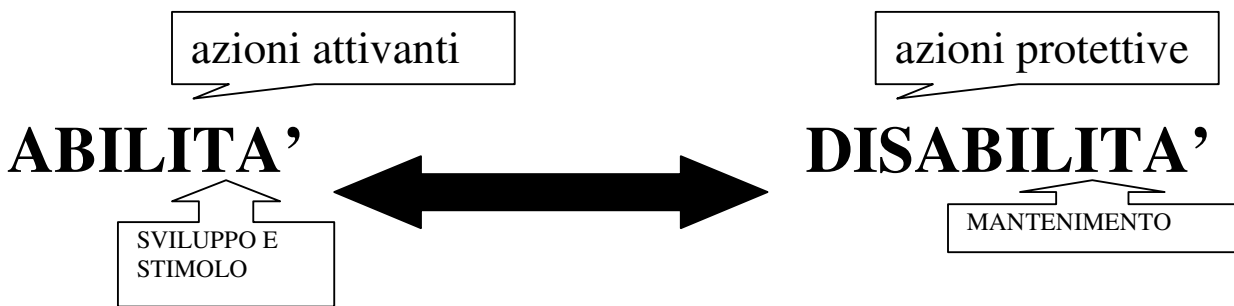
La modalità di gestione di un portatore di handicap, che deve essere necessariamente progettuale, cioè giocate in termini processuali e su precisi obiettivi, richiede una fotografia fedele su quali bisogni:

- a) vanno soddisfatti direttamente dal soggetto (occorre quindi predisporre il contesto affinché esso sia facilitante dell'esercizio dell'abilità);
- b) vanno soddisfatti dal contesto perché il soggetto è incapace (occorre pertanto predisporre le azioni a soddisfacimento dei bisogni previsti);
- c) vanno stimolati perché potenziali (è quindi necessario concordare le azioni necessarie e favorire certi atteggiamenti da parte degli attori del caso);
- d) vanno ridimensionati (è quindi basilare agire in direzione dell'accettazione dei limiti che l'handicap impone).

Se quindi l'azione di aiuto nel campo dell'handicap va ad assumere significati sia di mantenimento che di sviluppo, è normale che il processo di aiuto scaturente da "quel" bilancio di abilità per "quel" portatore di handicap veda più fronti dell'azione che hanno significati diversi, ma tutti oscillanti tra il mantenimento e lo sviluppo. Se quindi l'azione di aiuto a sostegno delle abilità "diverse" richiede

azioni a supporto di tali significati, è importante puntualizzare che l'azione stessa viene effettuata dall'assistente sociale agendo su tre direttrici: sul soggetto interessato (per esempio con colloqui), sul contesto (per esempio la famiglia) e su soggetti "terzi" addetti all'esecuzione delle prestazioni (per esempio l'operatore socio-assistenziale che attua l'assistenza di base). E' logico che il bilancio delle abilità vada messo in relazione alle aree di azione, come vedremo nella prossima tabella, occorre però considerare come i significati delle stesse azioni abbiano una propria rilevanza simbolica sia per gli "attori del caso"(invalido, famiglia e professionisti) che per l'esterno. Il bilancio delle abilità, cioè, ha una sua "lettura globale" in forte relazione sia al grado di evoluzione del deficit in sé, sia allo stato del lavoro di sostegno già svolto, dando così significato e senso all'azione stessa. Richiamo l'attenzione del lettore a questa "meta-lettura", perchè è su questa che poi vanno a giocarsi le strategie di accordo tra le parti, accordo indispensabile per l'azione progettuale.

Se un bilancio di abilità conterrà in sé più items positivi (capacità presenti) e quindi richiederà più azioni a sostegno delle abilità (azioni attivanti), il significato dell'azione avrà i connotati di sviluppo (della persona) e stimolo (della abilità). Se, al contrario, un bilancio di abilità evidenzierà più items negativi (capacità assenti o deboli), saranno richieste più azioni sostitutive/di rinforzo delle capacità del soggetto (parliamo di azioni "protettive") e di conseguenza l'azione richiamerà a sé significati di mantenimento. Il simbolismo dell'azione oscilla pertanto tra questi due poli estremi secondo il seguente schema:



Ciò premesso, ne consegue che sul piano meramente tecnico ad un bilancio delle abilità fa logico seguito l'individuazione delle aree di azione su cui poi va ad articolarsi la progettualità. Quest'ultima infatti non precede ma posticipa l'individuazione delle aree di azione, nel senso che è in base al darsi (in relazione alle abilità possedute ed i bisogni ritenuti importanti da soddisfare) che va ad essere sviluppato l'impianto teorico (il progetto) e non viceversa.

Può sembrare quanto sopra scontato, ma a volte ciò nel lavoro sociale -specialmente nell'ambito dell'handicap- non lo è: capita infatti spesso di assistere a piani di azione rigidi e standardizzati, pacchetti standard preconfezionati, pensati più per l'erogatore del servizio che per l'interessato, come se "ogni handicappato fosse uguale all'altro". Tutto ciò deriva forse da una passata (ed ancora presente) cultura operativa "istituzionale" che, in quanto tale, abbisognava di logiche di parcellizzazione e, di conseguenza, abituava chi vi lavorava ad adattare semplicemente ogni singolo soggetto all'offerta preconstituita.

Se questo è una forte induzione da parte di chi opera in strutture, tale rischio deve essere tenuto a dovuto controllo proprio da parte di chi opera sul singolo portatore di handicap (o meglio, portatore di abilità) in un ambito di orientamento aperto al territorio, quale è quello del servizio sociale professionale. Se quindi della personalizzazione del processo di aiuto stiamo parlando, ne consegue che è quanto mai opportuno che l'assistente sociale impari a saper desumere per ogni portatore di

handicap le abilità presenti/assenti/potenziabili e le necessarie aree di azione, le quali diventeranno a loro volta “pacchetti” da commissionare (e quindi monitorare) ai diversi attori (dal soggetto stesso, dalla famiglia, da altre istituzioni, dal no-profit convenzionato, ecc.).

Un esempio di una griglia di connessione tra abilità, bisogni ed aree di azione potrebbe essere la seguente tabella:

<b>Abilità</b>	<b>Bisogni</b>	<b>Area di azione</b>
Abilità a gestire i bisogni primari	Bisogni primari	Area di gestione della persona
Abilità a gestire la propria sicurezza	Bisogni di sicurezza	Area di protezione della persona
Abilità sociali	Bisogni relazionali/affettivi	Area della socializzazione
Abilità di gestione della stima	Bisogno di autoaccettazione	Area del sostegno dell'io
Abilità cognitive	Bisogni di crescita cognitiva	Area dello studio
Abilità estetiche	Bisogni di autopercezione	Area dell'autogestione estetica
Abilità di autorealizzazione	Bisogni di realizzazione	Area dell'autorealizzazione

Stabilite le aree di azione, va a questo punto stilato il progetto operativo. Questo non consiste nella sola elencazione delle aree di azione, delle singole azioni stesse (che cosa si fa) da porre in essere e dagli attori (chi lo fa), ma anche e specialmente un'opera di induzione e deduzione continua tra l'impianto teorico (il progetto) e la mera pratica (l'esecuzione del progetto). Il progetto deve cioè contenere in sé sia un'ipotesi su come il soggetto evolverà tramite le azioni poste in essere (teorizzo un percorso che poi eseguo), sia un ritorno dall'azione alla teoria per verificare l'ipotesi stessa (dalla pratica confermo o meno la bontà del progetto, eventualmente modificandolo). Tale progetto è quindi “operativo” perché serve alla realizzazione dell'azione e non è solo “pratico”, cioè finalizzato al mero fare, tant'è che dalla prassi deve derivare un ritorno all'impianto teorico per confermare le ipotesi operative: ciò è nel DNA delle stesse scienze sociali.

Il progetto operativo quindi è anche una sintesi per ricondurre ad un'unica interpretazione teorico-pratica i diversi elementi (e significati) del progetto stesso, non è una semplice elencazione delle aree di azione: essendo queste ultime interconnesse, esse necessitano di un continuo governo e di una continua “lettura incrociata”. Per fare un esempio: se l'azione sull'area dei bisogni primari (gestire l'igiene intima di un tetraplegico) non è connessa a quella dell'autostima (comprendere il senso di vergogna nel farsi gestire da altri), si rischia di inficiare tutto il progetto (il soggetto si può rifiutare di farsi lavare) ed il tutto evidenzia l'incapacità di una lettura “globale” sul soggetto (che è il senso ed il cuore “teorico” del progetto stesso, come si diceva).

Il progetto operativo deve inoltre avere anche un suo stile “tecnico” ed “etico”: da una parte esso è stilato (scritto nero su bianco, non tramandato a voce) su “quel” portatore di handicap e non sull’utente di “quella” struttura (deve quindi essere cartaceamente desumibile dalla cartella) e dall’altro esso è gestito con “quel” portatore di handicap (risiede nella condivisione relazionale l’istanza etica).

Il progetto pertanto non è “una cartella” o un insieme di dati; esso consiste prima di tutto in una ricognizione scientifica e tecnica di dati su “quel” tipo di handicap, una fotografia precisa su “quel” soggetto e sul suo *entourage* sociale e poi una ipotizzazione dell’operatività con una conseguente traduzione del dafarsi nelle diverse aree di azione. Le aree devono quindi contenere gli obiettivi operativi (che consistono in azioni pratiche da svolgere/far svolgere); tali obiettivi devono essere fissati (che cosa si fa, chi lo fa, come lo fa) perchè gli stessi vanno successivamente verificati tramite la lettura degli indicatori di efficacia (che, logica vuole, vanno previsti prima dell’azione).

Personalmente insisto molto sulla necessità di dichiarare già nel progetto operativo gli indicatori sui quali si andrà in itinere a fare la misurazione di efficacia per due ordini di motivi:

- 1) se va effettuata una restituzione dall’operatività all’impianto teorico, è necessario stabilire come ciò avvenga (tramite la verifica degli indicatori si fotografa infatti se un compito è stato funzionale al proprio obiettivo e se questo, connesso ad altri della propria e di altre aree, ha creato elementi significativi per la verifica delle ipotesi operative);
- 2) un pò come i voti a scuola, la misura degli indicatori induce chi opera (l’assistente sociale o altri, a seconda del dafarsi) ad orientarsi sul risultato, il quale dipenderà anche -e non solo, logicamente- da chi lavora (si evita così sia la parcellizzazione della prestazione che il burn-out dell’operatore).

Il progetto operativo è pertanto un metodo di lavoro che lascia molta libertà all’assistente sociale, bisogna però che costui/costei se ne renda conto. E’ da una parte vero il bisogno di standardizzare un metodo progettuale per poterlo comparare con altri, è però anche vero che l’implementazione di un “modello proprio” o “condiviso” molto di più stimola l’operatore a viverlo in senso attivo. Con un esempio forse si comprende meglio sia il senso che l’utilità del progetto operativo: facciamo l’esempio di un non-vedente per ipotizzare, tramite una tabella, un progetto operativo.

Dott. Ugo Albano