

**ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

---

**FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

**Corso di studio in Progettista e Responsabile dell'Educazione Permanente**

**LA RELAZIONE D'AIUTO NEL CASO DEI DISABILI MOTORI IN  
SEGUITO AD AMPUTAZIONE: IL CENTRO PROTESI INAIL DI VIGORSO  
DI BUDRIO**

**Prova finale in Pedagogia Speciale**

**Relatore:**

**Prof. ANDREA FRANCESCO CANEVARO**

**Correlatore:**

**Dott. NICOLA GENCARELLI**

**Presentata da:**

**IVANA PILERI**

**Sessione III**

---

***Anno accademico 2006/2007***

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>Capitolo 1.</b>	
<b>La Pedagogia speciale e il “Progetto di vita”</b>	<b>9</b>
1.1 Pedagogia e Pedagogia speciale	9
1.1.1 Nascita e sviluppo della Pedagogia speciale	11
1.1.2 Il ruolo della Pedagogia speciale oggi	15
1.2 Il significato dei termini	17
1.2.1 Il primo documento dell’OMS: ICIDH	20
1.2.2 Il nuovo documento dell’OMS: ICF	21
1.3 Pedagogia speciale e “Progetto di vita”	25
1.3.1 Progetti di vita interrotti	28
1.3.2 Il caso dei disabili motori in seguito ad amputazione	29
<b>Capitolo 2.</b>	
<b>La “relazione di aiuto” nel caso dei disabili motori in seguito ad amputazione</b>	<b>33</b>
2.1 I concetti basilari del processo riabilitativo	33
2.2 La relazione di aiuto	35
2.3 Resilienza e concetti correlati	40
2.4 L’integrazione socio lavorativa: cenni normativi	46
2.4.1 La legge-quadro n. 104 del 1992	47
2.4.2 La legge 68/1999: diritto al lavoro dei disabili	51

## **Capitolo 3.**

### **Il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio 55**

3.1 Il contesto istituzionale: cenni sull'ordinamento dell'INAIL	55
3.2 Il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio: cenni storici	59
3.3 La missione, i valori e l'utenza	61
3.4 Le attività e il Modello Operativo	64
3.5 I prodotti	66
3.6 I Servizi	73
3.7 Ricerca e sperimentazione	76

## **Capitolo 4.**

### **Il Servizio Psicosociale al Centro Protesi 79**

4.1 Il Servizio Psicosociale nell'ambito del percorso riabilitativo	79
4.1.1 Riferimenti normativo – culturali	81
4.1.2 Visione globale e relazione di aiuto	85
4.1.3 L'equipe psicosociale: protocollo di presa in carico	87
4.2 Aspetti psicologici	90
4.2.1 Il trauma	92
4.2.2 La risposta traumatica	96
4.2.3 L'elaborazione del trauma	100
4.3 Aspetti sociali	108
4.3.1 Il rapporto individuo – ambiente	109
4.3.2 Case/Care Management, lavoro di rete e lavoro di equipe	112
4.3.3 Esempi di “Buona Pratica” per il reinserimento sociale e lavorativo	122
➤ Progetto “Tornare a casa”	122
➤ Progetto <i>i-retraining</i>	125

### **Conclusioni 143**

### **Bibliografia 149**

## Introduzione

Il presupposto di questo percorso ruota attorno alla relazione tra Pedagogia Speciale e “progettazione” in riferimento, in particolare, ad una realtà estremamente importante ed unica nel suo genere: il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio, dove coloro che vi accedono non solo necessitano dell’applicazione di una protesi, ma soprattutto hanno bisogno di ricostruire o riorganizzare il loro “progetto di vita” che, in seguito a traumi di diverso genere, ha subito un’interruzione.

Come avrò ampiamente modo di illustrare, di fatto, ognuno di noi vive un “progetto”, a volte, però, questo si interrompe, subisce delle fratture. Così, ad esempio, eventi drammatici che si incontrano nella vita di una persona, costringono a ridisegnare ex novo la mappa di vita, a “riprogettare” la propria esistenza, a pensare ad un nuovo progetto che preveda anche l’accostamento di una o più competenze che non si conoscevano. Nel caso che mi accingo ad illustrare e analizzare dei disabili motori in seguito ad amputazione, i soggetti si trovano costretti, dallo sviluppo dei fatti in quella direzione che hanno fatto cambiare le loro possibilità reali, a dover pensare ad un nuovo “progetto”. È qui che entra in scena la Pedagogia speciale riformulando e individuando le risposte da inserire in un contesto integrato.

L’esperienza dell’amputazione rappresenta un evento fortemente traumatico ed un cambiamento radicale nella vita, e più precisamente nel “progetto” della persona, da tutti i punti di vista (fisico, psicologico, sociale). È necessario che chi ha subito l’amputazione di uno o più arti, non venga considerato solo in relazione alla perdita di una parte del proprio corpo, ma anche tenendo presente che egli ha visto compromessa l’immagine che di se stesso aveva prima dell’incidente o del trauma, il che ha influito anche a livello psicologico e sociale, non solo fisico. Per questo è importante un “approccio globale e integrato” alla persona, sia dal punto di vista

funzionale sia dal punto di vista psicosociale, occorre valorizzare le abilità residue della persona e puntare su queste per fargli raggiungere il massimo livello di autonomia possibile. Questo è il presupposto di base che caratterizza lo stile di lavoro svolto all'interno del Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio.

In questo ambito, quello su cui ho cercato di puntare riguarda il fatto che al Centro Protesi non soltanto vengono applicate le più aggiornate conoscenze scientifiche nel campo dell'ortopedia tecnica, ma viene anche ricostruito e riorganizzato il "progetto" dell'utente, che elabora in maniera cooperativa la propria situazione ed esperienza e, attraverso la "relazione di aiuto", viene supportato da alcuni esperti, affinché si possa verificare un adeguato reinserimento nel suo ambiente di vita. Il tutto nell'ottica, appunto, di un approccio globale e integrato su cui la stessa Pedagogia speciale ha tentato di soffermarsi con la consapevolezza che esistano più cause e molteplici modi per rispondere alle esigenze dei singoli individui. A tal proposito sono utili i collegamenti tra tutte le discipline che affrontano le stesse problematiche di ricerca. D'altra parte ogni progetto di vita implica un intreccio ampio di diverse aree disciplinari e nel caso di fratture o elementi destabilizzanti all'interno del proprio progetto, la Pedagogia speciale può intervenire riformulando e individuando le risposte da inserire in un contesto integrato.

Sempre a questo riguardo è importante sottolineare come il Modello Operativo del Centro si basi proprio sul lavoro multidisciplinare il cui scopo consiste nell'elaborare, per ogni singolo paziente, uno specifico Progetto Protesico Riabilitativo Personalizzato, i cui obiettivi sono stabiliti in relazione ai bisogni del paziente all'interno di standard riabilitativi e protocolli operativi condivisi.

Troviamo, allora, una serie di servizi che concorrono nell'aiutare gli utenti a portare avanti questi obiettivi. Il Servizio Psicosociale, in particolare, di cui avrò modo di parlare e illustrare ampiamente le attività, i compiti e le finalità nei prossimi capitoli, svolge attività di sostegno e supporto personalizzato nei confronti dell'utente durante

tutte le fasi del suo percorso protesico- riabilitativo. Segue il percorso del soggetto dal momento della prima visita sino al rientro nel proprio contesto di vita collaborando anche al suo reinserimento lavorativo. Si occupa di instaurare, sin da subito, con la persona una “relazione di aiuto”, basata su un rapporto di fiducia reciproca e di empatia, che l’accompagni nella riprogettazione del suo percorso di vita, nel recupero del benessere compromesso dall’evento disabilitante, dal trauma e nel raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano emotivo, relazionale e sociale.

Il primo capitolo del mio lavoro è incentrato sul rapporto tra Pedagogia speciale e “progetto di vita”. A partire da un breve excursus relativo alla nascita e allo sviluppo della Pedagogia speciale, ho analizzato il ruolo che essa svolge ai giorni nostri, soffermandomi sull’importanza del significato di alcuni termini e accezioni per riflettere e far riflettere sulla necessità di non utilizzare espressioni sbagliate o ambigue, soprattutto quando si ricoprono ruoli e funzioni ufficiali. In seguito mi sono addentrata in quello che rappresenta il nucleo centrale della trattazione, attraverso un’introduzione relativa al legame tra Pedagogia speciale e “progetto di vita”, con particolare riferimento alle fratture e interruzioni che esso può subire nel preciso caso dei disabili motori in seguito ad amputazione.

Il secondo capitolo è dedicato all’analisi di alcuni concetti teorici strettamente correlati all’esperienza dei disabili motori in seguito ad amputazione. In questa accezione, viene considerata l’importanza di diversi aspetti basilari del processo riabilitativo, della “relazione di aiuto”, della resilienza e viene accennata un po’ di normativa di riferimento che si inserisce, in particolare, all’interno di quello che è l’approccio dell’integrazione dei disabili.

Il terzo capitolo si occupa, nello specifico, dell’analisi e descrizione del “Centro per la sperimentazione ed applicazione di protesi e presidi ortopedici” di Vigorso di Budrio. Dopo alcuni cenni relativi al contesto istituzionale, e alla storia del Centro Protesi, ne viene esaminato il Modello Operativo, le attività, la tipologia di utenza, i

prodotti e i servizi che concorrono nel fornire agli utenti un servizio globale finalizzato al completo reinserimento nel loro specifico contesto di vita.

Il quarto capitolo è dedicato alle attività, ai compiti e alle funzioni svolte all'interno del Centro Protesi da parte del Servizio Psicosociale. In particolare, emerge l'importanza della "relazione di aiuto", dell'attività di sostegno di cui l'equipe psicosociale si occupa durante le fasi del percorso protesico riabilitativo dell'utente, finalizzata all'accompagnamento della persona nel percorso, facilitando in questo modo il rientro nel proprio ambiente di vita familiare, sociale e lavorativo. Contestualmente alla descrizione e analisi del lavoro portato avanti dall'equipe, viene dato largo spazio all'esposizione di aspetti teorici strettamente correlati, quali quelli relativi al trauma, all'elaborazione del lutto, al disturbo post-traumatico da stress e a concetti ad essi connessi. Successivamente ci si sofferma sulla rilevanza del supporto sociale, sul lavoro dell'assistente sociale e il rientro della persona nel proprio contesto di vita familiare, sociale e lavorativo. Così, si fa riferimento al rapporto individuo-ambiente, al modello del Case/Care Management dando importanza al lavoro di rete e di equipe. Per finire saranno illustrati alcuni esempi di "buone prassi", quale il progetto "Tornare a casa", al cui interno si sono realizzate e si realizzeranno diverse iniziative rivolte agli utenti del Centro, tra queste particolarmente significativa, anche per i suoi caratteri innovativi, attiene all'area dell'integrazione lavorativa di cui è responsabile il Servizio Sociale del Centro Protesi dal 1998 e che ha portato alla realizzazione di progetti di riqualificazione professionale e di reinserimento lavorativo mirato, svolti in collaborazione con associazioni specializzate nel settore, arrivando fino al Progetto INAIL-Retraining, attivato nel 2002 e che ha avuto come obiettivo centrale quello di offrire ad ognuno l'opportunità di riprogettare un proprio percorso di reinserimento socio-lavorativo e di ritornare al lavoro in possesso di conoscenze e competenze acquisite mediante percorsi di riqualificazione personalizzati in grado di soddisfare, da un

lato, le aspettative della persona, dall'altro, le richieste del mercato del lavoro.





## Capitolo 1

### La Pedagogia speciale e il “Progetto di vita”

#### 1.1 Pedagogia e Pedagogia speciale

La Pedagogia è la scienza che studia i processi educativi o, come preferisce Piero Bertolini, “l'evento educativo” nella duplice accezione di trasmissione e trasformazione culturale e la qualità delle relazioni interpersonali che le rende possibili.

Il termine deriva dal greco παιδαγωγία, da παιδος (paidos) “il bambino” e αγω “guidare, condurre, accompagnare”. Il destinatario della pedagogia, infatti, è innanzitutto il bambino, anche se oggi si avverte la necessità che la scienza dell'educazione si occupi altresì degli adulti e degli anziani.

La Pedagogia, quindi, può essere definita come la scienza generale della formazione e dell'educazione dell'uomo. Essa è una scienza in quanto costituita da un organico sistema di saperi; è una scienza generale poiché affronta ogni aspetto relativo ai suoi due oggetti centrali: la formazione, che comprende la complessità e l'irripetibilità del "prendere forma" e del "tras-formarsi" propri di ciascun soggetto; l'educazione, che riassume la problematicità di ogni relazione educativa nella quale il soggetto è posto dalla vita stessa, dal suo crescere e svilupparsi, dal suo incontrarsi con l'altro-da-sè. Al centro della riflessione pedagogica si pone, quindi, l'uomo. Egli è il destinatario di questa scienza e, pertanto, il fine di tutta la ricerca pedagogica.

Potremmo affermare che la Pedagogia è la scienza che indaga sul “fatto educativo” così come è, come può o come dovrebbe essere. È riflessione sull'educazione e, di conseguenza, teoria per l'agire educativo: offre, quindi, criteri e metodi perchè l'educazione favorisca la formazione globale della persona, quella fisica, intellettuale, morale, sociale e religiosa, avviandola, inoltre, alla coscienza ed al

dominio di sé, allo sviluppo delle sue capacità relazionali, comunicative, interpersonali, ed alla cooperazione sociale. La Pedagogia è la lettura della realtà sotto il profilo dell'educazione. Oggetto di studio della Pedagogia è, in termini molto generali, l'uomo e la sua formazione.

La Pedagogia si suddivide in molte correnti e per citarne alcune potremmo parlare di: Pedagogia Generale, Pedagogia Sperimentale, Pedagogia Sociale, Pedagogia Comparata, Pedagogia Interculturale, ecc...

Queste “pedagogie”, pur cambiando denominazione, non hanno di certo modificato l’oggetto di ricerca che resta legato all’evento educativo, non hanno smesso di essere, innanzitutto Pedagogia, né hanno rinunciato ai suoi elementi fondanti, ma a questi ne hanno aggiunti di più specifici, legati agli ambiti della ricerca educativa.

Anche la Pedagogia speciale, allora, dal momento in cui si stacca dalla Pedagogia generale e si sviluppa come tale, non cessa di essere innanzitutto Pedagogia, mantenendo come focus del suo studio il rapporto educativo, ma specificando il tipo di popolazione che considera protagonista nell’evento educativo. Così risulta di sua esclusiva competenza tutto il campo che riguarda il processo educativo di soggetti che, per abilità, dotazione psico-fisica, patrimonio culturale, appaiono “discostarsi dalla norma” e che richiedono, pertanto, forme e strategie di educazione e di insegnamento particolari e mirate<sup>1</sup>. Qui, parlando di soggetti che si discostano dalla “norma” Maura Gelati si riferisce a soggetti in difficoltà o disabili che presentano tempi di sviluppo molto dissimili rispetto ai coetanei, quindi il termine viene utilizzato al di fuori di ogni aspetto valutativo, anche se, a mio avviso, mantiene un’ambiguità e una problematicità di fondo da non sottovalutare.

Occorre sottolineare, allora, che la definizione di “soggetto che richiede forme di pedagogia speciale” è un aspetto importante della riflessione di questo ambito disciplinare, poiché la nozione stessa di

---

<sup>1</sup> Cfr. M. Gelati, *Pedagogia Speciale e integrazione*, Roma, Carocci, 2004.

“norma” risulta problematica e le definizioni terminologiche di “svantaggio”, “handicap”, “normodotato” non sono anch’esse esenti da ambiguità. Ma, prima di approfondire le ambiguità e confusioni esistenti nel linguaggio della Pedagogia speciale, consideriamone in maniera più approfondita la nascita e le radici.

### 1.1.1 Nascita e sviluppo della Pedagogia speciale

Come abbiamo visto la Pedagogia speciale è una branca della Pedagogia che interviene, con modalità ben definite, nell’area della disabilità di varia natura (da quella motoria a quella cognitiva, socio-affettiva). La Pedagogia speciale, in generale, ha lo scopo di ricostruire un senso, un significato ove il significato della persona e del suo esistere vacilla a causa di elementi di disagio, devianza, marginalità o disabilità che impediscono un pieno sviluppo e una piena espressione del potenziale umano. Fra i padri della Pedagogia speciale possiamo senz’altro comprendere i primi pedagogisti medici, fra cui J. M. G. Itard, Séguin, Maria Montessori e altri come Victor Frankl, De La Garanderie, Decroly, Claparede.

E’ proprio ad Itard, (1775-1838) che si fa risalire la nascita della Pedagogia speciale e il passaggio da uno studio puramente medico ad un intervento di tipo più pedagogico e globale nei confronti della persona disabile. Fu, appunto, di questo pedagogista francese del XIX secolo, l’idea dell’educabilità dell’individuo anche in presenza di forti disabilità e dell’importanza della mediazione sociale nella crescita psicofisica della persona. L’esperienza con il ragazzo trovato nelle foreste dell’Aveyron, Victor, aveva dato a Itard la certezza che un lavoro educativo potesse risolvere quei deficit che egli considerava funzionali e non organici come era stato indicato da altri. Contrariamente a Pinel, infatti, che considerava Victor irrecuperabile, classificandolo come un “idiota” (secondo la terminologia del tempo), poiché attribuiva la sua minorazione (cognitivo-linguistica, motoria e

socio-affettiva) ad una causa organica, per Itard lo sviluppo affettivo e intellettuale del bambino era stato interrotto accidentalmente all'età di 10-12 mesi e il suo grave ritardo era ascrivibile, dunque, ad una carenza o ad un impedimento alla partecipazione ai processi sociali e alla conseguente mancanza di modelli utili per la costruzione dei comportamenti imitativi. Per questi motivi Itard confidava moltissimo nell'efficacia della relazione e del contesto sociale che avrebbe riportato il bambino ad un vivere civile.

La Pedagogia speciale evidenzia, così, la sua funzione di Pedagogia che educa e sostiene l'evoluzione in presenza di condizioni particolari di sviluppo e, per incontrare questa particolarità, mette in campo strumenti, strategie e metodologie speciali poiché pensate, create e progettate per rispondere ad esigenze evolutive, a canali di ricezione e comunicazione ben precisi e quindi, di volta in volta, cerca di entrare in un rapporto che è speciale. Compito della Pedagogia speciale, allora, non è quello di portare la persona entro la "norma", intesa come la media delle prestazioni nei soggetti, ma di favorire al massimo lo sviluppo del potenziale umano che ogni persona porta con sé, favorire l'autonomia, la crescita, la progettazione e la partecipazione della persona alla vita della società e della comunità.

Così Itard, durante l'educazione di Victor, sottolineava come questo ragazzo non potesse essere paragonato che con se stesso e valutava, sulla base di questo criterio, i progressi o i regressi. È grazie, dunque, al ricorso a questi approcci, rispettosi della diversità, che si è riusciti ad ideare percorsi abilitativi, riabilitativi e metodologie che in altri tempi sarebbero stati scartati in quanto giudicati inadatti a portare il soggetto alla media delle prestazioni<sup>2</sup>.

Insieme ad Itard anche Séguin (1812-1880) segna la nascita della Pedagogia speciale. Egli viene definito come colui che opera il passaggio da una pedagogia focalizzata sul soggetto (ascrivibile ad Itard) ad una più centrata e attenta ai contesti e ai percorsi<sup>3</sup>. Così

---

<sup>2</sup> Cfr. R. Caldin Populin, *Introduzione alla pedagogia speciale*, Padova, CLEUP, 2001.

<sup>3</sup> Cfr L. De Anna, *Pedagogia Speciale*, Milano, Guerini Studio, 1998.

anche Séguin, come Itard, viene ricordato, prima ancora che come medico, soprattutto come un educatore in grado di cogliere l'originalità e la peculiarità di ogni persona, senza effettuare gratuite generalizzazioni, focalizzandosi sul contesto e sull'intero ambiente di vita nel quale ognuno si viene a trovare.

Sarà Maria Montessori (1870-1952), donna, medico e pedagogista, a continuare il cammino iniziato da Séguin, sia attraverso la valorizzazione dell'educazione sensoriale, sia nel superamento della diagnosi, che verrà utilizzata principalmente come momento educativo. Nella Montessori va valorizzato il "fare da sé" del bambino inteso come regolare affrancamento dall'adulto e processo di costruzione autonoma della propria personalità: educare, per la Montessori, corrispondeva ad aiutare il bambino a sfruttare la potenza autoeducante di cui ognuno è portatore<sup>4</sup>.

Tra gli altri pedagogisti ricordiamo anche De La Garanderie (1920) il quale propone una pedagogia che entra nei processi della persona, nei processi con cui ognuno si rapporta con se stesso e con gli altri attraverso le diverse aree funzionali, da quella motoria a quella sensoriale. Rendere consapevole il soggetto dei processi che attiva, di come li sostiene o li impedisce, di come li ripete imm modificati o di come cerca di cambiarli per ottenere risultati, comporta la possibilità di fornire alla persona un momento di riflessione importante sul proprio essere pensante ed attore di eventi che si possono modificare a partire da una necessità di cambiamento, determinata dall'errore o dalla specificità-diversità di quel processo. La diagnosi pedagogica, per De La Garanderie, quindi, non mira ad evidenziare inabilità ma modalità e attitudini. A partire da ciò che la persona è in grado di fare, infatti, è possibile ipotizzare i processi di cui si serve, analizzarne la validità, l'orientamento, la funzionalità, è possibile aiutarla ad apprendere ancora di più e con maggior efficacia.

Se consideriamo poi personaggi come Viktor Frankl (1905-1997), padre della Logoterapia, ci rendiamo conto di come, più in generale,

---

<sup>4</sup> Cfr. R. Caldin Populin, *Introduzione alla pedagogia speciale*, op. cit.

tutte le situazioni di disagio e/o vuoto evolutivo originino disequilibri nell'armonia psichica della persona. L'aspetto educativo interviene, quindi, come sottolinea Frankl, con quella delicata funzione di "risignificare" ove il significato è andato perduto, smarrito nella crisi, nell'alienazione, nella perdita del Sé. Il concetto del senso come significato, ritorna nella prospettiva di Frankl, uomo sopravvissuto ai lager, ove impara che ogni esperienza ha un senso, occorre saperlo cercare e in questo la Logoterapia, come scienza delle parole che curano l'interiorità, ha lo scopo di guidare la persona verso la ricerca del senso o la vera e propria costruzione dello stesso. Per costruire e trovare il proprio senso l'uomo ha bisogno di un altro uomo e della relazione a volte profonda della psicoterapia, a volte meno coinvolgente sul piano del Sé, ma sempre efficace nel piano dell'educazione e della relazione d'aiuto<sup>5</sup>. Ogni individuo, secondo Frankl, ha la possibilità di "progettarsi", di "andare oltre"; la logoterapia ha il fine di far acquisire al paziente la determinazione a perseguire le proprie mete attraverso due tecniche, l'intenzione paradossa", che consiste nel desiderare che si realizzino le cose che più si temono, in modo da spezzare il circolo di angoscia creato dall'aver paura che si realizzi qualcosa di cui si ha timore; e la "dereflessione", che consiste nel prendere le distanze da se stessi per costruire rapporti interpersonali più maturi<sup>6</sup>.

A questo punto occorre sottolineare come la Pedagogia Speciale, in sinergia con altri trattamenti educativi, riabilitativi, rieducativi, interviene ad accompagnare la persona nel recupero e nell'attivazione del potenziale evolutivo inibito o arrestato da una crisi verso quella gradualità che caratterizza lo sviluppo e l'evoluzione dell'individuo. In questa veste l'educazione si presenta nella doppia funzione di sostegno al soggetto nella ricerca delle proprie capacità, abilità e predisposizioni a cui non ha avuto modo di dare spazio (una sorta di

---

<sup>5</sup> Cfr. A. Canevaro, *La relazione di aiuto*, Roma, Carocci, 1999.

<sup>6</sup> Cfr. Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.

incremento umano) e nella rieducazione di quelle abilità, capacità e competenze e quindi di ricostruzione e ridefinizione di sé e del Sé.

### 1.1.2 Il ruolo della Pedagogia speciale oggi

Per molto tempo, come scrive Maura Gelati, il campo d'indagine della Pedagogia Speciale è rimasto circoscritto allo studio del rapporto educativo e dei suoi metodi nei confronti del soggetto "in età evolutiva" con caratteristiche fisiche, sensoriali, psichiche o comportamentali "fuori dalla norma", tralasciando tutto ciò che riguardava la vita adulta, perché ritenuta di competenza di altre discipline<sup>7</sup>. *La Pedagogia speciale italiana ha allargato il suo campo di studio a tutta la vita del soggetto con bisogni educativi speciali dal momento in cui è uscita dai luoghi chiusi nei quali quei soggetti erano educati e istruiti[...] e ha posto al centro del proprio campo di ricerca e di dibattito il problema dell'integrazione*<sup>8</sup>.

Oggetto della Pedagogia speciale, allora, è lo studio delle disabilità, ovvero la situazione di tutti coloro che vivono la limitatezza di un deficit. La Pedagogia speciale non è una Pedagogia delle differenze intese genericamente, riguarda le situazioni di handicap, la presenza di deficit e di condizioni traumatiche congenite o acquisite. La Pedagogia speciale oggi, significa la possibilità di rispondere con competenza ai bisogni educativi speciali di coloro che vivono la disabilità o condizioni e situazioni di vulnerabilità. Si tratta di assumere uno stile di lavoro capace di raggiungere coloro che sono disabili nei contesti di vita, e non in istituzioni chiuse, preposte ad accogliere solo i disabili nel loro perimetro. I contesti di vita sono la famiglia, la scuola, le agenzie del territorio, la vita sociale, i luoghi di lavoro, la vita culturale.

---

<sup>7</sup> Cfr. M. Gelati, *Pedagogia Speciale e integrazione*, op. cit.

<sup>8</sup> Ivi, p. 65.



*L'oggetto della Pedagogia speciale è la risposta ai bisogni là dove si trovano, e non la risposta a bisogni raggruppati in categorie [...]. La dinamica in cui si muove la Pedagogia speciale è quella di non rinunciare a dare risposte speciali (e da qui il suo nome) a problemi specifici in contesti ampi e non in contesti separati<sup>9</sup>.*

Così, nella prospettiva dell'integrazione, la Pedagogia speciale ha tentato di soffermarsi sempre più sulla multicausalità e la multimodalità, nell'ottica di considerare il soggetto nella sua globalità con la consapevolezza che esistano più cause e molteplici modi per rispondere alle esigenze dei singoli individui. A tal proposito sono utili i collegamenti con tutte le altre discipline che affrontano le stesse problematiche di ricerca. D'altra parte ogni progetto di vita implica un intreccio ampio di diverse aree disciplinari e nel caso di fratture o elementi destabilizzanti all'interno del proprio progetto, la Pedagogia speciale può intervenire riformulando e individuando le risposte da inserire in un contesto integrato.

Avrò modo nelle prossime pagine di approfondire la tematica relativa al "progetto di vita", ora mi limito a sottolineare come la peculiarità della Pedagogia speciale odierna consista proprio nel *cercare di affrontare problemi non comuni secondo un'ottica che non preveda la "specialità", pur mantenendo nello stesso tempo la propria specificità. In effetti la Pedagogia speciale vuole esistere in quanto tale ma operare il meno possibile secondo sterili pratiche, in modo da poter rappresentare una risposta adeguata e competente nei diversi contesti ordinari<sup>10</sup>.*

A questo punto, per poter continuare nella trattazione e in seguito focalizzarci sull'oggetto specifico di questa lavoro di ricerca, occorre chiarire il significato di alcuni termini e accezioni per riflettere e far riflettere sulla necessità di non utilizzare espressioni sbagliate o ambigue.

---

<sup>9</sup> A. Canevaro, *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Milano, Mondadori, 1999, p. 3.

<sup>10</sup> A. Canevaro, M. Mandato, *L'integrazione e la prospettiva "inclusiva"*, Roma, Monolite, 2004, p. 23.

## 1.2 Il significato dei termini

*Le parole sono strumenti delicati, magici, potenti e possono divenire pericolose soprattutto quando il loro uso impreciso ed equivoco costituisce lo specchio di un temuto riferimento a fenomeni che nella mentalità comune esprimono la “diversità” che si vuole esorcizzare<sup>11</sup>.*

Spesso la Pedagogia speciale ha dovuto rinnovare le proprie denominazioni, abbandonando quelle che nel linguaggio comune avevano assunto un significato negativo, compreso il termine “anormale”, nel tentativo di evitare una contaminazione tra le forme usate su piani classificatori e gli usi dispregiativi degli stessi.

Molti dei termini in uso, ad esempio due secoli fa, per la classificazione di soggetti con patologie psichiche, sono diventate oggi “termini offensivi”, obbligando perciò sia la psichiatria, sia la Pedagogia speciale a cancellarli dal proprio linguaggio. Emblematici di quanto detto sono i termini “idiota” o “deficiente” che a lungo hanno fatto parte del linguaggio di studiosi che si occupavano di disabili.

Ma il dibattito attorno alle espressioni e, in generale, al linguaggio della Pedagogia speciale, non accenna a placarsi, in quanto ancora oggi noi sentiamo spesso usare espressioni sbagliate. A questo proposito Andrea Canevaro ha affermato in molteplici opere che l’espressione ampiamente abusata di “portatore di handicap” risulta profondamente sbagliata e non dovrebbe assolutamente venire utilizzata da chi svolge dei compiti ufficiali. Egli ha riaffermato che è fondamentale avere chiara la differenza esistente tra “deficit” e “handicap”. Mentre il primo è un dato irreversibile, i secondi sono i punti su cui è possibile riesercitare la riabilitazione per circoscrivere il danno o per annullarli. Dunque, tutt’al più, si potrebbe parlare di “portatore di deficit” o soffermarsi sul fatto che la persona disabile ha “trovato un handicap” che rappresenta il prodotto del deficit o dei suoi effetti derivati dalla psicologia del soggetto e dalle risposte

---

<sup>11</sup> G. Corazzieri, A. L’Imperio, *Disabili: punto e a capo*, Roma, Koinè, 1994, p. 37.

dell'ambiente. A questo punto, allora, credo sia chiaro come la riabilitazione non possa riguardare il deficit che non può essere miracolosamente annullato, ma riguarda solo gli handicap. E allora bisogna anche distinguere e fare molta attenzione nell'uso delle espressioni “deficit” e “malattia”. Fare attenzione alle parole è importante perché in esse è implicito il modello operativo a cui ci si riferisce. Dunque, è fondamentale non fare confusione fra “deficit”, “disabilità” e “handicap” poiché utilizzare termini impropri non giova di certo alla “riduzione dell'handicap”.

Allora mi sembra utile ribadire, attraverso le parole di Andrea Canevaro, quello che deve essere il nostro punto di partenza e di riferimento in tutta la trattazione: *l'individuo è relativamente handicappato, cioè l'handicap è un fatto relativo e non un assoluto, al contrario di ciò che si può dire per il deficit. In altri termini, un'amputazione non può essere negata ed è quindi assoluta; lo svantaggio (handicap) è invece relativo alle condizioni di vita e di lavoro, in una parola della realtà in cui l'individuo amputato è collocato. L'handicap è dunque un incontro fra individuo e situazione. E' uno svantaggio riducibile o (purtroppo) aumentabile. Queste riflessioni fanno capire quanto sia importante il fatto che le definizioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) tengano conto della distinzione già indicata<sup>12</sup>.*

Riallacciandoci proprio a questa ultima frase in cui viene citata l'Organizzazione Mondiale della Sanità, veniamo a considerare la Classificazione che più ha influenzato il modo di rapportarsi alle persone disabili modificando l'atteggiamento nei loro confronti e cominciando ad assumere una maggior precisione terminologica, ma soprattutto, affiancando all'identificazione di un ambito prettamente medico-biologico, l'ambito sociale.

È necessaria, però prima, una parentesi sull'uso e sul significato delle classificazioni.

---

<sup>12</sup> A. Canevaro, *Le parole che fanno la differenza*, in <http://www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>

Le classificazioni, di qualunque tipo, sono di fatto costitutivamente ambivalenti. Possono essere un efficace e indispensabile strumento di conoscenza, ma, anche mezzi molto “potenti”: sono “sapere”, un sapere fruibile, e ben organizzato, che non si limita a interpretare la realtà proponendone una visione in grado di agevolarne la conoscenza, un sapere che di fatto crea la realtà, le attribuisce nomi, caratteristiche, significati, la delimita, e, così facendo, in qualche modo rischia di cristallizzarla, di catalogarla alimentando l’illusione di una realtà sempre uguale a se stessa e soprattutto di una realtà discriminabile in ciò che è sano e patologico, bene e male, da tenere o da scartare.

Come ci suggerisce Canevaro, allora, sarebbe utile appoggiarci alle classificazioni, e in particolare alle ultime varate dall’OMS, essendo, però, consapevoli della loro costitutiva ambiguità e ambivalenza, del loro valore euristico ma anche della loro possibile deriva ideologica e astratta. Solo così una classificazione può acquisire una qualche utilità e consentire di conoscere dell’individuo originalità ed “elementi di condivisione”. In quest’ottica, secondo Canevaro, si può parlare di integrazione:

*La prospettiva dell’integrazione è quella che non si accontenta delle categorie, non si accontenta quindi delle distinzioni per deficit o per anomalie o per elementi di difficoltà nei confronti dell’organizzazione sociale, ma cerca di vedere gli individui singolarmente, ciascuno con i propri bisogni, per capirne in pari tempo la loro originalità e gli elementi di condivisione<sup>13</sup>.*

Ma tutto ciò significa anche vedere il singolo individuo che “utilizza” quella classificazione, interpretandone l’ambiguità a seconda dei suoi stessi bisogni, desideri, paure, modelli impliciti e della consapevolezza possibile.

Ora, tenendo ben presente questa precisazione metodologica, torniamo alla classificazione proposta negli anni ’80 dall’OMS<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> A. Canevaro, Balzaretto, Rigon, *Pedagogia speciale dell’integrazione*, Scandicci, La Nuova Italia, 1996, p. 42.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

### 1.2.1 Il primo documento dell'OMS: ICIDH

Nel 1980 l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (**ICIDH**), un eccellente tentativo di ricercare concetti, definizioni e terminologie quanto più omogenei e condivisibili tra gli operatori del settore. In tale pubblicazione veniva fatta l'importante distinzione fra "menomazione" (impairment), "disabilità" (disability) e "handicap". La prima veniva definita come *qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche [N.B.: "Menomazione" è un termine più comprensivo di disturbo, poiché riguarda anche le perdite: per esempio, la perdita di una gamba è una menomazione ma non un disturbo]. [...] La menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d'organo<sup>15</sup>. Il termine "disabilità" (disability) veniva definito come *qualsiasi restrizione o carenza (conseguente a una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano. [...] Le disabilità possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione del soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, a una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona<sup>16</sup>.**

Infine "l'handicap" veniva considerato come la *condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso, ai fattori culturali e sociali. Caratteristiche. L'handicap riguarda il significato assunto da una situazione o esperienza individuale quando essa si scosta dalla normalità. Esso è caratterizzato dalla discrepanza fra l'efficienza e lo stato del soggetto*

---

<sup>15</sup> A. Canevaro, *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, op. cit., p.11.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

*e le aspettative di efficienza e di stato sia dello stesso soggetto che del particolare gruppo di cui egli fa parte. L'handicap rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze (culturali, sociali, economiche e ambientali) che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio proviene dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie all'universo che circonda l'individuo<sup>17</sup>.*

### 1.2.2 Il nuovo documento dell'OMS: ICF

Nel maggio 2001 l'OMS ha pubblicato la "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità": l'ICF, riconosciuto da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni. La Classificazione ICF rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione, e quindi anche nella percezione, di salute e disabilità. La nuova classificazione proposta dall'OMS, infatti, mostra un'ulteriore volontà di superamento di quella logica, che si è visto essere così radicata soprattutto in ambito medico-sanitario, di scissione di sano e malato, di normale e patologico, proprio non ponendo più l'automatica connessione tra menomazione e disabilità e stato di malattia. La stessa denominazione ICF, ovvero "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità", si propone di creare un linguaggio comune, non solo in ambito medico, ma anche in ambito socioassistenziale e socio-educativo, rispetto alle componenti della salute e ai domini ad essa correlati. L'attenzione, quindi, è focalizzata su ciò che compone la salute (fattori strutturali e funzionali, fisiologici, corporei e mentali, e fattori contestuali, ambientali e individuali). Menomazione e disabilità sono lette di

---

<sup>17</sup> Ibidem.

conseguenza come aspetti negativi del funzionamento di funzioni e strutture corporee, identificati come elementi costitutivi delle condizioni di salute: appartengono, cioè, comunque a una condizione esistenziale che è quella della salute, e non della malattia conclamata.

Il nuovo approccio, permettendo la correlazione fra stato di salute e ambiente, arriva alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Ciò che caratterizza la nuova ICF è l'approccio biopsicosociale e multidimensionale su cui si basa, che contempera e integra il modello medico e il modello sociale. Il modello medico vede la disabilità come un problema personale, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica. Il modello sociale, invece, reputa la disabilità non come attributo di un individuo, ma piuttosto un'articolata varietà di condizioni, molte delle quali causate dall'ambiente sociale. Il modello biopsicosociale si focalizza sul recupero mirato delle potenzialità individuali esistenti evitando una visione soltanto medica del problema relativo alla disabilità.

A differenza della precedente Classificazione ICIDH, l'ICF, come già detto, non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute". Nel primo tipo di classificazione l'attenzione veniva posta sulle "conseguenze" cioè sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute. In tal senso l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone, proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

La sequenza Menomazione -> Disabilità -> Handicap, alla base dell'ICIDH, nella nuova Classificazione viene superata da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e della disabilità, secondo un processo interattivo ed evolutivo. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità. La disabilità viene intesa,



infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale. L'ICF, correlando la condizione di salute con l'ambiente, promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività, che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Cfr. P. M. Fiocco, L. Mori, (a cura di), *Salute e Società. La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza*, Milano, Angeli, 2005.



Di seguito è riportata una visione d'insieme dell'ICF:

	<b>Parte 1: Funzionamento e disabilità</b>		<b>Parte 2: Fattori contestuali</b>	
<b>Componenti</b>	<b>Funzioni e Strutture corporee</b>	<b>Attività e Partecipazione</b>	<b>Fattori Ambientali</b>	<b>Fattori Personali</b>
<b>Domini</b>	Funzioni corporee  Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
<b>Costrutti</b>	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico)  Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard  Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
<b>Aspetto Positivo</b>	Integrità funzionale e strutturale	Attività  Partecipazione	Facilitatori	Non applicabile
	Funzionamento			
<b>Aspetto negativo</b>	Menomazione	Limitazione dell'attività	Barriere/ostacoli	Non applicabile
		Restrizione della partecipazione		
		Disabilità		

Come si può vedere il nuovo documento ICF permette di evidenziare gli aspetti propositivi e, quindi, di valorizzazione del singolo. In questa direzione emergono con forza alcuni termini quali “funzioni”, “strutture”, “attività”, “partecipazione” che vengono a sostituire quelli precedentemente utilizzati. In particolare, il termine disabilità che era usato nell'ICIDH, è stato, appunto, sostituito da “attività”, e

“handicap” è stato sostituito da “partecipazione”, a indicare proprio quelle trasformazioni di positività che erano implicite. Si costruisce, quindi, uno schema che vede al centro l’attività, che può essere più o meno sviluppata a seconda delle condizioni proprie dell’individuo ma anche derivanti dal mondo esterno.

Ora, come viene sottolineato anche da R. Caldin è importante che, sulla scia della nuova Classificazione qui illustrata, si continui a lavorare per *evitare che il deficit, da minorazione fisica o mentale, si trasformi anche in una ristretta possibilità di attività o in una limitata partecipazione sociale a causa di un’immagine svalutata e distorta del proprio corpo e del proprio sé, con una grave ricaduta sui processi interni di sicurezza e di autostima*<sup>19</sup>.

Dopo questa lunga digressione relativa al significato dei termini (in ogni caso, a mio parere, estremamente importante e da ribadire in qualsiasi discorso che tratti di disabilità per sensibilizzare sulla necessità di non utilizzare espressioni sbagliate), credo sia arrivato il momento di introdurre il tema centrale oggetto della mia trattazione, che ruota attorno a quella che è la relazione tra Pedagogia speciale e “progettazione” facendo riferimento, in particolare, ad una realtà estremamente importante ed unica nel suo genere: l’INAIL di Vigorso di Budrio dove persone, giunte anche da molto lontano, non solo necessitano dell’applicazione di una protesi, ma, soprattutto hanno bisogno di ricostruire o riorganizzare il loro “progetto di vita” che, in seguito a traumi di diverso genere, ha subito una frattura.

### 1.3 Pedagogia speciale e “Progetto di vita”

Ognuno di noi vive un “progetto”. Questo è costituito dall’insieme delle azioni, dei compiti, delle condotte che ciascun individuo compie nella tranquilla dinamica della quotidianità, ponendosi, però, degli obiettivi che vanno ben oltre la quotidianità.

---

<sup>19</sup> R. Caldin Populin, *Introduzione alla pedagogia speciale*, op. cit, p. 213.

L'attore sociale è un uomo o una donna con una propria razionalità empirica che procede, cioè, per prove ed errori, con largo spazio a sentimenti ed emozioni riuscendo a dare un significato alle esperienze che va facendo. E nonostante la crisi di valori della società attuale, la razionalità soggettiva continua a prendere piede. Così ogni attore sociale deve mettere a punto un progetto in modo che questo possa guidare e dare ordine alla sua vita, affinché quest'ultima non sia una sommatoria di contingenze ed eventi da subire passivamente.

L'agire sociale, dunque, è più costruito che spontaneo, ubbidisce ad un progetto anziché essere solo apparenza. Per Blumer l'individuo *deve indicare a se stesso le condizioni che possono agevolare od ostacolare la sua azione; deve tener conto delle richieste, delle aspettative, dei divieti e delle minacce che possono presentarsi nell'ambito della situazione in cui agisce*<sup>20</sup>. È fondamentale che in ogni momento si proceda a ricostruire l'interpretazione di una particolare situazione in cui ci si viene a trovare e la si analizzi in riferimento alle conoscenze già in proprio possesso.

L'attenzione per il nuovo, la necessità di definire le situazioni e di comprendere il proprio e l'altrui agire è quanto Schutz definisce "progetto". Qualunque sia l'agire di un attore, questo deve avere delle motivazioni iniziali e un fine, dunque un progetto che lo preceda nel tempo.

Il progetto di vita corrisponde all'insieme delle scelte prese una dopo l'altra, è ciò che ogni individuo mette a punto, più o meno coscientemente e coerentemente, con maggiore o minore successo. Il progetto è una costruzione, non è una creazione spontanea e libera ma deriva dalla combinazione di diversi elementi, quali i bisogni e i desideri con le norme sociali apprese nel processo di socializzazione. In quanto tale dipende dall'individuo, dalle sue scelte e dalle sue capacità, anche se non è da sottovalutare l'influenza di coloro che lo circondano o, più in generale non è da escludere il controllo sociale.

---

<sup>20</sup> M. Ciacci, *Interazionismo simbolico*, Bologna, Il Mulino, 1983, p. 65.

È, dunque, caratterizzato dall'incontro tra la personalità del soggetto e il suo dover vivere ed essere in un contesto sociale.

Alla messa a punto di un progetto concorrono almeno tre componenti: innanzitutto i valori di fondo in cui un soggetto crede, quelli a cui è stato socializzato, che ha difeso o modificato, quelli che resistono nonostante tutto; gli obblighi di ruolo relativi alla posizione sociale occupata dall'individuo e la personalità del soggetto che comprende i modi e gli accidenti che caratterizzano il suo percorso di vita, nonché la sua eredità genetica e la sua fisicità. Il progetto è proprio la risultante o il prodotto delle influenze reciproche e dell'incessante e profondo interscambio che avviene tra queste tre componenti.

Da tutto ciò risulta chiaro che il progetto non può essere immutabile nel tempo, ma può subire delle interruzioni, delle fratture che introducono disordine laddove c'era ordine e portano alla ricerca e all'elaborazione complessa e, a volte, guidata dall'aiuto di specialisti, di una ridefinizione e riorganizzazione dello stesso<sup>21</sup>.

Nel corso del delinearsi del nostro "progetto", infatti, si intrecciano vari elementi: alcuni che permettono di continuare nel proprio disegno, altri che, invece, pongono degli ostacoli. Così, a volte, il "progetto" si interrompe, subisce delle fratture che impediscono di portare avanti quello che era il disegno iniziale e si entra in una situazione che va riorganizzata, bisogna pensare ad un nuovo progetto che preveda anche l'accostamento di una o più competenze che non erano previste, che non si conoscevano. È qui che entra in scena la Pedagogia speciale riformulando e individuando le risposte da inserire in un contesto integrato. La Pedagogia speciale interviene per collegare una situazione preesistente e uno sviluppo che deve cambiare, rispetto a quello immaginato.

---

<sup>21</sup> Cfr. M. Livolsi, *Identità e progetto*, Firenze, La Nuova Italia, 1987.

### 1.3.1 Progetti di vita interrotti

Il Progetto riguarda tutti. Oscuro, complicato, non sempre funzionante al meglio o compreso, un progetto comunque esiste.

Come già detto, il progetto esistenziale, individuale è uno schema in cui esperienze pregresse, desideri, vincoli sociali, si combinano in un determinato modo. Il progetto ha un suo carattere, un suo nocciolo duro che continua ad esistere nonostante il suo continuo modificarsi. Il progetto, infatti, non è costruito una volta per tutte, ma è in continua trasformazione per il ricombinarsi frequente degli elementi in gioco, in seguito alle nuove esperienze che il soggetto va facendo.

In certe situazioni il progetto si può arrestare o avere delle involuzioni. Ci sono situazioni che bloccano l'elaborazione del progetto, introducendo disordine dove fino ad allora sembrava esserci ordine. Ogni evento esterno, introducendo nuovi elementi o contribuendo alla modifica di quelli esistenti, è fonte di disorganizzazione o disordine.

Così, ad esempio, eventi drammatici che si incontrano nella vita del soggetto, che costringono a ridisegnare ex novo la mappa di vita, a riprogettare la sua esistenza. Attorno a queste fratture delle storie si deve riorganizzare il progetto<sup>22</sup>.

Ogni giorno potremmo individuare una certa quantità di situazioni che hanno bisogno di una progettazione supportata dalle competenze comprese nella Pedagogia speciale.

Così, ad esempio, possiamo immaginare che la nascita di un bambino con Sindrome di Down possa provocare differenti reazioni: un'accettazione o una negazione con il rimpianto per quel che sarebbe potuto essere, ma non è stato. Ad ogni modo c'è la necessità di riorganizzare il progetto di quella famiglia, di quella mamma e di quel papà che hanno avuto un bambino con Sindrome di Down, che magari avevano un loro disegno da perseguire e un programma specifico per il loro bambino, che adesso, però, devono rivedere e riorganizzare. D'altra parte anche chi ha un incidente stradale o un incidente sul

---

<sup>22</sup> Ibidem.

lavoro avrà delle conseguenze, soprattutto se l'incidente è grave e fa cambiare le possibilità dell'individuo che lo subisce. È il caso, ad esempio, che mi accingo ad illustrare e analizzare nel seguito del mio elaborato, dei disabili motori in seguito ad amputazione che si trovano costretti, dallo sviluppo dei fatti in quella direzione che hanno fatto cambiare le loro possibilità reali, a dover pensare ad un nuovo progetto.

### 1.3.2 Il caso dei disabili motori in seguito ad amputazione

L'esperienza dell'amputazione rappresenta un evento fortemente traumatico ed un cambiamento radicale nella vita, e più precisamente nel "progetto" della persona, da tutti i punti di vista (fisico, psicologico, sociale).

L'esatto numero delle persone che hanno subito un'amputazione nel mondo è difficile da determinare. Molti paesi non tengono schedari dei pazienti che hanno subito un'amputazione e le relative cause.

Le cause di amputazione mutano in maniera notevole da regione a regione, attraverso il mondo. La guerra e le mine sono la maggiore causa di amputazione, ma i disastri naturali, gli incidenti e le malattie contribuiscono ad aumentare il numero dei pazienti amputati.

La tabella riportata di seguito mostra le percentuali delle cause di amputazione in diversi paesi:

Paesi	Guerra	Altri traumi	Malattie
Cambogia	94.5%	4.5%	1%
Zimbabwe	65%	25%	10%
Stati Uniti	3%	25%	65%
Danimarca	2%	30%	68%

Come si può vedere i traumi sono una tra le tre maggiori cause di amputazione nel mondo anche se il numero di persone che hanno subito un'amputazione in seguito a trauma varia da nazione a nazione. Nei paesi sviluppati, i traumi generalmente avvengono come risultato di incidenti industriali, agricoli o con veicoli, automobili, motociclette e treni. Essi rappresentano circa il 30% delle cause di nuove amputazioni.

Nei paesi con una storia recente di guerre e scontri civili, i traumi rappresentano fino all'80% e più delle amputazioni. In molti di questi paesi le mine nel terreno rappresentano un problema reale. Ci sono più di 100 milioni di mine in più di 60 nazioni nel mondo. L'Organizzazione delle nazioni Unite stima che le mine uccidono o rendono disabili più di 150 persone ogni settimana. Spesso il danno coinvolge più arti, tronco, genitali e viso. Come si può intuire le cause traumatiche di amputazione riguardano soprattutto la popolazione più giovane ed attiva rispetto a quella colpita da patologia. D'altra parte, in generale, gli individui amputati per cause patologiche sono più anziani con età maggiore di 60 anni.

Anche infezioni da insetti, morsi di animali e cause umane ed altre ferite sono un'importante causa di amputazione degli arti, particolarmente in aree dove gli antibiotici non sono prontamente

reperibili. L'uso inappropriato delle medicine tradizionali possono aumentare le infezioni che conducono alle amputazioni.

Per quanto riguarda le malattie, le maggiori patologie che contribuiscono alle amputazioni sono le patologie vascolari, il diabete e i tumori. Sempre facendo riferimento alla tabella possiamo vedere che nei paesi industrializzati come gli Stati Uniti e la Danimarca le patologie rappresentano rispettivamente circa il 65% e il 68% delle cause di amputazioni durante l'anno. Questo non è vero nei paesi in via di sviluppo dove, come già detto, il trauma rappresenta la maggiore causa di amputazione. Delle patologie che causano amputazione, le malattie vascolari sono le più comuni, la cui incidenza è favorita dalle abitudini di vita ed alimentari da un lato e dall'altro dal continuo allungamento dell'attesa di vita (in Italia è di 75 anni per l'uomo e di 81 anni per le donne – ISTAT 1998). Le patologie vascolari che più frequentemente portano all'amputazione sono l'arteriopatia cronica ostruttiva periferica su base aterosclerotica e la vasculopatia diabetica. In quest'ultimo caso, infatti, si può constatare che le complicanze del diabete, diminuiscono la circolazione e la sensibilità degli arti, il che può portare alla formazione di ulcere e infezioni che possono condurre all'amputazione.

Solo una piccola parte delle amputazioni è causata da tumori delle ossa, muscoli e pelle. In questi casi gli arti colpiti da tumore vengono ablati per prevenire il propagarsi della malattia e la morte.

La lebbra può causare una perdita di sensibilità nelle mani e nei piedi, che può portare a infezioni che se non trattate, possono condurre all'amputazione.

Le malformazioni congenite sono causa di una piccola percentuale delle amputazioni. In questi casi i bambini nascono con arti malformati molto corti o addirittura assenti. In relazione all'estensione della malformazione gli arti vengono rimossi chirurgicamente o gli arti corti vengono trattati come amputazioni e viene applicata la



protesi. Le amputazioni congenite rappresentano il 3% delle perdite degli arti<sup>23</sup>.

In conclusione le cause principali d'amputazione sono:

- le malattie (vascolari, neoplasiche, infiammatorie ecc.);
- gli incidenti (stradali, sul lavoro, domestici, per cause belliche, per colpi d'arma da fuoco ecc.);
- le correzioni delle malformazioni congenite.

In genere l'amputazione viene considerata come una sconfitta anche dal chirurgo che la esegue, in realtà, grazie all'evoluzione delle protesi, dovrebbe essere valutata come una valida alternativa terapeutica, attraverso la quale il paziente potrà tornare nuovamente a compiere molte delle azioni che svolgeva prima.

A questo punto è importante che chi ha subito l'amputazione di un braccio, una gamba o di entrambi gli arti, non venga considerato solo in relazione alla perdita di una parte del proprio corpo, ma anche tenendo presente che egli ha visto compromessa l'immagine che di se stesso aveva prima dell'incidente o del trauma, il che ha influito anche a livello psicologico e sociale, non solo fisico. Per questo è importante un approccio globale e integrato alla persona, sia dal punto di vista funzionale sia dal punto di vista psicosociale: il paziente va preso in carico cercando di valorizzare le sue abilità residue e puntando su queste per fargli raggiungere il massimo livello di autonomia possibile. Egli, infatti, non deve accettare solo il deficit fisico, ma deve accettare i cambiamenti del proprio schema corporeo e la protesi. Questo è il presupposto di base che caratterizza lo stile di lavoro svolto all'interno del Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio di cui avrò modo di trattare nei prossimi capitoli. Prima, però, credo sia d'obbligo fare un breve excursus sui concetti basilari del processo riabilitativo e della "relazione di aiuto", in particolare riferimento al caso dei disabili motori in seguito ad amputazione.

---

<sup>23</sup> Cfr. T. A. Moscato, V. Gazzotti (a cura di), *La riabilitazione nel paziente amputato*, WHO, 2004.

## Capitolo 2

### La “relazione di aiuto” nel caso dei disabili motori in seguito ad amputazione

#### 2.1 I concetti basilari del processo riabilitativo

Come già accennato precedentemente, ognuno di noi vive un “progetto”. Questo, però, a volte, si interrompe, subisce delle fratture e ci costringe ad entrare, così, in una situazione che va riorganizzata. In casi come questi, quali quelli di cui vedremo si occupa il Centro Protesi di Vigorso di Budrio e che vede come primi utenti i disabili motori in seguito ad amputazione, sarà opportuno rieducare la persona a convivere con la nuova situazione.

Si parla, così, di **Rieducazione** nei casi in cui un bambino o una persona adulta debbano adattarsi ad un deficit causato da un incidente o da una malattia e imparare di nuovo e diversamente ciò che già avevano appreso durante il processo educativo. La **Riabilitazione**, invece, che comprende la rieducazione, è un processo che ha come obiettivo finale la piena integrazione dell’individuo nella società. Essa si definisce, inoltre, come il processo attraverso cui la persona raggiunge e sviluppa al massimo le sue potenzialità compatibilmente a quelle che sono le sue menomazioni fisiologiche e anatomiche, usufruendo dei servizi messi a sua disposizione per migliorarne la salute e il suo benessere, in generale.

È fondamentale che entrambi i processi di rieducazione e riabilitazione abbiano successo. Il paziente dovrà, quindi, essere in grado di utilizzare la protesi al meglio, senza avere grosse difficoltà in questo senso, ma dovrà anche raggiungere una buona integrazione sociale. È per questo che gli obiettivi devono essere determinati da tutte le persone coinvolte nella “cura”, in modo che si pensi congiuntamente a ridurre l’handicap, il disagio emotivo e l’insoddisfazione conseguente al deficit.

Ora, come sottolinea Josè Chade, la Riabilitazione può essere studiata da tre punti di vista:

- La Riabilitazione come filosofia;
- La Riabilitazione come specialità medica;
- La Riabilitazione come processo

Nel primo caso il percorso riabilitativo verrà svolto considerando tre diverse dimensioni che influenzandosi concorrono a determinare la qualità della vita della persona. L'interesse è rivolto a come l'individuo vede se stesso, a come egli viene percepito dalla famiglia e a come lo accetta la società.

La Riabilitazione come specialità medica è costituita dal lavoro d'equipe e consiste in un lavoro di stretta collaborazione e confronto fra gli operatori del gruppo per offrire e garantire prestazioni adeguate ai bisogni del paziente. I diversi operatori devono lavorare in interdipendenza e la loro intesa deve andare oltre la semplice complementarità metodologica presupponendo, invece, una comune filosofia caratterizzata, inoltre, da un'unità di intenti, nella prospettiva di un'assistenza globale e dello sviluppo della personalità integrale.

La Riabilitazione come processo, infine, si può dividere in tre momenti fondamentali:

- *Tappa medica: il paziente è “paziente-alunno”. Questo è il momento in cui si impegna nella rieducazione ed inizia il percorso formativo.*
- *Tappa educativa: è costituita dall'approfondimento del percorso formativo, volto all'accettazione/elaborazione del cambiamento da parte del paziente che comunque torna alla parte medica per assistenza. Il paziente diventa “alunno-paziente”.*

- *Tappa sociale: tende all'integrazione piena dell'individuo per portarlo al benessere psicosociale*<sup>24</sup>.

Tutte le tappe descritte sono importanti perché, come abbiamo visto, la riabilitazione mira ad assicurare alla persona disabile il raggiungimento della maggior partecipazione possibile alla vita sociale ed economica ed indica un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta il soggetto a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale. Questo sia attraverso attività sanitarie di riabilitazione, quali interventi valutativi, diagnostici, terapeutici per contenere o minimizzare la disabilità, sia attraverso attività di riabilitazione sociale finalizzate a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità. Ovviamente il paziente, essendo al centro del proprio percorso riabilitativo, è, altresì, parte integrante del processo di riabilitazione. Dunque, cercare fin dall'inizio di favorire un clima di fiducia e collaborazione nei confronti della persona disabile è indispensabile per il buon funzionamento e svolgimento del progetto riabilitativo personalizzato. Sono queste le istanze che ci portano a trattare, nello specifico, dell'importanza della "relazione d'aiuto", a sostegno del Progetto Protesico Riabilitativo Personalizzato, nel caso specifico dei disabili motori in seguito ad amputazione.

## 2.2 La relazione di aiuto

Ogni relazione implica e, allo stesso tempo, si costruisce su un aiuto. Se da un lato lo scopo della relazione di aiuto consiste nell'offrire un sostegno a chi si trova in una situazione più o meno difficile, d'altra

---

<sup>24</sup> Cfr. Chade José J. (a cura di), *L'educazione, riabilitazione e rieducazione*, in testa al front. Dipartimento di Scienze dell'Educazione Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna 2004-2005.

parte si tratta sempre e soprattutto di creare una relazione che risulta autentica solo quando ci si pone su un piano di reciprocità con l'altra persona.

Prendendo le parole di Rogers, l'uomo è in grado di comprendere e dirigere la propria vita, e ciò implica che in ogni rapporto rivolto allo sviluppo della persona, quale, in particolare, la "relazione di aiuto" di cui si parla, ci sono da rimettere in gioco tre condizioni alla base di un clima favorevole alla crescita:

- Congruenza, che ha a che fare con l'autenticità e la realtà. Essere sempre se stesso nel rapporto, al di là del ruolo che si ricopre, presentandosi in modo trasparente e sincero assumendosi la responsabilità delle proprie scelte. Questo elemento offre un enorme spazio esistenziale alla relazione operatore – utente, presentando a questi un nuovo modo di rapportarsi.
- Accettazione, considerazione positiva: la stima, quindi, per quello che il paziente è in quel momento. Questo richiede grande disponibilità, perché si tratta di dare valore al paziente in modo assoluto, non condizionato. Ciò comporta per l'operatore la necessità di abbandonare qualunque atteggiamento di manipolazione o controllo nel rapporto, ogni forma di giudizio o valutazione. Il potere va restituito al paziente nella cornice di un'atmosfera educativa, mai costrittiva.
- Comprensione empatica: cioè la capacità dell'operatore di percepire intuitivamente i sentimenti e i significati personali sperimentati dall'altro e quella di comunicare questa comprensione. Tutto questo vuol dire imparare ad ascoltare con sensibilità per rendere l'intervento autentico e stimolante: a tal proposito Canevaro parla di dialogo *congruente e coerente*<sup>25</sup>, vedendo in esso la base di qualunque rapporto basato sul rispetto ed il riconoscimento reciproco.

---

<sup>25</sup> A. Canevaro, Goussota, *La difficile storia degli handicappati*, Roma, Carocci 1999.

Rogers invita ad adottare una politica d'approccio che si basi totalmente sulla rinuncia cosciente da parte dell'operatore di ogni forma di potere, controllo sull'altro e pretesa di prendere decisioni per lui, a favore, invece, di una presa di coscienza, di possesso di sé da parte dell'altra persona coinvolta, restituendogli la facoltà di scegliere e la responsabilità che ne consegue. Il tutto deve presentarsi in un contesto ricco di stimoli, spunti e rapporti interpersonali significativi che permettano all'ospite di entrare in più profondo contatto con le proprie motivazioni e desideri, ristrutturando una propria autonoma identità<sup>26</sup>.

È importante, infatti, sottolineare che la riprogettazione non può essere una pura applicazione da parte delle professionalità competenti nella vita delle altre persone. Occorre che si proceda a sviluppare delle "relazioni di aiuto", attraverso il dialogo, e non delle semplici sostituzioni. È necessario tener conto delle caratteristiche individuali, della storia familiare e culturale, delle amicizie, della sfera sociale che ruota attorno alla persona a cui si rivolge l'aiuto e ci si impegni nella direzione di coinvolgere e trasformare l'interlocutore in un cooperante, un collaboratore, per far sì che il progetto divenga della stessa persona cui è diretto l'aiuto e non delle figure professionali competenti. Certamente bisogna tenere presente che nelle "relazioni di aiuto" spesso esiste il rischio che il momento di partenza sia caratterizzato da un rapporto di dominio<sup>27</sup>. In questi casi è necessario non perdere di vista i connotati di una relazione e, dunque, considerare che una vera relazione si ha soltanto quando chi offre e chi riceve sono allo stesso livello, su un piano di reciprocità. Questo implica presenza di reciprocità e non imposizione, solo in questo modo può instaurarsi il dialogo, elemento fondamentale per creare una relazione di aiuto autentica. Chi presta aiuto, in effetti, viene accolto come colui che permette di riprendere un dialogo che, al momento, non sembra più possibile svolgere con noi stessi e necessita di essere fatto con

---

<sup>26</sup> Cfr. C. Rogers, *Terapia centrata sul cliente*, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

<sup>27</sup> Cfr. A. Canevaro (a cura di), *Progetti di vita interrotti: la riprogettazione con la Pedagogia Speciale*, Bologna 2006 - 2007.

altri. Così, chi svolge questa funzione, deve avere quelle competenze che permettano di avere dei momenti di dialogo intersoggettivo, che consentano di riaprire quello spazio di dialogo con la dimensione interiore, da tempo interrotto. Ora, un aiuto improprio connotato da momenti in cui ci si sostituisce all'altro impedendo lo sviluppo delle competenze e delle potenzialità del soggetto, rende l'aiuto inutile. Educazione, riabilitazione, cura e aiuto acquistano un senso solo se si mette l'altro nelle condizioni di venire "aiutato ad aiutarsi" e nel provvedere con senso di autonomia al suo sviluppo, alla promozione delle sue risorse<sup>28</sup>.

Infatti, come scrive P. Gaspari riprendendo l'analisi fatta da A. Canevaro e A. Chierigatti:

*Se è vero che l'aiuto si può rappresentare come un "dono", è anche vero che tale dono non deve essere invadente e vincolante, perché, in tal caso, si rischia di perdere di vista l'autentico desiderio dell'altro e il suo riconoscimento<sup>29</sup>.*

In questo contesto ha senso riproporre le parole di un'insegnante, Annalisa Busato, in una riflessione fatta da Andrea Canevaro: "è bello che un dono sia leggero per chi lo riceve<sup>30</sup>". Questo per ribadire l'importanza di un aiuto che non si impone, non sia ingombrante o invadente, ma che ponga attenzione alla vita e ai desideri dell'altro. D'altra parte l'operatore dovrebbe dimostrare interesse e coinvolgimento e non distanza e neutralità. Occorre rendersi conto, osservare, comprendere l'altro e questo comporta un coinvolgimento di sé e della propria esperienza nel processo di conoscenza. Coinvolgimento e comprensione che non sono da fraintendere o scambiare con l'immedesimazione, ma che si attivano semplicemente a partire dall'empatia, o con le parole di P. Bertolini *entropatia*<sup>31</sup>, rivolta a cogliere la visione del mondo dell'altro risalendo alla sua problematicità dei vissuti, alla comprensione della sua storia, entrando

---

<sup>28</sup> Cfr. A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto*, Roma, Carocci, 1999.

<sup>29</sup> P. Gaspari, *Aver cura. Pedagogia Speciale e territori di confine*, Guerrini e Associati, Milano, 2002, p. 93.

<sup>30</sup> A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto*, op. cit., p. 57.

<sup>31</sup> P. Bertolini, *Pedagogia Fenomenologica*, Scandicci, La Nuova Italia, 2001, p. 108.



all'interno del suo modo di ragionare, riflettere ed esprimersi. Va precisato che non si tratta di identificarsi con l'altro o di pervenire ad un unico sentire. L'obiettivo, infatti, è di comprendere, tanto profondamente da "sentire come se" ci si trovasse al posto dell'altro, nella sua condizione, nei suoi vissuti<sup>32</sup>. Come scrive P. Bertolini, siamo di fronte ad un *modo simpatetico di con-sentire con l'altro che richiede, per così dire, un impegno anche personale in quanto si tratta per ciascuno di vedere nell'altro ciò che sarebbe egli stesso se fosse al suo posto*<sup>33</sup>. Certo, per mettersi dal punto di vista dell'altro e osservare il suo mondo dall'interno, è fondamentale e necessario che l'operatore sia in grado di sospendere momentaneamente il giudizio (sempre P. Bertolini, in "L'esistere Pedagogico", parla di "epochè" come sospensione del giudizio), mettere tra parentesi i propri schemi interpretativi, le proprie convinzioni e il personale modo di pensare in cui si annidano i pregiudizi più nascosti e inconsapevoli e di "aprirsi" al significato che l'altro individua nei vissuti che sta sperimentando, utilizzando una modalità di ascolto partecipante che accompagni semplicemente il racconto dell'interlocutore in modo che si possa giungere alla definizione di un percorso, una riprogettazione effettivamente condivisa, sintesi della reciproca evoluzione dialettica delle personalità e identità in gioco<sup>34</sup>.

Il paziente/utente che ha subito un trauma importante come un'amputazione, si trova nella necessità di affrontare un nuovo percorso esistenziale, in cui è il soggetto stesso a dover rappresentare il protagonista principale del nuovo progetto da realizzare.

In quest'ottica risultano estremamente importanti le variabili individuali e le differenti strategie di coping adottate dai soggetti nel far fronte agli eventi traumatici. A questo proposito, di seguito, vediamo come attraverso lo sviluppo della "resilienza" e dell'"empowerment" si può far fronte in maniera positiva agli eventi

---

<sup>32</sup> Cfr. M. Contini, *La comunicazione intersoggettiva fra solitudini e globalizzazione*, Milano, La Nuova Italia, 2002.

<sup>33</sup> P. Bertolini, *L'esistere pedagogico*, Firenze, La Nuova Italia, 1988.

<sup>34</sup> Cfr. A. Canevaro, A. Chieragatti, *La relazione di aiuto*, op. cit.



traumatici e si può aiutare a superare anche le situazioni più dolorose e difficili.

### 2.3 Resilienza e concetti correlati

Negli ultimi trent'anni gli studi sui fattori, sulle variabili che permettono ad un individuo di far fronte alle difficoltà, di riprogettare la propria vita in seguito ad un evento traumatico, rappresentano, in particolare per gli psicologi, un cambiamento di ottica, in quanto spingono a focalizzare le ricerche e gli interventi sulle risorse e le potenzialità dei soggetti. Gli studiosi hanno definito il fenomeno che vede il superamento delle difficoltà come “resilienza”.

Il termine “resilienza” indica, nella tecnologia dei materiali metallici, la *capacità di un materiale di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi*<sup>35</sup>. Questo sostantivo è stato, poi, fatto proprio dalla psicologia e sta ad indicare proprio la forza presente in ogni individuo, la capacità che essi hanno di superare i traumi, di far fronte alle difficoltà riprogettando il proprio futuro. I riferimenti teorici elaborati da studiosi del fenomeno sono diversi, l'elemento che, in genere, li unisce è dato dalla visione della complessità del fenomeno unitamente alla presenza di variabili diverse in interazione.

La resilienza può essere definita come la capacità o il processo di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita, nonostante l'aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare a un esito negativo. Secondo Michael Rutter, la resilienza è la capacità di svilupparsi in modo accettabile a dispetto di uno stress o di un'avversità che comporta normalmente il rischio di un esito negativo. In questa accezione non si tratta solo di resistenza, ma anche del superamento delle difficoltà. Così, la resilienza, in genere, è studiata e applicata dai professionisti che si

---

<sup>35</sup> N. Zingarelli, *Lo Zingarelli 1999 con CD – ROM: Vocabolario della lingua italiana*, Bologna, Zanichelli, 1998, p. 1498.

occupano della presa in carico delle condizioni di difficoltà e vulnerabilità degli individui, quali disabilità, abusi, traumi conseguenti a incidenti, guerre, ecc...Essa può essere presa come riferimento e presupposto per coloro che si occupano di persone o gruppi che, in circostanze particolari, versano in condizioni e situazioni difficili. Come scrive Elena Malaguti, in questo contesto, quando parliamo di “condizioni difficili” ci riferiamo sia alle difficoltà incontrate dalla persona che si imbatte in traumi psicofisici e disabilità, causati da un incidente, un lutto, una catastrofe, una guerra, sia a coloro che vivono accanto alla persona o assumono compiti di cura. Ora, quando ci si trova in condizioni e situazioni difficili perché si è colpiti da un evento tragico e improvviso, è indubbiamente complesso comunicare e soprattutto aiutare ad aiutarsi<sup>36</sup>.

*La resilienza propone di non ridurre mai una persona ai suoi problemi, ma di dichiarare anche le sue potenzialità. Si tratta di un approccio difficile, non tanto per le azioni che comporta, ma poiché richiede di modificare parte dei presupposti culturali, valoriali e teorici sottesi alla presa in carico e cura: ciascuno deve poter trovare dentro di lui delle soluzioni, ovvero divenire responsabile del suo processo di cambiamento. Questa responsabilità va diretta verso la persona che vive una situazione e condizione di vulnerabilità e verso coloro che esercitano l'azione di cura nell'interazione con l'ambiente<sup>37</sup>.*

Secondo Michel Manciaux, Stefan Vanistendael, Jacques Lecomte e Boris Cyrulnik (2001): *la resilienza è la capacità di una persona o un gruppo di svilupparsi positivamente, di continuare a progettare il proprio futuro a dispetto di avvenimenti destabilizzanti, di condizioni di vita difficili, di traumi anche severi<sup>38</sup>.*

Vanistendael e Lecomte, in particolare, si concentrano sull'importanza di alcune variabili da tenere in considerazione da parte degli operatori che lavorano con persone che hanno subito traumi e devono

---

<sup>36</sup> E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, op. cit., p. 19.

<sup>37</sup> Ivi, p. 17.

<sup>38</sup> Ivi, p. 51.

sviluppare il processo di resilienza per ricostruire il loro progetto di vita. I fattori da tenere ben presenti sono:

- Individuare il problema che sta vivendo l'individuo, reperire le risorse e le potenzialità individuali e del suo ambiente. Solo accettando, superando la sofferenza senza negarla e valorizzando le risorse della rete sociale si può contribuire ad accelerare un processo di “ripresa”;
- Considerare le persone nella loro unità, in particolare dal punto di vista dell'interazione dei processi cognitivi, affettivi e sociali;
- Pensare che l'individuo indirizza la propria vita, può scegliere e non è determinato dall'interno o dall'esterno;
- Elaborare e integrare l'esperienza passata nel presente. *Le persone resilienti sono una mescolanza di fragilità e forza, la fragilità viene dalla prova “subita”, la forza dalla prova “superata”*(Vanistendael, Lecomte, 2000, p.188);
- Valorizzare la spontaneità, la consapevolezza delle risorse e degli ostacoli presentati dal contesto, unitamente all'umorismo, vale a dire la capacità di cogliere l'aspetto piacevole delle situazioni e sorridere dei propri difetti;
- Riconoscere e accettare i propri difetti, le imperfezioni e le fragilità come possibilità che possono presentarsi in alcuni momenti della vita, favoriscono il sorgere di un'autostima realistica e la contemporanea volontà di migliorarsi;
- Considerare il rischio di una sconfitta come parte della nostra vita;
- Considerare che esistono anche gli insuccessi da cui si può apprendere molto se vengono adeguatamente elaborati. Non si può puntare solo al successo, è anzi, ancor più importante conoscere il significato della fatica, del sacrificio, della difficoltà che bisogna affrontare;

- Coinvolgere gruppi, comunità, organizzazioni in progetti di promozione della resilienza che, in particolare, siano di sostegno ai più deboli<sup>39</sup>.

A questo proposito F. Emiliani afferma che, in una prospettiva psicosociale, *la capacità di resistere e di far fronte alle difficoltà è vista soprattutto come una competenza che si sviluppa nella dimensione relazionale e si fortifica in tutte le esperienze che favoriscono un sentimento di efficacia personale e di valorizzazione del Sé. Sentirsi capace di controllare il proprio ambiente e perseguire con successo i propri progetti accresce la fiducia in se stessi, così come sperimentarsi abile e responsabile*<sup>40</sup>.

Strettamente correlato alle tematiche della resilienza troviamo “l’empowerment” e il “coping”.

Innanzitutto, il termine “empowerment” è nato negli anni sessanta nell’ambito degli studi legati alla psicologia di comunità e rapidamente è stato accolto e utilizzato da altre discipline e in altri ambiti (politico, clinico, aziendale ed educativo). Il termine “empowerment” è difficilmente traducibile in italiano, ma può essere descritto come il processo e il risultato di un movimento propositivo verso l’acquisizione di potere, inteso come potenziamento individuale o di gruppo. Esso definisce il processo attraverso il quale le persone acquisiscono il controllo sulla propria vita e sul proprio contesto ambientale. Molte sono le definizioni proposte di empowerment che si sviluppano dall’iniziale definizione di Rappaport: acquisizione di potere, inteso come crescita delle possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita<sup>41</sup>.

Il punto di partenza del processo di empowerment è una situazione definibile come “learned helplessness”, cioè passività appresa, sentimento di impotenza acquisita, una risposta che un soggetto mette in atto di fronte ad esperienze frustranti quando si rende conto di non

---

<sup>39</sup> Cfr. A. Putton, M. Fortugno, *Affrontare la vita*, Roma, Carocci, 2006.

<sup>40</sup> Ivi, p. 15.

<sup>41</sup> Cfr. L. Dallago, *Che cos’è l’empowerment*, Roma, Carocci, 2006.

poter controllare gli eventi. Punto di arrivo del processo di empowerment è la “learned hopefulness”, cioè l’acquisizione della fiducia in sé, l’apprendimento della speranza, derivante dal controllo sugli eventi tramite la partecipazione e l’impegno nella propria comunità. È chiaro il riferimento al concetto di “locus of control” interno, ripreso e ampliato in quello di “self efficacy”<sup>42</sup>.

A questo proposito vale la pena soffermarsi sulle componenti sia del self-empowerment, che dell’empowerment sociale.

Innanzitutto Brusciaglioni propone il termine “self empowerment” per indicare il percorso individuale verso un maggior empowerment e maggiori possibilità di scelta. Egli definisce le quattro dimensioni psicologiche del “self-empowerment”:

- *Autoefficacia, per cui l’individuo si sente capace di compiere azioni efficaci per raggiungere i propri obiettivi;*
- *Locus of control interno, per cui si ha la percezione dell’influenza dei propri comportamenti sugli eventi che si verificano e che ci riguardano;*
- *Speranzosità, speranza attiva che spinge alla realizzazione degli obiettivi;*
- *Pensabilità positiva, che spinge a individuare le risorse personali e ambientali e a progettare;*
- *Protagonismo responsabile, che porta a considerare in maniera realistica le proprie potenzialità e ad assumere la responsabilità delle proprie azioni*<sup>43</sup>.

In merito “all’empowerment sociale” consideriamo altri quattro punti essenziali:

- *La concezione dell’essere umano come “soggetto attivo”;*
- *La messa in opera delle sue competenze attive nell’ambito di un setting partecipativo, “operando insieme con lui”;*

---

<sup>42</sup> Cfr. G. Speltini, *Minori, disagio e aiuto psicosociale*, Bologna, Il Mulino, 2005.

<sup>43</sup> A. Putton, M. Fortugno, *Affrontare la vita*, op. cit., p. 39.

- *La connessione stretta di risorse psicologiche e di risorse pratiche comportata da tale attivazione;*
- *La dimensione sociale micro e macro implicata in questo procedimento*<sup>44</sup>.

Secondo Piccardo “empowerment” è anche:

*un processo individuale e organizzativo attraverso il quale le persone, a partire da una qualche condizione di svantaggio e di dipendenza non emancipante, sono rese potenti (empowered), in altre parole rafforzano la propria capacità di scelta, autodeterminazione e autoregolazione, sviluppando parallelamente il sentimento del proprio valore e del controllo sulla situazione di lavoro, la propria autostima ed efficacia riducendo i sentimenti di impotenza, sfiducia e paura, l’ansietà, la tensione negativa e l’alienazione*<sup>45</sup>.

A questo punto del discorso, riprendendo le parole di Putton, potremmo dire che *l’empowerment, nel suo significato globale, comprende la resilienza che viene a essere un processo di potenziamento, di accrescimento delle risorse, di ampliamento di competenze relazionali, di integrazione sociale di un individuo fortemente provato dalle avversità*<sup>46</sup>.

Ora, per quanto riguarda il concetto di “coping”, ci si riferisce al processo multifattoriale che porta le persone a gestire gli eventi traumatici.

Il concetto di coping, che può essere tradotto con “fronteggiamento”, “gestione attiva”, “risposta efficace”, “capacità di risolvere i problemi”, indica l’insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione.

Il concetto di coping è stato creato nell’ambito della psicologia negli anni sessanta, dallo scienziato americano Lazarus, professore emerito alla Berkeley University, che lo ha studiato come un processo strettamente collegato allo stress.

---

<sup>44</sup> Ivi, p. 40.

<sup>45</sup> C. Piccardo, *Empowerment*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995, p. 66.

<sup>46</sup> A. Putton, M. Fortugno, *Affrontare la vita*, op. cit., p.40.

Il coping è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un'attivazione comportamentale dell'individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo.

I meccanismi individuali di adattamento si relazionano sia alla capacità di attivare le risorse interne preesistenti, che a quella di adottarne nuove, ossia alla possibilità di imparare e allargare il proprio "repertorio di strategie".

In questa direzione si inserisce il concetto di empowerment, che abbiamo visto.

Il coping e l'empowerment sono determinati rispettivamente da due fattori: il primo, dalle caratteristiche ed il secondo, dal contesto sociale. Entrambi i fattori favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali, promuovendo, così, un miglioramento della propria condizione ed un positivo coinvolgimento sociale.

*Il coping è un processo complesso che va considerato come un costrutto multidimensionale, la cui efficacia va valutata in base a numerosi criteri: tra questi si possono citare la soluzione dei conflitti o delle situazioni stressanti, la riduzione dell' "arousal" e delle reazioni fisiologiche, la riduzione del disagio psicologico, un funzionamento sociale normativo, il benessere di sé e degli altri colpiti dalla situazione stressante<sup>47</sup>*

Già negli studi sul coping si considera il concetto di resilienza, potremmo, quindi, dire che i tre costrutti di empowerment, coping e resilienza si integrano, sono tre dimensioni di crescita di un individuo in situazione di difficoltà.

#### 2.4 L'integrazione socio lavorativa: cenni normativi

A questo punto della trattazione, prima di entrare nello specifico contesto del Centro Protesi INAIL, sempre nell'ottica di fornire

---

<sup>47</sup> Ibidem.



sostegno, “aiuto” ai soggetti ai fini di una riorganizzazione della propria situazione e, dunque, di una “riprogettazione” che vada ad investire anche e soprattutto il rientro della persona nel proprio ambiente di vita familiare, sociale e lavorativo, consideriamo solo alcuni cenni normativi di riferimento. In particolare vediamo la legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104 e la legge n. 68 del 1999.

#### 2.4.1 La legge-quadro n. 104 del 1992

La legge 104/1992 si intitola: “Legge - quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” e afferma il principio che il reinserimento nella vita sociale e lavorativa deve preferirsi agli interventi assistenziali e che la valutazione del danno non deve più vedersi solo come indennizzo economico, ma bisogna valutare la persona nel suo insieme per valorizzare e potenziare le sue “abilità”, ovvero le sue “capacità residue”. Il focus è sull’integrazione in tutti i settori.

In particolare, ai sensi dell’**art. 1** impone ai pubblici poteri di perseguire le seguenti finalità:

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione



delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

- d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

Le finalità espresse dall'art. 1, legge 104/1992, richiamano i principi costituzionali già indicati per tutti i cittadini, ma rafforzano tali principi proprio a favore dei disabili. Questa legge detta i “principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata” (**art. 2**, legge 104/1992).

L'**art. 5** definisce i “principi generali per i diritti della persona handicappata”: la rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite attraverso i seguenti obiettivi:

- a) sviluppare la ricerca scientifica, genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica anche mediante programmi finalizzati concordati con istituzioni pubbliche e private, in particolare con le sedi universitarie, con il Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), con i servizi sanitari e sociali, considerando la persona handicappata e la sua famiglia, se coinvolti, soggetti partecipi e consapevoli della ricerca;
- b) assicurare la prevenzione, la diagnosi e la terapia prenatale e precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause;
- c) garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicuri il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale;

- d) assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società;
- e) assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità;
- f) assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta;
- g) attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi rivolti alla prevenzione, al sostegno e al recupero della persona handicappata, assicurando il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base degli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142;
- h) garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente articolo;
- i) promuovere, anche attraverso l'apporto di enti e di associazioni, iniziative permanenti di informazione e di partecipazione della popolazione, per la prevenzione e per la cura degli handicap, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito;
- j) garantire il diritto alla scelta dei servizi ritenuti più idonei anche al di fuori della circoscrizione territoriale;

- k) promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

L'**art. 7** sostiene che la “cura e la riabilitazione” della persona handicappata si realizzano con programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità.

Infine, secondo l'**art. 8**, “l'inserimento e l'integrazione sociale” della persona handicappata si realizzano mediante:

- a) interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico ai sensi della normativa vigente, a sostegno della persona handicappata e del nucleo familiare in cui è inserita;
- b) servizi di aiuto personale alla persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;
- c) interventi diretti ad assicurare l'accesso agli edifici pubblici e privati e ad eliminare o superare le barriere fisiche e architettoniche che ostacolano i movimenti nei luoghi pubblici o aperti al pubblico;
- d) provvedimenti che rendano effettivi il diritto all'informazione e il diritto allo studio della persona handicappata, con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi, a linguaggi specializzati, alle prove di valutazione e alla disponibilità di personale appositamente qualificato, docente e non docente;
- e) adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;
- f) misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro, in forma individuale o associata, e la tutela del posto di lavoro anche attraverso incentivi diversificati;

- g) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e l'organizzazione di trasporti specifici;
- h) affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari;
- i) organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la deistituzionalizzazione e per assicurare alla persona handicappata, priva anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato;
- j) istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa. Gli standard dei centri socio-riabilitativi sono definiti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400;
- k) organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola<sup>48</sup>.

#### 2.4.2 La legge 68/1999: diritto al lavoro dei disabili

La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti

---

<sup>48</sup> V. Micela, *Manuale pratico dell'invalidità civile e della disabilità*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2006.

tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione, ai sensi dell'art. 2, legge 69/1999. Il collocamento mirato, ai sensi dell'**art. 1**, si applica:

- a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;
- b) alle persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%;
- c) alle persone non vedenti (che sono colpite da cecità assoluta o hanno un residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi, con eventuale correzione);
- d) alle persone sordomute (cioè coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata);
- e) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

Ai sensi dell'**art. 3**, i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alle categorie di cui all'articolo 1, nella seguente misura:

- a) 7% dei lavoratori occupati, se occupano più di 50 dipendenti;
- b) due lavoratori, se occupano da 36 a 50 dipendenti;
- c) un lavoratore, se occupano da 15 a 35 dipendenti.

Per i datori di lavoro privati che occupano da 15 a 35 dipendenti, l'obbligo si applica solo in caso di nuove assunzioni.

Agli enti pubblici economici si applica la disciplina prevista per i datori di lavoro privati<sup>49</sup>.

Per sintetizzare, la legge n. 68, 12 Marzo 1999 "Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili", si pone la finalità di promuovere il reinserimento lavorativo delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi territoriali di sostegno e di collocamento mirato. I punti salienti di questa legge consistono nel concetto di valutazione globale della persona, ponendo l'accento soprattutto sulle capacità possedute e sulle competenze acquisite, piuttosto che sulla disabilità; nel ruolo importante assegnato alla formazione e riqualificazione professionale mirate alla domanda del mercato del lavoro; nella previsione di sostegni, incentivi e sgravi contributivi alle aziende. In particolare, la normativa prevede che i datori di lavoro pubblici e privati siano tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei lavoratori che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano acquisito, per infortunio sul lavoro o malattia professionale, eventuale disabilità e che, in caso di impossibilità a svolgere analoga o diversa mansione all'interno dell'azienda, questi lavoratori vengano avviati dalle Direzioni Provinciali del lavoro ad altra azienda, in attività compatibili con le capacità lavorative possedute.

Recenti disposizioni in materia di Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali (Dlgs n. 38/2000, art. 24) assegnano il compito all'INAIL di promuovere e finanziare progetti formativi di riqualificazione professionale per le persone con disabilità da lavoro, il cui "obiettivo specifico è quello di sostenere la possibilità per questa categoria di lavoratrici e lavoratori, di continuare a svolgere le proprie mansioni o di essere ricollocati nell'ambito della stessa azienda n mansioni diverse, oppure favorire il reingresso nel mondo del lavoro nei casi in cui si sia già verificata una fuoriuscita, realizzare il miglior recupero delle capacità possedute, valorizzare le caratteristiche professionali, in maniera rispondente alle esigenze delle imprese".

---

<sup>49</sup> Ibidem.

In tale ambito si inserisce l'esperienza del Centro Protesi come dimostrazione di un percorso sperimentato, basato su alcuni passaggi fondamentali: il processo di presa in carico, l'approccio multidisciplinare, la valutazione globale della persona disabile, la costruzione insieme all'utente di un progetto personalizzato di reinserimento, le azioni di supporto e di accompagnamento in azienda, le azioni positive nei confronti del mondo del lavoro. Ma vediamone i passaggi con maggiore attenzione nel prossimo capitolo.

## Capitolo 3

### Il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio

#### 3.1 Il contesto istituzionale: cenni sull'ordinamento dell'INAIL

Prima di entrare nello specifico di quello che è l'argomento centrale della presente trattazione, credo sia d'obbligo una breve introduzione, attraverso un accenno all'Istituto INAIL da cui dipende il "Centro per la sperimentazione ed applicazione di protesi e presidi ortopedici" Sede di Vigorso di Budrio (1961) e Filiale di Roma (1996), che analizzerò nei paragrafi successivi.

L'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) è un Ente Pubblico, non economico, a carattere nazionale con personalità giuridica e gestione autonoma, posto sotto la vigilanza del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

L'Istituto realizza un sistema integrato di tutela del lavoratore e di sostegno alle imprese; interventi che vanno dalla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, all'indennizzo, cura, riabilitazione e reinserimento dei lavoratori che hanno subito un infortunio o hanno contratto una malattia professionale.

L'INAIL, sul piano nazionale, opera sul più ampio sistema di sicurezza sociale del Paese. In campo internazionale partecipa con diversi Enti Assicuratori alle attività del Forum Europeo dell'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali. Contribuisce, inoltre, a garantire la tutela del lavoro cooperando con le principali organizzazioni in campo mondiale e partecipando a realizzare collaborazioni e accordi bilaterali o multilaterali tra Stati e Paesi convenzionati.

L'INAIL attribuisce valore strategico alla "prevenzione" incentrando su di essa la propria mission aziendale. Allo scopo di contribuire a ridurre il fenomeno infortunistico, infatti, l'INAIL realizza importanti



iniziative, che vanno dallo sviluppo delle relazioni con le parti sociali, alla formazione in materia di sicurezza sul luogo di lavoro, consulenza e assistenza alle imprese, convegni, pubblicazioni, campagne informative e promozionali, eventi speciali...

La tutela nei confronti dei lavoratori, allora, anche a seguito delle recenti innovazioni normative, ha assunto sempre più le caratteristiche di sistema integrato di tutela, che comprendono gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, le prestazioni sanitarie ed economiche, le cure, la riabilitazione e il reinserimento nella vita sociale e lavorativa nei confronti di coloro che hanno già subito danni fisici a seguito di infortunio o malattia professionale.

L'INAIL è l'ente assicuratore a cui lo Stato ha affidato il compito di esercitare l'assicurazione obbligatoria dei lavoratori addetti ad attività pericolose, contro il rischio di possibili infortuni sul lavoro e malattie causate dall'attività lavorativa, individuando nel datore di lavoro il soggetto destinato a sostenere l'onere economico (attraverso il pagamento del premio assicurativo).

L'Ente, dunque, fornisce ai lavoratori infortunati o affetti da malattie professionali un sistema di tutela globale ed integrata che prevede l'erogazione di prestazioni non solo economiche, finalizzate all'indennizzo del danno, ma anche sanitarie e riabilitative, volte a migliorare le condizioni fisiche e psicologiche della persona disabile ed a favorire il suo reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

L'assicurazione INAIL è regolata dalle norme contenute nel Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (Decreto del Presidente della Repubblica n°1124 del 1965 e successive modifiche), nel Decreto Legislativo n°38 del 23 Febbraio 2000 ("Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali").

L'INAIL (assicuratore) tutela il lavoratore (assicurato) contro i danni fisici ed economici derivanti da infortuni e malattie causati dall'attività lavorativa ed esonera il datore di lavoro (assicurante) dalla responsabilità civile conseguente all'evento lesivo subito dai propri

dipendenti e parasubordinati, salvo i casi in cui sia riconosciuta la sua responsabilità per reato commesso con violazione delle norme di prevenzione e igiene sul lavoro. All'assicurazione sono tenuti obbligatoriamente tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (attività svolte con macchine, apparecchi e impianti, attività svolte in ambienti organizzati per opere e servizi in cui si fa uso di macchine e le attività complementari o sussidiarie alle attività rischiose); gli artigiani ed i lavoratori autonomi dell'agricoltura; le casalinghe (legge 493/99).

Come già detto l'INAIL esplica una funzione sociale che risulta quella di realizzare un sistema integrato di tutela contro i danni derivanti da malattie professionali e infortuni causati dall'attività lavorativa, mediante:

- Interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro

- Prestazioni economiche:

Indennità per inabilità temporanea assoluta; Rendita diretta per inabilità permanente (eventi antecedenti al 25 Luglio 2000), Prestazione da danno biologico (eventi successivi al 25 Luglio 2000), Assegno per assistenza personale continuativa; Assegno di incollocabilità.

- Prestazioni sanitarie:

L'INAIL fornisce nei propri ambulatori sul territorio un servizio di prime cure ai lavoratori infortunati per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta. Entro i termini di revisione (10 anni in caso di infortunio, 15 anni in caso di malattia professionale) e a giudizio del medico dell'INAIL, i lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale possono usufruire di cure termali e soggiorni climatici. Inoltre, ai propri assicurati l'INAIL fornisce mezzi tecnologici e strumenti quali protesi, ortesi, ausili tecnici necessari per lo svolgimento della loro vita quotidiana e di relazione. L'INAIL fornisce protesi personalizzate presso il proprio Centro Protesi di Vigorso di

Budrio (Bologna) e la filiale di Roma presso la Casa di Cura “Villa Sacra Famiglia”.

– Riabilitazione e Reinserimento nella vita sociale e lavorativa:

La funzione riabilitativa svolta dall’Istituto è fondata sul concetto di “presa in carico” del lavoratore assicurato, dopo l’evento lesivo ed impegna gli operatori a considerare la persona disabile nella sua specificità e complessità (ambiente, vita lavorativa, vita di relazione), al fine di individuare una gamma di servizi diversificati e personalizzati. L’azione dell’INAIL nel settore riabilitativo punta a migliorare le condizioni fisiche e psicologiche della persona disabile, con l’obiettivo di recuperare al massimo le funzioni lese, valorizzare le capacità possedute e le potenzialità, raggiungere il miglior livello possibile di qualità della vita, facilitare il reingresso nel mondo del lavoro.

Al riguardo sono state recentemente realizzate una serie di iniziative tese a facilitare il reinserimento lavorativo e la formazione professionale di lavoratori espulsi o a rischio di espulsione dal mondo del lavoro per causa di infortunio e dirette all’abbattimento delle barriere architettoniche nelle piccole e medie imprese.

In campo riabilitativo l’INAIL dispone di una struttura riconosciuta a livello internazionale e certificata ISO 9001: il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio, che, come abbiamo già visto, si occupa della fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici, ma non solo, perché questa struttura, come avrò modo di approfondire nelle pagine seguenti, si occupa della riabilitazione dei lavoratori infortunati, considerando le persone nella loro globalità, sia dal punto di vista funzionale, sia dal punto di vista psicosociale, puntando sulle abilità e sulle risorse di ogni singolo individuo. Qui, inoltre, accedono non solo gli infortunati sul lavoro ma, più in generale, tutte le persone con

disabilità motoria che necessitano di protesi, ortesi o presidi ortopedici<sup>50</sup>.

### 3.2 Il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio: cenni storici

Nel 1943 l'INAIL, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali, acquista "Villa Zanardi" dall'Opera Pia Ricovero Ospedale di Budrio, mantenendone inizialmente la denominazione e la funzione di Convalescenziario.

Negli ultimi anni della guerra la struttura viene utilizzata provvisoriamente dal Centro Traumatologico Ortopedico di Bologna (allora di proprietà dell'INAIL) trasferito a causa dei numerosi bombardamenti che avevano compromesso la sede d'origine a Bologna, dove rientrerà solo alcuni anni più tardi.

Nel 1961, per completare il trattamento curativo degli infortunati sul lavoro dimessi dal Centro Traumatologico Ortopedico (nel frattempo ritornato nella sua sede originaria), il Convalescenziario viene trasformato in Centro di Rieducazione funzionale con annessa Officina Ortopedica. Quest'ultima, inaugurata ufficialmente nel 1961, viene affidata al Professor Johannes Schmidl sulla base della sua esperienza e competenza professionale specifica; egli ne rimarrà il Direttore Tecnico fino al 1992.

Negli anni settanta l'INAIL deciderà di donare il brevetto della protesi mioelettrica all'Organizzazione Mondiale della Sanità. Negli stessi anni, l'Officina ortopedica, inizialmente destinata a fini sperimentali di studio e di ricerca nel campo delle protesi e delle ortesi, acquista una importanza preminente, sia attraverso la realizzazione di protesi sempre più moderne e specializzate, sia per il progressivo incremento della produzione, legato alle esigenze degli infortunati assistiti dalle Unità periferiche dell'INAIL, tanto che viene richiesto all'INAIL di

---

<sup>50</sup> Cfr. <http://www.inail.it/>

mettere a disposizione di tutta la collettività il know-how del Centro, accogliendo anche gli invalidi civili.

Così, mentre in un primo tempo il Centro di rieducazione funzionale accoglie essenzialmente infortunati con esigenze di cure fisioterapiche, in seguito ospita prevalentemente persone che necessitano di protesizzazione. Inizialmente destinato a finalità sperimentali, di studio e di ricerca nel campo della tecnica ortopedica, negli anni settanta il Centro diviene, dunque, sempre più realtà produttiva fino ad assumere, nel 1984, in virtù del Decreto del Presidente della Repubblica n°782, l'attuale assetto organizzativo e l'attuale denominazione di "Centro per la Sperimentazione ed Applicazione di Protesi e Presidi Ortopedici" e, per legge, può accogliere anche invalidi assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il Decreto del Presidente della Repubblica n°782 del 1984, infatti, regola l'organizzazione e la gestione del Centro Protesi di Vigorso di Budrio, prevedendo la fornitura dei relativi servizi, sia in favore degli invalidi del lavoro, che nei confronti degli invalidi assistiti dalle unità sanitarie locali che stipuleranno con l'INAIL apposite convenzioni.

La possibilità per il Centro Protesi di non limitare la sua attività alla categoria degli invalidi sul lavoro, deriva dal principio sancito dall'art. 19 della legge 833, in base al quale ogni cittadino ha diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, quindi, anche in materia di azienda fornitrice dei servizi protesici, determinando, così, per il Centro di Vigorso, una reale situazione di mercato.

Lo stesso decreto stabilisce, altresì, che il Centro può operare in modo decentrato attraverso filiali distribuite sul territorio (attualmente Centro "Sacra Famiglia" di Roma e Centro Protesi di Lametia Terme). Nel 2001 il Centro Protesi di Vigorso di Budrio ottiene la certificazione di qualità ISO 9001-1994 che, nel 2002, viene attribuita anche alla Filiale di Roma dalla Sincert – Cermet, Ente preposto alla certificazione della qualità nelle imprese. Tutta l'azienda è coinvolta, in quanto sono interessati tutti i processi del prodotto/servizio fornito (dalla progettazione all'assistenza).

Dal gennaio 2004 entrambe le strutture sono certificate secondo la normativa “Vision 2000” inerente al sistema di gestione per processi, al modello organizzativo orientato alla soddisfazione del cliente nel percorso riabilitativo protesico e all’implementazione del sistema qualità.

Nel 2005 viene completato il trasferimento dei reparti produttivi in un edificio di nuova costruzione, più moderno e funzionale, per passare poi alla ristrutturazione dello stabile preesistente, destinato ai reparti di degenza e di riabilitazione, all’attività dei servizi, degli uffici amministrativi e del tempo libero.

Nell’ultimo decennio, anche attraverso il recupero da parte dell’INAIL della propria vocazione sanitaria, il Centro Protesi è andato nel tempo caratterizzandosi come centro di eccellenza, nella cui attività trovano massima espressione termini come riabilitazione e reinserimento sociale<sup>51</sup>.

### 3.3 La missione, i valori e l’utenza

Il Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio è una struttura articolata e complessa, unica nel suo genere, composta da un’officina ortopedica con finalità produttive e un’area riabilitativa che dispone di 90 posti letto per la rieducazione in regime di ricovero a tempo pieno o in day hospital. È una struttura dell’INAIL, il cui mandato è quello di fornire agli assicurati dell’INAIL, agli assistiti dalle Aziende Sanitarie Locali e a privati, presidi ortopedici ed ausili tecnici, unitamente all’addestramento, alla riabilitazione e ad una sistematica azione di sostegno finalizzata ad un ottimale recupero psicologico e sociale. In questa struttura, infatti, vengono applicate le più aggiornate conoscenze nel campo dell’ortopedia tecnica e, soprattutto, viene ricostruito il quadro funzionale e psico-sociale del paziente, per

---

<sup>51</sup> Cfr. Centro Protesi INAIL (a cura di), *Monografia aziendale: l’Inail per la riabilitazione*, Budrio.

facilitare il suo più completo reinserimento nel mondo del lavoro, nella famiglia e, più ampiamente, nella vita sociale, senza mai perdere di vista l'importanza della centralità del cliente in ogni scelta, presa di decisione o azione da compiere.

A questo proposito consideriamo il “Progetto Customer Service” che deriva dalla missione stessa del Centro Protesi. Esso nasce dall'esigenza condivisa di sviluppare ed implementare un Servizio Clienti, tale da ottimizzare l'offerta di prodotti/servizi attraverso il contributo dato dagli utenti stessi, con lo scopo di aumentarne la soddisfazione su quanto offerto e la fidelizzazione al Centro. Il progetto, che fa capo al Settore Comunicazione e Marketing e all'Area Cura Cliente, riveste anche una forte valenza verso l'intera organizzazione, intesa come servizi e reparti, con finalità di integrazione tra le aree e di condivisione degli operatori rispetto al valore guida del Centro Protesi: la centralità del Cliente-Utente. Il Centro Protesi, infatti, pone il cliente al centro delle proprie scelte, modellando i servizi sui suoi bisogni e sulle sue attese, pone la reciproca fiducia alla base del proprio modo di operare e si impegna a migliorare continuamente la capacità di dialogo e di relazione tra chi è chiamato a fornire il servizio e chi lo riceve.

Ora, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, di fatto, il Centro Protesi, con il D.P.R. 782/84, ha raggiunto l'assetto definitivo nella veste di "Centro per la sperimentazione ed applicazione di protesi e presidi ortopedici" e, in quanto tale, opera essenzialmente su tre versanti:

- ricerca di nuove tecnologie finalizzate alla produzione;
- produzione e fornitura di protesi e presidi ortopedici;
- riabilitazione ed addestramento all'uso della protesi

Al Centro Protesi accedono infortunati sul lavoro assistiti dall'INAIL, tramite le sedi INAIL competenti sul territorio; invalidi civili assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale (ASL), tramite le Aziende Sanitarie Locali di appartenenza e cittadini italiani e stranieri provenienti da



Stati Europei ed Extraeuropei, che accedono privatamente alla prestazione o sono assistiti da organizzazioni umanitarie.

Al Centro accedono persone disabili anche particolarmente gravi, affette da patologie congenite e/o traumatiche, amputati, pluriamputati, mielolesi e amputati per vasculopatie.

Chiaramente per amputazione si intende l'asportazione, traumatica o chirurgica, parziale o totale, di un organo o di un suo segmento, con particolare riferimento agli arti. Per quel che riguarda l'amputazione chirurgica, oggi, viene eseguita in caso di gravi lesioni traumatiche, tumori maligni, cancrene di origine arteriosa e deformità. Si realizza con metodi diversi a seconda della sede, del tipo di lesione, della perdita di sostanze e dei risultati che si vogliono conseguire (eventuali impianti di protesi, ecc...). Certo la perdita di un arto è sicuramente un grave shock per la persona che la subisce. Molto spesso l'amputazione viene considerata come una sconfitta anche dal chirurgo che la esegue; in realtà, quel che importa sottolineare in questa sede, è che grazie all'evoluzione delle protesi, dovrebbe essere valutata come una valida alternativa terapeutica, attraverso la quale il paziente potrà reinserirsi nuovamente nel mondo del lavoro e riacquistare la sua autonomia.

Abbiamo visto che al Centro accedono anche mielolesi, cui accenniamo brevemente. Per essere chiari le mielolesioni sono lesioni che interessano il tratto del sistema nervoso centrale, contenuto all'interno della colonna vertebrale, chiamato midollo spinale. Possono essere causate da traumi (incidenti stradali, sul lavoro, nella pratica sportiva, aggressioni,...) e quindi essere associate a fratture o situazioni di instabilità delle vertebre o avere origine non traumatica e quindi essere causate da infezioni o malattie in prossimità o nel midollo spinale, malattie congenite, ictus, prolasso intra-vertebrale, complicanze nel corso di interventi di chirurgia vascolare, ecc...

Queste lesioni a carico del midollo spinale, causano l'interruzione totale o parziale delle fibre nervose che collegano l'apparato locomotore muscolare al sistema di comando e controllo del movimento che è situato a livello dell'encefalo e del diencefalo. La



conseguenza è la perdita delle funzioni comandate dalle strutture midollari che sono al di sotto della lesione. Si possono rilevare conseguenze a carico di tutti e quattro gli arti o solo di quelli inferiori; spesso sono associati problemi a livello della tenuta del busto, problemi a carico dell'apparato intestinale, vescicolare e della riproduzione, problemi psicologici e nei casi più gravi può essere compromessa la funzionalità respiratoria.

Il programma riabilitativo prevede, in particolare, il recupero delle funzionalità della zona interessata dalla lesione e il potenziamento di tutta la struttura muscolare sovralesionale al fine di portare il paziente al raggiungimento del massimo livello di autonomia raggiungibile. Questo non vuol dire poter tornare a fare esattamente ciò che si faceva prima della lesione e soprattutto a farlo allo stesso modo. Lo scopo finale, in genere, viene raggiunto con uno studio attento degli ausili necessari, la loro personalizzazione e prescrizione. Per la riuscita dell'intervento rieducativo molto importante è la motivazione e collaborazione del paziente e, quindi, di fondamentale importanza risulta il supporto psicologico<sup>52</sup>.

### 3.4 Le attività e il Modello Operativo

Come abbiamo già visto, il “Centro per la sperimentazione ed applicazione di protesi e presidi ortopedici” di Vigorso di Budrio è una realtà unica in Italia che affianca alla produzione di protesi personalizzate e tecnologicamente avanzate, una contemporanea attività di riabilitazione ed addestramento all'uso del presidio ortopedico. Inoltre, il paziente è al centro del proprio percorso protesico-riabilitativo e viene trattato non solo da un punto di vista tecnico-sanitario, ma anche psicosociale.

Dunque, le attività del Centro non si esauriscono a livello produttivo con la costruzione di protesi e ausili personalizzati, ma si procede,

---

<sup>52</sup> Ibidem.

anche, da un punto di vista sanitario con la rieducazione funzionale e da un punto di vista psicologico e sociale. Il tutto al fine di considerare la persona nella sua globalità, valorizzandone le abilità e le risorse a disposizione per raggiungere il massimo di autonomia possibile, nell'ottica di un "trattamento integrato del paziente" che punti a rendere più concreta l'opportunità di una reintegrazione nel mondo del lavoro, nella famiglia e più in generale nella vita sociale.

A questo riguardo, è importante sottolineare come il Modello Operativo del Centro si basi proprio sul lavoro multidisciplinare che ha come obiettivo quello di elaborare per ogni singolo paziente uno specifico Progetto Protesico Riabilitativo Personalizzato, i cui obiettivi sono stabiliti in relazione ai bisogni del paziente all'interno di standard riabilitativi e protocolli operativi condivisi. Il progetto, pertanto, richiede prima di tutto la conoscenza dei bisogni e delle risorse del cliente, distinti in tre macro-tipologie: autosufficienza, autonomia e, infine, partecipazione (nel senso di elaborazione del trauma e recupero della propria capacità d'azione).

Le principali fasi che caratterizzano il Protocollo Operativo seguito dall'equipe multidisciplinare sono:

- Prima visita tecnico sanitaria con colloquio psicosociale (fase in cui viene elaborato il progetto personalizzato su cui si baserà tutto il trattamento protesico riabilitativo).
- Trattamento protesico-riabilitativo con costruzione della protesi o ortesi e contemporaneo addestramento al suo utilizzo.
- Verifiche periodiche dello stato di avanzamento del progetto a cura dell'equipe tecnico-sanitaria e psicosociale.
- Valutazione conclusiva del progetto e dei risultati raggiunti sotto il profilo tecnico-sanitario e psicosociale.
- Dimissione.

L'Equipe Multidisciplinare, all'interno del Centro, è composta da Tecnico Ortopedico, Medico, Fisioterapista, Psicologo e Assistente Sociale, Infermiere e Operatore Sanitario Assistenziale.

Ora, il Responsabile Tecnico, durante la prima visita, individua i presidi più idonei. Il Tecnico costruisce, poi, il presidio protesico, collaborando col fisioterapista nelle fasi di addestramento, per apportare tempestivamente eventuali modifiche e correzioni.

Il Medico, invece, durante la prima visita tecnico sanitaria, rileva le problematiche legate alle condizioni generali di salute, redige la cartella clinica ed il piano di trattamento sanitario e riabilitativo che comprende successive e periodiche verifiche.

L'infermiere, supportato dall'Operatore Sanitario Assistenziale, collabora con i medici per garantire la cura e l'assistenza sanitaria di routine e d'urgenza del paziente in ricovero, durante il trattamento protesico-riabilitativo.

Il fisioterapista, seguendo il programma riabilitativo, addestra il paziente all'uso del presidio protesico. L'assistente sociale e lo psicologo sostengono e guidano il paziente ad affrontare le problematiche psicosociali che principalmente incidono sulle possibilità di recupero e ad utilizzare le strategie comportamentali e cognitive più funzionali ad un adattamento ottimale al presidio. Insieme alle altre figure professionali che costituiscono l'equipe disciplinare, viene, infine, effettuata la valutazione conclusiva.

Questa metodologia di lavoro, che vede impegnata un'equipe multidisciplinare nel "trattamento integrato del paziente", pone l'utente al centro del proprio percorso, considerandolo non come semplice destinatario di un trattamento, ma come attore principale<sup>53</sup>.

### 3.5 I prodotti

L'attenta analisi e valutazione dei bisogni della persona alla base del Modello Operativo del Centro, consente di progettare e fornire tipologie di prodotti adeguati ai bisogni rilevati e valutati.

---

<sup>53</sup> Ibidem.

All'interno del Centro Protesi è presente una Direzione Tecnica che coordina i diversi Reparti Produttivi specializzati in arti inferiori e superiori, i quali si occupano della realizzazione di protesi e presidi ortopedici personalizzati per tutti i livelli di amputazione.

Lo scopo principale di un presidio ortopedico è quello di ripristinare, anche seppur parzialmente, le funzioni che si sono perse oppure che non sono mai esistite. La scelta del tipo di protesi dipende da innumerevoli fattori: condizioni generali psicofisiche del soggetto, età, motivazione, condizioni del moncone (livello di amputazione, "stoffatura", monolateralità - bilateralità ...).

Frequentemente l'aspetto inizialmente più ricercato, specie nel trattamento dell'arto superiore, è proprio il ripristino, la mimetizzazione dell'integrità corporea. La cosmesi può contribuire a migliorare il grado di accettazione della protesi, vista anche sotto l'aspetto di una maggior collaborazione da parte del soggetto - utente.

Le protesi ed i presidi ortopedici forniti dal Centro sono caratterizzati da:

- Estrema personalizzazione;
- Utilizzo di componenti tecnologicamente avanzate;
- Tecniche di costruzione all'avanguardia;
- Materiali in grado di ridurre il peso del presidio, aumentandone il comfort, pur mantenendone la funzionalità.

Elemento caratterizzante e di estrema importanza nel lavoro tecnico svolto al Centro Protesi, è la ricerca costante di soluzioni tecniche in grado di contribuire a rendere sempre più confortevole l'uso della protesi. A tal fine risulta determinante il lavoro che l'equipe dell'Istituto svolge a livello della costruzione dell'invasatura, cioè della parte protesica destinata ad accogliere il moncone. Il presidio, infatti, viene realizzato a partire da un calco in gesso costruito direttamente sul paziente in modo da ottenere la massima personalizzazione possibile.

Ora dalle norme ISO 9999 si può definire “Protesi” un ausilio ortopedico che vicaria o sostituisce, seppur parzialmente, l’arto mancante sia sotto l’aspetto funzionale che estetico.

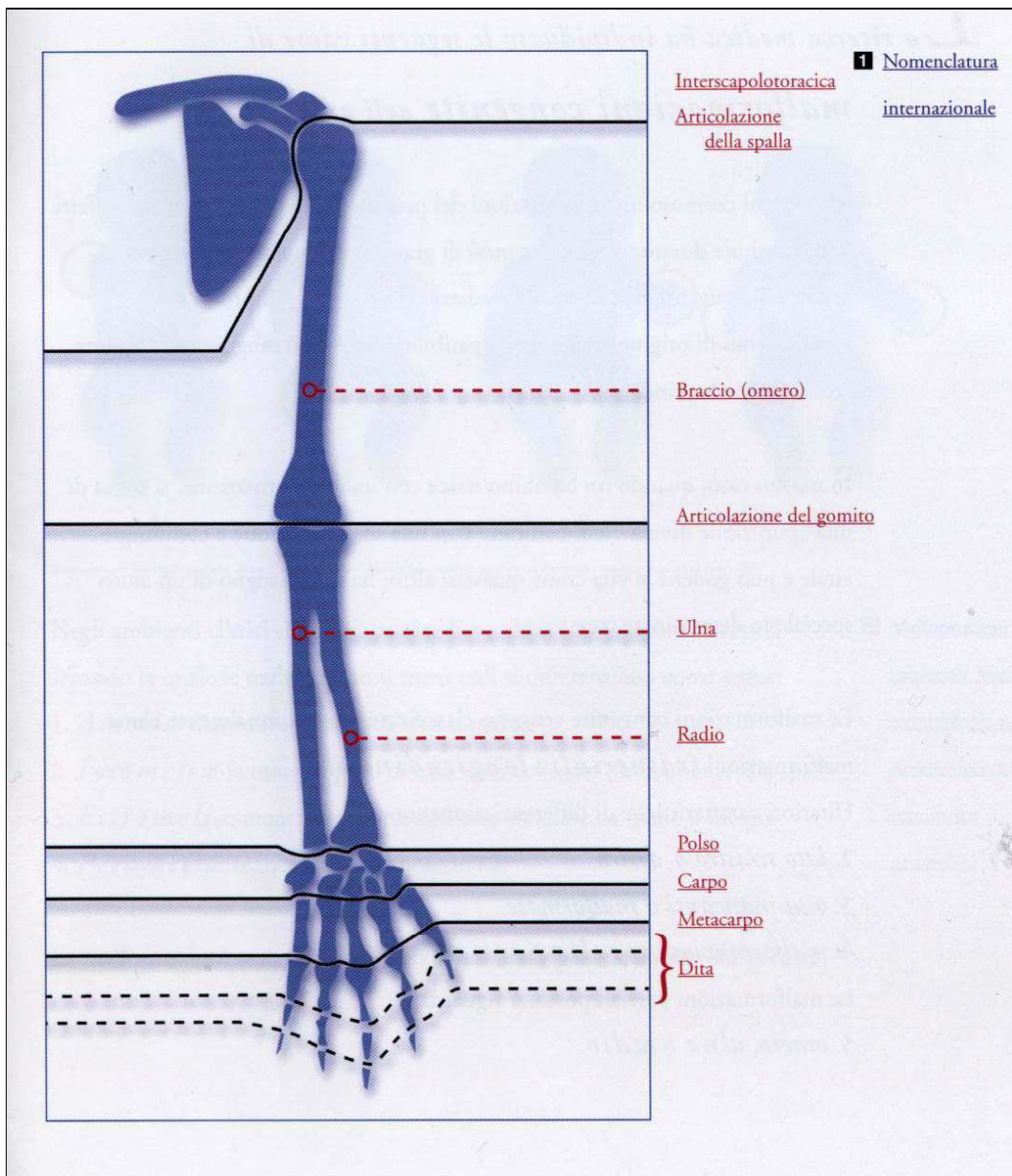
Occorre distinguere le protesi in:

- protesi di arto superiore
- protesi di arto inferiore

Entrambe possono essere classificate secondo il livello di amputazione.

La classe 06.18 riguarda l’arto superiore:

<b>CODICE ISO 9999 Per P.Arto Superiore</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
06 18 03	Protesi per amputazioni falangee e amputazione parziale di mano
06 18 06	Protesi per disarticolazione di polso
06 18 09	Protesi per amputazione transradiale
06 18 12	Protesi per disarticolazione di gomito
06 18 15	Protesi per amputazione transomerale
06 18 18	Protesi per disarticolazione di spalla
06 18 21	Protesi per amputazione interscapolotoracica



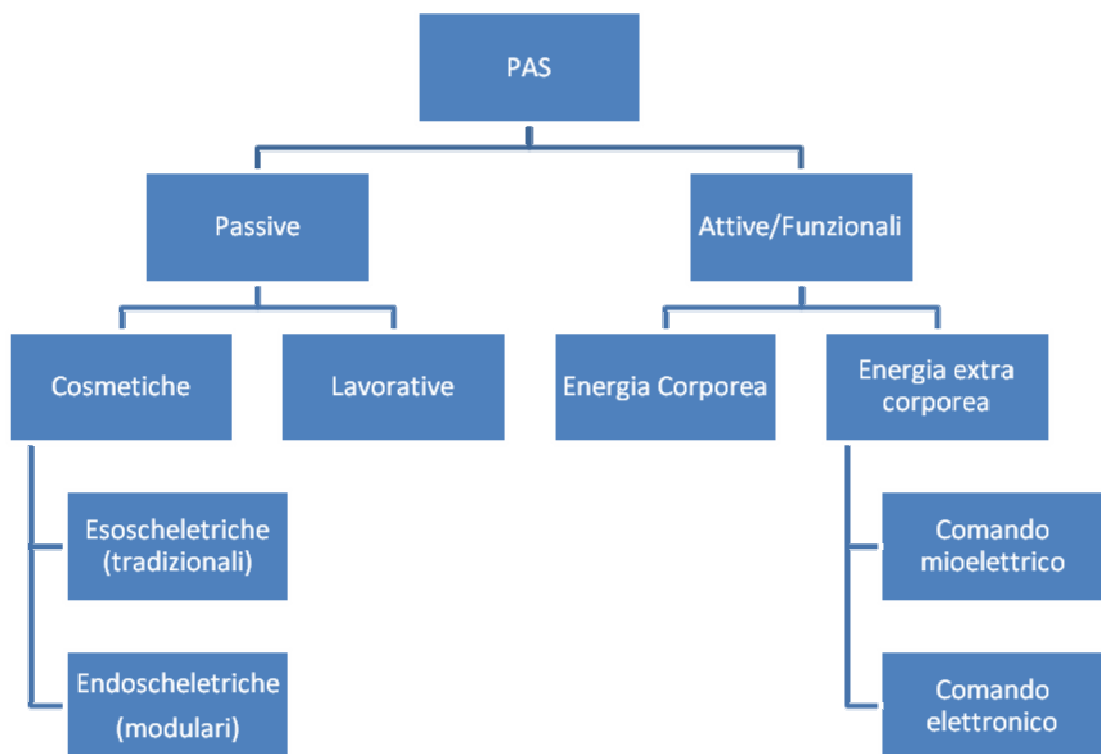
La classe 06.24 identifica, invece, i livelli per l'arto inferiore:

<b>CODICE ISO 9999 Per P.Arto Inferiore</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
06 24 03	Protesi per amputazione parziale di piede
06 24 06	Protesi per disarticolazione di caviglia
06 24 09	Protesi per amputazione transtibiale
06 24 12	Protesi per disarticolazione di ginocchio
06 24 15	Protesi per amputazione transfemorale
06 24 18	Protesi per disarticolazione di anca
06 24 21	Protesi per emipelvectomia

Sia le protesi di arto superiore che quelle di arto inferiore si possono distinguere in base alle caratteristiche costruttive in protesi esoscheletriche (tradizionali) e protesi endoscheletriche (modulari).

Per quel che riguarda, in particolare, la protesizzazione dell'arto superiore si presenta di norma particolarmente complessa, perché, oltre a ricercare una cosmesi ottimale, frequentemente si ricerca una funzionalità non semplicemente raggiungibile.

Le protesi di arto superiore possono essere classificate, in relazione alla norma ISO 9999, classe 06.18, sia in relazione alle modalità costruttive, sia alle caratteristiche funzionali:

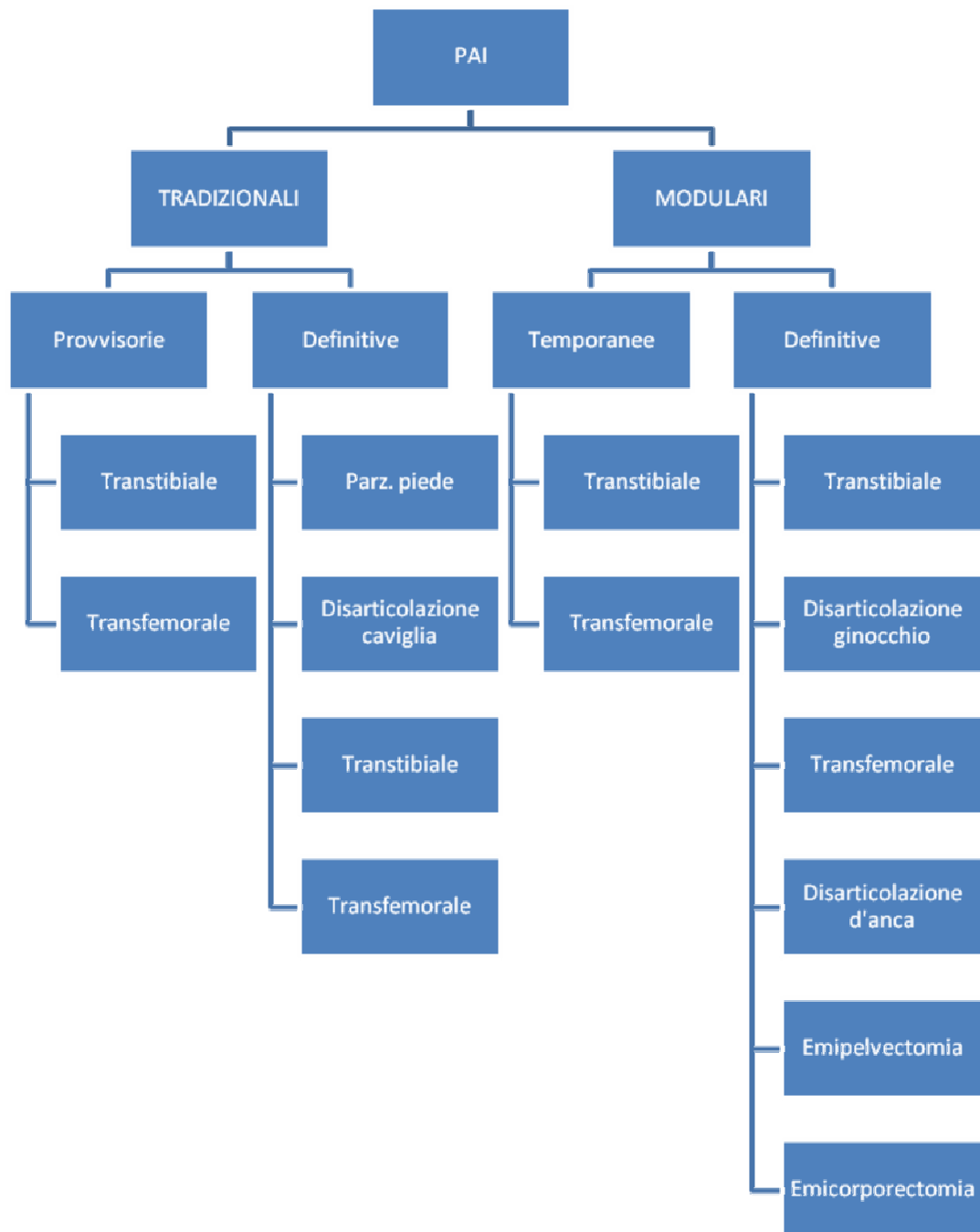


Tale classificazione evidenzia la distinzione in protesi funzionali ed in protesi passive, tenendo conto in un secondo tempo di quelle che sono le modalità costruttive strutturali e le modalità di funzionamento.

Passando a considerare l'arto inferiore, troviamo un'ulteriore suddivisione:

- Protesi Definitiva

- Protesi Provvisoria
- Protesi Temporanea



Le protesi provvisorie sono protesi che vengono utilizzate nel periodo in cui, pur non essendo il moncone ancora ben stabilizzato dimensionalmente, è necessario "mettere" in piedi l'amputato ed iniziare l'attività deambulatoria. Essendo le protesi provvisorie realizzate strutturalmente e componentisticamente con parti diverse da



quelle che verranno utilizzate nella protesi definitiva, generalmente sono da sconsigliarsi a favore delle temporanee.

La protesi temporanea, rispetto alla protesi tradizionale provvisoria, riveste un ruolo molto importante, perché avendo la stessa struttura e componentistica della protesi definitiva, permette di realizzare una deambulazione con le stesse caratteristiche della protesi definitiva. Le protesi temporanee sono, quindi, da preferirsi alle provvisorie tradizionali.

Ovviamente le protesi vengono costruite quando l'arto è parzialmente o completamente mancante; nel caso in cui, invece, il paziente possieda il proprio arto naturale, ma con la presenza di deficit, vengono realizzate le ortesi, sia di arto superiore sia di arto inferiore, utilizzando moderne tecniche di costruzione e materiali frutto della ricerca più avanzata, quali carbonio e titanio.

L'ortesi è un mezzo utilizzato per correggere vizi e deformazioni. La parola ortesi deriva dal greco orthostithemi, come dire disporre correttamente, composta da orthos, (corretto) e da tithemi, (disporre).

Per ortesi si intende un dispositivo medico, un ausilio, un tutore, un'apparecchiatura ortopedica o simili, utilizzati in ortopedia o traumatologia nel trattamento di alcune patologie.

Esempi di ortesi sono: i collari cervicali, le cinture lombari steccate (o busti ortopedici), le ginocchiere, le cavigliere, eccetera. La loro funzione è, in genere, quella di garantire una immobilizzazione relativa di un'articolazione colpita, per esempio, da traumi, artrosi, distorsioni dei legamenti o che abbia subito un intervento chirurgico.

Un altro impiego delle ortesi è quello concomitante alla riabilitazione o rieducazione funzionale. Le ortesi possono essere divise, oltre che in dinamiche e funzionali, a seconda dell'impiego per cui sono indicate, anche in: ortesi fabbricate su misura (presso officine ortopediche) e ortesi standardizzate (prodotti industriali).

All'interno del Centro si realizzano anche calzature ortopediche e plantari su misura per tutte le patologie e le caratteristiche del piede.

Quest'area produttiva opera in sinergia con il Servizio polispecialistico del piede.

Le innovazioni più recenti, a livello generale di produzione, riguardano alcune componenti, come il ginocchio a controllo elettronico, dotato di un processore interno che controlla tutte le fasi del movimento e i piedi a restituzione d'energia, utilizzati soprattutto nello sport. Presso l'Area Ricerca del Centro Protesi, infatti, vengono costruite protesi per qualsiasi disciplina sportiva (atletica, sci, tennis, equitazione, scherma, wind-surf, ciclismo...), da praticare sia a livello amatoriale, sia a livello agonistico. A tal proposito, sono sempre più numerosi gli atleti che giungono al Centro e che, con presidi ortopedici appositamente progettati per lo sport praticato, sono in grado, poi, di partecipare alle competizioni.

Così, l'esperienza maturata nel campo della progettazione e realizzazione di componenti protesici speciali e l'impiego di nuovi materiali dalle elevate caratteristiche meccaniche ed elastiche, hanno permesso di affrontare e risolvere le complesse problematiche legate alla costruzione di protesi fortemente sollecitate, quali quelle sportive<sup>54</sup>.

### 3.6 I Servizi

L'attività all'interno del Centro Protesi, torno a sottolineare, si estende ben oltre la realizzazione e la produzione di protesi e presidi ortopedici. Infatti, all'interno dell'Istituto si lavora per fornire agli utenti un servizio globale, per far percorrere al paziente un progetto protesico-riabilitativo finalizzato al completo reinserimento nel suo specifico contesto di vita. A questo proposito troviamo una serie di servizi che concorrono nell'aiutare gli utenti a portare avanti questi obiettivi.

---

<sup>54</sup> Cfr. R. Sacchetti, A. Davalli (a cura di), *Le protesi di arto*, Budrio.

Innanzitutto il **Servizio Reception** che si occupa della cura della prima accoglienza, svolgendo essenzialmente un servizio di tipo informativo e logistico relativamente alla struttura e alle modalità di accesso alle prestazioni. Presso la reception, a questo proposito, proprio per agevolare gli utenti nell'accesso alle prestazioni e ai servizi del Centro, è attivo un Servizio di supporto all'accoglienza dei pazienti al momento del loro arrivo, di modo che un operatore possa supportarli per tutte le necessità logistiche.

Il **Servizio Cura Cliente** che si occupa della gestione integrata dei servizi a supporto degli utenti considerando, in particolare, quelli che sono i loro bisogni e le aspettative. Così, attraverso indagini periodiche, accogliendo le segnalazioni e i reclami degli utenti, delle famiglie e degli eventuali accompagnatori, il Servizio svolge importanti attività di controllo della qualità percepita dal cliente attivando anche le eventuali necessarie azioni correttive.

Il **Servizio Psicosociale** di cui avrò modo di parlare e illustrare ampiamente le attività, i compiti e le finalità nel prossimo capitolo. Qui mi limiterò a dire, in maniera molto generale, che il Servizio svolge attività di sostegno e supporto personalizzato all'utente durante tutte le fasi del suo percorso protesico- riabilitativo. Segue il percorso del paziente dal momento della prima visita, sino al rientro nel proprio contesto di vita collaborando anche al suo reinserimento lavorativo.

Il **Servizio Medico**, di cui è responsabile il Direttore Sanitario, formato da specialisti in medicina interna, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, dermatologia, psichiatria, terapia del dolore, e si avvale del supporto Infermieristico, coordinato dal/dalla caposala, in cui operano infermieri ed Operatori Assistenziali. Il Servizio Medico è coordinato dal Medico di Reparto ed ha il compito di garantire l'assistenza sanitaria ai pazienti in ricovero, sia in day hospital, sia a tempo pieno. Per garantire un'assistenza medica continuativa, è attivo un Servizio di Guardia Medica interno.

Il **Servizio di Riabilitazione Funzionale**, di cui è responsabile un Primario Fisiatra, è formato da medici fisiatri e fisioterapisti.

Nell'ambito del progetto protesico-riabilitativo, si occupa dei programmi di attuazione dello stesso, effettuando prestazioni terapeutiche e valutative, quali esercizi, terapie fisiche e manuali, addestramento all'uso di protesi, ortesi ed ausili, con valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi del progetto.

**Il Servizio di consulenza e fornitura ausili tecnici** che si occupa della consulenza specialistica e della personalizzazione e fornitura di dispositivi tecnici e ausili per la mobilità (carrozze, vericalizzatori,...), per la cura e l'igiene della persona. Il Servizio si rivolge a chiunque presenti una disabilità a livello motorio di varia entità. Si effettuano interventi personalizzati in base alle specifiche esigenze degli utenti, nell'ottica di un pieno recupero di autonomia possibile e di un reinserimento sociale, culturale e lavorativo della persona. Il Servizio si occupa anche dell'addestramento del paziente e dei famigliari ad un corretto utilizzo degli ausili.

**Il Servizio di consulenza e fornitura ausili informatici e domotici** consiste nella consulenza, personalizzazione e fornitura di ausili informatici (computer, periferiche, software, etc.) e di ausili domotici, ovvero sistemi di automazione e controllo ambientale, come, ad esempio, sistemi di controllo di luci e tapparelle, telefoni e telecomandi particolari, ecc. Il Servizio si rivolge a tutte le persone con limitazioni di varia entità, sia a livello motorio, sia a livello sensoriale e cognitivo.

Anche in questo caso si effettuano interventi personalizzati in base alle specifiche esigenze degli utenti, nell'ottica di un pieno recupero di autonomia possibile e di un reinserimento sociale, culturale e lavorativo della persona. Il Servizio si occupa anche dell'addestramento del paziente e dei famigliari ad un corretto utilizzo degli ausili.

**Il Centro Servizi Mobilità in auto** che fornisce ogni supporto nel percorso per il conseguimento delle patenti speciali A e B. Il Centro fornisce informazioni sulla normativa per patenti speciali e agevolazioni fiscali, consulenze specifiche per la scelta e

l'adattamento di un autoveicolo, valutazioni sulla propria capacità di guida, offre la possibilità di effettuare test di guida con vetture adattate per provare nuovi dispositivi, attraverso un'autofficina meccanica, installa ausili per la guida e l'accesso alla vettura, consente di ricevere addestramento alla guida sulle autovetture multiadattate in dotazione al Centro, sostegno e assistenza prima e durante l'esame, ottenere ausili personalizzati per attività sportiva.

Il **Servizio polispecialistico del piede** offre consulenze medico specialistiche e tecniche per la risoluzione o prevenzione di eventuali limitazioni funzionali del distretto del piede.

È prevista una visita tecnico-sanitaria con la quale i medici specialisti in fisioterapia, ortopedia, i tecnici ortopedici, i fisioterapisti sottopongono il paziente a diverse indagini posturali (esame baropodometrico, indagine podoscopica con foto, esame stabilometrico). Alla visita, potrà eventualmente seguire la realizzazione di plantari e/o calzature ortopediche personalizzate. Il Servizio offre anche una linea pediatrica, per bambini e ragazzi fino a sedici anni ed una specifica per gli sportivi<sup>55</sup>.

### 3.7 Ricerca e sperimentazione

Come abbiamo visto finora, il Centro Protesi comprende al suo interno una componente produttiva che si occupa della costruzione di protesi e presidi ortopedici il più possibile personalizzati, una componente sanitaria che cura la degenza e la rieducazione funzionale, una componente psicosociale che fornisce sostegno psicologico e sociale durante tutte le fasi del percorso protesico riabilitativo e una componente di servizi che si occupano della fornitura di informazioni e consulenze relative a patenti speciali, orientamento professionale, ausili e dispositivi di ogni genere.

---

<sup>55</sup> Cfr. Centro Protesi INAIL (a cura di), *Carta dei servizi*, Budrio, Edizione 2007-2009.

Oltre a queste attività, il Centro Protesi di Vigorso di Budrio, svolge un'importante e significativa attività di Ricerca e Sperimentazione che mira ad introdurre innovazioni e miglioramenti nella costruzione e nell'utilizzo dei presidi ortopedici. Si tratta di un'attività di ricerca applicata, che consente di trasferire l'innovazione nei processi produttivi portando ad un miglioramento della qualità dei presidi costruiti e, quindi, ad un perfezionamento dell'adattabilità, della cosmesi, della funzionalità della protesi e del comfort per giungere ad un utilizzo più adeguato al grado di autonomia che si vorrebbe raggiungere.

Infatti, alcune delle tappe fondamentali per il recupero dell'autonomia, da parte di chi ha subito l'amputazione di un arto, sono senz'altro rappresentate dal riuscire a compiere gesti ritenuti più semplici e banali, ma divenuti complicatissimi in seguito all'amputazione, quali vestirsi, camminare o mangiare da soli. Per raggiungere questi obiettivi c'è bisogno di una continua e costante attività di ricerca e sperimentazione che il Centro sviluppa su due versanti: uno esterno ed uno interno.

Per quanto riguarda i progetti del primo tipo, si tratta di piani estremamente complessi e rilevanti che richiedono, per questo, il coinvolgimento ed insieme la collaborazione, al fianco del Centro, anche di Enti, Istituzioni, Aziende e Università. Per la scelta e l'elaborazione dei programmi è istituita, per legge, un'apposita Commissione Tecnico-Scientifica, presieduta dal Direttore Generale dell'INAIL e composta da un rappresentante del Consiglio Nazionale delle Ricerche, da un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità, da un professore ordinario di clinica ortopedica-traumatologica, da un professore ordinario di psicologia generale e da un docente universitario di bioingegneria. Ne fanno parte, inoltre, il Coordinatore medico della Direzione Generale INAIL, il Direttore del Centro Protesi, la Direzione Sanitaria, la Direzione Tecnica.

Un esempio che può dare l'idea di ciò di cui stiamo parlando, ovvero di progetti di ricerca esterni, è il "Progetto Custom-Fit" finanziato

dalla Comunità Europea. Il Progetto, per il quale sono stati stanziati 16 milioni di euro, coinvolge 32 aziende di 12 paesi per una durata di 4 anni e mezzo e si prefigge l'obiettivo di applicare e promuovere un nuovo approccio nella produzione di oggetti personalizzati per un miglioramento della qualità della vita dei cittadini europei. I campi di applicazione riguardano lo studio e la produzione di protesi, impianti protesici, caschi e impugnature di vario genere. Si vuole introdurre l'impiego di nuove tecnologie di progettazione e di analisi che portino a una rapida realizzazione di prodotti finiti, costruiti con nuove leghe di materiali compatibili alle esigenze dell'utenza.

Il Centro Protesi INAIL partecipa al progetto in qualità di partner fornendo consulenze in materia protesica (arti inferiori) e sviluppando, in collaborazione col Politecnico di Milano, nuovi sistemi di produzione informatizzati e finalizzati ad una migliore personalizzazione delle protesi.

Sempre in riferimento a progetti di ricerca esterni, consideriamo anche il “Progetto Starter”, il laboratorio sulle tecnologie della riabilitazione che offre soluzioni integrate e prodotti innovativi nel settore della disabilità motoria, mirati alle specifiche esigenze.

Relativamente, invece, ai progetti del secondo tipo, interni, dunque, si tratta, di solito, di programmi di durata medio breve, di cui si occupano risorse professionali interne, finalizzati alla risoluzione di problematiche contingenti e specifiche esigenze di sviluppo tecnico-produttivo<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> Cfr. [http://www.inail.it/Medicina\\_e\\_Riabilitazione.htm](http://www.inail.it/Medicina_e_Riabilitazione.htm)

## Capitolo 4

### Il Servizio Psicosociale al Centro Protesi

#### 4.1 Il Servizio Psicosociale nell'ambito del processo riabilitativo

Come ho avuto ampiamente modo di trattare nel capitolo precedente, all'interno del "Centro per la sperimentazione ed applicazione di protesi e presidi ortopedici" di Vigorso di Budrio, le attività non si esauriscono a livello produttivo con la costruzione di protesi e ausili personalizzati, ma si procede, anche, ad un livello Psicologico, Senso-Motorio ed Ambientale. Il tutto al fine di considerare la persona nella sua globalità, valorizzandone le abilità e le risorse a disposizione per raggiungere il massimo di autonomia possibile, nell'ottica di un "trattamento integrato del paziente" che punti a rendere più concreta l'opportunità di una reintegrazione nel mondo del lavoro, nella famiglia e, più in generale, nella vita sociale.

Dunque, l'attività del Centro Protesi si concretizza nella capacità di fornire ai propri pazienti un servizio globale che mira ad ottenerne il completo reinserimento nello specifico contesto di vita. Per questo motivo, la componente produttiva destinata alla costruzione di presidi ortopedici è integrata da una componente sanitaria dedicata alla rieducazione sanitaria e alla degenza ed una serie di servizi che concorrono a realizzare il trattamento protesico-riabilitativo, quali il sostegno psicologico e sociale.

In particolare, il Servizio Psicosociale svolge attività di sostegno psicosociale durante le fasi del percorso protesico riabilitativo dell'utente. L'equipe psicosociale, costituita da assistente sociale e psicologa, cura un programma di supporto personalizzato in base ad un preciso "Protocollo Psicosociale" (che vedremo nel dettaglio nei paragrafi successivi) che si attiva sin dalla fase di prima visita, finalizzato all'accompagnamento della persona nel percorso, facilitando in questo modo il rientro nel proprio ambiente di vita



familiare, sociale e lavorativo. Il Servizio Psicosociale svolge attività di accoglienza, analisi dei bisogni, consulenza e sostegno al paziente durante tutte le fasi del trattamento protesico-riabilitativo. Segue il percorso mediante un piano personalizzato (care planning) che considera le potenzialità della persona e le risorse esistenti a livello territoriale. Durante la degenza, cura l'attività di "ricreazione terapeutica", per favorire il superamento di una visione incentrata solo sulle problematiche della disabilità ed il contestuale sviluppo di un approccio che consideri la persona nel suo insieme e faccia in modo che il benessere psicofisico della stessa acquisti valore terapeutico nell'accezione più ampia del termine. Per questo, sono stati attivati due Laboratori Espressivi di Ricreazione Terapeutica: "Arti Visive/Scultura" ed "Educazione Musicale". Inoltre, nell'ambito del Servizio Psicosociale sono proposte attività tendenti a promuovere la vita di relazione al fine di favorire l'ottimale inserimento del paziente presso la struttura e la qualità della permanenza, nell'ottica dell'umanizzazione del servizio. Infatti, è attivo un Servizio di Animazione Sociale, un Servizio di Assistenza Di Base, uno Spazio Giochi Piccoli Pazienti.

Il Servizio Psicosociale predispone, inoltre, progetti di Servizio Civile Volontario. Per quanto riguarda l'importante tematica del reinserimento sociale e lavorativo, nell'ambito del Servizio Psicosociale, è attivo un servizio a sostegno dell'integrazione lavorativa attraverso uno Sportello Informativo e di Orientamento, un Laboratorio di Informatica Assistita e un Servizio di Supporto alla ricerca attiva del lavoro. Inoltre, per facilitare un percorso di indipendenza e di vita autonoma, il Servizio Psicosociale cura il progetto "Tornare a casa" nel cui ambito è stato realizzato un manuale ad uso degli utenti e dei loro familiari in cui si possono trovare informazioni utili, casi studio e testimonianze sui principali aspetti della vita quotidiana, come vivere in un ambiente accessibile, muoversi in autonomia, viaggiare, fare sport, studiare e lavorare<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Cfr. Centro Protesi INAIL (a cura di), *Carta dei Servizi*, Budrio, Edizione 2007 – 2009.

Risulta sempre più chiaro che al Centro Protesi non vengono solo applicate le più aggiornate conoscenze scientifiche nel campo dell'ortopedia tecnica, ma viene anche ricostruito e riorganizzato il "progetto" dell'utente, che elabora in maniera cooperativa il problema e viene supportato da alcuni esperti, affinché si possa verificare un adeguato reinserimento nel suo ambiente di vita. All'interno del Centro, dunque, l'equipe psicosociale costituita da assistente sociale e psicologa, curano per ogni paziente/utente un programma personalizzato finalizzato all'accompagnamento e affiancamento nel percorso riabilitativo, facilitando la riprogettazione all'interno del proprio ambiente di vita. In questo percorso, credo sia fondamentale ribadire l'importanza di un approccio che sia anche pedagogico. È qui, infatti, che la Pedagogia Speciale, in sinergia con gli altri trattamenti riabilitativi, di natura psicologica e sociale, deve intervenire ad accompagnare la persona nel recupero e nell'attivazione del potenziale evolutivo inibito o arrestato da una crisi, da un evento traumatico, verso quella gradualità che caratterizza lo sviluppo e l'evoluzione dell'individuo. In questa veste l'educazione si presenta nella doppia funzione di sostegno al soggetto nella ricerca, nella rieducazione e valorizzazione delle proprie capacità, abilità e competenze e di ricostruzione e ridefinizione del sé.

D'altra parte, ogni progetto di vita implica un intreccio ampio di diverse aree disciplinari e, nel caso di fratture o elementi destabilizzanti all'interno del proprio progetto, la Pedagogia speciale può intervenire riformulando e individuando le risposte da inserire in un contesto integrato.

#### 4.1.1 Riferimenti normativo – culturali

Alla luce di quella che abbiamo visto essere una visione generale del lavoro portato avanti all'interno del Servizio Psicosociale,

consideriamone, prima di addentrarci nello specifico, alcuni riferimenti normativo-culturali.

Innanzitutto, affrontare gli aspetti legati alla riabilitazione delle persone con disabilità acquisita, significa averne una visione globale e integrata che, a partire dalla valutazione del dato oggettivo, si spinge al di là, analizzando il vissuto di ogni singolo soggetto nel suo peculiare contesto e chiamando in causa non solo singoli campi di specializzazione, ma l'insieme delle strutture e dei servizi dedicati.

In questo contesto, il termine riabilitazione indica un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale. Il tutto può essere attivato sia attraverso Attività di Riabilitazione Tecnico-Sanitaria, quali interventi diagnostici, valutativi, terapeutici, sia attraverso Attività di Riabilitazione Psicosociale, nello specifico azioni, interventi che garantiscano al disabile di recuperare la propria capacità di azione nei confronti di nuovi compiti di vita e garantirgli la massima partecipazione possibile alla vita sociale.

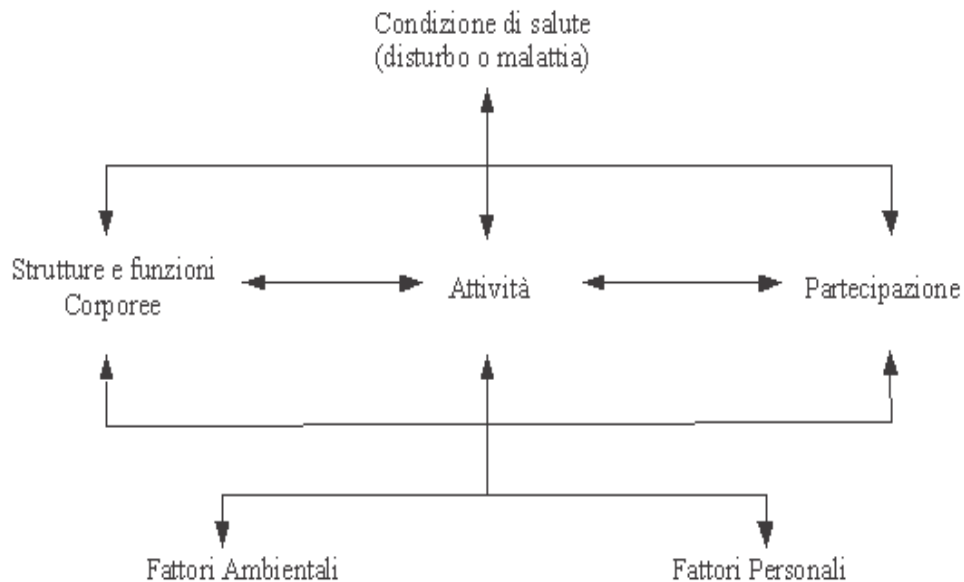
Tali attività sono alla base del modello operativo integrato che si attua a cura dell'equipe multidisciplinare del Centro, il cui compito è quello di elaborare progetti riabilitativi personalizzati, in grado di dare risposta ai diversi bisogni della persona disabile, favorendo in questo modo il rientro dell'assistito al proprio domicilio nelle migliori condizioni possibili<sup>58</sup>.

A livello normativo-culturale, un approccio globale e integrato è quello adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, come abbiamo già avuto modo di vedere nel primo capitolo, ha elaborato una classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). Ciò che caratterizza la nuova ICF è il Modello biopsicosociale della disabilità che, rispetto ai precedenti modelli, coglie la natura

---

<sup>58</sup> Cfr. R. Pellicciari, I Giovannetti (a cura di), *Il supporto psicosociale in riabilitazione*, in testa al front. *Convegno 18 – 19 Novembre 2005*.

dinamica e reciproca delle interazioni individuo/ambiente superando la prospettiva causa-effetto.



Il nuovo approccio si basa sull'integrazione del modello medico (che tradizionalmente vede la disabilità come problema personale, causato da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica individuale) con il modello sociale (che vede la disabilità principalmente in termini di limitazione alla piena integrazione degli individui nella società, e non come attributo di un individuo, ma piuttosto come un insieme complesso di condizioni, sia personali che sociali).

Secondo questo approccio si assiste ad un rovesciamento dei termini di riferimento, parlando in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione, anziché di impedimenti, disabilità, handicap. Questo perché la valutazione di uno stato di salute non si potrà più effettuare ignorando i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente, contesti e cultura e senza considerare che ogni persona, in qualunque

momento della sua vita, può trovarsi in condizioni di salute che, in un ambiente negativo, diventano disabilità.

In altri termini, secondo il modello biopsicosociale, la disabilità è il risultato di una complessa relazione tra l'individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo stesso, secondo una visione complessiva a livello biologico, individuale e sociale; mettendo in evidenza come ciascun soggetto disponga di abilità e/o disabilità solo in rapporto con l'ambiente in cui interagisce.

È in questo senso che non si parla più di “handicap” inteso come situazione di svantaggio, ma di “partecipazione sociale” intendendo il livello di coinvolgimento di un individuo nelle situazioni di vita.

È, dunque, importante che ogni intervento riabilitativo si focalizzi su programmi capaci di considerare in maniera globale la persona con disabilità, tenendo conto dei bisogni e delle risorse personali, dell'ambiente sociale, familiare e lavorativo<sup>59</sup>.

Il Centro Protesi INAIL, in effetti, è un luogo in cui il modello adottato, punta ad offrire ai propri utenti l'opportunità di “progettare” un proprio percorso di reinserimento, cercando di valorizzare le capacità e le risorse della persona stessa, sottolineando l'importanza di essere consapevoli della propria situazione, condividendo la propria esperienza con gli altri in modo da procedere più facilmente ad una riorganizzazione di vita. Il tutto nell'ottica di un approccio globale e integrato, che rispetti l'individuo nelle sue dimensioni biologica, psicologica e culturale, e che consideri, non solo la patologia, ma anche le problematiche sociali, culturali e psicologiche.

---

<sup>59</sup> Cfr. OMS, ICF: classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute, Trento, Erickson, 2001.

#### 4.1.2 Visione globale e relazione di aiuto

Alla luce delle affermazioni riportate precedentemente, nonché nella parte teorica affrontata nel Capitolo 2, emerge una cultura della riabilitazione in cui si sostiene che ogni intervento riabilitativo debba incentrarsi su programmi capaci di considerare in maniera globale la persona con disabilità, tenendo conto dei bisogni e delle risorse personali, dell'ambiente sociale, familiare, lavorativo. Diffusa è la consapevolezza di quanto sia importante sviluppare nuove strategie incentrate sul lavoro, poiché un cittadino con disabilità che ritorna al lavoro è soggetto della propria riabilitazione<sup>60</sup>.

In sintonia con questa impostazione, il Centro Protesi, come già accennato più volte, cerca di valorizzare al meglio le capacità e le risorse delle persone con disabilità, attraverso un trattamento personalizzato di riabilitazione tecnico-sanitaria e psicosociale, ponendo così le basi per favorire il ritorno dell'utente nel proprio contesto di vita, nuovamente in grado di far fronte ai compiti che lo attendono.

Infatti, a seguito di un trauma importante come un'amputazione, il soggetto si trova nella necessità di affrontare un nuovo percorso esistenziale, durante il quale, nel caso specifico del lavoro portato avanti all'interno del Centro Protesi, vengono attivati interventi che si collocano all'interno di "progetti individuali", i cui obiettivi possono riguardare, a seconda dei bisogni dell'individuo:

- il recupero funzionale relativo alle proprie abilità e potenzialità fisiche (autosufficienza);
- l'autonomia personale, al fine di avere una vita il più possibile indipendente, espletare al massimo le proprie abilità, amplificare le capacità e massimizzare le potenzialità (autorealizzazione);

---

<sup>60</sup> Cfr. R. Pellicciari, I. Giovannetti (a cura di), *Il supporto psicosociale in riabilitazione*, in testa al front. Convegno 18 – 19 Novembre 2005.

- il sostegno psicologico e sociale nel senso di interventi diagnostici, valutativi e di sostegno atti ad intervenire sulle conseguenze emotive e sociali del trauma, provvedendo ad aiutare il soggetto nel recupero della propria capacità di azione nei confronti di nuovi compiti e nuove sfide e preoccupandosi di favorire la massima partecipazione possibile alla vita sociale (eterorealizzazione). Il tutto dovrebbe essere portato avanti tenendo conto del sistema di relazioni del soggetto, poiché la sua capacità d'azione dipende da fattori sia individuali che ambientali.

Quindi, la riabilitazione diventa un compito unico, una funzione unitaria, un'unica mansione, che ogni operatore espleta utilizzando attività diverse, a seconda dei vari aspetti e bisogni della disabilità, per un unico obiettivo: la riconquista dell'autonomia, dell'indipendenza, dell'autostima. Questi obiettivi, nell'ottica di un modello operativo integrato, possono essere raggiunti, come già detto, attraverso:

- Attività di riabilitazione tecnico-sanitaria;
- Attività di riabilitazione psicosociale.

A questo punto, se ci soffermiamo a considerare gli interventi, le attività, il lavoro a livello di sostegno psicosociale, occorre tenere presente sia i fattori individuali di personalità, sia i fattori di contesto socio-ambientale. Questo perché la risposta del soggetto di fronte all'evento traumatico è data dal risultato dell'interazione dei seguenti principali sottosistemi:

- socioculturale, valori, atteggiamenti, ambiente;
- relazionale;
- cognitivo-comportamentale;
- psicoaffettivo;
- biologico.

Alla luce di queste osservazioni, sempre dal punto di vista psicosociale, è fondamentale instaurare con il soggetto una “relazione di aiuto” che, come abbiamo già visto, deve basarsi su un rapporto di fiducia reciproca e di empatia, che sia in grado di accompagnare e sostenere la persona nella “riprogettazione” del suo percorso di vita e nel suo reinserimento sociale e lavorativo<sup>61</sup>. Una “relazione di aiuto”, dunque, basata sulla reciprocità, il dialogo, l’ascolto e la collaborazione, che non sia invadente, bensì permetta all’altra persona, in questo caso il paziente/utente, di “aiutare ad aiutarsi”, attraverso il riconoscimento e successivo potenziamento delle proprie risorse, contestualmente all’ambiente in cui egli vive.

Per capire meglio la logica della “relazione di aiuto” e delle fasi seguite dall’equipe psicosociale nel supporto personalizzato, analizziamo l’attività che viene svolta, in base ad un preciso “Protocollo Psicosociale” e, a seguire, gli aspetti psicologici e gli aspetti sociali che sottendono alla logica del lavoro di equipe nell’ambito del percorso riabilitativo del paziente/utente.

#### 4.1.3 L’equipe psicosociale: protocollo di presa in carico

Come abbiamo visto nel primo paragrafo di questo capitolo, all’interno del Centro Protesi, il Servizio Psicosociale, durante le fasi del percorso protesico riabilitativo dell’utente, svolge diverse attività di sostegno psicosociale. Per quanto riguarda il “care planning” personalizzato, il Servizio opera attraverso il lavoro di un’equipe psicosociale, costituita da assistente sociale e psicologa che curano un programma di supporto personalizzato sulla base di un preciso “Protocollo Psicosociale” che si attiva sin dalla prima visita ed è finalizzato all’accompagnamento della persona nel percorso, facilitando in questo modo il rientro nel proprio ambiente di vita familiare, sociale e lavorativo.

---

<sup>61</sup> Ibidem.



In questa ottica, l'equipe psicosociale attua un "processo di presa in carico", i cui obiettivi risultano i seguenti:

- analisi e valutazione dei principali bisogni psicosociali;
- visione di insieme delle principali problematiche, motivazioni ed aspettative;
- definizione del piano di trattamento delle ricadute emotive, affettive, sociali del trauma;
- supporto, consulenza, sostegno durante il trattamento protesico riabilitativo;
- raccordo con i servizi del territorio.

Questo "processo di presa in carico" prevede una serie di fasi e attività che si possono distinguere in interventi di tipo psicologico o interventi di tipo sociale, che acquistano un valore aggiunto che si esplica proprio nell'integrazione delle competenze, avendo come riferimento principale la persona e i suoi bisogni, in un'ottica globale.

Dal punto di vista generale risultano parte integrante del "processo di presa in carico" le seguenti fasi:

- OSSERVAZIONE dei potenziali fattori disabilitanti, sia personali che ambientali e di una eventuale sofferenza emotiva;
- VALUTAZIONE dei bisogni rilevati e definizione delle priorità;
- PIANIFICAZIONE (piano di care) rispetto a tempi e obiettivi;
- CONCLUSIONE in riferimento ad eventuali indicazioni e suggerimenti;
- LAVORO SOCIALE DI RETE che presuppone un raccordo con i servizi sul territorio;
- FOLLOW UP ovvero verifica del piano a distanza di tempo

Se a questo punto consideriamo le diverse fasi a seconda dell'impegno e dell'approccio psicologico, da un lato, e di quello sociale, dall'altro, rileviamo:

#### -COUNSELLING PSICOLOGICO:

- OSSERVAZIONE di eventuale sofferenza emotiva attraverso anamnesi psicologica/clinica del soggetto, dello stato affettivo, delle dinamiche personali e sociali;
- VALUTAZIONE dei bisogni, di un eventuale disagio emotivo legato al trauma, delle motivazioni e delle aspettative rilevate a livello psicologico e contemporanea definizione delle priorità;
- PIANIFICAZIONE del supporto psicologico attraverso definizione di tempi e obiettivi (progetto individuale);
- CONCLUSIONE del piano con verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi dati;
- INDICAZIONI, se necessario, a livello di sostegno psicologico, preferibilmente sul territorio di residenza e raccordo, per quanto e quando possibile, con i servizi.

#### - COUNSELLING DI SERVIZIO SOCIALE:

- OSSERVAZIONE dei potenziali “fattori disabilitanti”, sia personali, sia ambientali, attraverso l’ascolto attivo, l’anamnesi personale, familiare, socio-ambientale. Contemporanea rilevazione dei servizi socio-sanitari territoriali di riferimento;
- VALUTAZIONE dei bisogni, delle motivazioni e delle aspettative rilevate a livello sociale e definizione delle priorità (progetto individuale);
- PIANIFICAZIONE delle azioni di sostegno, definizione di tempi e obiettivi;
- CONCLUSIONE del piano, con relativa verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi;
- ATTIVAZIONE dei servizi territoriali di riferimento, nel caso di sostegno sociale nel luogo di residenza<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Cfr. R. Pellicciari, I. Giovannetti (a cura di), *Aspetti psicosociali nella riabilitazione della persona amputata*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2005.

Dal punto di vista metodologico, il protocollo prevede che gli utenti che accedono al Centro per la prima visita vengano invitati per un colloquio psicosociale: fase di osservazione/prima valutazione psicosociale (**Assessment di prima visita**). Durante la degenza il Servizio invita gli utenti ricoverati per la prima volta ad un primo colloquio con l'assistente sociale che effettua una rivalutazione del caso (**Ri – assessment**) e definisce, se necessario, un piano di supporto psicosociale (**Care Planning**), nel cui ambito si attivano, in base all'analisi dei bisogni, interventi di counselling sociale, counselling psicologico e/o un percorso di orientamento/ formazione assistita/ incontri per la ricerca attiva del lavoro e/o un invio mirato ai Laboratori espressivi di ricreazione terapeutica. Il protocollo psicosociale prevede, come abbiamo già visto, una fase di **Valutazione In Itinere** e una fase di conclusione del percorso (**Analisi Conclusiva**) e il necessario raccordo con i servizi territoriali (**Lavoro Sociale Di Rete**).

Vorrei, ora, analizzare gli aspetti teorici, sia dal punto di vista psicologico, sia dal punto di vista sociale, che sottendono alla logica dell'intervento dello psicologo, da un lato, e dall'assistente sociale, dall'altro, e che trovano compimento nell'integrazione delle competenze nell'ambito del lavoro svolto dall'equipe psicosociale del Centro Protesi.

#### 4.2 Aspetti psicologici

Lo sviluppo psicologico ed emotivo di una persona continua per tutto il percorso della propria esistenza e ogni uomo attraversa momenti critici e delicati, alcuni di questi rientrano nello sviluppo fisiologico, emotivo e relazionale di ognuno di noi, altri sono, invece, accidentali e contingenti, non voluti e fonti di sofferenza e traumi a livello psicofisico.

Così, dal punto di vista psicologico, la disabilità causata da un evento traumatico è un'esperienza destrutturante che provoca, non solo un trauma di tipo organico, ma anche un trauma emotivo e, quindi, uno stato di sofferenza psicologica dal quale il paziente/utente può ristabilirsi solo nel caso in cui venga messo nelle condizioni di elaborare lo stesso trauma dal punto di vista cognitivo ed emotivo giungendo a prendere gradualmente coscienza della nuova immagine di sé e della nuova realtà.

Nello specifico, gli strumenti professionali dello psicologo contribuiscono a:

- analizzare, valutare e monitorare la condizione psicologica della persona in relazione al processo di adattamento durante tutto il percorso, dal ricovero fino alla dimissione, vale a dire la risposta allo stress generato dall'evento traumatico e le strategie di coping;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione nel gruppo di lavoro, attraverso elementi di cognizione rispetto alla realtà psicologica del paziente, all'analisi di situazioni di difficoltà relazionale e all'individuazione di modalità operative adeguate.

Cerchiamo, dunque, di analizzare brevemente gli elementi fondamentali e caratterizzanti del processo di supporto psicologico che hanno, naturalmente, implicazioni anche a livello di supporto sociale, poiché i due momenti risultano strettamente correlati. E non sono solo questi due momenti ad essere connessi, ma, come ho più volte ribadito, all'interno del Centro Protesi, opera un'equipe multidisciplinare che si impegna cooperativamente e sinergicamente nell'elaborazione e nello sviluppo del percorso dell'utente, nell'ottica di un trattamento integrato del paziente/utente. Se mi è permesso, quindi, credo di poter affermare che tutte le attività all'interno del Centro siano strettamente concatenate nell'ottica di un approccio pedagogico, poiché la “relazione di aiuto”, la “relazione di cura” rappresenta una funzione educativa. *Curare, nel senso di “preoccuparsi di”, quindi, prendersi cura della salute, della malattia degli altri, vuol dire svolgere anche un'attività educativa perché vuol*

*dire lavorare sul massimo sviluppo possibile della progettualità nelle condizioni date*<sup>63</sup>. Il tutto si svolge, dunque, secondo una logica a spirale che non si chiude, perché ogni servizio, ogni tecnico o professionista apporta il suo sapere, la sua conoscenza, intervenendo sul, o meglio, con il soggetto in un percorso che può sembrare complicato e tortuoso in cui non si giunge mai ad una fine, ad un traguardo definitivo. Si tratta, infatti, di lavorare ad un “progetto” nel “progetto” più ampio che è quello di vita e, in quanto tale, non può risultare mai concluso, necessita di modifiche, accorgimenti, a seconda delle circostanze, ma anche di aggiornamenti. E in tutto questo non sarà mai solo il soggetto ad agire in solitudine, ma tantissimi altri individui, tra cui anche professionisti che, in taluni casi, dovranno aiutarlo a ritrovare il suo equilibrio o a ricomporre i tasselli del suo percorso, come nelle circostanze più gravi, di cui si parla in questo contesto, riguardanti esperienze traumatiche non solo di tipo organico, ma anche emotivo.

#### 4.2.1 Il trauma

Come già detto, ogni persona attraversa momenti critici e delicati, alcuni dei quali accidentali e contingenti, fonti di sofferenza e traumi a livello psicofisico. Infatti, come scrive la Dott.ssa Baldassarri, Psicologa del Centro Protesi INAIL, *nella vita di ogni individuo sono presenti delle crisi dette accidentali, come la perdita di una persona cara, una grave malattia o un cambiamento lavorativo oppure familiare che portano la persona a vivere un trauma, una rottura dell'equilibrio precedente e a ristrutturare la propria vita in base a nuovi schemi cognitivi e di comportamento, attraverso la scoperta e il formarsi di nuove risorse e potenzialità; queste crisi creano una forte rottura con la vita precedente e rappresentano una minaccia alla propria sicurezza e integrità, creando uno stato di sofferenza emotiva,*

---

<sup>63</sup> L. Zannini, *Salute, malattia e cura*, Angeli, Milano, 2001, p. 304.

*che investe la persona a tutti i livelli della propria esistenza, quali psicologici, familiari, lavorativi, sociali e relazionali.*

*All'interno di queste crisi rientrano anche tutte le situazioni in cui la persona si trova di fronte a un cambiamento che comporta una disabilità acquisita in seguito a un infortunio sul lavoro o a un incidente o ancora per una patologia medica/organica.*

Così, come afferma anche Peter Levine, il trauma colpisce tutti. Ognuno, ad un certo punto della sua vita, ha avuto un'esperienza traumatica. Le cause che possono generare traumi sono molto diverse e si possono dividere in due categorie principali:

- gli eventi che sono quasi sempre traumatici, indipendentemente da chi ne è colpito;
- gli eventi comuni, dolorosi, inaspettati che in certe condizioni possono essere traumatici.

Gli accadimenti e le situazioni che possono provocare un trauma in certe condizioni sono talmente tanti, da non ritenere questa la sede adatta per elencarli.

Generalizzando, non solo le cause, ma anche i sintomi del trauma sono incredibilmente diversi. Alcuni comprendono: flashback, ansia, attacchi di panico, fobie, insonnia, depressione, disturbi psicosomatici, violenti attacchi di rabbia, improvvisi sbalzi di umore, ridotta capacità di gestire lo stress, comportamento sfuggente, evasivo, ecc...I sintomi del trauma possono essere stabili (sempre presenti) o instabili (vanno e vengono); o possono restare latenti per decenni. In genere, i sintomi non si manifestano singolarmente ma a gruppi. Si fanno sempre più complessi col tempo, riducendo sempre più il legame con l'esperienza traumatica originaria. Ciò rende sempre più difficile ricollegare i sintomi alla loro causa, e più facile negare l'incidenza dell'evento traumatico sulla propria vita.

Si può avere la comparsa di uno qualsiasi dei sintomi o di tutti, indipendentemente dall'evento precipitante. In tutti i casi, il nostro corpo ha mantenuto tutte le informazioni essenziali che collegano i sintomi al trauma originario. Ecco perché è fondamentale imparare a

fidarci dei segnali che ci manda il nostro corpo per cominciare a guarire il nostro trauma<sup>64</sup>.

Ora, se prendiamo come riferimento il contesto del Centro Protesi e, quindi, gli utenti che vi accedono, ci troviamo di fronte a soggetti che hanno subito un'amputazione e, quindi, un grave shock, un trauma. Nel particolare caso a cui qui ci riferiamo, per evento traumatico si intende un evento improvviso e inaspettato che comporta la rottura dell'equilibrio psicofisico, il cambiamento repentino dell'immagine corporea che investe il proprio modo di essere, di sentire e, quindi, la propria identità personale.

Trauma, dal greco, significa ferita, emozione improvvisa e violenta, capace di provocare un'alterazione permanente dell'attività psichica, che determina:

- cambiamento improvviso e inaspettato
- rottura dell'equilibrio precedente

Si tratta di un evento traumatico, un'esperienza destrutturate che provoca un trauma organico, ma anche un trauma emotivo che incide a livello personale e, di riflesso, in tutti gli ambiti esistenziali, con la relativa perdita di ruoli sociali attivi nella sfera familiare, relazionale e lavorativa. La rottura dell'equilibrio e il cambiamento cui si trova di fronte l'individuo, comportano una forte sofferenza emotiva caratterizzata da sentimenti contrastanti di paura, rabbia, vergogna, senso di colpa, mancanza di sicurezza in se stessi e negli altri. Alla persona crollano i punti di riferimento che davano un senso di continuità e stabilità alla propria esistenza; vengono a mancare le aspettative, le convinzioni personali di fiducia in sé e negli altri.

Subire un'amputazione rappresenta un evento fortemente traumatico ed un cambiamento radicale nella vita della persona sia dal punto di vista fisico, sia psicologico che sociale. Le reazioni psicologiche sono provocate da un conflitto interno generato dall'alterata percezione del

---

<sup>64</sup> Cfr. P. A. Levine (a cura di), *Guarire il trauma*, in <http://www.ilcounseling.it/articoli/levine%20trauma.htm>



Sé derivante dall'incongruenza tra l'immagine corporea interiore (rimasta pressoché immutata e rinforzata soprattutto dalla presenza dell'arto fantasma) e l'immagine esteriore (acquisita con l'amputazione, nella quale il paziente non si identifica e che viene vissuta come perdita di una parte di sé).

Il corpo assume, fin dalla nascita, un ruolo altamente significativo nella vita di ogni persona. Esso rappresenta un mezzo di comunicazione, di scambio personale e sociale, valorizzato dai singoli individui e dalle culture in base alle proprie credenze, valori e rituali religiosi. Il corpo attraverso la comunicazione verbale, la comunicazione non verbale, i gesti, gli atteggiamenti rappresenta il modo di essere e di sentire di ogni persona nei confronti di se stessi e degli altri. L'immagine corporea che ognuno ha di se stesso è altamente soggettiva, così, spesso, se ritenuta non all'altezza dei propri canoni o di quelli che ci impone la società odierna, tende ad alimentare sentimenti di vergogna e inadeguatezza, questo a dimostrazione del fatto che la percezione del proprio corpo influenza l'autostima, la fiducia, la sicurezza nei confronti di sé e degli altri, riflettendo tutto ciò nella dimensione emotiva, affettiva e relazionale.

È in questo quadro che si inseriscono i traumi provocati e scatenati dall'amputazione di una parte del proprio corpo, nel caso specifico di arti inferiori/superiori, che comportano la nascita di una profonda ferita narcisistica, rappresentando una minaccia alla propria identità e a al proprio senso di continuità, sicurezza e integrità psicofisica.

Come scrive ancora la Dott.ssa Baldassarri, *il lavoro quotidiano, a livello clinico-psicologico, con persone che nel corso della loro vita hanno dovuto subire l'amputazione di uno o entrambi gli arti, dimostra come tale trauma sia devastante, influenzando in modo totalizzante tutte le diverse e correlate dimensioni di vita di una persona, quali la dimensione psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa; infatti, la persona oltre a dover affrontare il lutto per la perdita di una parte del proprio corpo, con conseguente perdita di una propria autonomia, anche nello svolgere le mansioni di*



*vita quotidiane come il lavarsi o il vestirsi, deve affrontare tutta una serie di esperienze frustranti come la perdita del lavoro, che implica una perdita della propria identità professionale, la perdita di una autonomia economica e cambiamenti nella sfera familiare e relazionale.*

*Questo tipo di trauma comporta grosse trasformazioni nella vita di una persona, incidendo in modo improvviso e inaspettato su tutta la realtà esistenziale del soggetto stesso. L'evento traumatico colpisce e inibisce la soddisfazione di bisogni psicologici fondamentali, presenti dalla nascita in ogni essere umano.*

*L'amputazione di un arto rappresenta una ferita narcisistica profonda, che determina un doloroso e grande trauma nella vita di una persona, investendo in modo globale la dimensione psicologica, l'immagine di sé, l'autostima personale, incidendo profondamente sulla vita relazionale, familiare, sociale e lavorativa.*

#### 4.2.2 La risposta traumatica

In linea generale, è possibile accomunare a quasi tutti gli amputati, particolarmente nei primi tempi che seguono l'intervento chirurgico, la tendenza ad essere introversi, sfiduciati, irascibili, ad isolarsi, ad interrompere o a diminuire le relazioni sociali, quasi sempre con la motivazione del non essere accettati, di essere considerati diversi. Dal punto di vista psicologico, dunque, è possibile riscontrare sentimenti di rabbia, angoscia, esitamento, ritiro, scoraggiamento, una difficoltà di rapporto con se stessi e con gli altri, il vissuto dell'autonomia fortemente limitata. La persona amputata può sperimentare la paura per non sentirsi accettata, l'imbarazzo di sentirsi diversa, l'impotenza di fronte alla malattia, l'amarrezza per la propria condizione.

Certamente il vissuto della persona e, di conseguenza, le modalità di reazione di fronte ad un trauma di questo tipo sono influenzati da numerosi fattori individuali, quali l'età, il grado di cultura, la

professione, le cause che hanno indotto l'amputazione, il supporto familiare, il carattere. In particolare, sono da considerare:

- Personalità premorbose inerente la storia evolutiva e psicologica del soggetto. In questo senso è importante attuare, in sede di colloquio, un'anamnesi clinica che possa evidenziare:
  - disturbi depressivi o ansiosi presenti prima del trauma
  - abuso di stupefacenti e alcolici
  - patologie psichiatriche antecedenti al trauma
  - disturbi alimentari presenti prima del trauma
  - problematiche familiari presenti prima del trauma
  - presenza di terapia psicofarmacologica.
- Età del soggetto, in quanto la capacità di reazione è diversa da individuo a individuo ed è legata anche a particolari età evolutive. La reazione adolescenziale di fronte alla perdita di una parte del proprio corpo, infatti, è completamente diversa da quella di un bambino o di un adulto o ancora di una persona anziana;
- Anamnesi familiare e relazionale
- Anamnesi sociale
- Anamnesi lavorativa

Emerge, dunque, l'importanza e l'influenza delle caratteristiche di personalità di fronte all'evento traumatico. Il modo di essere della persona e il senso di identità, infatti, determinano differenze significative nell'elaborazione di eventi traumatici e nelle relative strategie di coping.

Così, è l'interazione di molteplici fattori biologici, individuali e socioculturali a determinare la risposta della persona all'evento traumatico. Briere<sup>65</sup> sintetizza queste variabili in:

- Tipo di evento stressante: la probabilità di sviluppare una sintomatologia psichica può aumentare proporzionalmente

---

<sup>65</sup> Cfr. J. Briere, *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*, American Psychological Association, Washington, 1997.

all'intensità dell'evento traumatico e con la prossimità fisica al fattore stressante. Certo, come già detto, il vissuto soggettivo e l'interpretazione cognitiva della persona che ha subito il trauma è fondamentale, in quanto esistono traumi apparentemente di minore intensità, ma che generano a lungo termine disturbi psicologici.

- Caratteristiche di personalità della vittima: secondo diversi studi, alcune delle variabili che sembrano influire negativamente nella risposta ad un episodio traumatico sono le seguenti:
  - alessitimia, cioè incapacità di verbalizzare i vissuti emotivi, bassa autostima e ridotta controllabilità degli eventi;
  - immaturità o rigidità cognitiva del pensiero, in quanto impedisce al soggetto di scoprire le strategie di coping più adeguate per far fronte all'evento traumatico;
  - preesistenti disturbi psicopatologici;
  - presenza di disturbi psichiatrici nei familiari;
  - elevata reattività psicosomatica;
  - preesistenti Disturbi di Personalità;
  - comportamenti antisociali prima dei 15 anni;
  - caratteristiche di personalità per cui si tende ad affrontare un problema emotivo con strategie di ipercontrollo e di evitamento;
  - basso livello socioeconomico;
  - traumi pregressi;
  - inadeguato sistema sociale di supporto.
  
- Risposta soggettiva all'evento stressante: molte ricerche sembrano dimostrare l'esistenza di una correlazione tra la reazione iniziale all'evento traumatico e le condizioni di salute della persona nei mesi successivi. Tale variabile è strettamente correlata alle altre.

- Supporto o risorse sociali: questo fattore è relativo alla rete sociale/famigliare presente a supporto della persona prima e a seguito del trauma e, naturalmente, tale variabile deve essere, innanzitutto, intesa come “preesistente capacità della persona di instaurare relazioni interpersonali solide e soddisfacenti”.

A proposito di quest'ultimo punto, credo che sia pressoché intuibile come il trauma vissuto da una persona che subisce un'amputazione non influisca solo sul singolo individuo, ma sull'intero sistema di relazioni di appartenenza, dalla famiglia alla rete sociale, rimanendone profondamente destabilizzato e “perturbato”.

La famiglia, infatti, è un sistema dato da un gruppo di persone impegnate a soddisfare i bisogni fisici ed emotivi dei propri membri e non rappresenta semplicemente la somma delle singole parti. In ogni famiglia è presente un'identità familiare, un sentimento di appartenenza che viene fatto proprio; ogni nucleo familiare ha una propria organizzazione, con una serie di regole e comportamenti interiorizzati e una propria struttura che consentono di avere un equilibrio abbastanza stabile. L'esperienza traumatica dovuta all'amputazione, quindi, non incide solo a livello di singolo individuo, ma automaticamente coinvolge l'intera rete di relazioni familiari, personali, sociali, richiedendo una ristrutturazione in base alla nuova situazione di vita. È da questi presupposti, che testimoniano l'importanza della famiglia e della rete sociale di appartenenza nei confronti del singolo individuo, che si parte a considerare il ruolo essenziale della famiglia e del suo sostegno nel percorso terapeutico riabilitativo. Gli stessi operatori dovrebbero incoraggiare ed attuare delle strategie che sostengono adeguatamente le famiglie per favorire il loro sostegno primario nei confronti di un completo reinserimento della persona, in quanto, come sostiene J. Byng Hall, *una famiglia è tale quando fornisce una rete affidabile di relazioni di attaccamento che consentono a tutti i membri della famiglia e a qualsiasi età di*

*sentirsi abbastanza sicuri da poter esplorare le relazioni che vi sono all'interno della famiglia ma anche quelli all'esterno della famiglia.*

*Come spiega sempre la Dott.ssa Baldassarri, durante il primo colloquio clinico di tipo psicologico si raccoglie proprio questo tipo di anamnesi, importante e fondamentale per l'instaurarsi poi di una "relazione di aiuto", che accompagni il paziente, durante il percorso riabilitativo, nella dolorosa accettazione della propria situazione e nella "elaborazione di un lutto", che ha comportato la perdita di una parte del proprio corpo.*

#### 4.2.3 L'elaborazione del trauma

Come già ribadito più volte, il trauma provoca una "frattura", che irrevocabilmente rompe le normali dinamiche di autopercezione e costringe la persona a dover rimodellare la propria immagine in funzione di una condizione assolutamente nuova e del tutto diversa.

L'uomo è sicuramente un'unità psicofisica che cresce attraverso lo sviluppo di schemi di riferimento precisi. Fra questi, sicuramente, lo schema corporeo riveste particolare importanza.

Lo Schema corporeo si sviluppa attraverso l'esperienza sensoriale dove gli arti, per eccellenza, diventano strumenti che permettono un'interazione con l'ambiente; è per gran parte la percezione visiva a determinare i confini del corpo. Questo è confermato dal fatto che a gestire la percezione del corpo interagiscono tre sensi: vista, tatto e senso della posizione, ovvero quel meccanismo che entra in gioco quando chiudendo gli occhi si cerca di stabilire la posizione delle proprie braccia, delle proprie gambe o l'orientamento della testa.

Poste queste condizioni basilari condivise da tutti, valutata la necessità della presenza continuativa degli strumenti che necessitano all'uomo per essere efficiente ed efficace, risulta chiaro come una deprivazione, seppur minima, modifica sostanzialmente il processo di adattamento all'ambiente e la qualità dello stesso. L'amputazione, in questo senso,

è una condizione estrema di deprivazione che viene percepita negativamente dal soggetto che la subisce.

In letteratura, recenti ricerche sottolineano la relazione tra percezione corporea e benessere psicosociale. La percezione della disabilità, da parte del paziente amputato, si correla frequentemente con problematiche psicologiche quali tendenza ad ansia, depressione e bassa autostima. Una percezione negativa della propria immagine corporea comporta uno scarso adattamento psicosociale e difficoltà relative alla sfera interpersonale.

Così, la persona che perde l'integrità fisica attraversa una lunga e angosciata fase: il "processo di lutto", subisce cioè uno shock, un trauma, una perdita molto importante del proprio Sé. Schematizzando possiamo definire "depressivo" quel particolare dolore mentale che è proprio dell'esperienza di perdita di qualche cosa di prezioso che avevamo o che eravamo. Per esempio: il dolore per la perdita di una persona o di una cosa amata, o quello, appunto, per la perdita di qualcosa che sentivamo facente parte della nostra identità, un nostro stato, una nostra qualità, o una nostra pura e semplice possibilità. Se, dunque, il dolore depressivo ci si presenta, vuol dire che qualcosa di prezioso è da noi percepito come perduto.

Sempre schematizzando un poco, possiamo chiamare "elaborazione del lutto" quel particolare processo mentale, lungo e complesso, che conduce ad acquisire consapevolezza per la perdita patita e per la nuova situazione di vita. "L'elaborazione del lutto" è un processo, un "lavoro", diceva Freud, lungo e articolato, che si svolge "a ondate" per mezzo delle quali ci avviciniamo e ci allontaniamo dalla percezione diretta del dolore mentale depressivo. Perché il processo si compia, abbiamo bisogno di molto tempo.

Il processo di "elaborazione del lutto" conduce, piano, piano, nel tempo, a una progressiva piena consapevolezza emotivo-cognitiva della perdita subita, ad una sua accettazione profonda (cioè maturata attraverso l'integrazione di ogni aspetto di sé implicato nella perdita), ad una stabile ristrutturazione emotivo-cognitiva della percezione di sé

che tenga pienamente conto della perdita, a un riconoscimento schietto del dolore che si sta vivendo, della sua sensatezza e legittimità e a un ritornare ad accogliere, a stimare e a volere bene al se stesso.

Dunque l'individuo, attraverso il "processo di elaborazione cognitiva ed emotiva del lutto", dovrà acquisire consapevolezza della nuova situazione di vita e della percezione di se stesso come persona cambiata rispetto a prima; questa consapevolezza, che si acquista gradualmente, è data sia dai vissuti personali, sia da fattori di contesto socio-ambientale.

Il processo di "elaborazione del lutto" è caratterizzato da diverse fasi non statiche e diverse da individuo a individuo, quali:

- Evento traumatico, shock: vissuto come rottura, perdita della propria integrità fisica, accompagnato dalla consapevolezza emotiva della privazione di una parte importante del proprio sé. Tutto questo provoca risposte quali: orrore, paura di morire, impotenza, aggressività;
- Fase di reazione che coincide con il periodo delle cure mediche: in questo momento la realtà si impone attraverso le procedure mediche e i trattamenti terapeutici; tale impatto provoca una risposta caratterizzata da sentimenti di angoscia, amarezza, necessità di forte sostegno familiare. In questa fase si procede, nel particolare contesto del Centro Protesi, all'accettazione della presenza di un arto artificiale sostitutivo, una protesi che si cerca di integrare nell'immagine di sé. Fondamentale, infatti, risulta la buona integrazione della protesi poichè la soddisfazione per la protesi si correla con minori disturbi dell'immagine corporea. Altro fattore che si correla con disturbi dell'immagine corporea e, più in generale influisce sulla qualità della vita dell'amputato, è la percezione dell'arto fantasma: pazienti che hanno esperienza dell'arto fantasma sono più soggetti a disturbi della sfera emotiva, più depressi e facilmente suscettibili allo stress. Il fenomeno dell'arto fantasma è abbastanza comune nell'amputato e si lega



al concetto di schema corporeo inteso come rappresentazione mentale del proprio corpo e della sua posizione nello spazio<sup>66</sup>. L'arto fantasma è la sensazione anomala di persistenza di un arto dopo la sua amputazione o dopo che questo sia diventato insensibile: il soggetto affetto da questa patologia ne avverte la posizione, accusa sensazioni moleste e spesso dolorose, talora addirittura di movimenti come se questo fosse ancora presente. Questa sensazione, assolutamente normale e che non rientra in nessun tipo di problema psichico, è la dimostrazione più evidente dell'esistenza dello schema corporeo, che persiste, nonostante che dall'arto amputato non giungano impulsi nervosi ai centri corticali. In molti casi l'arto fantasma aiuta ad adattarsi alla protesi, perché permette alla persona di provare la propriocezione dell'arto protesico;

- Fase di depressione reattiva: quando la persona ha una chiara immagine di sé e della nuova realtà, nasce una forma di depressione reattiva, inevitabile espressione del tentativo di riconoscere ciò che è andato perduto. Questa fase di elaborazione cognitiva ed emotiva comprende reazioni che tendono alla:

- Accettazione della perdita;
- Adattamento alla nuova realtà esistenziale;
- Attivazione di nuove risorse e strategie di coping

È questa la fase che pone le basi per la prossima.

- Fase di riorientamento, ristrutturazione del Sé a livello cognitivo ed emotivo: matura gradualmente la consapevolezza della nuova situazione di vita, inizia la fase di riprogettazione esistenziale e di ristrutturazione cognitiva ed emotiva. Il soggetto è nuovamente in grado di dare risposte appropriate ai suoi bisogni primari in termini di autosufficienza,

---

<sup>66</sup> Cfr. A. Alesii, A. Roma, D. Pernice, C. Damiani (a cura di), *La percezione del Sé e la qualità di vita del paziente amputato*, in testa al front. Vincitore di “Premio di Studio 2004 per lo sviluppo della Riabilitazione Italiana” a cura della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione, 2004.



autorealizzazione, eterorealizzazione, con l'obiettivo di ristabilire il proprio equilibrio psicofisico, "rimarginare" la ferita, riprendere i propri ruoli in ambito familiare, sociale – relazionale e lavorativo.

Gli eventi traumatici possono comportare traumi e generare deficit (psicofisici) congeniti o acquisiti, permanenti o precari e determinare disabilità e una condizione e situazione di vulnerabilità. La questione non è semplice da argomentare e potrebbe apparire scontata<sup>67</sup>.

Ora, nel processo di elaborazione del trauma possono presentarsi elementi "patologici" che ci fanno ricollegare le fasi di questo processo con i sintomi che rientrano nel quadro diagnostico del disturbo post-traumatico da stress, poiché, nel caso di stress "importanti" dovuti ad eventi traumatici che determinano l'amputazione di un arto, si evidenzia spesso nei pazienti, a livello clinico, una sintomatologia che rientra nel quadro diagnostico del PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) classificato e descritto in base ai criteri diagnostici proposti dal DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), uno strumento di lavoro editato per la prima volta nel 1952 e basato sulla raccolta statistica delle diagnosi.

Come abbiamo visto, a molte persone, nel corso della vita, capita, prima o poi, di subire un trauma ma, nella maggior parte dei casi, questa esperienza viene sostanzialmente superata in modo graduale. In una minoranza di casi, invece, si può sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD).

Attualmente, le reazioni riscontrate in soggetti, di qualsiasi età, che si sono trovati a vivere situazioni o avvenimenti traumatici, sono state classificate nel DSM e sono conosciute, appunto, come Classification of Post-traumatic Stress Disorder.

La sindrome post-traumatica o stress post-traumatico (PTSD) può insorgere in seguito ad un evento particolarmente grave, come situazioni in cui si è rischiato di morire o si sono subite gravi lesioni,

---

<sup>67</sup> Cfr. E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, Gardolo, Erickson, 2005.

oppure questi stessi eventi sono accaduti a familiari o a persone particolarmente vicine. Fra gli esempi più comuni di questi traumi ci sono gli incidenti automobilistici o sul lavoro, i terremoti, la guerra, il lutto, le violenze fisiche e sessuali. Il DSM-IV fa coincidere il PTSD con il fatto che *la persona sia stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:*

- *la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;*
- *la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato<sup>68</sup>.*

In generale, come è possibile constatare anche nel contesto del Centro Protesi, spesso si rileva, a livello clinico, la presenza di forti disagi emotivi inquadrabili in quadri diagnostici di disturbi depressivi e ansiosi, sintomatologie che rientrano all'interno del quadro diagnostico del disturbo post traumatico da stress.

I sintomi del PTSD sono variabili da persona a persona, in funzione delle proprie caratteristiche di personalità, del contesto sociale e degli eventi subiti. Si caratterizza per una reviviscenza dell'avvenimento traumatico che può riprodursi attraverso situazioni che lo richiamano alla mente.

Alcuni dei principali sintomi post-traumatici enunciati dal DSM-IV sono:

- Sintomi intrusivi, come immagini o sensazioni disturbanti relative all'accaduto, prendendo anche la forma di incubi angoscianti. L'episodio traumatico tende ad essere rivissuto dalla persona, in uno o più modi diversi: possono essere presenti sogni che riguardano l'evento, ma anche immagini, pensieri o percezioni relative all'evento (suoni, sensazioni tattili, sapori, odori, emozioni)

---

<sup>68</sup> Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R. (a cura di), *DSM-IV : manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1996.

che vengono spesso in mente senza che una persona lo voglia. Si può provare notevole disagio quando ci si trova di fronte a situazioni che in qualche modo ricordano l'episodio traumatico (per esempio, sentire il suono di una frenata di un'automobile può suscitare ansia, paura o tachicardia in una persona che è stata traumatizzata da un incidente automobilistico). In casi particolari, il rivivere l'evento traumatico prende la forma di veri e propri flashback, cioè il comportarsi o il sentire come se l'evento traumatico fosse nuovamente e realmente presente. Nei bambini il trauma può essere rivissuto attraverso rappresentazioni degli eventi nel gioco e nel disegno.

- Sintomi di evitamento e di attenuazione della reattività generale. Per quel che riguarda il primo aspetto relativo “all’evitamento”, la persona traumatizzata normalmente cerca di evitare i pensieri, i ricordi, le sensazioni, le emozioni ed i discorsi relativi al trauma, come pure cerca di evitare situazioni, persone o luoghi che le possano ricordare quanto è accaduto. A volte è possibile che uno o più aspetti importanti del trauma siano dimenticati o molto confusi (amnesia psicogena). Per quel che riguarda, invece, “l’attenuazione della reattività generale” ci si riferisce ad una stabile alterazione dell’assetto complessivo della personalità di un individuo, tanto che vengono segnalate: *riduzione marcata dell’interesse o della partecipazione ad attività significative e/o sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, e/o affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore), e/o sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per esempio ripetersi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita)*<sup>69</sup>.
- Sintomi di persistente iperattivazione - ipereccitabilità come insonnia, irritabilità o scoppi di collera, difficoltà a concentrarsi, ipervigilanza, esagerate risposte di allerta. Può capitare che la persona che ha subito un trauma abbia una o più di queste

---

<sup>69</sup> Ibidem.

difficoltà: addormentarsi o mantenere il sonno, concentrarsi su un compito, reazioni esagerate di allarme o di paura, scoppi di rabbia eccessivi o inopportuni.

Oltre a sintomi post-traumatici persistenti come quelli sopra citati, nello stesso DSM-IV si sottolinea che il PTSD *causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti*<sup>70</sup>; dunque, il disturbo post-traumatico da stress risulta caratterizzato da una forte interconnessione di fattori biologici, psicologici, sociali.

Come già analizzato, il PTSD presenta delle importanti e a volte molto gravi manifestazioni sintomatologiche che possiamo ora collegare alle quattro fasi del processo di “elaborazione del trauma”, che abbiamo precedentemente analizzato.

Innanzitutto, si può affermare che una persona esposta ad evento traumatico o shock, continua a vivere nel tempo sentimenti di paura intensa, minaccia, distruzione, impotenza e orrore che sono a loro volta fonte di stress.

Nella fase che corrisponde, poi, alla “reazione”, in cui la realtà si impone e si iniziano a ricercare risposte mediche, emergono difficoltà legate al ri-esperire l’evento traumatico che viene generalmente rivissuto persistentemente attraverso ricordi spiacevoli e pensieri intrusivi, sogni legati all’evento, spaventosi, disagio di fronte a fattori scatenanti che assomigliano o simboleggiano l’evento stesso (illusioni, allucinazioni, flashback).

Riguardo alla fase successiva, caratterizzata da una risposta in termini di “depressione reattiva”, in cui si inizia ad accettare la perdita, ad adattarsi alla nuova realtà esistenziale e si procede nell’attivazione di strategie di coping, si tende anche ad evitare gli stimoli associati al trauma attraverso sforzi per evitare di pensare all’evento, evitamento di ciò che può ricordare il trauma, ma allo stesso tempo si attenua la reattività, si ha una riduzione degli interessi e della partecipazione con

---

<sup>70</sup> Ibidem.

conseguente aumento dei sentimenti di estraneità e distacco, capacità ridotta di provare sentimenti di amore, diminuzione delle prospettive future.

Infine, nella quarta fase di “riprogettazione e ristrutturazione esistenziale”, si presentano sintomi quali iperattività, ipereccitabilità, scarsa concentrazione, ipervigilanza, difficoltà di addormentarsi o di mantenere il sonno, irritabilità, ansia, scoppi di ira.

La durata del disturbo è superiore a un mese e può presentarsi in differenti forme:

- Acuto, se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi;
- Cronico, se la durata dei sintomi supera i 3 mesi;
- Ad esordio ritardato, se l’esordio dei sintomi insorge almeno a distanza di 6 mesi dall’evento stressante.

Per concludere, l’esito di questo processo di elaborazione dipenderà dalle singole caratteristiche di personalità e saranno queste che determineranno le differenti strategie di coping, anche queste da mettere in relazione alle variabili individuali e ai fattori di contesto socio-ambientale. Molti sono gli studi scientifici concordi nel definire come traumatico un evento in base alla definizione che è la natura dell’evento stesso ad essere traumatico, sottolineando l’importanza delle differenze individuali e di considerare che se lo stress è sufficientemente importante tutte le persone sviluppano un disturbo post traumatico da stress, che viene, quindi, considerato come una normale risposta ad un evento abnorme.

#### 4.3 Aspetti sociali

Abbiamo visto che tutte le persone esposte ad eventi traumatici, come l’amputazione di un arto, sviluppano il disturbo post-traumatico da stress che, come già detto, può essere considerato una risposta normale ad un evento traumatico sproporzionato. Questo non

significa, però, che tale disturbo, soprattutto se il paziente non viene aiutato nel processo di elaborazione del trauma, non provochi un disagio clinicamente significativo e un malfunzionamento sociale.

Occorre tra l'altro considerare le differenze individuali e i fattori di contesto socioambientale. Infatti, come scrive la Dott.ssa Ilaria Giovannetti, Assistente Sociale del Centro Protesi INAIL, *la risposta del paziente di fronte all'evento traumatico è data dall'interazione dei principali sottosistemi coinvolti, quali: biologico, psicoaffettivo, cognitivo-comportamentale, relazionale, socioculturale, valoriale. Il paziente deve, perciò, non solo elaborare il trauma, ma anche affrontare i problemi della sfera relazionale, attinenti al rapporto soggetto-ambiente.*

Riprendendo come riferimento la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS e la definizione in essa contenuta di Disabilità, vediamo che è considerata come: *la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo*<sup>71</sup>.

Perciò, come spiega la Dott.ssa Giovannetti, *dal punto di vista sociale, occorre mettere in relazione il paziente con quei fattori ambientali che possono portare ad una riduzione della sua partecipazione alla vita sociale*<sup>72</sup>.

#### 4.3.1. Il rapporto individuo – ambiente

I compiti e gli obiettivi del Servizio Sociale nel trattamento protesico-riabilitativo si inscrivono nella finalità della struttura e cioè ricostruire il quadro somatico e funzionale del soggetto, operando

---

<sup>71</sup> OMS, ICF: classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute, Trento, Erickson, 2001.

<sup>72</sup> Cfr. I. Giovannetti, F. Baldassarri (a cura di), *Corso di Formazione nell'ambito del Progetto per il Servizio Civile Volontario*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2007.

contestualmente in direzione del suo recupero ad un ruolo attivo nell'ambiente sociale.

Obiettivo specifico è, perciò, quello di promuovere le condizioni individuali e sociali per un adeguato reinserimento dell'individuo nel suo normale contesto di vita, aiutandolo a utilizzare in maniera autonoma tutte le risorse disponibili.

Infatti, le conseguenze del trauma possono essere tali da minacciare l'individuo sin nelle sue sfere più intime e l'effetto potenzialmente devastante di tali conseguenze può essere limitato o prevenuto a seconda di quelle che saranno le capacità di reazione del soggetto di fronte ai problemi che lo investono (capacità di coping) e a seconda delle risposte ambientali, tecniche, umane e istituzionali che si sarà in grado di attivare per fronteggiare questa critica situazione<sup>73</sup>.

Il potersi ricostruire dal punto di vista somatico-funzionale deve, perciò, procedere di pari passo con la ricostruzione del proprio essere interiore, per poter ricomporre la frattura del passato, sentirsi sicuro nell'affrontare i problemi del presente, riorganizzare le proprie mete, darsi nuovi progetti di vita.

*La persona che si rivolge al Centro Protesi, come scrive la Dott.ssa Ilaria Giovannetti, porta con sé, oltre ad una richiesta di protesi, una situazione psicologica e sociale assolutamente nuova, e ciò si traduce per noi in una grande attenzione alla domanda, non sempre esplicita, posta dal paziente che sappiamo piena di dubbi, ansie, timori ma anche di attese e aspettative, una domanda che corrisponde ad un bisogno di "riprogettazione" di un percorso esistenziale.*

*I riflessi psicologici e sociali del trauma possono essere :*

- *Sofferenza psicologica dovuta all'evento traumatico e alla perdita di una parte di sé;*
- *Condizione di disabilità, con la conseguente incapacità di azione rispetto a funzioni primarie di autonomia a cui si*

---

<sup>73</sup> Cfr. R. Pellicciari (a cura di), *Compiti e obiettivi del Servizio Sociale nel trattamento dell'amputato*, Atti del Convegno MO.TE.DI, Messina 1990.



*associa una riduzione del campo di esperienze e di comportamento;*

- *Abbandono del lavoro e conseguente perdita dell'identità professionale e del contare attivo;*
- *Perdita temporanea dell'autonomia economica;*
- *Compromissione di un ruolo significativo all'interno della famiglia;*
- *Compromissione delle sfere dell'autostima, dell'espressività, della creatività.*

*Tutto ciò limita il soddisfacimento dei bisogni di autosufficienza, autorealizzazione, eterorealizzazione.*

Promuovere le condizioni per il reinserimento sociale significa avere come termini di riferimento l'individuo e il suo contesto in reciprocità di relazione: in un rapporto dialettico che fornisce elementi, sia all'individuo ai fini della costruzione della propria identità, sia all'ambiente che risponde adattandosi all'individuo.

Un evento traumatico può tradursi in un disequilibrio di questo rapporto. Le oggettive difficoltà della persona disabile e le relazioni con l'ambiente possono incidere sulla capacità di azione (coping) del singolo limitando la capacità di operare positivamente sull'ambiente.

Il soggetto viene privato di quei feedback positivi dai quali dipende in buona misura la sua possibilità di recupero.

L'intervento riabilitativo deve tenere conto delle esigenze relazionali e di risocializzazione della persona con disabilità.

Il recupero delle funzioni perdute deve collegarsi al recupero di ruoli sociali attivi. Obiettivo specifico dell'intervento sociale è il ristabilirsi dell'equilibrio relazionale individuo-ambiente attivando le risorse individuali e operare affinché interagiscano<sup>74</sup>.

Viene, quindi, attivato un processo di presa in carico che punta a valorizzare le capacità possedute e le potenzialità della persona disabile allo scopo di:

---

<sup>74</sup> Cfr. I. Giovannetti (a cura di), *L'intervento sociale nel progetto protesico-riabilitativo*, Corso di formazione presso il Centro Protesi INAIL, Budrio, 1996.



- Prevenire, attenuare o annullare la condizione di svantaggio (o deficit d'azione) della persona;
- Recuperare il benessere compromesso dall'evento disabilitante;
- Raggiungere il miglior livello di vita possibile non solo sul piano emotivo, ma anche relazionale e sociale.

Il sostegno sociale si realizza mediante programmi personalizzati e il lavoro sociale di rete, con il duplice scopo di aiutare il soggetto ad adottare appropriate strategie di coping e, nello stesso tempo, attivare le risorse presenti nel contesto di vita della persona e agire sui punti disfunzionali della rete<sup>75</sup>.

A questo proposito un modello che si presenta particolarmente adatto ad essere inserito in questo contesto è quello del “Care Management” che vediamo di seguito.

#### 4.3.2 Case/Care Management, lavoro di rete e lavoro di equipe

Il Case/Care Management è un approccio metodologicamente guidato per la gestione in rete dei servizi diretti alla persona disabile.

Questo modello, che nasce negli Stati Uniti e viene introdotto in Europa negli anni '80, si incardina nel quadro più generale di trasformazione dei sistemi di welfare e dell'affermarsi di forme miste di protezione sociale, in un rapporto organico tra soggetti istituzionali e nuovi soggetti del privato sociale che sempre più spesso affiancano il settore pubblico sia per la gestione diretta dei servizi, sia per la promozione e il coordinamento degli stessi. Anche in Italia si sta affermando l'idea che l'Amministrazione Pubblica debba soprattutto sviluppare un'economia mista di welfare come ambiente plurale, nel quale le varie organizzazioni e agenzie di servizio debbano non tanto

---

<sup>75</sup> Cfr. R. Pellicciari, I. Giovannetti (a cura di), *Aspetti psicosociali nella riabilitazione della persona amputata*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2005.

competere tra loro per “conquistarsi” e trattare separatamente l’utenza, quanto sviluppare le condizioni per una reale reciprocità in grado di razionalizzare il sistema di protezione sociale e avvicinare sempre di più i servizi agli utenti e alle loro comunità di vita. Se sul piano teorico questa idea sembra ormai condivisa, occorre ora capire come anche nel nostro Paese si possa sviluppare in concreto una rete di servizi attraverso la quale gli utenti ricevano le prestazioni di cui necessitano, attraverso l’adozione di piani ad hoc, sotto la guida di operatori specializzati a tale compito.

I principali autori sull’argomento definiscono il Case/Care Management come:

- “un processo di interazione all’interno di una rete di servizi, il quale garantisce che l’utente riceva i servizi di cui necessita in modo partecipato, efficace ed economicamente ottimizzato”.
- “una strategia a livello dell’utente per promuovere il coordinamento delle risorse umane, delle prestazioni, dei servizi”.

Il Case/Care Management è un approccio guidato dai bisogni (needs led approach), si tratta, cioè, di un servizio che viene fornito all’utente dopo un’attenta valutazione (assessment) del tipo di bisogno esplicito ed implicito. Il servizio fornito deve essere “senza cuciture” nel senso che, dal punto di vista dell’utente, non si dovrebbe riscontrare alcuna soluzione di continuità, anche quando sono coinvolti diversi enti, agenzie ed operatori, che si rapportano tra loro secondo un preciso modello inter-organizzativo.

Gli obiettivi consistono nell’identificare e affrontare i bisogni individuali nel loro insieme, invece di valutarli separatamente mediante i vari servizi; integrare risorse spesso provenienti da diverse fonti, sia interne che esterne al servizio di appartenenza; adeguare il servizio alle persone invece di adattare le persone ai servizi esistenti;

incoraggiare la partecipazione degli utenti e il diritto di libera scelta rispetto ai vari soggetti erogatori<sup>76</sup>.

Le procedure operative del Case/Care Management sono distinte in sette fasi che si collocano all'interno di un unico processo circolare:

1. Informazione al pubblico: si informano i potenziali clienti in merito alla gamma dei servizi che la struttura si assume la responsabilità di fornire in relazione a quali bisogni, quali sono i criteri per la fornitura e quali le modalità di accesso;
2. Determinazione del livello di valutazione del bisogno: verranno predisposti dei criteri che consentano di distinguere le principali aree di bisogno secondo priorità chiaramente definite (si distinguono nel Care Management sei livelli di valutazione del bisogno: semplice, limitata, multipla, specialistica, complessa, completa);
3. Valutazione del singolo bisogno: i singoli bisogni devono essere conosciuti, valutati e messi in relazione con gli obiettivi dell'intervento, anche considerando i punti di forza e le aspirazioni dell'utente. Poiché nel caso specifico delle persone disabili i bisogni sono spesso di tipo complesso, la valutazione deve potersi avvalere del contributo di più specialisti e di più servizi;
4. Pianificazione: si stabiliscono le modalità più adatte per il conseguimento degli obiettivi individuati, inserendo questi obiettivi in un programma individuale di assistenza ("Care Planning");
5. Implementazione del piano: questa fase consiste nel prendere in considerazione e nello scegliere tra le risorse disponibili che possano meglio soddisfare le esigenze dell'individuo;
6. Monitoraggio periodico del piano: il programma di erogazione del servizio deve essere controllato in modo continuo, poiché nel tempo le circostanze si possono modificare, il piano può

---

<sup>76</sup> Cfr. R. Pellicciari (a cura di), *Servizio Sociale e Care Management: il Progetto TOP*, in testa al front. Atti del Convegno "Il reinserimento del disabile : molte iniziative per un unico obiettivo" – 25 gennaio 2000 – DR INAIL Puglia – Centro Protesi.

essere, perciò, corretto in modo da renderlo più vicino ai risultati desiderati;

7. Revisione del piano: ad intervalli predeterminati l'andamento del programma di erogazione del servizio deve essere rivisto, per assicurarsi che i servizi continuino ad essere pertinenti ai bisogni, per valutare i servizi come parte di una continua ricerca di miglioramento, per procedere, se necessario, ad un nuovo assessment dei bisogni<sup>77</sup>.

Nell'ambito dei cambiamenti intervenuti all'interno delle politiche di welfare, gli anni '90 hanno visto una graduale modificazione dell'assetto professionale degli assistenti sociali caratterizzata dal passaggio da una professionalità di tipo "terapeutico" cioè di lavoro diretto sul caso, ad una professionalità di tipo manageriale con l'acquisizione di nuove competenze come quelle di valutazione e pianificazione, che si vanno ad integrare con quelle tipiche di aiuto personale diretto (counselling).

Il Care Management è un modello che si presta ad essere applicato particolarmente nel settore della disabilità. Infatti, la persona con deficit fisico e/o sensoriale da trauma si trova ad affrontare un nuovo percorso di vita personale, deve cioè riprogettare la propria vita. Di conseguenza occorre attivare un processo nel corso del quale si riesca a portare la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, relazionale e sociale.

Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso Attività sanitarie di riabilitazione (interventi diagnostici, valutativi, terapeutici diretti a contenere o minimizzare la disabilità) e Attività di riabilitazione sociale (interventi diagnostici, valutativi e di sostegno diretti ad aiutare la persona disabile a recuperare la propria capacità d'azione nei confronti di nuovi compiti di vita e a garantirgli la massima partecipazione possibile alla vita sociale, al fine di prevenire o contenere la condizione di handicap). Tali attività sono alla base di un

---

<sup>77</sup> Cfr. M. Payne, *Case management e servizio sociale*, Trento, Erickson, 1998.

modello operativo integrato, da attuarsi a cura di équipe multidisciplinari, nel cui ambito l'assistente sociale svolge un ruolo di manager dell'intero processo di reinserimento<sup>78</sup>.

Quindi, il lavoro di rete e il lavoro di équipe rappresentano riferimenti teorici importanti nell'ambito della riabilitazione, intesa come processo in cui si porta la persona, protagonista del percorso, al raggiungimento del massimo livello possibile di autonomia e di partecipazione alla vita sociale.

Gli strumenti professionali dell'assistente sociale sono diretti verso un lavoro di progettazione volto a creare le condizioni che costituiscono la base per realizzare ipotesi di benessere; in questo contesto si inseriscono le strategie di compito e le strategie di rete in cui si delinea la competenza dell'assistente sociale come operatore capace di leggere i problemi in tutte le loro dimensioni, cogliere le interrelazioni, individuare e mettere in relazione le risorse in modo da predisporre interventi e servizi integrati<sup>79</sup>.

Pertanto, in questa logica, è importante analizzare, seppur brevemente, i concetti di rete e di équipe.

Il concetto di rete applicato all'ambito del Servizio sociale fa riferimento sia a un insieme di legami tra soggetto in interazione (formato sia da utenti che da operatori), sia a un insieme di servizi o di strutture tra loro collegate, seguendo un disegno organizzativo di tipo puntiforme<sup>80</sup>.

Folgheraiter distingue *il lavoro di rete* dal *lavoro in rete* definendo il primo come un'azione di guida (raccordo, direzionamento, sviluppo) nei confronti delle diverse persone in relazione che costituiscono la rete, e il secondo come azione di un singolo componente della rete che agisce cercando in qualche modo di raccordarsi o di tenere conto dell'esistenza di altre azioni di altri interessati sul compito<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> Cfr. R. Pellicciari (a cura di), *Servizio Sociale e Care Management: il Progetto TOP*, op. cit.

<sup>79</sup> Cfr. I. Giovannetti, *Riabilitazione e reinserimento lavorativo: l'esperienza del Centro Protesi di Vigorso di Budrio*, 2001.

<sup>80</sup> Cfr. R. Serra, *Logiche di rete - dalla teoria all'intervento sociale*, Franco Angeli, Milano, 2001.

<sup>81</sup> Cfr. F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del Servizio Sociale - la prospettiva di rete*, Franco Angeli, Milano, 1998.

Canicola distingue l'indirizzo terapeutico, il lavoro di territorio, la community care e l'intervento di rete.

Tali orientamenti possono essere classificati in quattro indirizzi, come segue:

- il lavoro nettamente ad *indirizzo terapeutico*, che pur definendosi tale si iscrive nelle pratiche a dimensione collettiva e considera la rete come una realtà "curante" e "curabile" in senso clinico;
- il lavoro che, identificando *le reti come unità di offerta o come risorse*, configura un disegno organizzativo "a rete", tanto delle risorse istituzionali (servizi) quanto delle risorse naturali (rapporti, aggregazioni, gruppi,...);
- il lavoro che, facendo riferimento alle pratiche della *community care*, a partire da ego attinge alle risorse comunitarie, valorizzando in modo particolare la terza dimensione, che nella realtà italiana, è ricca e culturalmente significativa;
- il lavoro che, sotto il nome di *intervento di rete*, prefigura un cambiamento nel rapporto tra reti primarie e secondarie, valorizzando le reti naturali del soggetto, cioè i rapporti faccia a faccia, che fanno parte della sua storia o che possono diventarlo.

Il ruolo che ricopre l'operatore di rete assume una connotazione diversa a seconda degli orientamenti metodologici: nell'ambito dell'approccio terapeutico è visto come un *terapeuta*, un elemento catalizzatore degli avvenimenti nella rete, senza di lui la rete non vive; nel lavoro sociale di rete l'operatore ricopre un *ruolo centrale*, senza la sua centralità e presenza attiva la rete può cadere; nel lavoro della community care l'operatore è visto come un *costruttore* di reti, pronto a ritirarsi quando la rete può vivere senza il suo aiuto ed, infine, secondo l'ottica dell'intervento di rete svolge un ruolo di orientamento e di *guida relazionale*, facilitando processi che portano dalla dipendenza all'autonomia<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Cfr. L. Sanicola (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori Editore, Napoli, 1994.

Il lavoro di rete è costituito dall'insieme degli interventi di connessione di risorse e dalle strategie tese a produrre concatenazione di relazioni significative, dai processi di crescita che si attivano all'interno delle stesse risorse, finalizzati nel loro complesso, al miglioramento del livello di benessere delle persone e delle collettività<sup>83</sup>.

Il processo di aiuto all'utenza si attua, quindi, sotto la "guida relazionale" dell'operatore sociale che è contemporaneamente facilitatore di rapporti, promotore di risorse e di interventi, coordinatore e punto di riferimento di reti sociali sempre più complesse e funzionali<sup>84</sup>.

L'operatore traduce l'ottica di rete assumendo diverse direzioni nell'azione in quanto:

- lavora con nodi di rete (familiari, amici..)
- lavora con reti o contribuisce a crearle
- produce raccordi tra risorse
- produce reti
- formula progetti secondo un modello di rete
- lavora in rete, integrandosi con altri tecnici<sup>85</sup>.

Si vuole ora esaminare il concetto del **lavoro d'équipe**, in quanto importante e fondamentale nell'ottica di rete.

Secondo Ferrario, l'équipe rappresenta un *complesso di risorse che se collegate armonicamente possono dare esiti sinergici proprio per la diversità dei soggetti*. L'équipe di operatori sottende il criterio della complementarità e dell'intervento concordato.

L'équipe esprime l'esigenza di completamento che ogni professionalità sente di fronte alla complessità dei problemi da fronteggiare.

La mentalità di rete considera gli obiettivi che il gruppo si dà, come elementi di pari coinvolgimento dei diversi operatori, poiché

---

<sup>83</sup> Ibidem.

<sup>84</sup> Cfr. R. Serra, op. cit.

<sup>85</sup> Cfr. F. Ferrario, *Il lavoro di rete nel Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 1992.

valorizzano i loro contributi nella presa in carico, tutti indispensabili, seppure con diverso carattere e stimolano la partecipazione di ognuno. Per lavorare in *équipe* è necessario un percorso, un apprendimento sul campo per produrre la capacità di lavorare insieme.

Sono quindi i membri dell'*équipe* che possono produrre, pur con diversi livelli di responsabilità, una *équipe-rete* cioè un'*équipe come rete di parzialità tecniche*, capace di recuperare in un'ottica di rete le competenze di tutti i suoi componenti<sup>86</sup>.

Un altro autore importante, che ha analizzato il concetto di *équipe* nell'ambito del Servizio Sociale è Payne, le cui considerazioni, sono da inscrivere in un modello anglosassone definito in letteratura "Case management".

Tale modello è finalizzato alla razionalizzazione degli interventi sociali e all'organizzazione di servizi. Il lavoro multidisciplinare viene considerato importante per la collaborazione tra operatori e agenzie nell'ambito della *community care*.

L'autore sopraccitato ritiene che due aspetti diversi dell'organizzazione del lavoro possano coesistere produttivamente:

- il lavoro in squadre, in cui gruppi di operatori che lavorano assieme sviluppano valori e obiettivi condivisi, priorità e metodi di lavoro comuni;
- il lavoro multidisciplinare, in cui gruppi di operatori provenienti da diversi ambiti professionali, con patrimoni conoscitivi e valori diversi, vengono formati per mettere al servizio di un unico utente o di un unico gruppo di utenti le loro diverse competenze.

Il lavoro multidisciplinare è soltanto un insieme di concetti (che comprende il lavoro multiprofessionale e interdisciplinare) che hanno significati leggermente diversi. Secondo l'autore, l'idea della multidisciplinarietà richiede che le persone con caratteristiche diverse stiano già lavorando insieme e che le loro differenze siano dovute a specializzazioni sia accademiche che professionali. Il concetto di

---

<sup>86</sup> Ibidem.



lavoro interdisciplinare pone piuttosto l'accento su relazioni e punti di contatto efficaci fra i concetti e le professioni. Il lavoro multidisciplinare fa, invece, pensare a una giustapposizione di idee o concetti distinti nell'ambito di una impresa comune. Il lavoro multiprofessionale o interprofessionale non dovrebbe, inoltre, essere confuso con il lavoro multiagenzia o interagenzia. Un'agenzia di servizi può avvalersi di diverse categorie di operatori e richiedere, perciò, al suo interno un lavoro di tipo multi o interprofessionale. Queste distinzioni mettono in evidenza come siano importanti da tenere presente e da valutare le differenze organizzative, professionali e disciplinari<sup>87</sup>.

Un'importante distinzione tra gruppo di lavoro e lavoro di gruppo è stata analizzata da Zini e Miodini. Si parla di *gruppo di lavoro* quando tra i partecipanti che compongono il gruppo si sviluppa integrazione, processo in cui le differenze portate sono riconosciute come risorse da accogliere e non come ostacolo alla realizzazione del lavoro. L'integrazione è, infatti, quel fenomeno che sta alla base dell'interdipendenza, modalità relazionale che sviluppa in ciascuno non solo la consapevolezza di dipendere dall'altro, ma anche il fatto che ogni comportamento/comunicazione produce inevitabilmente un effetto sull'altro.

La collaborazione è un atteggiamento necessario alla sopravvivenza del gruppo; sviluppa relazioni basate sulla reciprocità e sulla fiducia; collaborare significa co-costruire azioni consapevoli, attraverso processi di negoziazione interni al gruppo e negoziare significa discutere e confrontare opinioni diverse, riconoscendo contemporaneamente legittimità alle singole posizioni.

Il *lavoro di gruppo* è rappresentato dal modo di agire, di intervenire, dalla metodologia prescelta per operare e dal risultato ottenuto. È l'insieme delle attività, dei compiti e dei ruoli che i componenti del gruppo esprimono nel proprio interagire integrato per perseguire gli

---

<sup>87</sup> Cfr. M. Payne, *Case management e servizio sociale*, op. cit.

obiettivi istituzionali e per trasformarli in soluzioni al problema originario<sup>88</sup>.

L'équipe è un tipo particolare di gruppo di lavoro che ha specifiche peculiarità: si aggrega per presidiare un obiettivo istituzionale, è gruppo di compito, dove le persone, consapevolmente, devono integrare le differenze sia professionali che operative.

Presenta la seguenti caratteristiche:

- è in genere multidisciplinare;
- è una "mentalità", una presenza psicologica più che un'entità tangibile: i componenti dell'équipe si esprimono nel lavoro spesso singolarmente, influenzati nei comportamenti operativi, di contenuto e di metodo, dalle idee confrontate e discusse con i colleghi;
- è uno spazio mentale e fisico in cui attraverso riunioni periodiche, organizzate con finalità motivazionali di *problem identification* o di *problem solving*, si integrano le singole parti coinvolte, alla ricerca di soluzioni comuni;
- è un modo per utilizzare al meglio le competenze soggettive delle singole professionalità presenti, per far emergere il maggior numero di soluzioni possibili ai problemi, per creare il confronto e la negoziazione delle diverse punteggiature della realtà e delle ipotesi di lavoro, e per ottimizzare le risorse economiche e fisiche.

La costruzione dell'équipe, intesa come insieme di risorse professionali complementari, genera al proprio interno una complessità di interazioni, di apprendimenti e stili di funzionamento, che di per sé promuove una modalità operativa di rete.

Il lavoro di rete e il lavoro di équipe sono concetti fondamentali che orientano l'intervento sociale al Centro Protesi.

---

<sup>88</sup> Cfr. Zini, Miodini, *Il Gruppo - uno strumento di intervento nel sociale*, Carrocci, Roma, 1999.

### 4.3.3 Esempi di “Buona Pratica” per il reinserimento sociale e lavorativo

Analizziamo ora due esperienze in cui hanno trovato concreta applicazione i concetti teorici di Care management, lavoro di rete e di equipe in ambito riabilitativo. È questa, infatti, la cornice all’interno della quale possiamo inserire due esempi di “buona pratica” a supporto del reinserimento sociale e lavorativo.

Prima, però, credo sia utile chiarire che per “buone prassi” non si devono intendere le opere buone, le buone azioni, ma, piuttosto, sono una serie di azioni collettive che permettono una riorganizzazione sociale, un cambiamento nella cultura, nei comportamenti perché tengono conto di tutti, delle differenze e, quindi, anche delle disabilità. Non sono azioni individuali, si tratta, piuttosto, di una riorganizzazione di percorso istituzionale. Sono Politiche perché chiamano in causa coloro che hanno ruoli di responsabilità amministrativa e, poi, perché sono a tutti gli effetti riorganizzazione della società nelle sue diverse componenti<sup>89</sup>.

In questa accezione, vediamo due esempi di “buone pratiche” nell’ambito del lavoro sociale all’interno del Centro Protesi INAIL.

#### ➤ Progetto “Tornare a casa”

Come è stato più volte ribadito, il modello operativo del Centro Protesi punta a fornire prodotti e servizi finalizzati al reinserimento sociale della persona disabile, mediante attività congiunte di riabilitazione tecnico-sanitaria e psico-sociale. Queste attività sono svolte dall’equipe multidisciplinare del Centro il cui compito è quello di elaborare progetti riabilitativi personalizzati ed offrire, allo stesso

---

<sup>89</sup> Cfr. A. Canevaro (a cura di), *Progetti di vita interrotti: la riprogettazione con la Pedagogia Speciale*, op. cit.

tempo, servizi qualificati di informazione, formazione e consulenza sui principali aspetti della vita quotidiana.

Il Centro Protesi ha avviato da alcuni anni un progetto denominato “Tornare a Casa, verso una vita indipendente, per un’integrazione possibile”, con l’obiettivo di fornire alle persone disabili e alle loro famiglie, servizi qualificati di informazione, formazione e consulenza sui principali aspetti della vita quotidiana, come l’autonomia nella propria abitazione, la riqualificazione professionale, la mobilità, il lavoro, in sintesi tutto ciò che può facilitare il ritorno della persona nel proprio ambiente di vita. Il Progetto è nato, quindi, con il fine di accostarsi alla realtà delle persone disabili per cercare di capirne non solo i problemi, ma anche i vissuti quotidiani, le aspettative, le risorse. La filosofia del progetto “Tornare a casa”, nato nel 1996, è correlata alla possibilità di offrire alla persona disabile opportunità per riprendere il proprio ruolo personale, familiare, lavorativo e sociale nell’abituale contesto di vita. Si propone di fornire alla persona disabile ed alla sua famiglia punti di riferimento cui affidarsi per superare i problemi legati al momento del ritorno nel proprio ambiente, per poter riprendere la propria vita nelle migliori condizioni possibili: consulenza sulla ristrutturazione dell’abitazione, sul miglioramento della vita nell’ambiente di lavoro, sulla possibilità di muoversi in autonomia, di viaggiare, di fare sport.

Le iniziative nell’ambito del progetto riguardano:

- L’informazione, tramite la stesura di un Manuale (al momento in fase di revisione e ristampa), organizzato in varie sezioni, che è stato pensato e sarà nuovamente scritto insieme a chi vive in prima persona la condizione di disabilità; l’intento è quello di farne una guida pratica, operativa, comprensibile anche ai non addetti ai lavori, ricca di esperienze dirette e di casi studio;
- L’autonomia, attraverso interventi informativi diretti sia agli utenti, sia agli operatori, in tema di superamento delle barriere architettoniche;
- La mobilità;

- Lo sport;
- L'accesso alle nuove tecnologie informatiche e telematiche, mediante corsi permanenti di informatica di base ed internet
- La formazione professionale, in collaborazione con associazioni specializzate nel settore, attraverso corsi residenziali presso il Centro, nell'ambito di progetti europei e regionali<sup>90</sup>.

La missione del Centro Protesi trova una delle sue più significative espressioni nel progetto “Tornare a casa”, la cui filosofia è contenuta nella seguente frase: *“L’assistenza protesica, nella sua accezione più ampia, la fornitura di ausili per l’autonomia, la mobilità e lo sport, gli interventi per il superamento delle barriere architettoniche in ambiente domestico, i progetti formativi finalizzati al reingresso nel mondo del lavoro, sono momenti centrali e qualificanti dell’attività istituzionale INAIL, che si pone come obiettivo il massimo reintegro della capacità lavorativa e dello stato di salute psico-fisica dell’assicurato ai fini del suo reinserimento nella vita sociale in tutte le sue molteplici articolazioni”*<sup>91</sup>. Questa affermazione costituisce per il Centro Protesi la cornice ideale per offrire ai propri utenti l’opportunità di progettare un proprio percorso di reinserimento lavorativo, alla luce di quanto previsto dalla nuova normativa riguardante il diritto al lavoro delle persone disabili e del ruolo importante che l’INAIL è chiamato a svolgere sull’argomento.

“Tornare a casa” rappresenta, perciò, un macroprogetto al cui interno si sono realizzate e si realizzeranno diverse iniziative rivolte agli utenti del Centro, tra queste particolarmente significativa, anche per i suoi caratteri innovativi, attiene all’area dell’integrazione lavorativa di cui è responsabile il Servizio Sociale del Centro Protesi dal 1998 e che ha portato alla realizzazione di progetti di riqualificazione professionale e di reinserimento lavorativo mirato, svolti in

---

<sup>90</sup> Centro Protesi INAIL , *Manuale “Tornare a casa”* , INAIL, Budrio, 1996.

<sup>91</sup> Cfr. [http://www.inail.it/Medicina\\_e\\_Riabilitazione/](http://www.inail.it/Medicina_e_Riabilitazione/)

collaborazione con associazioni specializzate nel settore, arrivando fino al Progetto *Ⓔ-retraining* , attivato nel 2002<sup>92</sup>.

➤ Progetto *Ⓔ-retraining*

Il quadro normativo in materia fa riferimento alla legge n. 68, 12 marzo 1999 “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili” che si pone la finalità di promuovere il reinserimento lavorativo delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi territoriali di sostegno e di collocamento mirato. I punti salienti di questa legge consistono nel concetto di valutazione globale della persona, ponendo l’accento soprattutto sulle capacità possedute e sulle competenze acquisite piuttosto che sulla disabilità; nel ruolo importante assegnato alla formazione e riqualificazione professionale mirate alla domanda del mercato del lavoro; nella previsione di sostegni, incentivi e sgravi contributivi alle aziende.

In particolare, la normativa prevede che i datori di lavoro pubblici e privati siano tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei lavoratori che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano acquisito per infortunio sul lavoro o malattia professionale eventuale disabilità, e che, in caso di impossibilità a svolgere analoga o diversa mansione all’interno dell’azienda, questi lavoratori vengano avviati dalle Direzioni provinciali del lavoro ad altra azienda, in attività compatibili con le capacità lavorative possedute.

Recenti disposizioni in materia di Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali (Decreto Legislativo n. 38/2000, art. 24) assegnano il compito all’INAIL di promuovere e finanziare progetti formativi di riqualificazione professionale per le persone con disabilità da lavoro, il cui “obiettivo specifico è quello di sostenere la possibilità per questa categoria di lavoratrici e lavoratori, di continuare

---

<sup>92</sup> Cfr I. Giovannetti, F. Baldassarri (a cura di), *Corso medici prescrittori*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2005.

a svolgere le proprie mansioni o di essere ricollocati nell'ambito della stessa azienda in mansioni diverse, oppure favorire il reingresso nel mondo del lavoro nei casi in cui si sia già verificata una fuoriuscita, realizzare il miglior recupero delle capacità possedute, valorizzare le caratteristiche professionali, in maniera rispondente alle esigenze delle imprese”<sup>93</sup>.

Le iniziative avviate nell’ambito del Progetto “Tornare a casa” e l’esperienza maturata dal Centro Protesi nel settore dei progetti formativi finalizzati ad un qualificato reinserimento lavorativo dei disabili nel settore dell’Information Communication Technology, hanno rappresentato la base di partenza per l’elaborazione del progetto *©-retraining*, Riqualficazione personalizzata ed inserimento mirato degli assistiti INAIL.

### **Finalità del progetto**

Il Progetto, realizzato in collaborazione con ASPHI Onlus, Fondazione che da oltre 20 anni si occupa di applicazioni informatiche per persone disabili, finalizzate anche all’inserimento lavorativo, ha avuto un obiettivo centrale che è stato quello di offrire ad ognuno l’opportunità di riprogettare un proprio percorso di reinserimento socio-lavorativo e di ritornare al lavoro in possesso di conoscenze e competenze acquisite mediante percorsi di riqualificazione personalizzati in grado di soddisfare, da un lato le aspettative della persona, dall’altro le richieste del mercato del lavoro. Così, il Progetto si è prefisso la realizzazione di percorsi di riqualificazione professionale tali da poter garantire una percentuale elevata di inserimenti lavorativi a lungo termine.

---

<sup>93</sup> Cfr. R. Pellicciari, I. Giovannetti, L. Rossi, *Riqualficazione personalizzata ed inserimento mirato delle persone disabili*, Work Congress- 6 , Roma 2003.

## **Metodologia seguita per lo sviluppo del Progetto**

Lo strumento utilizzato dal Progetto è stato quello del lavoro di squadra: professionisti diversi hanno lavorato in modo coordinato all'interno delle varie tappe a stretto contatto con la rete delle sedi INAIL di residenza degli utenti. L'equipe multidisciplinare del Centro ha adottato una metodologia di lavoro integrato tenendo conto di tutti gli aspetti della persona. Il processo di presa in carico da parte dell'equipe ha seguito i seguenti passaggi metodologici:

- Definizione del progetto individualizzato per favorire l'accesso al lavoro e l'integrazione di quegli utenti che sono posti ai margini del mercato del lavoro. Sono, dunque, stati individuati gli utenti potenzialmente interessati al progetto di reinserimento, identificando per ognuno risorse e bisogni e predisponendo servizi mirati al tipo di esigenze rilevate. L'utente è stato messo in grado di poter compiere le proprie scelte in maniera informata e consapevole, è stato aiutato a darsi obiettivi realistici e a “riprogettarsi” facendo leva sulle sue risorse e su quelle presenti nella rete di relazioni abituali.
- L'approccio multidisciplinare che ha permesso di analizzare, valutare ed integrare tutti gli aspetti inerenti alla persona e al suo recupero.
- La valutazione globale della persona con lo scopo di predisporre un profilo psicologico e sociale di ciascun utente incentrato sulle sue motivazioni ed aspettative, con particolare riguardo all'ambito lavorativo.
- Le azioni di supporto nei confronti della persona nelle varie fasi sino all'inserimento in azienda.
- Il supporto psicosociale individualizzato che si è attuato attraverso colloqui individuali, il monitoraggio periodico e i raccordi con l'orientatrice, il tutor d'aula e il job-coacher e che ha accompagnato l'utente in tutto il percorso formativo



aiutandolo in questo non semplice recupero di rinnovata fiducia e rimotivazione.

- Le azioni positive nei confronti delle aziende e dei servizi competenti a livello territoriale che hanno portato al coinvolgimento delle aziende e dei servizi per l'impiego, al fine di creare le sinergie necessarie ed intraprendere le migliori azioni per facilitare il reinserimento di coloro interessati al progetto.

### **Sviluppo e contenuti del progetto**

Il Progetto, dunque, con lo scopo di realizzare percorsi di riqualificazione professionale che potessero garantire una percentuale elevata di inserimento lavorativo mirato a lungo termine, si è sviluppato su tre moduli principali, articolati in cinque sottoprogetti:

- Orientamento (sottoprogetto 1): percorso metodologicamente guidato che ha l'obiettivo di sostenere la persona disabile nella definizione del proprio progetto di vita personale e lavorativa;
- Riqualificazione formativa, calibrata sulla singola persona, riguarda la definizione di un percorso formativo che può essere erogato con modalità diverse: Formazione assistita (sottoprogetto 2), Formazione a distanza (sottoprogetto 3), Formazione in aula (sottoprogetto 4), a seconda delle differenti tipologie di utenza e dei contenuti formativi da erogare;
- Mediazione lavorativa (sottoprogetto 5): ha l'obiettivo di realizzare l'abbinamento tra fabbisogno aziendale e offerta professionale e ha come presupposti la conoscenza del contesto locale (con particolare riguardo al mercato del lavoro) e l'attivazione di sinergie con i soggetti istituzionali preposti al collocamento dalla legge 68/99.

Le attività, iniziate nel mese di gennaio 2002, si sono concluse nel mese di maggio 2004. Di seguito sono illustrati nel dettaglio i contenuti e le azioni in cui si è articolato il progetto:

- Orientamento (sottoprogetto 1): La proposta di orientamento si è rivolta agli assistiti INAIL in degenza presso il Centro Protesi in raccordo con la sede INAIL di residenza dell'utente. Per un'adeguata riqualificazione professionale degli assistiti INAIL si è proceduto alla personalizzazione dei percorsi formativi al fine di soddisfare, da un lato le aspettative del soggetto fruitore, dall'altro le richieste del mercato del lavoro.
- Formazione assistita (sottoprogetto 2): La formazione assistita si è rivolta ad utenti in degenza presso il Centro Protesi che, interessati ad una proposta di orientamento, hanno intrapreso un percorso formativo utilizzando un'aula informatica presso il Centro dove hanno avuto la possibilità di seguire percorsi autodidattici alla presenza di un tutor. Questo tipo di formazione è stata coordinata dalla Cooperativa Anastasis che ha collaborato con Asphi agli aspetti tecnologici e formativi del progetto. Durante la formazione le persone sono state costantemente monitorate dal tutor che, in stretta collaborazione con il servizio orientamento, ipotizzava le varie opportunità formative disponibili. Così, dopo aver definito, in base alle singole esigenze, il piano di lavoro con ciascun utente, quest'ultimo iniziava a frequentare l'aula avvalendosi di strumenti a forte contenuto autodidattico, ma sempre con la supervisione e l'assistenza del tutor. L'attività intrapresa, inoltre, non si è conclusa con la dimissione dal Centro, ma i soggetti hanno avuto l'opportunità di proseguire autonomamente la formazione a distanza, trovando sempre e comunque il supporto del tutor on-line. Il percorso formativo è stato attivato e sviluppato presso il Centro Protesi in raccordo con la Sede INAIL di residenza dell'utente.

- Formazione a distanza (sottoprogetto 3): Gli utenti che hanno espresso la volontà di proseguire a casa la formazione iniziata al Centro Protesi, sono stati messi nelle condizioni di continuare autonomamente, tramite dei percorsi formativi a distanza, per cui hanno avuto la possibilità, fermo restando l'attenzione posta ai diversi bisogni ed esigenze degli utenti, di accedere a corsi di quattro tipi diversi: ECDL, Web designer, CAD 2D, Strumenti per il telelavoro. I percorsi formativi si attivano su proposta del Centro Protesi in raccordo con la Sede INAIL di residenza dell'utente.

Il Progetto è stato costruito sulle specifiche esigenze degli utenti. Proprio per questo è stato parzialmente modificato in corso d'opera, introducendo:

- la certificazione all'ECDL-Patente Europea del Computer: La patente europea del computer (ECDL - European Computer Driving Licence) è un certificato, riconosciuto a livello internazionale, attestante l'insieme minimo delle abilità necessarie per poter lavorare con il personal computer. È, quindi, uno standard di riferimento che può essere riconosciuto subito, in modo certo, dovunque. Per ottenere questa certificazione è necessario superare i relativi test di esame, in totale sette. All'interno del Centro Protesi di Vigorso di Budrio è stato realizzato un test-center per sostenere esami ed ottenere la certificazione (test-center riconosciuto da AICA - Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico) che soddisfa gli standard di qualità definiti a livello internazionale dal CEPIS, Ente che riunisce le Associazioni europee di informatica. Nell'ambito di questo progetto, la formazione mirata al conseguimento dell'ECDL si è rivolta agli assistiti INAIL coinvolti in un percorso formativo personalizzato in regime di degenza (formazione assistita), in modalità a distanza come prosecuzione del percorso intrapreso

presso il Centro Protesi (formazione a distanza) o in maniera residenziale come propedeutica a percorsi formativi di alta qualificazione (formazione in aula).

- Formazione avanzata (sottoprogetto 4): Questo tipo di formazione si è rivolta ad assistiti INAIL (sia utenti che non utenti del Centro Protesi) che, ritenendo di avere particolari attitudini per lavorare nel settore dell'Information Communication Technology hanno potuto seguire presso il Centro Protesi, corsi residenziali di alta qualificazione professionale. L'attività formativa ha previsto la somministrazione di contenuti ad un gruppo di persone opportunamente selezionate. Il percorso formativo si è attivato e si è sviluppato presso il Centro Protesi in raccordo con la Sede INAIL di residenza dell'utente.
- Mediazione lavorativa (Job Coaching – sottoprogetto 5): Il servizio di Job Coaching consiste nel mediare la domanda del mercato e le esigenze delle persone disabili in cerca di occupazione. Destinatari della mediazione lavorativa sono stati tutti gli utenti che hanno frequentato i corsi di alta qualificazione professionale presso il Centro, ai quali sono stati proposti colloqui individuali per valutare e definire gli obiettivi professionali, individuando anche le strategie più opportune per il loro raggiungimento. Gli utenti sono stati, poi, supportati nella ricerca attiva del lavoro. Al fine di raccogliere e gestire il grande numero di informazioni e percorsi seguiti dagli utenti, è stato sviluppato uno strumento telematico JOCONet che consente di predisporre una base dati utile per l'implementazione del sistema utile all'accostamento tra profili professionali ed esigenza delle imprese. In parallelo ci si è avvalsi della collaborazione delle équipes operanti presso le Unità territoriali. Per questo motivo sono stati realizzati percorsi formativi rivolti al personale INAIL per fornire agli operatori del territorio tutti gli strumenti necessari al fine di facilitare

l'incrocio domanda-offerta di lavoro, in collaborazione con gli Enti e Servizi previsti dalla normativa vigente.

- Monitoraggio dei risultati conseguiti dal Progetto (che vedremo in seguito nel dettaglio).
- Follow up presso gli utenti, le aziende, le Sedi INAIL coinvolte nel Progetto.

### **Risultati del Progetto**

Il Progetto ha coinvolto un numero di utenti ben superiore a quello stimato inizialmente: su una stima di 300 utenti interessati, la popolazione effettivamente coinvolta dal Progetto è stata pari a 497 utenti, composta da persone di età compresa prevalentemente tra i 26 e i 45 anni, in maggioranza di sesso maschile. Inoltre, pur rivolgendosi ad un considerevole numero di utenti, il Progetto ha previsto un approccio personalizzato e ha dimostrato che gli aspetti legati al reinserimento lavorativo delle persone disabili sono molteplici e tali da richiedere l'intervento di professionalità e servizi diversi.

Attraverso la partecipazione alle attività avviate, gli utenti hanno avuto la possibilità non solo di acquisire nuove competenze da spendere sul mercato del lavoro, ma anche, ed è questo un aspetto molto importante, di ricominciare a riflettere sul proprio futuro lavorativo, con il supporto di operatori specializzati.

Ora, se prendiamo come riferimento il periodo che va da Gennaio 2002 a Maggio 2004, i risultati conseguiti, in estrema sintesi, sono i seguenti:

<b>Attività</b>	<b>Utenti</b>	<b>Stima</b>
Orientamento	497	300
Formazione assistita	165	100
Formazione a distanza	73	100
ECDL	125 hanno sostenuto esami 71 hanno conseguito la Patente	44
Formazione avanzata	45 candidati 37 ammessi ai corsi	48

Per quanto riguarda, poi, le azioni di accompagnamento al reinserimento lavorativo e/o di riqualificazione, rispetto ad un numero complessivo di 66 utenti che hanno intrapreso i diversi percorsi di riqualificazione (sia per il conseguimento dell'ECDL, sia per il conseguimento di specifiche competenze nel settore informatico), si sono ottenuti i seguenti risultati che compariamo alla situazione di inizio Progetto:

- Situazione inizio Progetto: 17 occupati (di cui 8 a rischio di espulsione e 9 con necessità di riqualificazione); 49 disoccupati.
- Situazione al 31-12-2004: 36 occupati; 20 disoccupati; 4 in formazione; 6 abbandoni<sup>94</sup>.

### **Monitoraggio dei risultati**

A seguito della conclusione del Progetto *①-retraining*, è stata realizzata un'attività di monitoraggio dei risultati conseguiti con

<sup>94</sup> Cfr. Centro Protesi INAIL, Fondazione ASPHI Onlus (a cura di), *Relazione conclusiva del Progetto ①-retraining*, 2002 – 2004.

l'obiettivo di rilevare le principali esigenze dei lavoratori, delle aziende e dei servizi territoriali coinvolti e predisporre le basi per la realizzazione presso il Centro Protesi di un servizio permanente a sostegno dell'integrazione lavorativa rivolto ai propri utenti. In tale attività sono stati contattati i soggetti che a vario titolo sono stati coinvolti nel progetto: gli utenti, reali protagonisti dell'attività, datori di lavoro di quegli utenti che in seguito ad un corso di formazione hanno ripreso il lavoro e gli assistenti sociali delle sedi INAIL di riferimento.

Sono stati, quindi, monitorati, con sistemi e strumenti distinti, i percorsi individuali di orientamento e/o formazione al fine di valutare l'incidenza dei servizi forniti rispetto alla situazione iniziale e alle aspettative dichiarate, d'altra parte sono stati monitorati anche gli inserimenti lavorativi realizzati per verificarne la tenuta, il grado di soddisfazione, la qualità dell'integrazione e le eventuali problematiche.

Gli strumenti utilizzati, in funzione del servizio erogato, sono stati: due tipologie di questionario con domande a scelta multipla (uno rivolto all'utente ed uno all'assistente sociale di riferimento), per il servizio orientamento e formazione assistita; l'intervista telefonica e l'intervista sul posto di lavoro, rivolte al lavoratore e al referente aziendale, per i servizi di riqualificazione e reinserimento lavorativo.

Vediamo nel dettaglio i risultati dell'indagine distinguendo da una parte il punto di vista degli utenti e degli operatori, per il servizio orientamento e formazione assistita, dall'altra il punto di vista dei corsisti e dei referenti aziendali, per i servizi di riqualificazione e reinserimento.

## **Risultati Servizio Orientamento – Formazione assistita:**

### **Il punto di vista degli utenti**

Su una popolazione di 354 utenti, di cui 189 hanno usufruito di uno o più colloqui d'orientamento e 165 hanno approfondito contenuti

informatici durante la degenza e in diversi casi anche a distanza, l'indagine è stata condotta su 307 persone mediante l'invio di questionari, di cui restituiti 123.

Le aree di indagine hanno riguardato:

- 1) Percezione soggettiva dell'utilità del percorso svolto al Centro: in relazione alla valutazione sull'utilità del servizio Orientamento, è importante rilevare come nel 64% dei casi il servizio ha svolto un'azione informativa, di ascolto/accoglienza, riflessione, che sono, poi, le attività di base dell'orientamento; mentre nel 18% dei casi ha stimolato anche il soggetto ad attivarsi, ad intraprendere un percorso di formazione e/o a reinserirsi nel mondo del lavoro. Per quanto riguarda il Servizio di Formazione Informatica Assistita, il 55% ne individua l'utilità come mezzo per conoscere e/o approfondire il settore delle nuove conoscenze informatiche, a cui si affianca un 25% che si dimostra invogliato a proseguire tale esperienza con corsi a distanza o con corsi locali. In merito, infine, all'utilità delle competenze informatiche acquisite, il 53% delle risposte evidenzia un'importanza, innanzitutto, a livello personale legata all'aumento della fiducia in se stessi; il 26% indica anche riflessi in ambito professionale, in termini di una facilitazione al reinserimento nel mondo del lavoro.
- 2) Soddisfazione rispetto al servizio offerto: in merito alla soddisfazione rispetto al Servizio Orientamento, si evidenzia un elevato livello di soddisfazione per quel che riguarda l'accoglienza, l'organizzazione, la chiarezza dell'operatore e mediamente buono è il risultato per quel che concerne il tempo dedicato. Questo a dimostrazione del fatto che il servizio sembra cogliere esattamente i bisogni dell'utenza che necessiterebbero, però, di tempi più lunghi da mettere a disposizione. In riferimento alla soddisfazione rispetto al Servizio di Formazione, si evidenzia una situazione molto simile a quella precedente. È utile, comunque, sottolineare che



obiettivo di questo servizio era quello di stimolare gli utenti a sviluppare le proprie capacità e a proseguire la formazione anche una volta dimessi e non di erogare un intero corso in presenza.

- 3) Monitoraggio del percorso post-dimissione dal Centro: dopo le fasi di orientamento e/o formazione assistita, risulta che il 24% dei soggetti ha proseguito le attività con un corso di formazione dopo la degenza al Centro, di questi, però, il 55% ha interrotto il percorso formativo intrapreso, la maggior parte per motivi legati a difficoltà organizzative e tecniche. Ciò indica la necessità di potenziare la rete di sostegno sul territorio di residenza degli utenti.
- 4) Rilevazione aspettative: al riguardo risulta che il 58% degli utenti ha espresso un'aspettativa lavorativa, mentre il 18% intende dedicarsi alla propria autonomia. Di queste aspettative, che inglobano complessivamente il 76% degli utenti, si rileva che si sono realizzate totalmente o in parte nel 65% dei casi, non si sono realizzate nel 35% dei casi, si sono modificate per l'8% dei casi.
- 5) Rilevazione difficoltà/bisogni/suggerimenti: le difficoltà principali incontrate da coloro che hanno interrotto il percorso formativo riguardano problemi familiari e personali, ma anche problemi tecnici, difficoltà organizzative e questo è a conferma del fatto che bisogna organizzare con accuratezza la rete di sostegno, help-desk, nel territorio di residenza degli utenti. In rapporto alle difficoltà riscontrate, si rileva che i bisogni più forti riguardano un potenziamento del ruolo di accompagnamento da parte dell'INAIL, cui fanno seguito maggiori informazioni sul mercato del lavoro, maggiore preparazione delle aziende circa l'inserimento, formazione maggiormente finalizzata.
- 6) Livello di soddisfazione al momento dell'follow up: Si rileva che il 48% dei soggetti appare pienamente o parzialmente

soddisfatto, il 30% non si sbilancia e il 22% si dichiara parzialmente o del tutto insoddisfatto. Comincia, quindi, a delinearsi una zona intermedia di risposte né positive, né negative, ma che evidenziano una certa difficoltà a portare avanti dei progetti.

## **Il punto di vista degli operatori**

Gli assistenti sociali delle Sedi INAIL di riferimento sono stati coinvolti al fine di considerare il punto di vista degli operatori sui servizi offerti dal Centro Protesi.

Le aree di indagine hanno riguardato:

- 1) Percezione del rapporto con l'utente: si rileva che il 20% di assistenti sociali avevano attivato già con il proprio utente collaborazioni su progetti specifici, il 54% indicava rapporti legati alla fornitura di prestazioni, l'11% dichiarava di non conoscerlo. Successivamente il 30% afferma di aver aumentato la conoscenza dell'utente e il 12% indica un miglioramento nei rapporti di collaborazione, per il 50% degli operatori, invece, il rapporto è rimasto sostanzialmente inalterato.
- 2) Percezione utilità delle sinergie Centro Protesi – Sede INAIL mediante relazione finale inviata dal Centro Protesi: si rileva che la relazione inviata dal Centro ha rappresentato innanzitutto uno stimolo al lavoro di rete e collaborazione; uno strumento per affrontare l'argomento del reinserimento lavorativo e per conoscere meglio il proprio utente.
- 3) Percezione dell'atteggiamento generale dell'utente: si rileva che nel 61% dei casi l'assistente sociale ha notato un cambiamento positivo del proprio utente. Solo nel 29% dei casi non si rilevano cambiamenti.
- 4) Monitoraggio percorso successivo alla dimissione dal Centro Protesi: in merito al percorso svolto sul territorio si rileva che

il 15% ha realizzato progetti specifici di inserimento o formazione, il 30% ha principalmente attivato la fornitura di un ausilio informatico, il 18% si è attivato autonomamente. Per questo 63% di assistenti sociali che hanno attivato interventi specifici, le attività principali hanno riguardato colloqui di monitoraggio con l'utente.

- 5) Rilevazione esigenze e suggerimenti: Gli assistenti sociali indicano come variabili da rafforzare perché potrebbero aumentare il successo degli interventi, il potenziamento della rete territoriale; a seguire la possibilità di avvalersi di professionisti di orientamento e job coaching e nel 13% dei casi un potenziamento della collaborazione con il Centro Protesi.

### **Risultati Servizi di riqualificazione e reinserimento lavorativo: Il punto di vista dei corsisti e dei referenti aziendali**

Questa specifica azione di monitoraggio, intrapresa al termine del percorso formativo, ha avuto lo scopo di verificare concretamente la ricaduta finale della formazione avanzata erogata. Questo al fine di riflettere e programmare interventi futuri sempre più realisticamente calati nel contesto personale e sociale in cui si muovono coloro che, dopo un evento traumatico, desiderano reinserirsi nel mondo del lavoro.

La popolazione interessata era costituita da 66 allievi e da 35 aziende. Tutti gli allievi hanno intrapreso percorsi di riqualificazione e 36 di questi hanno raggiunto anche il proprio obiettivo lavorativo.

Il monitoraggio si è realizzato in maniera articolate, le aree di indagine sono state:

- Monitoraggio del percorso di inserimento lavorativo;
- Rilevazione degli aspetti positivi e degli aspetti critici;
- Raccolta esigenze e suggerimenti dell'azienda e del lavoratore.

Per rilevare il punto di vista degli utenti (occupati e non) e delle aziende sono stati messi a punto strumenti specifici di rilevazione dei dati:

- Interviste semi-strutturate agli utenti occupati;
- Interviste semi-strutturate ai referenti aziendali;
- Interviste semi-strutturate agli utenti non ancora occupati.

Le interviste, dove è stato possibile, si sono svolte direttamente sul posto di lavoro, dove, invece, per diversi motivi questo non è stato possibile, si sono realizzate interviste telefoniche.

Ora, consideriamo lo stato occupazionale iniziale dei corsisti e lo compariamo con la situazione attuale (al momento del follow up):

#### Situazione a inizio corsi

Disoccupati	49
Occupati a rischio espulsione	8
Occupati con domanda di riqualificazione	9

#### Situazione attuale

Occupati	36
Disoccupati	20
Progetti in corso	4
Non collocabile	1
Non rintracciati	5

Da questa comparazione il dato che emerge è particolarmente favorevole poiché gli occupati sono passati dal 25,7% al 54,5%.

Se analizziamo, a questo punto, separatamente le interviste dei corsisti non occupati e dei corsisti occupati, vediamo che, per quel che riguarda i primi e nel particolare le azioni intraprese nella ricerca del lavoro, la maggior parte degli utenti si è rivolta ai Centri per l'impiego e agli assistenti sociali INAIL e nessuno si è rivolto direttamente agli Enti di Formazione. Parte degli utenti intervistati hanno proseguito il

loro percorso formativo attraverso progetti di formazione attivati da INAIL o da altri enti. La maggior parte non esprime una particolare predilezione per un lavoro piuttosto che un altro e percepisce difficoltà in termini di opportunità lavorative immediate nel proprio contesto di vita. In merito, invece, ai corsisti che hanno trovato un lavoro in seguito alla partecipazione ai corsi di formazione/alta qualificazione presso il Centro Protesi, notiamo innanzitutto che i lavoratori che hanno mantenuto il posto di lavoro sono 17 e quelli che hanno intrapreso una nuova esperienza in un'azienda diversa sono 19. Per quel che concerne le mansioni ricoperte, possiamo rilevare che il 67% utilizza il computer nello svolgimento del proprio lavoro.

Soffermandoci, adesso, sul punto di vista delle aziende intervistate, le risposte date risultano molto confortanti poiché nel 90% dei casi esse dichiarano che non sussistono difficoltà negli ambiti relazionale, produttivo, disciplinare.

Dalle risposte date, in sintesi, si rileva come le aziende abbiano bisogno, innanzitutto, di essere messe nelle condizioni di selezionare la persona idonea, che sia adeguatamente orientata e formata e anche di essere sostenute nella fase di inserimento e integrazione del soggetto nel contesto lavorativo.

### **Riflessioni conclusive**

Innanzitutto, l'indagine illustrata dimostra che le azioni di orientamento e formazione si sono connotate per la loro valenza rimotivante in relazione, in particolare, all'assunzione attiva delle responsabilità nel processo di scelta, all'attivazione e accrescimento delle competenze. Questo dimostra l'importanza di azioni del genere per aiutare le persone a reinserirsi nel mondo del lavoro. I dati emersi, tuttavia, indicano anche la necessità di garantire sostegno e tutela alle persone lungo tutto il processo che porta fino al ritorno nel mondo del lavoro. E questo può essere possibile solo attraverso la collaborazione

e un lavoro di rete capace di diffondere la cultura dell’inserimento a livello locale e generale.

In secondo luogo, si può affermare che, affinché l’inserimento lavorativo possa essere considerato positivo, occorre mettere in campo delle azioni che portano ad un “cambiamento” sia nella persona che nell’azienda, come vediamo nello schema seguente:

Lavoratore	Azienda
<u>Orientamento</u> per accompagnare la persona nella definizione del proprio progetto	<u>Individuazione mansione</u> tenendo presente le caratteristiche e competenze della persona
<u>Formazione - riconversione - riqualificazione</u> per stimolare l’attivazione e fornire nuove competenze	<u>Riorganizzazione aziendale</u> per favorire un contesto caratterizzato dalla flessibilità
<u>Supporto psicosociale</u> per sostenere il soggetto al momento del reinserimento nel mondo del lavoro	<u>Affiancamento</u> – <u>accompagnamento - Attenzione al contesto relazionale</u>
<u>Strumenti di ricerca attiva del lavoro</u> per proporsi autonomamente sul mercato del lavoro	<u>Riconoscimento della formazione come competenza personale</u>

Il Progetto illustrato in queste pagine e le azioni di “cambiamento” illustrate sopra, realizzatesi in esso, hanno consentito di elaborare “BUONE PRASSI”, che possono assicurare un risultato positivo degli inserimenti in termini di: qualità, produttività e tenuta dell’inserimento lavorativo<sup>95</sup>.

<sup>95</sup> Cfr. Centro Protesi INAIL, Fondazione ASPHI Onlus (a cura di), *Monitoraggio del Progetto* **①-retraining**

Cfr. Centro Protesi INAIL, Fondazione ASPHI Onlus (a cura di), *Relazione conclusiva del Progetto* **①-retraining**, op. cit.



## Conclusioni

Il contesto che ho qui descritto unitamente ai contributi teorici a cui ho ritenuto importante fare riferimento ai fini di una maggiore comprensione, mi hanno stimolata a riflettere maggiormente intorno al possibile accostamento fra Pedagogia speciale e “progettazione”. La Pedagogia speciale, infatti, come spero di aver ampiamente analizzato all’interno di questo elaborato, interviene quando il “progetto naturale” che ciascuna persona vive all’interno della propria quotidianità, ponendosi obiettivi e aspettative rivolti al futuro, subisce delle fratture e si interrompe costringendo ad entrare in una situazione che va riorganizzata. Occorre, allora, ripensare il progetto iniziale collegando una situazione preesistente ad uno sviluppo che deve cambiare. Sono i singoli casi a richiedere interventi specifici da parte della Pedagogia speciale poiché essa si rivolge sia ai soggetti adulti che a quelli in crescita, e in generale, al soggetto lungo l’arco della vita, secondo la prospettiva che tutta l’esistenza umana è un evolversi inteso come progressivo adattamento alle crisi e agli eventi particolari che coinvolgono emotivamente e richiedono una elaborazione, sia riferita a fatti piacevoli che, nello specifico, a fatti spiacevoli.

Questo lavoro, concentratosi principalmente sull’analisi della “relazione di aiuto”, all’interno del Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio, nei confronti dei disabili motori in seguito ad amputazione e con particolare riferimento al Servizio Psicosociale e, quindi, al lavoro portato avanti dall’assistente sociale e dalla psicologa all’interno della struttura, mi ha permesso di approfondire tematiche estremamente rilevanti in relazione alla possibilità che, nella vita di ogni persona, ogni giorno, potremmo individuare una certa quantità di situazioni che hanno bisogno di una progettazione supportata dalle competenze comprese nella Pedagogia speciale. Soffermandoci sempre a considerare il contesto e l’oggetto specifico di analisi di questa trattazione, credo, infatti, che, accanto agli approcci psicologico e sociale, si dovrebbe fare maggiore riferimento



all'importanza di un approccio pedagogico, in relazione all'affiancamento della persona nel percorso riabilitativo. Il ruolo della Pedagogia speciale è, di fatto, fondamentale nel momento in cui si tratta di collegare una situazione preesistente con uno sviluppo che deve cambiare, rispetto a quello immaginato e, nello specifico del Centro Protesi, non si può prescindere dall'aver all'interno della propria equipe multidisciplinare una figura professionale che faccia capo all'approccio pedagogico, quale un pedagogo, ad esempio.

L'equipe psicosociale, all'interno del Centro, svolge un ruolo estremamente importante e complicato che richiede capacità e competenze di ascolto, empatia, ogni volta adattandosi ai diversi contesti e alle differenti storie di vita con cui entra in contatto. Questo implica certamente competenze e conoscenze che investono anche l'ambito pedagogico, in particolare la Pedagogia speciale, perché, come ho cercato di illustrare, il compito comune a tutta l'equipe, consiste nell'instaurare con il soggetto, fin dal primo incontro, una "relazione di aiuto" basata su un rapporto di fiducia reciproca e di empatia, che accompagni la persona nella riprogettazione del suo percorso di vita, nel recupero del benessere compromesso dall'evento disabilitante, dal trauma e nel raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano emotivo, relazionale e sociale. Il compito comune è, quindi, quello di conoscere il deficit per accettarlo e conoscere gli handicap per ridurli, permettere la conquista delle autonomie, e sviluppare una rete di collegamenti con i contesti, perché la persona acquisti la capacità di servirsi degli aiuti di cui ha bisogno nei contesti che incontra. Certo è importante che la "relazione di aiuto" si svolga su un piano di reciprocità e non di imposizione, perché un aiuto improprio connotato da momenti in cui ci si sostituisce all'altro impedendo lo sviluppo delle competenze e delle potenzialità del soggetto, rende l'aiuto stesso inutile. Educazione, riabilitazione, cura e aiuto acquistano un senso solo se si mette l'altro nelle condizioni di venire "aiutato ad aiutarsi" e nel provvedere con senso di autonomia al suo sviluppo, alla promozione delle sue risorse.

Allora, credo sia utile a questo punto fare riferimento ad A. Canevaro, il quale riprendendo una frase utilizzata per la crescita e l'educazione dei bambini in un Centro di Educazione di bambini e bambine intitolato al pediatra Emy Pikler, in Via Loczy a Budapest, scrive: *il "gesto interrotto" indica la necessità di non ritenere di fare mai tutto completo, perché l'altro possa metterci qualcosa, e questo qualcosa deve essere in grado di poter crescere, o ricrescere, nella propria autostima. [...] La capacità del "gesto interrotto" deve diventare competenza riformulandosi in ogni contesto. E deve essere capacità di trovare i mediatori*<sup>96</sup>. In questa accezione i mediatori sono come i gradini che compongono una scala e che, in situazioni in cui il percorso sembra impossibile, permettono di attivare la propria organizzazione e la propria possibilità di controllo di quello che sta svolgendosi. Solo in questa ottica l'equipe può raggiungere il vero obiettivo che consiste nell'identificare il successo terapeutico non soltanto come il raggiungimento di mete che puntino alla massima autosufficienza, ma come momento in cui la persona ha ottenuto consapevolezza dei propri limiti e delle possibilità, dunque, piena coscienza di sé.

Riprendendo le parole di Chade: *il processo per l'autonomia è attivato, ove autonomia è la possibilità della persona di esprimere se stessa, di sviluppare e mettere in pratica le proprie capacità, di capire non solo quello di cui ha bisogno ma anche quello che può dare; di inserirsi così in quel rapporto di scambio reciproco che è alla base del vero reinserimento sociale*<sup>97</sup>.

È chiaro che chiunque si presenti al Centro Protesi, non necessita esclusivamente di una protesi e di ricostruire fisicamente un'immagine di sé che è andata perduta, la persona che giunge al Centro porta con sé anche un bisogno, che spesso resta nascosto, di ricostruire il proprio

---

<sup>96</sup> A. Canevaro (a cura di), *Progetti di vita interrotti: la riprogettazione con la Pedagogia Speciale*, Bologna 2006 – 2007, p. 26.

<sup>97</sup> Chade José J. (a cura di), *L'educazione, riabilitazione e rieducazione*, in testa al front. Dipartimento di Scienze dell'Educazione Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna 2004-2005, p.22.

progetto esistenziale, attraverso un'elaborazione a livello psicologico dell'evento traumatico, la riacquisizione della propria identità, della propria autostima e del proprio ruolo nella società, in generale, ed è grazie al lavoro svolto da tutta l'equipe multidisciplinare che il soggetto può riprendere il proprio percorso. Dunque, credo di poter affermare che tutto si svolge secondo una logica a spirale che non si chiude, perché ogni servizio, ogni tecnico o professionista apporta il suo sapere, la sua conoscenza, intervenendo sul, o meglio, con il soggetto in un percorso che può sembrare complicato e tortuoso in cui non si giunge mai ad una fine, ad un traguardo definitivo. Si tratta, infatti, di lavorare ad un "progetto" nel "progetto" più ampio che è quello di vita e, in quanto tale, non può risultare mai concluso, necessita di modifiche, accorgimenti, a seconda delle circostanze, ma anche di aggiornamenti. E in tutto questo non sarà mai solo il soggetto ad agire in solitudine, ma tantissimi altri individui, tra cui anche professionisti che, in taluni casi, dovranno aiutarlo a ritrovare il suo equilibrio o a ricomporre i tasselli del suo percorso, come nelle circostanze più gravi, di cui si è parlato in questo contesto, riguardanti esperienze traumatiche non solo di tipo organico, ma anche emotivo. È alla luce di queste riflessioni che considero tutte le attività all'interno del Centro strettamente concatenate nell'ottica di un approccio pedagogico, poiché la "relazione di aiuto", la "relazione di cura" rappresenta una funzione educativa, implica un lavoro sul massimo sviluppo possibile della progettualità, una crescita personale ed esistenziale che non può prescindere da uno scambio intersoggettivo e da un lavoro di continua collaborazione tra tutti gli "attori in gioco". Così, accanto alla costruzione ed applicazione della protesi, alle attività di addestramento e riabilitazione all'uso del presidio ortopedico, abbiamo visto l'importanza che viene data, all'interno del Centro Protesi, al sostegno psicologico e sociale forniti durante tutte le fasi del percorso, da un lato attraverso l'elaborazione del trauma e dall'altro affrontando i problemi attinenti al rapporto individuo-ambiente, poiché, come si evince dagli stessi termini deficit

ed handicap, è chiaro che l'handicap, al contrario di ciò che è possibile dire a proposito del deficit, è un fatto relativo e non un assoluto. In altri termini, un'amputazione non può essere negata ed è quindi assoluta; lo svantaggio (handicap) è invece relativo alle condizioni di vita e di lavoro, in una parola della realtà in cui l'individuo amputato è collocato. L'handicap è, dunque, un incontro fra individuo e situazione, ambiente, contesto. È uno svantaggio riducibile o purtroppo anche aumentabile. Da questo è chiara la rilevanza che viene data al "lavoro di rete" e ad iniziative, quali il Progetto Tornare a casa" o il "Progetto i-retraining", in cui credo sia chiaro il tipo di opportunità che viene data agli utenti in termini di reinserimento sociale, in generale, e di riqualificazione professionale, in particolare. In questo senso viene posta attenzione a valorizzare le risorse, le potenzialità, le competenze di ognuno, nell'ottica di un "aiuto" che si proietti oltre il "qui ed ora" e vada ad investire il bisogno più o meno esplicito di formazione della persona in quelle che possono essere le risorse e le potenzialità su cui sembra il caso di lavorare maggiormente. Ancora una volta, dunque, vediamo il ricorso alla Pedagogia, o meglio alla Formazione Continua come processo di apprendimento messo in atto nell'intero arco della vita di una persona, che le consente di accrescere le proprie competenze professionali, aumentandone le opportunità lavorative, ed, in senso lato, il proprio patrimonio personale di esperienze e cultura.

Emerge, così, ancora una volta il modo di procedere in cui è bene dirigersi, ovvero, secondo una "logica a spirale" che non ha una fine e dimostra la problematicità, la complessità, nonché l'attenzione continua che deve essere posta, nel lavoro e nelle attività portate avanti al Centro, sia al passato, sia al futuro, il tutto grazie all'apporto di diversi approcci: tecnico-sanitario, psico-sociale e anche pedagogico.



## Bibliografia

### TESTI E MONOGRAFIE

Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R. (a cura di), *DSM-IV : manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1996.

Bertolini P., *L'esistere pedagogico*, Firenze, La Nuova Italia, 1988.

Bertolini P., *Pedagogia Fenomenologica*, Scandicci, La Nuova Italia, 2001.

Bisi R. (a cura di), *Scena del crimine e profili investigativi. Quale tutela per le vittime*, Milano, Angeli, 2006.

Briere J., *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*, American Psychological Association, Washington, 1997.

Caldin Populin R., *Introduzione alla pedagogia speciale*, Padova, CLEUP, 2001.

Canevaro A., *Le logiche del confine e del sentiero*, Gardolo, Trento, Erickson, 2006.

Canevaro A., *La relazione di aiuto*, Roma, Carocci, 1999.

Canevaro A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Milano, Mondadori, 1999.

Canevaro A., Mandato M., *L'integrazione e la prospettiva inclusiva*, Roma, Monolite, 2004.

Canevaro A., Balzaretti, Rigon, *Pedagogia speciale dell'integrazione*, Scandicci, La Nuova Italia, 1996.

Canevaro A., Goussota, *La difficile storia degli handicappati*, Roma, Carocci 1999.

Cervellin D., *Disabili*, Venezia, Marsilio, 2003.

Ciacci M., *Interazionismo simbolico*, Bologna, Il Mulino, 1983.

Contini M., *La comunicazione intersoggettiva fra solitudini e globalizzazione*, Milano, La Nuova Italia, 2002.

Corazzieri G., L'Imperio A., *Disabili: punto e a capo*, Roma, Koinè, 1994.

Cyrulnik B., Malaguti E., *Costruire la resilienza*, Gardolo, Trento, Erickson, 2005.

Dallago L., *Che cos'è l'empowerment*, Roma, Carocci, 2006.

De Anna L., *Pedagogia Speciale*, Milano, Guerini Studio, 1998.

Ferrario F., *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Roma, Carocci, 1992.

Ferrario F., *Le dimensioni dell'intervento sociale*, Roma, Nis, 1996.

Fiocco P. M., Mori L. (a cura di), *Salute e Società. La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza*, Milano, Angeli, 2005.

Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del Servizio Sociale*, Milano, Franco Angeli, 1998.

Freire P., *L'educazione come pratica della libertà*, Milano, Mondadori, 1973.

Gaspari P., *Aver cura. Pedagogia Speciale e territori di confine*, Guerrini e Associati, Milano, 2002.

Gelati M., *Pedagogia Speciale e integrazione*, Roma, Carocci, 2004.

Livolsi M., *Identità e progetto*, Firenze, La Nuova Italia, 1987.

Malaguti E., *Educarsi alla resilienza*, Gardolo, Erickson, 2005.

Marescotti E., *Le parole chiave della pedagogia speciale*, Roma, Carocci, 2006.

Micela V., *Manuale pratico dell'invalidità civile e della disabilità*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2006.

OMS, *ICF: classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute*, Trento, Erickson, 2001.

Payne M., *Case management e servizio sociale*, Trento, Erickson, 1998.

Piccardo C., *Empowerment*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.

Putton A., Fortugno M., *Affrontare la vita*, Roma, Carocci, 2006.

Rogers C., *Terapia centrata sul cliente*, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

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



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

Soresi S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Bologna, Il Mulino, 1998.

Speltini G., *Minori, disagio e aiuto psicosociale*, Bologna, Il Mulino, 2005.

Zannini L., *Salute, malattia e cura*, Milano, Franco Angeli, 2001.

Zingarelli N., *Lo Zingarelli 1999 con CD – ROM: Vocabolario della lingua italiana*, Bologna, Zanichelli, 1998.

Zini, Miodini, *Il Gruppo - uno strumento di intervento nel sociale*, Roma, Carrocci, 1999.

#### DOCUMENTAZIONE VARIA

Alesii A., Roma A., Pernice D., Damiani C. (a cura di), *La percezione del Sé e la qualità di vita del paziente amputato*, in testa al front. Vincitore di “Premio di Studio 2004 per lo sviluppo della Riabilitazione Italiana” a cura della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione, 2004.

Canevaro A. (a cura di), *Progetti di vita interrotti: la riprogettazione con la Pedagogia Speciale*, Bologna 2006 - 2007.

Centro Protesi INAIL (a cura di), *Manuale “Tornare a casa”*, INAIL, Budrio, 1996.

Centro Protesi INAIL (a cura di), *Atti del seminario realizzato nell'ambito del progetto "Tornare a casa" – progettazione e barriere architettoniche*, Firenze, 1998.

Centro Protesi INAIL (a cura di), *Carta dei servizi*, Budrio, Edizione 2007 - 2009.

Centro Protesi INAIL (a cura di), *Monografia aziendale: l'INAIL per la riabilitazione*, Budrio.

Centro Protesi INAIL, Fondazione ASPHI Onlus (a cura di), *Monitoraggio del Progetto @-retraining*.

Centro Protesi INAIL, Fondazione ASPHI Onlus (a cura di), *Relazione conclusiva del Progetto @-retraining*, 2002 – 2004.

Chade Josè J. (a cura di), *L'educazione, riabilitazione e rieducazione*, in testa al front. "Dipartimento di Scienze dell'Educazione Alma Mater Studiorum Università di Bologna", Bologna 2004-2005.

Giovannetti I. (a cura di), *L'intervento sociale nel progetto protesico-riabilitativo*, Corso di formazione presso il Centro Protesi INAIL, Budrio, 1996.

Giovannetti I. (a cura di), *Riabilitazione e reinserimento lavorativo: l'esperienza del Centro Protesi di Vigorso di Budrio*, 2001.

Giovannetti I., Baldassarri F., (a cura di), *Corso medici prescrittori*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2005.

Giovannetti I., Baldassarri F. (a cura di), *Corso di Formazione nell'ambito del Progetto per il Servizio Civile Volontario*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2007.

Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.

Moscato T. A., Gazzotti V. (a cura di), *La riabilitazione nel paziente amputato*, WHO, 2004.

Pellicciari R. (a cura di), *Compiti e obiettivi del Servizio Sociale nel trattamento dell'amputato*, Atti del Convegno MO.TE.DI , Messina 1990.

Pellicciari R. (a cura di), *Servizio Sociale e Care Management: il Progetto TOP*, in testa al front. Atti del Convegno “Il reinserimento del disabile : molte iniziative per un unico obiettivo”, 25 gennaio 2000, DR INAIL Puglia, Centro Protesi.

Pellicciari R., Giovannetti I., Rossi L. (a cura di), *Riqualificazione personalizzata ed inserimento mirato delle persone disabili*, in testa al front. “Work Congress – 6”, Roma, 2003.

Pellicciari R., Giovannetti I. (a cura di), *Il supporto psicosociale in riabilitazione*, in testa al front. “Convegno 18 – 19 Novembre 2005”.

Pellicciari R., Giovannetti I. (a cura di), *Aspetti psicosociali nella riabilitazione della persona amputata*, Centro Protesi INAIL, Budrio, 2005.

Sacchetti R., Davalli A. (a cura di), *Le protesi di arto*, Centro Protesi Inail, Budrio.

## SITOGRAFIA

<http://www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>

<http://www.disabili.com/>

<http://www.ilcounseling.it/articoli/levine%20trauma.htm>

<http://www.inail.it/>

[http://www.inail.it/Medicina\\_e\\_Riabilitazione/](http://www.inail.it/Medicina_e_Riabilitazione/)

<http://www.superabile.it/>

## Ringraziamenti

Ringrazio di cuore il Professore Andrea Canevaro, per gli stimoli e l'approfondimento sul piano della "Relazione di aiuto" e della "riprogettazione" offerti nel suo prezioso corso di Pedagogia Speciale che ho avuto il piacere di frequentare e che ha contribuito enormemente a stimolare in me l'interesse nei confronti dell'oggetto specifico del mio lavoro. Inoltre, per la piena disponibilità, l'aiuto e la fiducia dimostrati nel percorso di realizzazione di questa tesi.

La Dottoressa Ilaria Giovannetti, Assistente Sociale presso il Servizio Psicosociale del Centro Protesi INAIL, per avermi offerto, fin da subito, tutta la sua disponibilità e per avermi regalato il suo prezioso aiuto nel percorso di realizzazione di questo lavoro.

La Dottoressa Francesca Baldassarri, Psicologa presso il Servizio Psicosociale del Centro Protesi, che, nonostante i tanti impegni, mi ha offerto tutto il sostegno, la pazienza e la disponibilità possibili.

Michael Di Motta, volontario presso il Centro Protesi INAIL, nonché mio cugino, per il suo prezioso aiuto nella ricerca e nel reperimento di materiale utile ai fini della stesura del mio elaborato.

La Dottoressa Anna Pileri, zia ed amica, per avermi aiutato ed accompagnato in questo non semplice percorso, per i preziosi consigli, gli stimoli, per tutto il sostegno e la pazienza dimostrata durante questi mesi di realizzazione della tesi.

La Dottoressa Marta Zagni, mia cugina, per l'affetto fraterno che da sempre ci lega, per l'aiuto, il sostegno e l'appoggio sui cui so di poter sempre contare.

Le mie compagne di corso, nonché care amiche Chiara, Emili, Paola, con cui ho trascorso, fianco a fianco, tutti questi anni di Università, per avermi regalato tutto il loro affetto e la loro amicizia, su cui spero di poter continuare a contare, anche se questo meraviglioso percorso insieme sta per concludersi.

Alessandro, che ogni giorno mi regala amore, gioia e sostegno, per la stima, la fiducia e il rispetto che ripone nei miei confronti, per credere in me, nelle mie capacità ed essere ancora una volta al mio fianco in questo indimenticabile giorno, ma soprattutto per esserci stato in tutti i momenti di indecisione e sconforto.

I miei genitori, per avermi incoraggiata e stimolata a portare a termine questo percorso con serietà e impegno e soprattutto per avermi accompagnato fin qui con tanto amore.

Tutte le persone care e i veri amici, in particolare Sonia e Alessio, che mi hanno offerto il loro aiuto e che ogni giorno mi regalano la loro importantissima presenza e il loro affetto.