

RSS

3•13

93

STUDI E RICERCHE

La disabilità e l'empowerment bi-professionale di assistente sociale e counselor in una prospettiva di Social Innovation

di *Ignazia Bartholini**

Abstract. *Il saggio pone agli estremi della riflessione il soggetto diversamente abile da un lato e la Social Innovation come modello emergente del fare politica sociale. Analizza i due nuclei concettuali attraverso gli sviluppi procedurali che potrebbero determinarsi nell'integrazione professionale delle competenze proprie dell'assistente sociale e del counselor. La ricerca condotta attraverso le interviste semistrutturate a testimoni significativi che svolgono l'una o l'altra delle professioni esaminate presso associazioni di Terzo settore della Sicilia occidentale, si sforza di individuare gli elementi di criticità a quelli che potenzierebbero le reciproche competenze dei professionisti in questione. Il disabile e la Social Innovation vi fanno da sfondo: l'uno come soggetto che le politiche sociali devono supportare nella fioritura delle proprie potenzialità; la Social Innovation come pratica volta all'empowerment integrato delle capabilities.*

1. La disabilità nella sua “appariscente morfogenesi”

Come è noto, la disabilità nella sua “appariscente morfogenesi” indica «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive»⁽¹⁾. Essa, tuttavia, assume, nel presente, connotazioni sfaccettate e plurime che studiosi

* Ricercatrice e docente presso l'Università di Palermo, <http://www.ignaziabartholini.com/>.

(1) Definizione elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001.

STUDI E RICERCHE

come J.S. Morvan (1988)⁽²⁾ e M. Mercier (2002)⁽³⁾ hanno passato in rassegna, fornendo entrambi cinque grandi immagini idealtipiche, e ordinando per macro-categorie le rappresentazioni collettive che la società dei normo-dotati ha nel corso del tempo creato.

Il più recente e attuale modello multidimensionale della disabilità sottolinea l'aspetto relazionale-problematico del soggetto agente, sia sul piano interno che coinvolge la relazione fra organismo e personalità, che su quello esterno riguardante le relazioni intersoggettive e strutturali in cui si situa (Ferrucci, 2004: 70-76). In certo qual modo riprendendo il pensiero di Goffman, è possibile considerare la disabilità come una variabile che disorganizza ciò che è organizzato e ha il potere di rovesciare ciò che è dritto (Ciccani, 2008).

Porre in essere politiche sociali ad hoc fa sì che il prendersi cura dei soggetti disabili significhi confrontarsi con le loro necessità in qualità di soggetti agenti e non pazienti. Ciò presuppone altresì la capacità

(2) Rappresentazioni – quelle individuate da Morvan – volte a classificare 1. il tipo di disabilità con cui identificare la persona (la parte, quindi, per il tutto); 2. le tipologie di attività in senso lato, di svaghi o di occupazioni che posso essere adattabili alle capacità dei disabili e che definiscono così facendo i soggetti disabili; 3. gli strumenti e gli oggetti che suppliscono o sostengono anche solo parzialmente i disabili consentendone una identificazione immediata (sedie a rotelle, cani da accompagnamento, bastoni da passeggio etc.); 4. le definizioni che individuano il disabile attraverso il grado di sofferenza o di difficoltà di cui è oggetto (un audioleso è meno disabile di un non vedente che, a sua volta è meno sofferente di un tetraplegico e così via); 5. le caratterizzazioni che identificano il disabile alternativamente con il bambino ubbidiente, il bambino capriccioso, il bambino oppositivo etc.

(3) Nello specifico, Mercier individua l'*immagine semiologica*, che attribuisce ai disabili fisici l'immagine di un corpo colpito, impotente e incapace di fare, mentre assegna alla deficienza mentale l'immagine del mongolismo, dell'autismo e della follia. L'accento è posto sul deficit inteso come mancanza, patologia, negatività, infatti non vengono accentuate le potenzialità, le risorse, le qualità e le possibilità di sviluppo delle condizioni fisiche e mentali; l'*immagine della figura da sostenere*, la persona disabile viene vista come un bambino incapace d'inserirsi con le sue forze nella vita sociale e di essere autonomo. L'immagine è negativa perché si tratta di un'immagine in termini di mancanza; l'*immagine secondaria*, traduce gli effetti che le immagini producono sull'handicap. Per il soggetto con disabilità motoria l'accento è posto sull'assistenza tecnica, su oggetti riparatori e compensatori. Per la persona con un deficit mentale rinvia ad un'immagine secondaria di un mondo chiuso; l'*immagine affettiva* riflette il vissuto affettivo del disabile. Se si tratta di disabilità fisica rimanda ad un'immagine positiva di voglia di vivere e di adattamento, invece, nel caso di disabilità psichica, l'immagine è negativa, trasmettendo un'immagine affettiva vuota e chiusa verso l'interno e verso l'esterno; l'*immagine relazionale*, infine, sottolinea le relazioni effettive con le persone disabili. Nei riguardi della persona con deficit fisico prevale un sentimento di malessere e di inadeguatezza nei confronti della società, per la persona con deficit mentale, invece, domina la paura del rifiuto.

di recepire i principi legislativi che indicano nell'inclusione, nell'integrazione, nell'universalismo i fondamenti del vivere di tutti i cittadini. Fra questi, *last but not least*, si inserisce la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone disabili*. Colmando una lacuna presente fino a poco tempo fa nel diritto internazionale, la Convenzione tutela i diritti di 650 milioni di persone e rappresenta il primo grande trattato sui diritti umani del ventunesimo secolo. L'articolo 3 della stessa definisce quali siano i principi generali sui quali si fonda: «Il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone; la non discriminazione; la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società; il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa; la parità di opportunità; l'accessibilità; la parità tra uomini e donne; il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità»⁽⁴⁾.

In una prospettiva di *Social Innovation* si tratta di trasformare lo stigmatizzato in quanto disabile nel "deviante positivo", cioè colui che, all'interno di una comunità specifica presentando comportamenti non comuni, attiva comportamenti non comuni e strategie in grado di trovare soluzioni migliori rispetto a quelle utilizzate dai normodotati, benché abbiano accesso alle medesime risorse⁽⁵⁾.

In una fase storica come l'attuale appare sempre più chiaramente come lo Stato abbia esaurito la propria capacità di dare risposte sufficienti ai bisogni dei cittadini e gli obiettivi classici dell'empowerment professionale vengono declinati in una prospettiva di *Social Innovation*, in cui interazione, innovazione e collaborazione costituiscono la piattaforma procedurale dello stesso investimento bottom up (Murray, Grice, Mulgan (2011). Essa può considerarsi «il seguito virtuoso del Social Investment degli anni '90»⁽⁶⁾ e si propone di rafforzare le rela-

(4) Cfr. art. 3 della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità.

(5) La Positive Deviance Initiative ha ottenuto interessanti risultati per quanto riguarda i problemi della salute e della nutrizione in Egitto, Argentina, Mali e Vietnam.

(6) Sgritta G.B., *Relazione* tenuta in occasione del Convegno Ais-SP "Social Innovation e Politiche Sociali, il 18/4/2011, presso l'Università di Bologna.

zioni sociali potenziando anche l'apporto di rete che le singole professionalità offrono nel contrasto all'emarginazione così come la promozione e il marketing di servizi e programmi innovativi per incoraggiare il cambiamento di comportamenti ritenuti poco idonei alla crescita etica della collettività (*Ibidem*).

2. La disabilità e la prospettiva integrata di professionalità convergenti

A Montreal, nel luglio del 2000, la Federazione Internazionale dei Social Workers (IFSW) ha approvato una nuova definizione di lavoro sociale professionale, con cui esso «promuove il cambiamento sociale, il processo di soluzione dei problemi nelle relazioni umane, l'empowerment e l'autodeterminazione delle persone al fine di accrescere il loro benessere. Utilizzando le teorie sul comportamento e sui sistemi sociali, il lavoro sociale interviene ove le persone interagiscono con i loro ambienti. I principi dei diritti umani e della giustizia sociale sono fondamentali per il lavoro sociale» (Hare, 2006: 151).

Da questa prospettiva, diviene ancora una volta cruciale, porre in rete dal basso i soggetti portatori di differenti capabilities – intese come l'insieme delle risorse relazionali di cui una persona dispone (Nussbaum, 2007) – affinché si soddisfino i rispettivi bisogni potenziando le relazioni incrociate fra gli uni e gli altri nel tentativo di produrre cambiamento. Programmazione e attuazione incrociata di interventi volti al reciproco rafforzamento segnano la metodologia del lavoro sociale di rete, che necessita di una costante apertura operativa verso l'esterno con il fine di coinvolgere le varie realtà individuate, nella risoluzione di problemi, e attivando così una costante collaborazione per cercare sempre nuove strategie per affrontare le diverse esigenze che con il tempo si creano.

Questo obiettivo di massima racchiude al suo interno obiettivi specifici, che sono stati descritti da M. Dal Pra Ponticelli, attraverso la creazione di veri e propri ponti fra bisogni e risorse e dispieghi di reti d'aiuto affinché ciascuno sviluppi la propria capacità di affrontare e risolvere i propri problemi esistenziali. Il sostegno alla collettività, il progettare, organizzare e gestire i servizi e le risorse oltre a rappresentare i principi cardine del lavoro sociale (Dal Pra Ponticelli, 1987), possono considerarsi delle autentiche “leve di Archimede” a favore del-

l'integrazione. Ancora «oggi manca una chiara consapevolezza che l'integrazione sociale delle persone diversamente abili, si realizza con un'effettiva "presa in carico" della società nelle sue diverse articolazioni istituzionali e di reti informali di cittadini» (Canevaro, Ianes, 2005).

La presa in carico è un termine che si associa tradizionalmente al mestiere dell'assistente sociale. Tuttavia essa, proprio in un'ottica partecipata in modo plurimo da più professionisti potrebbe meglio utilizzare le risorse professionali e scientifiche del counselor. Le strategie poste in campo dall'assistente sociale e dal counselor – necessitano probabilmente di una qualche riflessione che fin qui dagli uni e dagli altri non è stata fatta, proprio in un progetto partecipato di empowerment del soggetto diversamente abile.

Con l'intento di descrivere diversi punti di vista, sul ruolo svolto dall'assistente sociale e dal counselor nel lavoro con la disabilità, sono state condotte, fra il 2012 e i primi mesi del 2013, nel territorio trapanese e in quello palermitano, venti interviste semi-strutturate equamente suddivise fra le due aree cittadine che, non prevedendo alternative fra risposte precodificate, hanno consentito di evidenziare con maggiore analiticità gli snodi concettuali utili al successivo raggruppamento in vere e proprie categorie tematiche, qui di seguito riportate:

1. *le motivazioni alla professione dell'assistente sociale o del counselor;*

2. *le peculiarità e l'accrescimento delle conoscenze e delle competenze professionali* (che presupponeva il verificare l'esistenza o meno di una formazione professionale continua, ovvero quell'attività di accrescimento che sostiene e migliora le competenze professionali, promuovendo anche processi di riflessività critica e di innovazione, coerentemente con quanto prescrive il codice deontologico nonché la normativa comunitaria);

3. *le analogie e le differenze tra l'assistente sociale e il counselor:* (il fine è stato quello di individuare quali strumenti del counseling l'assistente sociale potrebbe utilizzare per facilitare la relazione con l'utenza);

4. *gli elementi tecnici, teorici e metodologici inefficaci e insufficienti, sia nel servizio sociale che nel counseling* (il fine sotteso è stato quello di rilevare le eventuali carenze metodologiche, tecniche e teoriche di entrambe le professioni);

5. *le motivazioni alla scelta di lavorare con i disabili*;
6. *Le tecniche e le strategie del lavoro con i disabili*: con questa categoria si è voluto cogliere nello specifico le tecniche applicate nel lavoro con i disabili;
7. *il sistema legislativo: punti di forza, lacune e possibili soluzioni* (a tal proposito, si è inteso rilevare la considerazione che gli operatori sociali hanno dell'attuale sistema legislativo in ordine alle rispettive professioni per un verso e alla disabilità per un altro);
8. *le prestazioni erogate ai disabili e l'eventuale burn-out professionale*.

3. Dalla parte dell'assistente sociale o dalla parte del counselor?

Dal materiale raccolto attraverso le interviste semistrutturate condotte, emergono punti di incontro che si rintracciano nelle risorse che tutte e due le figure professionali devono possedere. Risorse come l'empatia, l'accettazione incondizionata e la congruenza, fondamentali per creare un'alleanza e, successivamente, instaurare un rapporto di fiducia tra operatore e utente, volto al miglioramento dello stato di bisogno. Tutto ciò prevede una relazione partecipata fra l'operatore e il soggetto portatore di bisogni, nel rispetto dell'autodeterminazione di quest'ultimo nella sua veste di utente/cliente⁽⁷⁾. Autodeterminazione che è da intendersi come libertà positiva di volere e fare secondo la propria legge e in assoluta indipendenza da cause che non sono in suo potere. Il diritto di autodeterminazione implica quindi il rimuovere quanti più ostacoli possibili che impediscono la piena realizzazione dell'essere umano, ma presuppone anche l'assumersi autoreferenzialmente tutta la responsabilità delle azioni che il soggetto compie.

L'obiettivo del counseling, a sua volta, è quello di offrire al soggetto l'opportunità di esplorare, scoprire e rendere chiari i propri schemi di pensiero e di azione, per crescere nelle competenze di coping e di autodeterminazione, anche rispetto alla soluzione di alcuni problemi. Il punto cruciale rivoluzionario della teoria di Rogers, che ne è il fondato-

(7) La dizione "utente", utilizzata dagli assistenti sociali è l'equivalente del termine "cliente" utilizzata nel counseling.

re, è che il counselor non interviene e non vuole intervenire nella ricerca delle soluzioni possibili per attivare e potenziare l'autonomia del disabile. In questa prospettiva il counselor mette in campo una vera e propria dinamica ispirata alla Social Innovation, facendo sì che il disabile ponga in essere un processo creativo di individuazione e potenziamento delle proprie risorse personali e relazionali. La posizione di base è che il professionista ha fiducia nella tendenza all'attualizzazione del soggetto. Creare infatti un'atmosfera di rispetto positivo incondizionato permette alla persona di sviluppare un rispetto di sé positivo incondizionato e, di conseguenza, di rintracciare in sé gli strumenti o le risorse per risolvere specifici problemi. Il counselor di fatto è un vero e proprio facilitatore che, grazie alla tecnica della riformulazione, riassume il contenuto attraverso una domanda, al fine di mostrare che egli ha ascoltato verificando al contempo la sua comprensione prima di procedere. Proprio nel rispetto dell'autodeterminazione individuale, il counselor non si propone di realizzare qualcosa di suo, ma di facilitare che qualcosa che è dentro un'altra persona, si realizzi secondo le sue proprie potenzialità (Rogers, 1978). Egli si pone come un esperto in grado di offrire alla persona un supporto metodologico ed emotivo affinché questa possa ragionare e decidere da sola. Per questo, il potenziamento delle risorse del diversamente abile sono fattori fondamentali nella relazione counselor-cliente.

Il disability counselor è una figura dotata di competenze specialistiche finalizzate all'aiuto di soggetti con disabilità più o meno gravi (Ranieri, 2011: 121).

Considerando che il counseling mira all'ascolto e all'empowerment delle persone, alla realizzazione delle loro risorse e all'utilizzazione di queste ultime per il raggiungimento degli obiettivi, le competenze del disability counselor, impegnato ad agevolare le persone disabili, devono prevedere oltre le competenze di base di un buon counselor, altre prettamente specifiche e inerenti a questo mondo e anche competenze inerenti alla psicologia, alla cultura, alla fisiologia e alle implicazioni di queste nella famiglia del disabile.

Il counselor che lavora con i disabili ha l'obiettivo di costruire un'efficace alleanza relazionale con il cliente disabile, attraverso la realizzazione di un contratto operativo chiaro e condiviso, di agevolare i processi spontanei di chiarificazione emotiva e ovviamente di facilitare i processi

di empowerment e di autonomia personale del cliente con disabilità.

L'assistente sociale nel suo lavoro con il disabile ha una platea più ricca di soggetti a cui fa riferimento. Egli deve cercare di favorire da un lato il coinvolgimento del disabile nella programmazione dell'intervento che lo riguarda, dall'altro il coinvolgimento della famiglia del soggetto in fase di programmazione di ogni attività e nello svolgimento dell'intervento. Ciò comporta il saper leggere come risorsa il capitale insito in tutte le realtà – istituzionali e no profit – presenti nel territorio, investendo nella possibilità/capacità di empowerment, in un'ottica di integrazione lavorativa, al fine di rafforzare la social community. Si tratta quindi di una vera activation strategy che consiste nel promuovere la partecipazione al mercato del lavoro di più soggetti e figure professionali utilizzando e potenziando le risorse disponibili nella dimensione locale degli interventi.

In una prospettiva di Social Innovation, l'assistente sociale ha il compito di trasformare il piano deontologico dei diritti sociali concepiti in senso universalistico in procedure di welfare societario che siano in grado di agire contemporaneamente su più ambiti, dando spazio a partnership e a collaborazioni con imprese e organizzazioni sociali e figure professionali capaci di realizzare ciò che G. Mulgan (2007 e succ.) chiama i *Joint Team*. A sua volta il counselor ha il compito di operare nell'immediato cercando di mettere il soggetto nelle condizioni di contrastare il proprio disagio. È proprio su questi intrecci che si gioca la possibilità di una valutazione sociale dell'investimento in un'ottica di contenimento della spesa e potenziamento della action strategy (Esping Andersen et Al. 2002). Si tratta, in questi casi, di mettere in comune non solo capitali di tipo finanziario, ma il capitale di tipo relazionale che è proporzionale alla «vastità e profondità delle sue relazioni (...) che presentano diverse sfaccettature, dipendendo dalla natura delle connessioni esistenti» (Murray, Grice, Mulgan 2011: 70). Si tratta, in secondo luogo, di mettere in campo una strategia in cui *Keeping is Open*, in cui cioè investire sulle risorse umane poste all'esterno e consentire ad gruppo di soggetti normo-dotati e diversamente abili di trasformare un progetto in un'impresa sociale in cui l'empowerment è strategicamente rilevante al pari dell'investimento economico. Infatti, gran parte dell'innovazione sociale «deriva dal mettere insieme le “api”, gli individui e le piccole or-

ganizzazioni che ronzano di idee ed immaginazione e gli “alberi”, le istituzioni che hanno il potere e i soldi ma non sono capaci di pensare in modo creativo. Da sole le api non possono raggiungere l’impatto sperato come gli alberi da soli non riescono ad evolvere» (Ibidem: 121).

Prima fra tutte, la relazione d’aiuto crea le premesse per la realizzazione di uno dei compiti fondamentali dell’uomo: educarsi al cambiamento in modo attivo per essere protagonista del proprio divenire.

L’educazione alla persona mira a promuovere la consapevolezza di sé, lo sviluppo delle potenzialità, la crescita e il cambiamento dell’individuo attraverso un processo intenzionalmente strutturato. La relazione d’aiuto non implica necessariamente la soluzione di un problema o l’uscita da una situazione, ma prevede di poter ampliare le scelte possibili e soprattutto di riuscire a migliorare l’auto-percezione di chi vi ricorre e presuppone uno sviluppo. Si tratta di una vera e propria forma di assistenza che pone un nesso tra le due figure professionali, l’assistente sociale e il counselor. Tale forma di assistenza permette di identificare le decisioni connesse a determinati problemi, per giungere ad una condizione di benessere favorente la costruzione della propria identità sociale e professionale.

Questo pilastro fondamentale su cui si basa la relazione con l’Altro nel processo d’aiuto assume due denominazioni differenti: se nel servizio sociale si parla di autodeterminazione, nel counseling prende il nome di tendenza all’attualizzazione. Il significato comune alle due definizioni riguarda la tendenza alla crescita, allo sviluppo e alla realizzazione piena delle potenzialità, che è comune a tutti i soggetti.

Tra le “risorse”, che entrambe le professioni devono possedere o acquisire qualora così non fosse, emergono l’empatia, l’accettazione incondizionata e la congruenza, fondamentali per creare un’alleanza e, successivamente, instaurare un rapporto di fiducia tra operatore e utente, volto al miglioramento dello stato di bisogno.

Per facilitare il raggiungimento di tutti questi valori, l’assistente sociale può avvalersi delle tecniche del counseling, ampliando così la costruzione del corpus metodologico e tecnico specifico del servizio sociale.

L’empatia, l’ascolto attivo, la congruenza, l’autorealizzazione, sono punti d’incontro tra le due professioni, che possono, a prima vista, sembrare diverse, perché il loro oggetto di studio lo è, ma perseguono tutte lo stesso fine, ossia il benessere fisico, psichico e sociale di ogni uomo.

Per quanto riguarda il servizio sociale emerge un'inefficienza del lavoro di rete, ovvero quel processo finalizzato a legare tra loro tre o più persone tramite connessione e catene, significative, di relazioni interpersonali. Composto da assistenti sociali, psichiatri, psicologi, educatori, medici e operatori sociali, il lavoro di rete rappresenterebbe una vera e propria strategia di intervento sociale, che è ancora nei contesti in cui operano gli intervistati parziale e/o occasionale.

I professionisti intervistati, riscoprendo e valorizzando i reticoli sociali, sono stimolati ad interagire con i disabili affinché le situazioni di bisogno non siano risolte solo attraverso lo sforzo tecnico e formale dei servizi, ma anche attraverso l'azione congiunta di altre relazioni di aiuto formali ed informali (famiglia, gruppo dei pari, chiesa, reti di vicinato).

Tuttavia, gli operatori sociali intervistati non sempre hanno mostrato la necessaria consapevolezza della fondamentale importanza del lavorare all'insegna dell'integrazione e della concertazione delle risorse disponibili. Non sempre si ha coscienza delle tante possibilità di cura che possono provenire partendo dal "basso", cioè partendo dai bisogni effettivi del territorio, facendo "rete" intorno al disagio sociale evitando, così, che possa trasformarsi in esclusione sociale. Nel contesto trapanese si è resa evidente una sostanziale carenza di collaborazione tra operatori del settore pubblico e operatori appartenenti al settore del privato sociale, che godono di scarsa considerazione.

Dalla ricerca è emerso chiaramente come lo scenario attuale sia ancora ben lontano dall'offrire un'immagine di chiarezza e coerenza circa il contesto all'interno del quale collocare il counseling. Ma emerge l'esigenza di definire, con urgenza, le differenze di maggior rilievo rintracciabili tra tutte quelle professioni che "implicano l'aiuto" al fine di potenziarne le risorse reciproche (Di Fabio, 2003).

In ultimo, proprio sul piano della Social Innovation è necessario sottolineare che l'autonomia del diversamente abile e il potenziamento delle proprie capabilities si costruiscono e si snodano nella cosiddetta "rete informale", ovvero tutte quelle iniziative, a fondamento emotivo e pratico, che sono frutto di un impegno che partono dal proprio "mondo della vita" sino a coinvolgere quella che potremmo definire la "periferia" istituzionale, associazioni e cooperative che operano sul territorio. Tali istituzioni – in cui è possibile incontrare sia assistenti sociali che counse-

lors – sono vicine alla persona sia perché socialmente aggreganti, sia perché tentano di rispondere molto concretamente al bisogno del diversamente abile, che vede l’inserimento nella sfera pubblica come conquista personale e sociale. Un modello procedurale di Social Innovation sarebbe allora «un modello relazionale basato sul rispetto dell’alterità (e quindi di sé) aspira alla crescita personale, allo sviluppo di attitudini personali e collettive, alla “fioritura dell’essere» (Sennet, 2003), quella stessa fioritura che, nel suo potenziarsi, accoglie il Sé come riflesso dell’universo (Bartholini, 2007) senza cercare la potenza ma la crescita e l’autonomia.

Riferimenti bibliografici

- BARTHOLINI I., (2007), *Percorsi della devianza e della diversità. Dall’“uomo atavico” al “senza permesso di soggiorno”*, FrancoAngeli.
- CANEVARO A. e IANES D., (2005), *Diversabilità. Storie e dialoghi nell’anno europeo delle persone disabili*, Erickson, Trento.
- CICCANI P., (2008), *Pregiudizi e disabilità. Individuazione di strategie educative per l’elaborazione e il superamento del pregiudizio*, Armando Editore, Roma.
- DAL PRA PONTICELLI M., (1987), *Lineamenti di servizio sociale*, Edizione Astrolabio, Roma.
- DI FABIO A., (2003), *Counseling e relazione d’aiuto. Linee guida e strumenti per l’autoverifica*, Giunti, Firenze.
- ESPING ANDERSEN G., GALLIE D., HEMERICK A. AND MYLES J., (2002), *Why we need a new welfare state*, Oxford University Press, Oxford.
- FERRUCCI F., (2004), *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici fra natura e cultura*, Il Rubbettino, Soveria Mannelli.
- HARE I., (2006), *Cos’è il lavoro sociale*, in «Lavoro Sociale», vol. 6, n. 2, settembre 2006, pp. 146-162.
- MANCUSO V., (2008), *Il dolore innocente. L’handicap, la natura e Dio*, Mondadori, Milano.
- MEDEGHINI R., VALTELLINA E., (2006), *Quale disabilità? Culture, modelli e processi d’inclusione*, FrancoAngeli, Milano.
- MULGAN G., (2007), *The Process of Social Innovation*, Nesta, London.
- MURRAY R., GRICE J.C., MULGAN G., *Il libro bianco sull’innovazione sociale*, Nesta, London 2011(2009) in <http://www.societing.org/wp-content/uploads/Open-Book.pdf>
- NUSSBAUM M., (2006) (2007), *Le nuove frontiere della giustizia*, Il Mulino, Bologna.
- RANIERI M.L., (a cura di) (2011), *Assistente sociale domani*, Erickson, Trento.
- ROGERS C.R., (1978), *Potere personale: la forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Roma, Astrolabio.
- SGRITTA G.B., (2011), *Relazione* tenuta in occasione del Convegno Ais-SP – “Social Innovation e Politiche Sociali, il 18/4/2011, presso l’Università di Bologna.
- SENNETT A., 2003 (2002), *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, il Mulino, Bologna.