

## **Disabilità. La domanda rivolta alla psicologia attraverso i resoconti di esperienze di giovani psicologi.**

*Rosa Maria Paniccia\**

### *Abstract*

L'articolo propone una riflessione su quale tipo di intervento possa essere fatto da giovani psicologi in esordio di professione, spesso confrontati con la disabilità, sia giovanile che – meno spesso – adulta: a scuola, nell'assistenza domiciliare, nella gestione di servizi dedicati. La competenza da loro perseguita viene proposta come intervento psicoterapeutico entro i contesti, con l'obiettivo di attenuare la violenza presente nelle relazioni attraverso il recuperare una domanda, il più delle volte ignorata. Mettendo in sequenza obiettivo perseguito, metodo adottato, fenomenologia relazionale sulla quale si interviene, tipo di setting, si declinano le seguenti questioni: attenuare la violenza entro le relazioni riconoscendo i vissuti e recuperando una domanda; resocontare come metodo per sospendere agiti collusivi disfunzionali; processo istituzionale come assunzione di una funzione integrativa a partire dal proprio ruolo, individuando un committente e un cliente; contesto pensato come setting.

*Parole chiave:* setting, resoconto, convivenza, processo istituzionale, analisi della domanda, disabilità

### *Premessa*

SPS, una Scuola di Specializzazione in psicoterapia psicoanalitica interessata a sviluppare l'intervento psicoterapeutico nei contesti, ha organizzato un Seminario su "Psicologia clinica e disabilità. I modelli dell'integrazione: il diritto all'inclusione, il riconoscimento delle differenze"<sup>1</sup>. Il Seminario riprende il filo di un altro dove abbiamo iniziato a trattare la domanda della famiglia su questioni poste dalla disabilità<sup>2</sup>. Le relazioni sono state elaborate all'interno di un gruppo di lavoro, adottando il taglio della resocontazione di esperienze; successivamente sono diventate i brevi articoli proposti di seguito. Questo scritto li introduce.

### *Il resoconto come interruzione dell'agito che caratterizza i contesti di intervento*

Il resoconto è solo a prima vista vicino al caso clinico come generalmente viene inteso. Non si riportano punti salienti di un intervento per illustrare un modello, ma si ripercorrono esperienze con l'obiettivo di interrompere l'agito collusivo che caratterizza i contesti di intervento e di pensarlo. Il resoconto è un metodo di intervento, se per intervento si intende l'interruzione dell'agito per pensare le dinamiche collusive che caratterizzano la relazione di domanda tra committente, cliente e psicologo. Entro questo tipo di intervento sono centrali gli "eventi critici", ovvero quegli eventi dove si realizza il fallimento della collusione che organizza il contesto in esame; essi sono una indispensabile fonte di informazione entro l'ottica dell'analisi della domanda (i concetti di analisi della domanda e dinamica collusiva che organizza la relazione possono essere approfonditi in Carli & Paniccia, 2004; il resoconto in Carli, 2007). I resoconti che seguono trattano di eventi critici avvenuti nei vari contesti in cui chi scrive interviene<sup>3</sup>, e sono a volte eventi critici essi stessi. Rappresentano infatti l'intento degli

---

\* Dipartimento di psicologia dinamica e clinica "Sapienza" Roma, docente SPS.

<sup>1</sup> [http://www.sponline.it/Specializzazione01b/Convegni/Convegni/Disabilita\\_22giugno2013.htm](http://www.sponline.it/Specializzazione01b/Convegni/Convegni/Disabilita_22giugno2013.htm)

<sup>2</sup> Psicologia clinica e disabilità. Il diritto alla differenza e non autosufficienza.

[http://www.sponline.it/Specializzazione01b/Convegni/Convegni/Disabilita\\_10giugno12.htm](http://www.sponline.it/Specializzazione01b/Convegni/Convegni/Disabilita_10giugno12.htm)

I contributi relativi a questo convegno sono stati pubblicati nella *Rivista di Psicologia Clinica* on line, 1 – 2, 2012.

<sup>3</sup> Un esempio di evento critico: in una scuola dove c'è assistenza specialistica, la nuova dirigente chiede traccia degli interventi effettuati negli anni precedenti; l'équipe di assistenti reagisce come fosse una domanda profondamente impertinente; è presa infatti dalla fantasia di essere indispensabile in quanto sostitutiva di

estensori di riflettere su agiti che li implicano; a loro volta possono incontrare fallimenti, che attraverso la resocontazione diventano trattabili indicando cosa resta da fare per introdurre pensiero dove prevalgono agiti violenti.

### *La confusione tra agiti di fantasie collusive e azione organizzativa.*

Aggiungo che la modalità con cui vengono proposte occasioni di lavoro con la disabilità a giovani psicologi in esordio di professione, con ruoli a basso potere contrattuale e in contesti spesso contraddistinti da bassa competenza organizzativa, quindi da confusione e sovrapposizione tra agiti di fantasie e azione organizzativa verificata dal perseguimento di obiettivi, stiamo sviluppando un modello di intervento basato sull'interruzione degli agiti e di supporto all'azione, senza che quest'ultima venga sospesa. È in questo contesto che assume particolare rilevanza l'azione interpretativa, mentre le occasioni di interpretazione sono meno frequenti.

### *Il processo istituyente*

I casi resocontati parlano di situazioni dove lo psicologo interviene senza un setting al servizio della sua tecnica, ma assume come setting contesti pensati entro l'organizzazione in cui lavora. Effettuare un intervento psicoterapeutico a partire dal contesto significa ricondurre al vissuto ciò che è stato reificato come fatto, potendo così utilizzare la polivalenza dei processi simbolici e con essa i gradi di libertà che può recuperare chi pone la domanda di intervento. L'agito viene interrotto a partire dall'istituzione delle differenti modalità relazionali con cui man mano si organizza l'intervento stesso. La resocontazione permette di tradurre le variabili contingenze dell'intervento nei contesti, spesso espressione di agiti, in azioni pensate. Mettendo in sequenza obiettivo, metodo, fenomenologia relazionale, setting, abbiamo: l'intervento psicoterapeutico entro i contesti, resocontare, processo istituyente, contesto pensato.

Si consideri il caso in cui un'AEC viene "spedita" da una cooperativa a fare una sostituzione di due giorni in una scuola, con le seguenti indicazioni: ci sarà ben poco da fare con le insegnanti visto lo scarso tempo; quanto al ragazzo è sostanzialmente "autonomo": sa mangiare e andare al bagno da solo. L'AEC invece si ritrova, come è ovvio, entro un insieme di relazioni complesse e conflittuali; fortunatamente viene immediatamente fatta oggetto di una domanda di rapporto da parte del ragazzo, rispondendo alla quale trova il bandolo per intervenire anche presso le docenti. Tutto questo è possibile anche in due giorni, se si hanno ipotesi su ruoli e funzioni propri e degli altri, come pure degli obiettivi della scuola e delle dinamiche collusive che la caratterizzano. Ciò permette all'AEC di non farsi prendere dagli agiti che fin dal primo istante le erano stati prescritti dalla cooperativa, o da quelli incontrati nella scuola. Consideriamo il processo istituyente: all'AEC viene prescritta una funzione sostituiva dei deficit del ragazzo, da aiutare in comportamenti apparentemente fisiologici: mangiare, andare al bagno. Nella fantasia della cooperativa l'AEC non si occupa né di rapporti né di vissuti. Ma si sa che aiutare un allievo disabile a andare in bagno è casus belli nella scuola. Nessuno vuole farlo, simbolizzandolo come compito "basso". Come si vede, è questione squisitamente relazionale. L'AEC assume invece una funzione integrativa, sostenuta dall'essere più utile, appunto, al

---

competenze assenti nella scuola nei confronti gli assistiti; questa fantasia ha organizzato una prassi per la quale l'affiancamento costante uno e uno assistente/assistito esauriva l'intervento e non richiedeva alcuna documentazione di obiettivi ed esiti, che infatti non c'è. Tale assetto collusivo fallisce, e viene utilizzato grazie a una delle AS, che propone un progetto di riorganizzazione della biblioteca scolastica come rilancio della funzione di assistenza; progetto che funzionerà effettivamente da integratore della disabilità (Assante del Leccese et al., *Diagnosi e dis-integrazione: lo sviluppo della funzione di Assistente Specialistico*, in questo numero dei *Quaderni*). Un altro caso di evento critico è riportato nel paragrafo: *Uno sportello per l'integrazione lavorativa di persone con disabilità* in Assante del Leccese et al. (*op. cit.*) quando allo sportello per la collocazione di disabili in aziende del territorio si presenta una disabilità non collocabile per gravità, e al tempo stesso le aziende preferiscono pagare multe piuttosto che assumere la disabilità, anche quella compatibile con loro mansioni.

perseguire obiettivi integrativi, attuata tramite il riconoscere i vissuti e l'emozionalità presenti nelle relazioni in cui viene implicata (Assante del Leccese et al., *op.cit.*)<sup>4</sup>. Il pensare la propria funzione a partire dal ruolo e non agire le fantasie collusive che ne accompagnano l'assunzione è parte integrante del processo istituzionale; la funzione pensata è una proposta relazionale che fonda il rapporto, ne pone le premesse. A partire dal medesimo ruolo, si può assumere una funzione o agire una fantasia. L'andamento del caso, ad esempio, sarebbe stato ben diverso se l'AEC avesse colluso con la cooperativa sulla fantasia che una sostituzione è ben poca cosa. La resocontazione, interrompendo agiti violenti attraverso il riconoscere e pensare relazioni aggredite entro il contesto in cui lo psicologo sta lavorando, gli permette di intervenire attraverso due modalità: l'azione interpretativa, volta a promuovere azioni che interrompano agiti<sup>5</sup>, e l'interpretazione<sup>6</sup>.

Ricordo la complessità della competenza messa in atto. C'è la specificità stringente della proposta collusiva di cui si viene fatti oggetto; ad esempio, la cooperativa spedisce immediatamente l'AEC all'azione, comunicando come sia organizzata da agiti e prescrivendo agiti. Ci sono le rappresentazioni della disabilità che caratterizzano il mandato sociale, pure da analizzare e da non tentare di tradurre immediatamente in prassi: l'autonomia, per esempio. Un'autonomia che sembra pretendere che l'individuo diagnosticato sia il più possibile conforme alle attese; quanto più sarà conforme, tanto più farà da sé. Non c'è spazio per il vissuto e le attese del diagnosticato. Che invece di attese ne ha, e nel caso in esame saranno quelle a permettere lo sviluppo della vicenda. Come si vede, gli agiti sono una realtà complessa, fatta di contingenze relazionali pressanti che chiedono riposta, il più delle volte supportate da culture collusive "legittimate" dal mandato sociale. La competenza a intervenire psicoterapeuticamente nei contesti richiede di revisionare continuamente le proprie fantasie sulla relazione e sul problema: a questo serve la resocontazione.

#### *Diritto all'inclusione, riconoscimento delle differenze*

Entro i sistemi di convivenza, spesso le differenze generano ignoramento, tradotto in afasia e conflitto stereotipato: la relazione tra differenze viene aggredita. Attraverso un'analisi della relazione famiglia/disabilità, parleremo di una psicologia che vuole tradurre l'ignoramento in parola pensata, attenuando la violenza entro le relazioni.

Da qualche tempo ci occupiamo di famiglia. A partire da alcune ipotesi. Varie ricerche da noi effettuate dalla fine degli anni Ottanta a oggi sulla cultura italiana hanno detto che dalla metà dei Novanta crescono anomia e rilevanza dei gruppi di potere, mentre tutte le istituzioni, pubbliche e private, dalle aziende alle forze dell'ordine, dalla scuola alla chiesa, perdono credibilità. Resta solo la famiglia come agenzia sociale su cui fare conto. Premesso che in Italia il welfare cosiddetto 'mediterraneo' grava sulle famiglie e che è bassa la spesa destinata ai servizi, notiamo anche che non è chiaro di quale agenzia si parli quando si dice famiglia. Esplorando le caratteristiche di questo oggetto

---

<sup>4</sup> Paragrafo: *L'Aec. Una funzione integrativa attivata in due giorni di sostituzione.*

<sup>5</sup> Alcuni casi di azione interpretativa: si può nuovamente far ricorso a Assante del Leccese et al. (*op. cit.*), Paragrafo: *Diagnosi e dis-integrazione: lo sviluppo della funzione di Assistente Specialistico*, dove la decisione di riorganizzare la biblioteca, ovvero di perseguire un prodotto dove si può concorrere con competenze diverse, è evento molto distante dall'abituale eseguire compiti che richiede prestazioni omogenee, declinabili entro una graduatoria lineare, il voto. La stessa cosa avviene, nello scritto citato, al paragrafo: *Dalla parte dell'insegnante di sostegno. L'importanza di avere un prodotto*, sia quando si propone di lavorare su *Il piccolo principe*, che quando arriva il Laboratorio teatrale Gabrielli. E ancora, al paragrafo: *L'Assistente specialistico. Da un ruolo sostitutivo a una funzione integrativa.*, è un'azione interpretativa il decidere di smettere di dare un'assistenza uno a uno a Ali, e si assiste la scuola nella sua competenza ad avere a che fare con lui e viceversa.

<sup>6</sup> Un caso in cui un'interpretazione è stata possibile si trova in Assante del Leccese et al., paragrafo: *L'assistenza domiciliare nella disabilità adulta (op. cit.)*, quando la psicologa dà nome all'angoscia con cui la coordinatrice di una cooperativa che fa assistenza domiciliare sta problematicamente "abbandonando" un caso invece che affidarglielo. Le situazioni che resocontiamo, dove il setting è al servizio del contesto e non della posizione di interpretazione dello psicologo, non prevedono scontatamente questa funzione; andrà valutato caso per caso se e come assumerla.

del discorso, supponiamo si capiscano meglio i sistemi di convivenza attivi oggi in Italia e la domanda rivolta agli psicologi.

Ci stiamo anche occupando di disabilità. Tenendo presente che nonostante una legislazione all'avanguardia, la realtà italiana è caratterizzata da esclusione e marginalizzazione. È molto bassa l'attenzione per l'età adulta disabile e per la vecchiaia disabile in grande crescita, mentre per la disabilità infantile e giovanile c'è un'attenzione di tipo diagnostico e riabilitativo che cessa con lo sviluppo e il periodo scolastico. Successivamente il problematico futuro del disabile è la casa, specie se di sesso femminile, quando alla disabilità si somma un'altra variabile favorente l'emarginazione, il genere<sup>7</sup>.

Abbiamo proposto due culture della non emarginazione: quella dell'inclusione, che inserisce le persone a rischio entro sistemi di appartenenza tramite processi di omologazione e/o di tolleranza; quella dell'integrazione, che riunisce queste persone alle altre riconoscendo e interpretando la relazione che hanno con il contesto. Tali dinamiche sociali evocano modalità individuate dalla psicologia generale come assimilazione/accomodamento, e dalle rappresentazioni sociali come ancoraggio/oggettivazione. Includendo la modalità di funzionamento del pensiero inconscio e la teoria della collusione come relazione sociale, il modello dell'analisi della domanda a cui ci riferiamo parla di dinamica di possesso o scambio (Carli & Paniccchia, 2011).

L'inclusione fa riferimento a diritti e valori, proponendo una cultura basata sui doveri e colpa. Su di essa si basa un conflitto tra parti – pubblico e privato, servizi e famiglie – che vedremo presente in molti resoconti. L'integrazione di differenze richiede invece competenze che trasformino le finalità integrative in obiettivi perseguibili e verificabili; anche di questo daranno testimonianza alcuni casi resocontati<sup>8</sup>.

Molte situazioni a rischio di emarginazione sono medicalizzate: prevalgono competenze sostitutive che diagnosticano, curano e riabilitano l'individuo con finalità inclusive. Specie nell'età dello sviluppo, quella su cui ci sono maggiori investimenti perché meglio si presta alla medicalizzazione riabilitativa, oltre ai successi si rilevano vissuti di illusione e di idealizzazione della cura destinati al fallimento. Il fallimento delle tecniche sostitutive spesso si traduce in un più di prima: si moltiplica intorno alla disabilità il "corto circuito sostitutivo", quelle prassi in cui si creano ruoli privi di tecniche, incaricati di replicare gli agiti collusivi con cui si reagisce all'impotenza in cui getta il fallimento della tecnica sostitutiva. Un esempio è il caso delle badanti, a cui non si chiede nessuna competenza formalizzata, incaricate di replicare con l'anziano quelle modalità di dedizione femminile che le donne della famiglia non sono più in grado di dare. Scarseggiano nel frattempo competenze integrative che riconoscendo vissuti potenzino capacità relazionali<sup>9</sup>. Da questo nasce una domanda di cui si può occupare la psicologia clinica che si occupa di relazioni (Paniccchia, 2012a).

---

<sup>7</sup> In Italia il 93% delle persone con disabilità (dai sei anni in su) vive in famiglia. Secondo l'Istat sono due milioni e 600 mila, il 4,8 % della popolazione; l'80 % ha più di 65 anni. In questa classe di età, le persone con disabilità sono il 18,7 %. Dopo gli 80 anni, sono il 44 %. Il 92,2% dei giovani disabili (11-34 anni) resta nella famiglia di origine, rispetto al 67,8% del totale della popolazione giovanile. Solo il 16% dei disabili di 15-74 anni lavora, contro il 49,9% del totale della popolazione. Molto influente è il genere: il 72% degli occupati con limitazioni funzionali sono uomini. (Solipaca, 2010).

<sup>8</sup> L'esclusivo riferimento al diritto di fruire risorse comporta l'esclusione dalla loro produzione. Si tratta di una questione su cui pensare; la cultura del diritto alle risorse senza attenzione alla loro produzione è in sé escludente, come vediamo dalla cultura clientelare che è cultura di subordinazione. Nel caso di Assante del Leccese et al. paragrafo già citato: *Uno sportello per l'integrazione lavorativa di persone con disabilità*, famiglie con disabilità grave al loro interno sembrano pretendere un lavoro per un loro congiunto a prescindere dalla sua capacità di sostenerlo, ma in quanto diritto; d'altro canto, il Servizio che si oppone a questa pretesa sembra pretendere a sua volta di esistere a prescindere dalla capacità di rispondere alla domanda che gli viene rivolta. Viene da pensare che l'incapacità di analizzare la domanda delle famiglie e il ridurla a pretesa da rintuzzare derivi dalla cultura della pretesa di fruire risorse che concerne in primo luogo il Servizio stesso.

<sup>9</sup> Nei resoconti che seguono, la domanda è spesso caratterizzata da tale fantasia, e in un caso la psicologa risponde collusivamente, cacciandosi entro agiti sfiancanti e fallimentari: vedi Assante del Leccese et al., paragrafo: *Coordinare servizi. L'assistenza domiciliare per fasce deboli della popolazione (op. cit.)*, dove la psicologa, incaricata di coordinare servizi dove si stanno verificando conflitti tra operatori e utenza, invece di cercare di capire cosa sta succedendo, pensa di dover risolvere le disfunzioni attraverso l'agito di una fantasia di dedizione incondizionata alle richieste di tutti, dedizione che la dirigenza non sarebbe stata in grado di offrire.

### *Il conflitto in atto*

Dalla letteratura, non solo italiana, emerge che tra disabili e famiglie da un lato, professionisti e ricercatori dall'altro, dagli anni '50 a oggi è in atto un conflitto. Il conflitto produce letterature parallele e agenzie dove le differenze di posizione sull'emarginazione si traducono in contrasto: agenzie di servizio da un lato (dalla scuola ai vari presidi socio sanitari), di militanza dall'altro (varie associazioni di famiglie di disabili o di disabili) (Paniccia et al., 2013a, *in press*). Il conflitto viene indicato e denunciato in vario modo, ma sembra persistere oltre ogni critica.

Questo nel caso che disabili e famiglie abbiano un certo potere nella relazione, magari acquisito dal farsi agenzie militanti. In altri numerosi casi il polo debole della relazione - come da definizione: categorie a rischio di emarginazione - si trova a "soccombere" nel conflitto e a vivere situazioni escludenti a partire dai servizi loro dedicati. Una parte della letteratura, in cui confluisce il contributo "non scientifico" di disabili e famiglie, segnala pregiudizi nei confronti della disabilità (sempre meno circoscrivibile all'età evolutiva); un'altra parte si occupa delle tecniche diagnostiche e riabilitative, ignorando il conflitto tra disabili e famiglie da un lato, servizi e ricercatori dall'altro.

Parte dei resoconti, i primi cinque, si occupano dell'integrazione della disabilità a scuola. La politica di welfare assegna alle famiglie il ruolo di cura, ma in una ricerca nella quale a delle famiglie con un figlio disabile in età scolare è stato chiesto cosa pensano dei servizi, tra cui la scuola, la questione è apparsa come molto aperta. Le famiglie si interrogano se la disabilità concerne la famiglia o il contesto sociale, e non danno niente per scontato. Esse infatti dopo l'età scolare si ritrovano angosciosamente da sole con il problema. La scuola presenta maggiori risorse integrative delle tecniche sanitarie autocentrate di altri servizi, da cui le famiglie si sentono dipendenti senza che venga dato spazio alla loro domanda, ma anch'essa si dimostra incapace di accompagnare il disabile verso un futuro vivibile. Notiamo, sempre dalla stessa ricerca, che la professione psicologica viene assimilata alle tecniche diagnostiche e riabilitative di area sanitaria, e che nella percezione delle famiglie è assente dal contesto scolastico (Paniccia et al., 2013a, *in press*). Questo è notevole, perché nella scuola lavorano molti giovani psicologi come assistenti alla disabilità, entro un ruolo debole, ma con una funzione integrativa potenzialmente forte (Paniccia, 2012b).

Altri resoconti, i successivi quattro, parlano di assistenza domiciliare. La famiglia italiana viene definita familista, in quanto mette i propri interessi e valori in contrasto con quelli delle altre agenzie della società civile e dello Stato. Ma si rileva anche che lo Stato ha una politica caratterizzata da familismo ambivalente: da un lato attribuisce alla famiglia essenziali responsabilità nello stato sociale, dall'altro non la sostiene (Saraceno, 1994). Tale situazione è stata letta come tesa a negare cambiamenti in atto e a supportare la famiglia tradizionale, dove nell'ambito della casa alla donna è affidata la cura di ogni membro non autosufficiente. Si è notato come la famiglia tenda a non fornire più la cura direttamente, ma che continua a gestirla cercando negli assistenti domiciliari dei surrogati di ruoli tradizionali femminili ai quali non si intende o non si può più stare (Pugliese, 2011; Sgritta, 2009). Si veda il caso di R., la madre che telefona ogni giorno alle assistenti che si occupano del figlio autistico per ripetere loro che assuma una certa medicina, evidentemente perseguendo più lo scopo di agire la sua insostituibilità che non di evitare la dimenticanza. Abbiamo parlato di "corto circuito della funzione sostitutiva" quando l'azione professionale è sostanzialmente sostitutiva di agiti emozionali che caratterizzano la cultura del cliente (Paniccia, 2012); agiti che quest'ultimo non riesce più a sostenere e affida a ruoli di servizio con incerti confini tra ciò di cui si occupa la famiglia e ciò di cui si occupa l'assistente.

### *La psicologia che insiste sull'individuo mentre occorre competenza a convivere*

La situazione è in forte mutamento. Cresce il numero delle famiglie a fronte di una scarsa crescita della popolazione, e un aumento più impressionante si registra tra famiglie di soli anziani e soprattutto di anziani soli (Pugliese, 2011). Questo mentre il WHO promuove l'assistenza domiciliare come possibile futuro di un welfare da rinnovare profondamente (Tarricone & Tsouros Agis, 2008).

Mentre le situazioni di convivenza sono in cambiamento e crisi, l'ottica psicologica e psichiatrica punta l'attenzione soprattutto sull'individuo. Sono centrali questioni come la valutazione e la riabilitazione funzionale e il "benessere psicologico" fondato sulle capacità cognitive, che permetterebbero quell'autonomia e quel controllo delle situazioni, supposti alla base di rapporti sociali soddisfacenti (Antonelli, 2000). Mentre il WHO denuncia la violenza verso gli anziani e c'è la preoccupazione di avere poco tempo per cambiare pregiudizi e atteggiamenti sulla vecchiaia inadeguati all'oggi (WHO, 2012) per buona parte della psicologia è centrale la motivazione ad adottare uno stile di vita attivo, l'"arte di invecchiare" (Cesa Bianchi, 2003).

Una altra parte dei resoconti, infine, parla di ruoli per i quali è centrale la competenza organizzativa, e che fin dal momento della loro istituzione si presentano come l'agito di un fallimento collusivo dell'organizzazione che li richiede. In un caso, uno Sportello che dovrebbe mettere in relazione disabili adulti e opportunità di lavoro entro un dato territorio scopre di avere una domanda molto elevata, ma da parte di un'utenza impreveduta, con diagnosi non adatte allo scopo. Al tempo stesso, la domanda "adatta" non si presenta: le aziende preferiscono pagare la multa che stare all'obbligo di legge per cui va assunta una quota di disabilità. La reazione non è di lettura del feedback: intervenire presso le aziende, leggere una domanda inevasa rappresentata dalla disabilità adulta grave priva di servizi sul territorio, ma di rifiuto di una domanda vista come impertinente ((Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>10</sup>. In un altro caso, un difficile compito di coordinamento di servizi in cui sono presenti conflitti tra utenza e operatori e tra operatori e dirigenza viene affidato a una giovane in cerca di primo lavoro, mentre anche altri sintomi fanno intendere che la competenza organizzativa è ignorata (Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>11</sup>. La competenza organizzativa, che fino a metà degli anni Novanta aveva rappresentato un forte ambito di investimenti per le organizzazioni produttive, e che tramite l'orientamento al cliente stava entrando in quelle di servizio, è oggi in forte crisi presso le prime, prese dalla logica della finanza che non la richiede, e stenta a sopravvivere nelle seconde, dove si scontra con culture contrarie, ad esempio riferibili al familismo. Il concetto di competenza organizzativa ci interessa particolarmente perché si presta a essere tradotto in quella competenza a riconoscere relazioni che riteniamo fondante l'intervento psicologico clinico nei contesti.

Nel fare una ricognizione dei casi di disabilità affrontati da giovani psicologi, abbiamo notato la sostanziale assenza di interventi per gli anziani, a fronte di una crescita esponenziale di badanti, ovvero di richiesta delle famiglie a essere aiutate. Per capire di più del problema, a 26 famiglie con un anziano che ha avuto bisogno di assistenza domiciliare è stato domandato quando e perché hanno chiesto questo tipo di aiuto. Anche qui si ripresenta un conflitto pubblico/privato. Mentre le politiche di welfare affidano alla famiglia la questione, per le famiglie intervistate solo la morte è una questione privata: è l'indicibile familiare affidato alle donne. L'anziano da assistere è invece questione nazionale, politica. Non affrontata da un paese erogatore di servizi, sia pubblici che privati, in cui prevalgono i pagamenti sui risultati. La badante è così risorsa indispensabile – simbolica, si badi: si sono individuati vissuti - per il paese, non per la famiglia; permette di pensare al futuro, ai giovani, in una situazione fluida dove vanno cercati codici per parlare di problemi nuovi. La psicologia è assente: è un campo da esplorare (Paniccia et al., 2013b, *in press*).

In tutti i resoconti si tratta di interventi rivolti a individui o gruppi a rischio di emarginazione. Questo vissuto è presente in modo evidente in alcuni casi resocontati: pensiamo alla signora Clara che ingaggia una lotta continua e vigile per la difesa del suo potere decisionale con la cooperativa che l'assiste (Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>12</sup>. Oppure Ali, il ragazzo con ritardo mentale che si premura di verificare che il suo compito sia esattamente uguale a quello degli altri, anche se poi lo riempie di parole a caso (Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>13</sup>.

Molti resoconti testimoniano del conflitto tra famiglie e servizi; tale conflitto può essere uno scontro

---

<sup>10</sup> Cfr. paragrafo: *Uno sportello per l'integrazione lavorativa di persone con disabilità*.

<sup>11</sup> Cfr. paragrafo: *Coordinare servizi. L'assistenza domiciliare per fasce deboli della popolazione*.

<sup>12</sup> Cfr. paragrafo: *L'assistenza domiciliare nella disabilità adulta*.

<sup>13</sup> Cfr. paragrafo: *L'Assistente specialistico. Da un ruolo sostitutivo a una funzione integrativa*.

aperto (Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>14</sup>, o eludere la collisione esplicita grazie alla manipolazione della famiglia da parte del servizio (Assante del Leccese et al., *op. cit.*)<sup>15</sup>. È presente anche nel già citato caso della signora Clara, di cui ricordiamo un atteggiamento che se non letto con categorie psicopatologiche proprie della signora, ci dice molto della relazione tra servizi e utenti deboli. Quanto al caso di Ali, il conflitto si coglie meno immediatamente, ma se consideriamo che la domanda delle famiglie nei confronti di quel tipo di Istituto è elevatissima e non considerata nelle strategie formative, ma relegata entro le abituali modalità di trattamento della disabilità, capiamo come tale domanda non venga vista come risorsa e si tenda a ignorarla.

Parliamo nei resoconti di persone diagnosticate; questa definizione, rispettando la diagnosi quando è il caso, concerne la relazione. Ricordiamo che la categoria individualistica “disabile” non delimita un ben identificabile evento, né individuale né sociale, e che nelle recenti indicazioni internazionali sulla disabilità ci si sposta dalla menomazione individuale allo svantaggio sociale<sup>16</sup>. Ci siamo chiesti quale contributo può dare una psicologia la cui finalità sia quella di attenuare la violenza nelle relazioni di convivenza, più che quella di diagnosticare e riabilitare.

### *Bibliografia*

- Antonelli, E. (2000). L'assistenza agli anziani e il loro benessere psicologico: lo stato della ricerca. *Rassegna di Psicologia*, 17, 31-51.
- Assante del Leccese, R., Carlino, M., Civitillo, A., Crisanti, P., Di Ruzza, F., Giuliano, S., et al. (2013). Undici esperienze di intervento con la disabilità. A scuola, nell'assistenza domiciliare, nel rapporto tra servizi e domanda. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 88-111.
- Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2004). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Milano: FrancoAngeli
- Cesa-Bianchi, M. (2003). *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Bari: Laterza
- Paniccia, R.M. (2012a). La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola. Da ruoli confusi a funzioni chiare. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F. & Caputo, A. (2013a) (*in press*). *Famiglie con un figlio disabile. La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia*.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Caputo, A., & Bucci, F. (2013b) (*in press*). *Famiglie con un anziano che ha un'assistente domiciliare. Quale domanda nei confronti dei servizi e della psicologia*.
- Pugliese, E. (2011). *La terza età*. Bologna: Il Mulino.
- Saraceno, C. (1994). *Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi*. Bologna: Il Mulino.
- Sgritta, G.B. (2009). *Badanti e anziani in un welfare senza futuro*. Roma: Edizioni Lavoro.

---

<sup>14</sup> Cfr. paragrafo: *L'Aec come posizione terza tra scuola e famiglia in conflitto*.

<sup>15</sup> Cfr. paragrafo: *Sostegno allo studio per una ragazza di 19 anni*.

<sup>16</sup> Cfr. La [Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità](#) del 2006, l'intervento dell'OMS del 2010 con l'International Classification of Functioning, Disability and Health..

- Solipaca, A. (2010) (ed). *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*, Roma: ISTAT. Retrieved from [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513\\_00/arg\\_09\\_37\\_la\\_disabilita\\_in\\_Italia.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf)
- Tarricone, R. & Tsouros Agis, D. (2008) *Home care in Europe. The solid facts*, World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>
- World Health Organization, (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day*, WHO. Retrieved from. [http://www.who.int/ageing/publications/whd2012\\_global\\_brief/en/](http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/)