

Disability in higher middle schools: The specialist assistance as integrative function

Rosa Maria Paniccia ^{*}, ***Fiammetta Giovagnoli*** ^{**}, ***Federica Di Ruzza*** ^{***}, ***Sonia Giuliano*** ^{***}

Abstract

This paper deals with the report of a training intervention addressed to Specialist Assistants (SA) who care for students with disabilities in higher middle schools in Rome. The aim of the intervention was to develop SAs' organizational competence, that is the competence to analyze their work context - including school, families, services - and emotional dynamics characterizing it, without relying on collusive actions but by pursuing an integration-oriented project.

Keywords: specialist assistance; disability; school; inclusion; social integration.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. email: rasamaria.paniccia@uniroma1.it

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. email: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Specialista in psicoterapia psicoanalitica - SPS.

Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Di Ruzza, F., & Giuliano, S. (2014) La disabilità nelle scuole superiori: L'assistenza specialistica come funzione integrativa [Disability in higher middle schools: The specialist assistance as integrative function]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 64-73. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

La disabilità nelle scuole superiori: L'assistenza specialistica come funzione integrativa

Rosa Maria Paniccia *, ***Fiammetta Giovagnoli*** **, ***Federica Di Ruzza*** ***, ***Sonia Giuliano*** ***

Abstract

Viene resocontato un intervento formativo rivolto agli Assistenti Specialistici (AS) che negli istituti superiori della provincia di Roma si occupano degli alunni disabili. L'intervento si è posto quale obiettivo lo sviluppo della competenza organizzativa degli AS, ovvero la competenza a leggere il contesto in cui lavorano – scuola, famiglie, agenzie di servizio – leggendo la dinamica emozionale che lo caratterizza, non agendola collusivamente, ma progettando azioni orientate da obiettivi di integrazione.

Parole chiave: assistenza specialistica; disabilità; scuola; inclusione; integrazione sociale.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. email: rasamaria.paniccia@uniroma1.it

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. email: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Specialista in psicoterapia psicoanalitica - SPS.

Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Di Ruzza, F., & Giuliano, S. (2014) La disabilità nelle scuole superiori: L'assistenza specialistica come funzione integrativa [Disability in higher middle schools: The specialist assistance as integrative function]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 64-73. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Premessa

La disabilità nel contesto scolastico è stata introdotta in base al diritto all'inclusione nella scuola di tutte le persone. Ma la cultura (o dinamica collusiva: useremo d'ora in poi i due termini in modo interscambiabile) su cui si basa l'inclusione, garantisce il diritto alla presenza delle persone diagnosticate nella scuola, non la loro integrazione. Inclusione e integrazione sono fondate su differenti dinamiche collusive¹, modi di relazione, mondi emozionali che, non pensati, entrano in conflitto invece di essere in utile relazione.

Un sintomo? L'assistente specialistico (AS).

Vediamo chi è l'AS citando il sito della Provincia di Roma (www.provincia.roma.it): "Che cos'è: La Provincia di Roma eroga il servizio di assistenza specialistica in favore degli alunni con disabilità in obbligo formativo frequentanti gli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo. Tale servizio si realizza tramite il finanziamento di proposte progettuali, elaborate dagli istituti e finalizzate allo sviluppo delle potenzialità dell'alunno con disabilità nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.

Le azioni volte all'integrazione scolastica prevedono la presenza di assistenti specialistici che operano all'interno degli Istituti Scolastici in collaborazione con i docenti, le famiglie e il territorio.

A chi si rivolge: I soggetti destinatari dell'assistenza specialistica sono tutti gli alunni disabili degli Istituti Scolastici Superiori della provincia di Roma"².

Il ruolo dell'AS è fondato sul diritto all'inclusione, da cui deriva la sua presenza a scuola; ma è un ruolo debole se non va oltre tale diritto. Il diritto all'inclusione permette all'AS di far ricorso alla colpa di violarlo ove non sia rispettato, ma da esso non deriva una competenza professionale. Il ruolo dell'AS è debole se riferito al solo diritto dell'inclusione, ma può tradursi in una funzione forte se si dota di una competenza integrativa. Finora in Italia non si è investito su questa competenza, ma si stanno facendo passi in tal senso³. Alcune esperienze di AS mostrano che la funzione integrativa viene qualche volta "inventata" sul campo, come risposta a problemi; ma essa non sarà competenza professionale se non verrà fatta una ricognizione degli esordi e della sperimentazione di tale competenza nelle esperienze fatte, e non sarà categorizzata, acquisita, verificata in tutti gli interventi degli AS.

L'inclusione è diritto di essere inclusi, assimilati entro un contesto che già esiste senza l'incluso. L'incluso dovrà essere capace di adattarsi, e il contesto di aiutarlo a superare i deficit di cui quello darà prova nell'adattamento; si dovranno tollerare i deficit insuperabili.

L'integrazione ha una diversa premessa. Si considerano fin dall'inizio inclusi nel contesto tutti quelli che ne fanno parte, a prescindere dalle loro differenze. Si tratta non di includere, ma di riconoscere le diversità e di organizzare la relazione tra esse in vista di obiettivi perseguibili insieme. Si tratta, come dicevamo, di due differenti mondi emozionali che si traducono in specifiche prassi.

Nell'ottica dell'inclusione la scuola sono "il programma" e soprattutto la cultura collusiva che caratterizza la scuola stessa. L'alunno diagnosticato dovrà essere capace di adattarsi, e il contesto di aiutarlo a superare i deficit di cui quello darà prova nell'adattamento; si dovranno tollerare quelli insuperabili.

Nell'ottica dell'integrazione la scuola è obiettivi formativi e relazioni finalizzate a tali obiettivi. Entro progetti con un prodotto – ne abbiamo vari esempi: attrezzare la biblioteca scolastica, mettere in atto uno spettacolo, esplorare il territorio della scuola – ciascuno lavora con le sue capacità, insieme: insegnanti di ruolo, di sostegno, AS, alunni diagnosticati e non. In questi casi l'integrazione è possibile, e queste esperienze dicono anche che la disabilità può avere nella scuola un'importante funzione. Ricorda che senza obiettivi la scuola è solo adempimenti e compiti scissi dall'utilità della formazione, e che le risorse, nelle loro inevitabili differenze, si attivano solo se si hanno obiettivi.

1 Per un approfondimento si veda Paniccia (2012a, 2013a).

2 <http://www.provincia.roma.it/percorsitematici/sociale/approfondimento/assistenza-specialistica-gli-studenti-con-disabilit%C3%A0-negli>

3 Scriviamo queste note a valle di un'esperienza di formazione degli Assistenti Specialistici "La disabilità nelle scuole superiori: l'assistenza specialistica come funzione integrativa" alla quale abbiamo partecipato nel 2013, promossa dalla Scuola del Sociale e dal Dipartimento IX – Servizio 2 "Immigrazione - Interventi in campo sociale" della Provincia di Roma, impegnata da qualche anno sullo sviluppo di tale ruolo. Questa esperienza ci ha permesso di discutere e approfondire con i partecipanti le loro esperienze di lavoro.

Se inclusione e integrazione non sono pensate nelle loro differenze, resta solo l'inclusione, l'unica dinamica collusiva, tra le due, che può esser solo agito emozionale; mentre l'integrazione senza pensiero è impossibile: non a caso la riferiamo a una competenza. Quando inclusione e integrazione non sono pensate, l'inclusione – con la complementare esclusione – prevale nella sua immediatezza.

Vediamo meglio cos'è l'inclusione come agito emozionale non pensato. A causa di questo agito c'è un forte rischio di non integrazione dove coesistono più culture, più appartenenze, ciascuna tendente all'inclusione dell'individuo diagnosticato, ma incapace di integrarsi con le altre. Pensiamo alla cultura scolastica adempitiva, a quella tecnica dei servizi, a quella familiare familista, a quella dell'assistenza replicante un modello "materno".

Tali culture si traducono in dinamiche collusive agite, ciascuna tendente a includere e assimilare la persona diagnosticata ai suoi propri modelli di relazione. Per ciascuna di queste culture integrazione della persona diagnosticata significa inclusione (ricordiamone l'etimo: chiudere dentro) nel suo specifico sistema collusivo. L'auspicio che la persona diagnosticata diventi autonoma, così spesso ripetuto, acquista, se visto in questa prospettiva, il significato paradossale di augurarle di diventare autonoma nei confronti di questi tentativi di assimilazione inclusiva.

Ai fini dell'integrazione, la competenza auspicabile per gli AS è che invece di identificarsi con un modello inclusivo "materno" – vedremo più avanti perché lo chiamiamo così - agendo a loro volta una cultura assimilante, autoriferita e in conflitto con le altre, apprendano a conoscere e analizzare le culture agite nel loro contesto di lavoro, per poter sospendere tale agito a partire dal loro – in particolare quando si traduce in comportamenti violenti e disfunzionali – per proporre azioni tendenti all'integrazione, ovvero al riconoscimento e alla pensabilità delle differenze.

Un'esperienza di formazione per AS

Nel 2013 abbiamo partecipato come formatori a un'iniziativa rivolta agli Assistenti Specialistici: "La disabilità nelle scuole superiori: l'assistenza specialistica come funzione integrativa", promossa dalla Scuola del Sociale e dal Dipartimento IX – Servizio 2 "Immigrazione - Interventi in campo sociale" della Provincia di Roma⁴. Il nostro contributo al Corso si proponeva un obiettivo: sviluppare la competenza organizzativa degli AS, ovvero la competenza a leggere il contesto in cui lavorano – scuola, famiglie, agenzie di servizio – attraverso la comprensione delle diverse finalità, obiettivi, culture che lo caratterizzano. Abbiamo assunto come indicatori di verifica due variabili: che gli AS sviluppassero una domanda formativa; che iniziassero a far conto sul loro gruppo come su un gruppo professionale di riferimento. Come metodo, iniziando dalla ricognizione delle attese e delle differenti esperienze, abbiamo analizzato con i partecipanti, sia in plenarie che in piccoli gruppi di discussione, eventi critici caratterizzanti il loro lavoro. A partire da essi abbiamo individuato categorie per analizzarli e pensare linee di intervento. Le categorie, ripensate in un'ottica psicologico clinica riferibile a una competenza relazionale, erano – tra le altre – quelle di: relazione come dinamica collusiva agita–come organizzazione pensata, inclusione–integrazione, ruolo–funzione, funzione integrativa–funzione sostitutiva. La competenza proposta è stata quella ad intervenire sul contesto leggendo la dinamica emozionale che lo caratterizza, non agendola collusivamente, ma progettando azioni orientate da obiettivi di integrazione. Si tratta della competenza che permette di attivare, a partire dal ruolo di AS, una funzione integrativa. Vediamo alcune tematiche emerse.

L'assistenza: perché è un ruolo debole?

Si dice che il ruolo dell'AS è debole. Va capito perché: è meno ovvio di quanto si pensi. Abbiamo già detto in premessa che è fondato sul diritto all'inclusione, ma che il valore dell'inclusione non dice con quale competenza attuare l'integrazione. Questa è una prima causa di debolezza. Ce n'è poi una seconda: siamo abituati a fondare la competenza sulla tecnica, e quella integrativa non è fondata su tecniche, è una

⁴ Sono stati incontrati per due volte otto gruppi di circa 25 persone ciascuno.

competenza diversa, a pensare il contesto e a attuare iniziative di integrazione, appunto. È una competenza relazionale, organizzativa (Paniccia, 2012b).

Va messo in discussione lo stereotipo per cui la competenza è il possesso di una tecnica, ovvero di precise e formalizzate procedure con cui perseguire previsti risultati, a prescindere dalla variabilità del contesto in cui vengono applicate. Per esempio, una tecnica diagnostica o riabilitativa non muta se applicata in Italia o negli USA. La tecnica ha bisogno che il contesto si adatti alle sue esigenze, che il tecnico non sia disturbato mentre opera, e che sia supportato dagli altri presenti, a iniziare dalla persona per cui lavora. Il tecnico non si adatta al contesto, mentre questo deve adattarsi a lui: chi richiede la sua opera va dove il tecnico lavora. Tutto è più complicato se non impossibile se il tecnico va da chi ha bisogno di lui, ad esempio a casa di quest'ultimo. Il tecnico non ha competenze organizzative, le affida ad altri.

Se stiamo alla cultura della tecnica, nella disabilità gli AS sono confrontati con professioni con un ruolo forte dato appunto dalla tecnica, e possono sentirsi deboli rispetto a esse. Quando si fa riferimento a una tecnica diagnostica o riabilitativa, il ruolo forte è dato dal potere di prescrizione che il tecnico ha sull'utente e sul contesto dell'applicazione; un potere necessario per la prestazione tecnica.

Diversa è l'assistenza, che non ha come riferimento una tecnica intesa come procedura da applicarsi entro un contesto al suo servizio. Qual è allora il riferimento dell'assistenza? Quale competenza la sostiene? Nessuna, solo se il riferimento della competenza resta l'applicazione di tecniche.

Uno dei dati più "sorprendenti" del gruppo di AS incontrati nel Corso, è la grande varietà di qualifiche che precedono l'esperienza, più o meno lunga (da pochi giorni a più di dieci anni), di AS. Dalla specializzazione *post lauream* al diploma, dalle discipline umanistiche alle scientifiche. Inoltre, questo era il primo corso di formazione condiviso, istituzionalmente promosso, al quale gli AS partecipavano.

Questi elementi dicono che per tale ruolo di assistenza non si è fatto finora riferimento a una tecnica: né appresa in precedenza, né in corso d'opera. Alcuni AS hanno formazioni tecniche riabilitative, che utilizzano però in altri momenti, non mentre fanno gli assistenti; in quel caso, dicono, e ci sembra rilevante, non è quello che serve. I problemi che si presentano non sono trattabili con le loro tecniche, sono problemi di relazione. Ma anche per questi, fino a questa occasione gli AS non avevano ricevuto formazione specifica. Cerchiamo di capire perché la formazione alla relazione è meno scontata, meno definita, meno formalizzata di quella tecnica.

La relazione è generalmente affidata all'agito delle specificità culturali che caratterizzano un certo contesto, una determinata prassi

Poiché il ruolo dell'assistente non è supportato da una tecnica, viene percepito come debole, confuso, poco definito nei risultati da perseguire e nella loro verifica. Questo vorrebbe dire che non ci sono competenze formalizzabili per loro? Si potrebbe convenire troppo rapidamente su tale affermazione, e ci si potrebbe adoperare alla ricerca di tecniche adatte all'assistenza. La prima cosa non è vera, e la seconda non è opportuna. L'assistenza può adottare tecniche o interagire con esse, ma la competenza che la caratterizza è una competenza relazionale; aggiungiamo: non è né "naturale" né "spontanea", è una competenza a cui si può essere formati.

La competenza relazionale nella nostra cultura "tecnica" non solo è poco formalizzata, ma è spesso sostituita dall'agito collusivo, non pensato, automatizzato, dei presupposti culturali che caratterizzano specifici contesti e determinate prassi. Pensiamo alla cultura dell'assistenza familiare, a quella scolastica, a quella della tecnica, a quella stessa dell'assistenza; accenneremo tra poco alle loro caratteristiche e a come agiscono con la disabilità.

La competenza dell'assistenza è fondata sulla conoscenza di questi presupposti culturali e sulla possibilità di non agirli acriticamente. Gli AS non debbono sviluppare tecniche, ma investire su una competenza relazionale fondata sulla comprensione del contesto in cui operano, sia sotto il profilo culturale che organizzativo⁵. Questa competenza non esclude le tecniche, ma le integra entro la prevalenza dell'attenzione alla relazione tra persona diagnosticata e i suoi contesti di riferimento. Come dicevamo, questa competenza tende a essere surrogata dall'agito di presupposti culturali non pensati. Vediamone alcuni.

⁵ Si vedano a tale proposito i resoconti di interventi con la disabilità: Assante Del Leccese et al. (2013); Giuliano (2013). Si veda anche: Paniccia (2013b).

L'assistenza come agito di presupposti culturali non pensati

In Italia l'assistenza ha un modello culturale, supportato da specifiche politiche di welfare: quello familiare, riferibile alle figure femminili, "materne", della famiglia, incaricate di occuparsi di tutti i membri non autosufficienti, dal bambino, all'anziano, al disabile (Paniccia, Giovagnoli, Bucci, & Caputo, 2014; Paniccia, Giovagnoli, & Caputo, 2014). Parlando di assistenza spesso si parla di "vocazione", ritenendo che sia fondata su qualità non apprendibili ma "naturali". L'assistenza è spesso affidata al volontariato, che non richiede – in primo luogo - competenze professionali, ma "dedizione", "sensibilità", "altruismo", "solidarietà". Alcuni AS hanno parlato di "missione". Accenniamo al badando e a quanto potrebbe aggiungere l'analisi di quel fenomeno a tali questioni: anche lì c'è un ruolo non formalizzato, non riferito ad alcuna competenza, al quale si chiede una sacrificialità assistente a tutto campo, replicante quella delle donne della famiglia che non possono agirlo in prima persona.

La disabilità si confronta così con due modelli: uno sanitarizzato, diagnostico e riabilitativo, fondato su tecniche apprendibili, e uno "naturalizzato" riferito a un modello ideale di cura materna. Nel primo caso il ruolo è simbolizzato come forte in base al potere di prescrizione del tecnico entro una cultura "tecnicocentrica". Nel secondo il ruolo risente del confronto con la "forza" della tecnica che promette risultati; dalla sua ha la dimensione valoriale e la colpa alla quale rimandano la sacrificialità di cui è connotato e la difesa dei diritti della persona a cui fa riferimento. Ma ha i limiti del non essere fondato su una competenza che si apprende e si verifica.

Alcuni eventi critici discussi con gli AS

Non è solo l'assistenza a essere fondata su un modello di relazione che tende a essere agito "in automatico", senza un pensiero critico su di esso; ciò è possibile per ogni prassi. Quando una prassi perde di vista gli obiettivi che la orientano, la ancorano alla realtà, ai riscontri, alla verifica, essa viene allagata dall'emozionalità agita.

Vediamo tre contesti in cui gli AS incontrano la disabilità. La scuola spesso funziona per adempimenti molto più che per obiettivi: il programma è spesso più importante del chiedersi a cosa serva il suo apprendimento per gli alunni (tutti, non solo quelli diagnosticati). I servizi socio sanitari di frequente sono presi da culture autoriferite, centrate sulla tecnicità, sulle esigenze della tecnica: tecnica che, ricordiamolo, non persegue obiettivi, ma risultati. L'obiettivo è sempre contestualizzato, riferito a una strategia organizzativa; l'obiettivo è del servizio, non delle tecniche che lo abitano, ma spesso le esigenze delle tecniche prevalgono sulla definizione degli obiettivi. Nei servizi tecnici spesso non si parla di ruoli organizzativi, ma di professioni: il neuropsichiatra, lo psicologo, l'infermiere; i ruoli che dovrebbero occuparsi di relazioni vengono dati alle professioni vissute come meno "tecniche": il ruolo di accoglienza spesso attribuito agli infermieri è un esempio di questo. Quanto alla famiglia, quella attuale non ha obiettivi organizzativi; una famiglia "competente", non lo è in quanto persegue obiettivi propri, ma in quanto aiuta i suoi membri a perseguirli altrove, per esempio li supporta nella crescita, nell'uscire dalla famiglia. Quando tale azione di supporto incontra il fallimento, come nella disabilità grave, la famiglia può entrare in una crisi catastrofica. Per inciso – inciso dovuto non alla poca rilevanza del tema, ma all'intento di concisione – quando le tecnicità diagnostiche fraintendono la crisi relazionale della famiglia e la leggono come deficit individuale di risposta allo stress, il persistente conflitto tra quelle e la famiglia trova nuovo alimento⁶. Scuola, servizi, famiglia, possono rapidamente perdere di vista gli obiettivi e implodere in agiti emozionali disfunzionali, di cui il fraintendimento appena evocato è uno dei molti esempi possibili.

Analizzando con gli AS gli "eventi critici" da loro portati per discuterne insieme, abbiamo visto come i problemi rilevati rimandassero costantemente a tali agiti.

⁶ Anche la famiglia diventa individuo se la si considera come soggetto particolare, con le sue proprie dinamiche, che prescindono da un sistema di relazione più ampio; ricordiamo per altro che a lungo – e nella maggioranza delle occasioni tuttora – sono state considerate solo le madri, con le loro individuali attitudini; i casi di cui parliamo evocano questa centratura sulle madri, tuttora la più comune.

Vediamo alcuni casi che mettono a confronto madri, AS, scuola, servizi organizzati sul modello della tecnica. Si tratta di casi in cui gli AS e le madri agiscono il modello della cura materna in competizione o in alleanza tra loro contro la scuola; la scuola agisce il modello di adempimento al compito, i servizi il modello di cura fondata sulla tecnicità. Inoltre – ecco ancora una cultura in campo, quella del pubblico/privato – i servizi pubblici agiscono il modello della tutela del diritto di tutti cui conseguono doveri che i singoli, i privati hanno per garantire tali diritti, le famiglie quello della difesa dei diritti del particolare, del privato. Tutti questi agiti entrano in conflitto tra loro: ciascuno è a suo modo “imperialista”.

In un caso, una madre con un figlio con diagnosi di autismo controlla l’operato della scuola fino a competere con essa nel voler insegnare al figlio i fondamenti di lettura e matematica; al contempo, l’AS dedicata al ragazzo compete con la madre nel voler dare al ragazzo l’affetto che ritiene non gli venga dato a casa. Tra le due, entrambe orientate da un modello di cura materna esclusiva, possessiva e duale che porta a non tollerare la presenza di altre funzioni e a invadere il campo dell’altra, c’è conflitto.

Ma è anche possibile – ecco un caso apparentemente analogo – che una madre che insegna al figlio a far di conto e a leggere, e l’AS dedicata a lui che lo tutela affettivamente contro un contesto scolastico da entrambe ritenuto ostile siano strettamente alleate tra loro contro la scuola “nemica”. Questa volta il conflitto è tra la coppia madre/AS e la scuola.

Quanto alla scuola, può incoraggiare il formarsi della coppia AS/diagnosticato per liberarsene (espellendola dalle situazioni di classe, alla lettera o invitando i due a fare coppia a sé anche nell’ambito collettivo). Ma dalla coppia AS/diagnosticato se si sente messa in discussione, la scuola può anche sentirsi minacciata. Questa seconda eventualità è “ovvia” se la coppia è madre/figlio diagnosticato; ma può presentarsi anche con l’AS/alunno diagnosticato, se quest’ultima coppia viene sentita come ostacolante la routinaria prassi scolastica e/o se nelle sue esigenze, nel suo voler interloquire con i metodi di insegnamento, viene sentita come *diminutio* del potere monocratico dell’insegnante sulla classe.

Ad esempio, nel caso in cui la madre “insegnante” e l’AS “materna” erano d’accordo contro la scuola, la scuola ha reagito togliendo all’AS l’affidamento del ragazzo, perché si è sentita minacciata. In questo caso la madre, dopo un GLH dove si era sentita comunicare dalla scuola il cambiamento dell’assistenza senza possibilità di replica, si è rivolta al neuropsichiatra della Asl che curava il ragazzo, ottenendo da quello, che ha messo in campo il potere fondato sul sapere tecnico e medico, una prescrizione a ripristinare la coppia AS/diagnosticato che la scuola aveva separato. Il neuropsichiatra non si è consultato per prendere questa decisione con nessun altro che non fosse la madre: questi sono i limiti del sapere tecnico che tratta il contesto come rumore di fondo ed è centrato sull’intervento sull’individuo. In seguito a questi agiti tutti sono entrati in conflitto con tutti.

Un altro caso, rappresentativo di tanti altri: una madre, dice un AS, non è mai contenta di ciò che si fa, “perseguita” la scuola, l’AS, i servizi; è assai attiva, fa molte cose per il figlio diagnosticato, per il quale ha lasciato il lavoro; nessuno la sopporta, tutti cercano di evitarla. Forse fa le cose più per sé che per il figlio, si osserva disapprovando nel gruppo di formazione. Come conduttori, proponiamo che la signora sembra aver bisogno di aiuto, ma che a quanto pare nessuno se ne occupa, ciascuno preso dal figlio in un’ottica individualistica, intenzionato a proteggerlo da questo tipo di madre. “Mica dobbiamo occuparci delle madri!” si risente un AS. È in atto un’emozione: le madri non debbono mai aver bisogno di qualcosa per loro: debbono solo dare, sacrificarsi. La domanda di una madre suscita disapprovazione, perfino un qualche sdegno. Se questa emozione viene vista, se ne capisce la violenza: occuparsi delle madri non è contro i figli, è occuparsi del rapporto tra madre e figlio e tra questi e la scuola.

Vale la pena anche di ricordare lo storico conflitto tra famiglia da un lato, servizi e tecniche dedicate alla disabilità dall’altro, in atto almeno da quando la disabilità è oggetto di ricerca e intervento specialistico, preceduto dallo storico conflitto tra agenzie pubbliche e private – come la famiglia – già evocato, che ha radici più antiche ed è in qualche modo “strutturale” al nostro sistema di convivenza. Conflitti di cui i casi che stiamo evocando sono esempi. Anche questi presupposti culturali vanno conosciuti dagli AS se non vogliono agirli acriticamente, contribuendo alla disintegrazione dei rapporti.

Il modello della cura materna che possiede e affilia, quello dello specialismo che chiede che la relazione sia al servizio della tecnica, quello del servizio pubblico che tutela i diritti di tutti, quello della famiglia che difende i diritti del particolare, quello della scuola che tutela la ripetizione di una cultura “tradizionalista” che poco tollera la presenza di diversità a essa non adeguabili, sono tutte culture che se non riconosciute e pensate entrano in conflitto tra loro. Per ciascuna di queste culture, integrazione vuol dire inclusione delle persone diagnosticate entro il proprio modello di relazione. La persona diagnosticata dovrebbe adattarsi a

quella specifica modalità relazionale caratteristica delle differenti culture. Ad esempio, adeguarsi alle esigenze della riabilitazione cognitivo comportamentale, a quelle dell'apprendimento del programma di italiano, a quella dell'adesione a un particolare modello familiare di rapporti e così via.

Quanto questo sia lontano dall'integrazione, si capisce dai conflitti e dalla mancanza di collegamento tra scuola, famiglia, servizi; che comporti una serie di disfunzioni è già acquisito; basti pensare al continuo ripetere quanto l'integrazione manchi e quanto sarebbe necessaria, al tentativo di contrastare il problema attraverso i cosiddetti "interventi personalizzati", che però di fatto nella loro centratura sull'individuo non mettono in discussione i contesti e le loro culture, le cui pretese conflittuali restano attive.

Manca la diagnosi di tali disfunzioni: noi proponiamo che il problema è nell'agito acritico delle differenti modalità relazionali implicate dalle diverse culture, e che l'unico modo che permette di non agirle acriticamente è conoscerle e recuperare l'attenzione agli obiettivi. Di qui l'esigenza che chi si occupa di integrazione abbia una competenza a leggere le dinamiche collusive in cui è implicato.

Ruolo debole, funzione forte

Un ruolo come quello degli AS, debole dal punto di vista del potere tecnico, può avere una funzione chiara. Definiamo tale funzione di *assistenza non all'individuo, ma alla relazione tra persona diagnosticata e i suoi contesti di riferimento*, in primo luogo famiglia, servizi diagnostici e riabilitativi, con specifici obiettivi delineabili di volta in volta entro tale generale finalità.

L'assistenza è alla relazione e non all'individuo. Se l'assistenza viene intesa come rivolta all'individuo disabile, non promuove né usa competenze relazionali, ma è centrata sulla crescita di "potenzialità individuali", come lo sviluppo dell'autosufficienza o dell'auto-efficacia. Tradurre tali finalità generali e scisse dal contesto in specifici obiettivi attuabili è molto difficile. L'assistenza alla relazione individuo-contesto è invece integrativa in quanto comporta uno sviluppo delle potenzialità riabilitative, dell'intelligenza sul problema dell'integrazione che la disabilità evidenzia come presente in tutte le relazioni implicate, dal diagnosticato, alla famiglia, ai servizi, alla scuola.

Sotto un profilo metodologico, individuare le potenzialità della relazione significa sospendere le dinamiche collusive escludenti e sviluppare quelle integrative; ciò comporta una competenza specificamente relazionale. Per l'AS con competenza relazionale che sospende le dinamiche emarginanti e propone azioni specifiche, pensate allo scopo di riorientare la relazione verso un obiettivo, l'assistenza è sempre alla relazione individuo diagnosticato – contesto; l'assistenza al solo individuo riconduce alla collusione con le dinamiche emarginanti.

L'intervento ha i suoi presupposti nella capacità di dereificare (riportare ai vissuti ciò che viene posto come fatti) le culture con cui viene connotata la relazione, tornando a vederla come costruita dalle simbolizzazioni emozionali reciproche.

Facciamo un esempio, che torna ad esplorare i fondamenti culturali dell'assistenza. Prima ne abbiamo indicato uno, quello della cura materna sacrificale. L'assistenza individuale ha pure una componente emozionale servile che risale all'antichità, con le donne che assistono i membri della famiglia in difficoltà, ripresa dalla tradizione religiosa delle suore che si facevano "serve dei poveri" per servire Dio. L'assistenza oblativa all'individuo non mette in discussione in alcun modo i modelli di relazione, il contesto in cui si attua l'assistenza stessa. L'emergere della componente servile che accompagna la sacrificalità è ben rappresentata dal *casus belli* del portare il disabile al bagno, che fa emergere l'aspetto disprezzato di una professione che altrimenti lo nasconde entro l'idealizzazione della dedizione a chi ha bisogno di aiuto⁷. Se si coglie che l'assistenza non è all'individuo ma a una relazione in difficoltà – tra diagnosticato, famiglia, scuola, specialisti della diagnosi e della riabilitazione – finalmente si vedono problemi di rapporto invece che il bisognoso, e si hanno idee per intervenire, sia pure nelle difficoltà che la questione disabilità pone.

L'ignoramento dei rapporti quando si interviene sull'individuo acceca sui conflitti e porta ad agirli, a "prendere parte". Ricordiamo ancora i conflitti tra "competenze" specialistiche, o tra i vari servizi e quello onnipresente tra famiglia e servizi, in genere agito dalla parte del servizio, se quella è l'appartenenza vissuta come prevalente dall'AS; di tale conflitto abbiamo tracce in molti casi, anche quelli citati.

⁷ Abbiamo analizzato altrove tale evento (Paniccia, 2012b).

Stiamo allargando il concetto di disabilità, da stato che concerne l'individuo, da affrontare con le sole competenze diagnostiche e riabilitative, a stato che concerne un contesto di relazioni, ovvero una cultura. In questo secondo caso si interviene con categorie che analizzino quella cultura, specie ove questa agisca e rinforzi stati di emarginazione; la cultura dell'autonomia fondata sul presupposto individualista è tra quelle incentivanti l'emarginazione. E lo è tanto più, quanto più è finalità assunta da molti operatori e servizi del settore, senza che se ne sia fatta un'approfondita analisi critica.

La cultura con cui viene connotata emozionalmente la relazione tra diagnosticato e contesto è, immediatamente, comportamenti, azioni; pensare quella cultura, vederla criticamente, è già, di per sé, intervento. Pensare le emozioni è un modo di attenuare la violenza presente nei rapporti ove essi implicino la possibilità di esclusione e emarginazione.

Per questa attenzione al contesto, adottiamo come definizione di disabilità quella di "persone diagnosticate", richiamando l'attenzione sull'atto del diagnosticare come azione che ha un significato di comunicazione e assunzione di posizioni entro un sistema di relazioni. Per gli AS, più che per i tecnici della diagnosi e della riabilitazione, è importante tenere presente una definizione di disabilità che ricordi il rischio di emarginazione.

Come sviluppare questa competenza negli AS?

Il Corso ha proposto una modalità formativa a nostro avviso da riproporre periodicamente nel corso del tempo. Infatti da un lato ha offerto elementi di lettura del contesto, legislativi, organizzativi, procedurali, entro la cornice del modello di servizio che la Provincia sta promuovendo in questi anni; dall'altro (noi abbiamo lavorato su questo versante) ha dato l'opportunità di riesaminare, analizzare, discutere le esperienze entro il formarsi di un gruppo professionale di riferimento. Questo modo di procedere permette di non alimentare scissioni tra teorie e prassi e di apprendere dall'esperienza, e di creare competenze realmente utili a partire dall'esplorazione delle questioni che incontra una professione in costruzione. Quanto alla creazione di un gruppo professionale, è il necessario supporto, reale e simbolico, per poter sostenere una competenza che comporta il non aderire acriticamente alla cultura scolastica o familiare, tecnica, avendo a sostegno una propria appartenenza di riferimento.

Infine ricordiamo la cosa forse più rilevante: l'apprendimento della competenza relazionale si differenzia da quello delle tecniche perché non può essere manualistico, laboratoristico, acontestuale, risolto nella comunicazione a una via di un sapere consolidato: esso si fonda su una continua connessione tra modelli, categorie di lettura, e loro adozione e verifica entro specifiche esperienze, particolari contesti, che lo stesso formatore esplora insieme ai formandi. In questo senso la metodologia della resocontazione, l'analisi degli eventi critici, il confronto tra colleghi sono non solo molto utili, ma essenziali.

Aggiungiamo che questo metodo – analizzare le esperienze, condividerle, resocontarle – è in buona misura adottabile nel luogo di lavoro: la resocontazione, il riportare in forma scritta, sintetica, chiara, fondata su categorie di analisi quanto si va facendo, aiuta gli AS non solo a comunicare con famiglia, scuola, servizi, ma aiuta tutte le persone implicate a tenere una traccia ragionata e critica degli interventi che si vanno attuando. In una delle esperienze riportate, due AS avevano fatto qualcosa di simile nella loro scuola e ciò le aveva aiutate a diventare un riferimento utile per tutti quelli che lavoravano con la disabilità e non solo. Notiamo qui un'altra caratteristica da tenere presente del gruppo degli AS: spesso, nel ruotare e mutare di responsabili, insegnanti e insegnanti di sostegno, entro la scuola sono gli AS la memoria di quanto si è fatto, il possibile filo rosso che tiene insieme gli eventi.

Bibliografia

Assante del Leccese, R., Carlino, M., Civitillo, A., Crisanti, P., Di Ruzza, F., Girardi, D. ... Vernile, F. (2013). Undici esperienze di intervento con la disabilità: A scuola, nell'assistenza domiciliare, nel rapporto tra servizi e domanda [Eleven intervention experiences with disability: At school, in home care, in the relationship between services and demand]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 88-111. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

- Giuliano, S. (2013). L'intervento psicoanalitico entro l'Assistenza Specialistica alla disabilità nel contesto scolastico [The psychoanalytic intervention within the Specialist Assistance to disability in the school context]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 51-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M. (2012a). La competenza a integrare differenze [The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Disability assistants for autonomy and social integration at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2013a). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories in a culture of living together with risk of isolation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M. (2013b). Disabilità: La domanda rivolta alla psicologia attraverso i resoconti di esperienze di giovani psicologi [Disability: The question posed to psychology through the report of experiences of young psychologists]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-87. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., & Caputo, A. (2014). Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia [Families with a child with a disability: The expectations toward services and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 84-107. doi: 10.14645/RPC.2014.2.514
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: la badante [In-home elder care. The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506