

SCRITTI DA

Serenella Basso

Fabio Basso

Mariateresa Calò

Roberta Carlini

Chiappetta Caputo

Andrea Canevaro

Lucio Colletti

Piero Crispino

Luigi D'Alagni

Lucia De Amicis

Angela Esposito

Maria Maria Favella

Giulio Fiorini

Renata Antonella Galanti

Patrizia Gaspari

Elisabetta Ghedin

Catia Giacconi

Rossella Gianfagna

Dario Ianes

Franco Larocca

Angelo Lascioli

Elena Malaguti

Pasquale Moliterni

Antonello Mura

Marisa Pavone

Patrizia Sandri

Franco Schiavon

Andrea Canevaro (a cura di)

# L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

Trent'anni di inclusione nella scuola italiana

Erickson

**GUIDE PER L'EDUCAZIONE SPECIALE**

Collana diretta da Dario Ianes

Andrea Canevaro (a cura di)

## L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità

Trent'anni di inclusione nella scuola italiana

*Scritti di* Serenella Besio, Fabio Bocci, Mariateresa Cairo, Roberta Caldin, Lucia Chiappetta Cajola, Andrea Canevaro, Lucio Cottini, Piero Crispiani, Luigi D'Alonzo, Lucia de Anna, Angelo Errani, Anna Maria Favorini, Italo Fiorin, Maria Antonella Galanti, Patrizia Gaspari, Elisabetta Ghedin, Catia Giacconi, Rossella Gianfagna, Dario Ianes, Franco Larocca, Angelo Lascioli, Elena Malaguti, Pasquale Moliterni, Antonello Mura, Marisa Pavone, Patrizia Sandri e Franco Schiavon

*EDITING*  
LUCIA DORIGATTI

*IMPAGINAZIONE*  
MIRKO PAU

*COPERTINA*  
GIORDANO PACENZA

© 2007 Edizioni Erickson  
Loc. Spini 154, settore E  
38014 Gardolo (TN)  
Tel. 0461 950690  
Fax 0461 950698  
www.erickson.it  
info@erickson.it

*Stampa*  
Esperia srl - Lavis (TN)

ISBN: 978-88-6137-163-7

Tutti i diritti riservati. Vietata  
la riproduzione con qualsiasi mezzo effettuata,  
se non previa autorizzazione dell'Editore.

**Erickson**

## L'alleanza terapeutica: conflitti e sinergie tra le diverse figure di cura

Maria Antonella Galanti

### GLI AUTORI DEI CONTRIBUTI DI QUESTA SEZIONE

*Maria Antonella Galanti*, è professore associato presso la Facoltà di Lettere e Filosofia di Pisa, dove insegna Pedagogia generale e Pedagogia speciale. Per la sede SSIS di Pisa è responsabile dell'Area trasversale e dell'Area pedagogica nel Corso per la specializzazione per il sostegno. Tra le sue pubblicazioni più recenti: *Introduzione alla Pedagogia Speciale* (con L. Trisciuzzi e C. Fratini, 2003, Laterza) e *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine* (in corso di stampa, Carocci).

*Angelo Lascioli*, è docente di Pedagogia speciale e di Pedagogia dell'integrazione lavorativa presso l'Università degli Studi di Verona.

*Fabio Bocci*, è professore associato presso la Facoltà di Scienze della formazione dell'Università Roma Tre, docente di Pedagogia speciale II nel Corso di Laurea in Scienze della formazione primaria (sia nelle attività formative curriculari sia in quelle del sostegno), insegna Difficoltà di apprendimento nel contesto scolastico presso la Facoltà di Psicologia I dell'Università «La Sapienza» di Roma. Dal 2006 è componente del Direttivo della SIPED (Società Italiana di Pedagogia).

*Rossella Gianfagna*, è docente presso la Scuola di Specializzazione per l'Insegnamento Secondario, Università degli Studi del Molise, Campobasso.

*Serenella Besio*, è professore associato di Pedagogia speciale presso l'Università della Valle d'Aosta. Delegato del Rettore per la Disabilità presso l'Ateneo, è coordinatrice dei Corsi di Sostegno in Scienze della formazione primaria e dei Corsi SSIS per la formazione dei docenti di sostegno nella scuola secondaria. Il suo ambito privilegiato di ricerca riguarda le tecnologie educative e le tecnologie assistive a supporto dell'autonomia della persona disabile; è autrice del testo *Tecnologie Assistive per l'inclusione scolastica della persona disabile* (2005, Pensa Multimedia). Attualmente è responsabile dell'unità locale di ricerca nel progetto europeo IROMECE (Interactive RObotic social MEdiators as Companions).

### La pedagogia speciale come disciplina di confine

Tra le discipline che studiano la disabilità e che definiscono i percorsi di cura e di riabilitazione la pedagogia speciale si trova, forse, nella situazione più difficile. Appare, infatti, come una disciplina a statuto epistemologico debole, perché non retta da precise delimitazioni di territorio, come accade invece per la medicina o per la psicologia cognitiva: l'una preposta a sovrintendere al percorso che si snoda dalla diagnosi alla prognosi e infine alle strategie anche farmacologiche di recupero; l'altra preposta alla misurazione, il più possibile scevra da variabili soggettive, degli aspetti quantitativi dell'intelligenza e delle sue funzioni, quali l'attenzione, la memoria e i linguaggi.

La pedagogia speciale si pone, dunque, come una disciplina di confine. Si occupa, infatti, delle diverse condizioni di disabilità e dei possibili percorsi di carattere educativo tesi a coinvolgere non solo i soggetti disabili, ma l'intero loro microcosmo relazionale: i familiari, gli insegnanti, gli educatori e, in generale, gli operatori della riabilitazione, medici compresi. L'universo dei soggetti disabili è abitato da molteplici figure coinvolte nei percorsi di cura e molteplici, altresì, risultano gli approcci epistemologici delle diverse discipline che costituiscono l'ambito formativo di ciascuna di queste figure. Pur essendo diverso il ruolo che ogni figura di cura ricopre, lo sguardo di ciascuna si posa, però, sulle stesse esperienze e sulla stessa porzione micro- e macroscopica di realtà.

Alla pedagogia speciale si rimprovera di non possedere un adeguato spessore scientifico, di occuparsi troppo, se non esclusivamente, degli aspetti soggettivi legati alla disabilità o, ancora, di non avere a disposizione ricettari didattici facilmente esportabili da soggetto a soggetto. La sua debolezza si colora di indefinitezza di confini e di variabilità delle valutazioni osservative; il principio che le è proprio, e cioè la necessità

di individualizzare ogni percorso riabilitativo e di cura, evitando i rischi della tipizzazione per categorie di disabilità, diventa talora il pretesto per esorcizzarne ogni portata critica. Relegata al ruolo subordinato del tradurre in pratiche di cura le produzioni teoriche ascrivibili ad altri, la pedagogia speciale rischia costantemente il proprio annullamento. Proprio gli aspetti che sembrano determinarne la debolezza, però, come l'interesse per gli elementi soggettivi dell'esperienza della disabilità, possono essere letti, al contrario, come un punto di forza. Solo riuscendo a legare l'oggettività del danno alla soggettività dell'esperienza della malattia fisica, psichica o psicofisica, è infatti possibile delineare una visione dinamica e aperta della situazione di vita del soggetto disabile.

Le problematiche relative alla disabilità appaiono complesse perché non riguardano soltanto il soggetto disabile, ma anche la relazione d'aiuto e, prima ancora, l'immaginario e gli affetti che si declinano intorno all'esistenza del danno fisico o psicofisico. Il contatto con persone segnate dal danno, ma anche l'idea della loro stessa esistenza, lascia emergere paure arcaiche e indicibili, spesso legate a un pensiero di tipo magico e che non potremmo tradurre del tutto nel codice della riflessività. Tali paure riguardano l'idea, non razionale e non comprovata, tuttavia persistente, di un possibile contagio, o, per lo meno, di una sorta di diffusione dell'identità malata. Si teme di perdere ogni certezza rispetto alla propria integrità psicofisica anche solo soggiacendo al pensiero della possibilità di ammalarsi o contattando più da vicino, attraverso le persone care, tale condizione.

Per difendersi da una simile angosciosa possibilità non di rado ci si trincerava dietro il possesso della tecnica. Una tecnica che si fa fine e mezzo dell'agire clinico e diviene così «tecnicismo», cioè trova in se stessa il proprio scopo, anziché porsi come strumento al servizio delle persone e per il miglioramento della qualità della loro vita.

Il tecnicismo rende possibile una traduzione riduzionistica e deterministica della sofferenza e della malattia che ne incoraggia visioni e deresponsabilizzazioni rispetto alle quali il farmaco si presenta come una sorta di feticcio, capace, nello stesso tempo, di sedare le angosce e di restituire l'efficienza perduta.

L'ottica medica e quella pedagogico-educativa, se procedono separatamente, rischiano di creare terreno fecondo per nuovi tecnicismi e riduzionismi. Il dialogo possibile tra queste due discipline non può però ridursi a una sorta di divisione dei compiti in base alla quale la medicina si arrogherebbe la parola incontrastata sull'osservazione e sull'interpretazione del soggetto disabile o malato, mentre la pedagogia dovrebbe farsi avanti solo in un secondo momento, per tradurre tali acquisizioni teoriche in prescrizioni pragmatiche o in ricettari didattici. In questo caso il compito educativo verrebbe svilito e ridotto alla dimensione dell'assistenzialismo.

In realtà entrambe le discipline dovrebbero fornire una propria interpretazione della semeiotica di ciascuna patologia o disabilità, e le conseguenze in termini di azione educativa dovrebbero scaturire proprio grazie al confronto teorico tra punti di vista diversi.

Riflettendo sul glossario che definisce i territori del malessere psicofisico si possono rintracciare accezioni opposte della malattia, della cura, della guarigione stessa o, nel

caso della disabilità, dell'impossibilità di guarire. In relazione a tali differenti punti di vista si dipana la possibilità di accogliere o meno, come parte integrante del discorso scientifico, il disordine e la soggettività del coinvolgimento emozionale o della distanza che si decide di frapporre tra sé e l'altro diverso. Convivono ancor oggi, infatti, concezioni naturalistiche (e, dunque, necessariamente deterministiche) della malattia e del percorso di cura con altre più complesse, che tengono conto anche degli apporti di ricerca delle scienze umane nel loro insieme. La concezione naturalistica della medicina identifica il malato e il disabile con il diverso e il deviante dalla norma. Il malato viene sottoposto, così, a pratiche di depersonalizzazione messe in atto spesso in maniera ritualistica e tese ad assimilare la persona alla debolezza contrattuale (e non solo) del corpo danneggiato e difettoso, annullando, contemporaneamente, ogni aspetto legato alla soggettività e al ruolo sociale e professionale.

L'agire medico sembra delimitare il proprio campo teorico e quello operativo nel percorso lineare della diagnosi, della cura e della guarigione, considerando malattia e salute come condizioni opposte, definite l'una (la salute) dall'assenza dell'altra. In questa cornice la disabilità (come ogni malattia senza guarigione assoluta e ancor più se con esito mortale), sembra porsi come un'offesa rispetto a una medicina intesa come correzione degli errori della natura, evidenziandone, quando la correzione non sia possibile, tutta la criticità.

Una medicina che non guarisce viene identificata come una medicina inutile e perdente. A riprova, possiamo considerare le gerarchie, forse non scritte, ma certamente evidenti, tra le diverse branche nelle quali la medicina stessa si articola. Appaiono vincenti, poiché producono molto rumore e visibilità di risultati, i settori specialistici che apparentemente traggono il malato fuori dalla dimensione della malattia; quelli che guariscono nell'immediato, anche se poi ci si ammala di nuovo, magari perché il danno a un organo recede, ma altri danni si sono determinati. Come nell'esempio paradossale del chirurgo che può affermare che tutto è andato nel migliore dei modi quando l'intervento è tecnicamente riuscito, anche se il paziente muore in seguito per un'embolia post-operatoria, perché la morte non è sopravvenuta all'interno dell'esperienza chirurgica, ma nel decorso successivo. Altre branche, tese a migliorare la qualità della vita di chi risulta inguaribile (cioè destinato a morire), come il settore della medicina che si occupa di cure palliative, sono di fatto considerate di minore importanza e hanno poco o nessun potere nell'ambito accademico. Stesso destino è riservato alla neuropsichiatria infantile, che si occupa della disabilità in età evolutiva, dunque di patologie generalmente non suscettibili di guarigione.

La malattia rappresenta certamente un dato di carattere tecnico-scientifico, ma anche, contemporaneamente, un'esperienza soggettiva. Nell'essere nel mondo di un soggetto malato si realizza un connubio inestricabile tra dimensione biologica e dimensione esistenziale che definisce la sua esperienza di vita. Sentirsi soggettivamente malati, infatti, significa anche percepire il decadimento della propria progettualità dovuto all'assottigliarsi delle risorse fisiche e psichiche e dunque all'indebolimento della propria

capacità contrattuale nei confronti del gruppo sociale del quale si fa parte. Inoltre, si può avere una malattia senza sentirsi fisicamente ammalati: sono infatti molte le malattie che si presentano, almeno per una parte del loro decorso naturale, come asintomatiche. Ci si può anche sentire, al contrario, soggettivamente malati e magari percepire i segni clinici come altrettante stimmate di dolore nel proprio corpo, senza avere alcuna malattia organica: è quanto viene rappresentato dall'esperienza dell'isteria, una malattia *sine materia* declinata attraverso la drammatizzazione corporea dei sintomi di ogni possibile patologia organica.

La malattia ha dunque una dimensione biologica che può essere avulsa dalla consapevolezza del soggetto che ne è portatore e una dimensione psichica legata, invece, proprio a questa consapevolezza.

La coscienza di essere malati è anche qualcosa che nasce dall'interazione con gli altri. La malattia, in questo senso, rappresenta prima di tutto un'esperienza esistenziale e fa parte del processo vitale di un soggetto, anche inteso in senso biologico. Non di rado, infatti, si insinua senza opposizione nel corpo di chi si ammala, per esempio grazie a una predisposizione costituzionale. Altre volte, invece, sorge come processo di difesa messo in atto dall'organismo sulla base di precedenti risoluzioni positive della criticità; è il caso della febbre, che si presenta non come insulto, ma come tentativo di difesa rispetto a organismi patogeni, poiché molti di essi non sopravvivono oltre una certa soglia di temperatura. La malattia, allora, può essere vista non più come l'elemento estraneo che si insinua in un corpo indifeso per oltraggiarlo, sfidando i limiti della scienza medica, ma piuttosto come un prodotto eclettico scaturito (come la febbre, appunto, o come le reazioni allergiche, o come certe malattie autoimmuni, anche gravi) dalle stesse azioni di difesa messe in atto dall'organismo per garantirsi la sopravvivenza.

Questa diversa accezione della malattia come esperienza esistenziale intrinseca al percorso di vita, rende possibile una visione diversa anche della stessa guarigione, non più concepita come una sorta di ritorno, più o meno miracoloso, a uno stato di benessere fisico preesistente, ma come una trasformazione del corpo e della psiche. L'esperienza della malattia, se significativa, determina un riassetto completo dell'immagine di sé, una ridefinizione della propria identità, così come una revisione della propria idea del senso dell'esistenza e della gerarchia di valori precedente.

Anche la cura, una volta ridefiniti i concetti di malattia e di guarigione, può finalmente acquisire uno statuto più ampio e un ben diverso valore rispetto al solo proporsi come insieme di metodologie e strumenti terapeutici. Può significare, infatti, sollecitudine per la persona che attraversa l'esperienza della malattia: una sollecitudine non solo tecnica, ma complessiva e globale; un farsi carico, oltre che del corpo o della psiche danneggiati, anche dell'esperienza soggettiva, riflessiva ed emozionale a un tempo, del danno stesso. All'interno di una dinamica sociale che vede incrementare l'idea di un corpo ideale, efficiente e sanissimo, perfettamente levigato, profumato, standardizzato rispetto ai modelli imperanti di corpi giovani e forti, l'esperienza della malattia porta con sé il marchio dell'inutilità relazionale e sociale. Nel curare il corpo, dunque, ci si

preoccuperà anche di come il soggetto può elaborare il senso di penosa estraneità che quasi sempre si accompagna all'esperienza del danno fisico, così come a quella, fisiologica, dell'invecchiamento.

La medicina moderna nasce come clinica, cioè come disciplina regolata dal potere dello sguardo, sorretta dalle categorie della visibilità e dell'enunciabilità. Essa si afferma come tale (Foucault, 1969) proprio fondando l'idea che tutto ciò che si vede sia enucleabile e indagabile. La medicina del visibile (quella del corpo e quella della psiche) si fa sempre più descrittiva e sempre meno capace di interpretare e di cogliere il senso globale della trasformazione che l'emergere di una malattia porta con sé, non solo rispetto all'esperienza esistenziale del soggetto malato, ma anche alla rete relazionale che lo concerne.

La medicina e la pedagogia si differenziano, dunque, anche in relazione allo spazio che viene concesso all'invisibile e al modo diverso di concepire i segni clinici. La medicina è costretta, per poter effettuare la diagnosi, a operare secondo una metodologia descrittiva e per astrazione, verificando se un soggetto presenta un congruo numero di sintomi comuni a persone appartenenti a una determinata categoria nosografica. Occorre, in altre parole, che i sintomi siano come purificati dall'appartenenza a questo o a quel soggetto e dalla storia della persona che li presenta, dalla sua collocazione antropologica, dalla rete che costituisce il suo microcosmo gruppale, dal suo temperamento e dalla sua visione del mondo così come dall'immagine che ha di sé.

Per definire una diagnosi si procede per alienazione dei sintomi rispetto al soggetto stesso che li produce e in questo modo un comportamento diventa omologabile a qualsiasi altro comportamento si presenti evidentemente come sovrapponibile. Un atto aggressivo è un atto aggressivo, per esempio. Ma come distinguere le infinite sfumature dell'aggressività? Come associare ciascuna di esse a un significato, come interpretare ogni atto, ogni singolo gesto aggressivo inserendolo in un processo di costruzione di senso? L'aggressività, infatti, rappresenta un elemento inalienabile della relazionalità umana (sembra comune la radice etimologica di «vita» e di «violenza», e cioè il termine greco *bios*). Lo stesso Freud ne sostiene la natura quasi innata, considerando i fenomeni di autoaggressività come una sorta di esperienza precorritrice di quella eterodiretta (Freud, 1977), mentre l'aggressività reattiva agli stimoli frustranti dell'ambiente servirebbe, una volta elaborata, per accedere al principio di realtà (Freud, 1976). Sulla scia dello stesso Freud, e accusata proprio su questo punto da altri studiosi di tradirne e distorcerne il pensiero, molto più sfumato, Melanie Klein porrà la polarità dialettica tra *Eros* e *Thanatos*, pulsione di vita e di morte, alla base della propria costruzione metapsicologica (Klein, 1969). Allo stesso modo Anna Freud conierà l'idea del meccanismo di identificazione con l'aggressore come modalità sana (o, se vogliamo, al servizio della salute) di agire aggressivamente per elaborare l'aggressività a connotato distruttivo (Freud, 1978).

L'aggressività rappresenta, dunque, un elemento ineliminabile dell'esistenza, ma anche ambiguo, poiché l'accezione negativa che oggi la caratterizza è tutta moderna: l'etimo latino del termine, infatti, rimanda al semplice muoversi, progredire verso un

altro o più altri. Allude, dunque, a un movimento di moto a luogo che tradotto in termini di dinamiche interpersonali può originarsi dall'odio nei confronti dell'interlocutore, ma anche, forse, dalla rabbia delusa e quindi dal reiterarsi di una richiesta. Sono opposte le ragioni che muovono l'odio o la rabbia delusa per un'attesa non ancora del tutto sopita: l'odio è infatti veicolato dalla disperazione, mentre il secondo sentimento è mosso, piuttosto, da una speranza; è quasi un ultimo tentativo di avvicinarsi all'altro per trovare un terreno di comunicazione condivisa.

Alcuni studiosi hanno realmente interpretato in questo modo certe esperienze aggressive. Winnicott, per esempio, non credendo all'esistenza dell'istinto di morte, almeno nell'accezione kleiniana di questo concetto, interpreta l'aggressività, anche per lui connaturata all'esistenza stessa, come un'iniziale risposta motoria alle frustrazioni dell'ambiente. Per lo studioso, tale sentimento sarebbe capace di determinare l'accesso al principio di realtà perché parallelo, se non funzionale, all'acquisizione della separatezza tra lo e non lo; una separatezza intesa anche come distanza psicofisica o, per usare l'espressione stessa dell'autore, come *crudeltà disillusiva* (Winnicott, 1975; 1986); un'esperienza destinata a trasformarsi nel corso dello sviluppo, e in particolare nell'adolescenza, fase della vita che si caratterizza per una modalità comunicativa di particolare oppositorietà. Tale oppositorietà, spesso non recepita nel suo significato, si pone come una richiesta d'aiuto imprigionata in un codice paradossale perché costretto a utilizzare i gesti del rifiuto dell'altro per evocarne la vicinanza fisica e metaforica (Winnicott, 1975).

Affermare che un atto aggressivo non è altro che un atto aggressivo, significa rinunciare a interpretare le esperienze e a ricondurle a una processualità più ampia di un gesto consumato in un inafferrabile attimo. Occorre, piuttosto, colorare di significato il gesto aggressivo, riportandolo alla dimensione della distruttività e dell'odio o a quella della creatività e della speranza. Emettere una diagnosi, però, assomiglia sempre più a un atto che sfugge al diritto-dovere dell'interpretazione per attestarsi al livello descrittivo dell'elencazione e dell'omologazione dei sintomi. Se diagnosticare diviene sinonimo di disincarnare, di ricondurre la soggettività della persona malata all'oggettività di una categoria nosografica, viene resa seriale la storia di quella persona stessa e la sua esistenza sovrapponibile a quella di molti altri.

Gli attuali manuali diagnostici psichiatrici, ad esempio, sono basati proprio su questo: per porre una diagnosi prevedono che i segni clinici vengano tradotti in strutture e concatenati in modo da renderli analogicamente riconducibili a sistemi di sintomi codificati nosograficamente. La medicina come scienza del visibile, infatti, per elaborare le proprie interpretazioni è costretta a evidenziare gli aspetti trasversali, comuni a casi clinici affini, così da ricondurli a un significato unico. Perché questo percorso di disincarnazione individuale e storica del soggetto malato o disabile non si consumi come sacrificio sull'altare di una pretesa neutralità scientifica, è necessario assumere un punto di vista teorico e metodologico opposto a quello appena considerato, utilizzando gli apporti delle altre scienze umane e, in particolare, della pedagogia speciale.

Oggetto di riflessione di questa disciplina, anche nella sua ricaduta didattica, dovrebbe infatti essere il percorso di soggettivizzazione dell'esperienza di malattia, in un certo senso anche destrutturando la diagnosi: non negandola o rifiutando di addentrarsi nel terreno dell'osservazione attenta della semeiotica, ma introducendo il dubbio critico rispetto alle previsioni, spesso standardizzate, di evoluzione positiva o negativa di un percorso di vita. Un soggetto con diagnosi di ritardo mentale, per esempio, non può certo mai acquisire competenze cognitive considerate nella norma. Tuttavia può incrementare o, al contrario, atrofizzare quelle che possiede; e può migliorare, con le competenze strettamente cognitive, anche la sua relazionalità e la qualità stessa della vita propria e delle persone che gli sono vicine. Compito della pedagogia dunque, può essere non fermare l'attimo perché lo sguardo possa fotografare l'esistente visibile, ma piuttosto cercare di leggere l'invisibile delle possibilità che vi si celano.

### Emozioni, paure e attese nella relazione di cura

Se nelle diverse epoche si sono avvicinati atteggiamenti differenti nei confronti della disabilità, appare invece trasversale rispetto a esse la coloritura emozionale della relazione di cura, in una dimensione legata ai tempi lenti dell'interiorità, spesso dissonanti rispetto a quelli del susseguirsi storico degli atteggiamenti razionali (Galanti, 2001). Nel corso del tempo si sono infatti alternati due grandi e opposti atteggiamenti nei confronti dei soggetti disabili, il rifiuto e l'iperprotezione, che, al di là dell'immediata distanza anche valoriale che li connota, si alimentano di una comune e implicita visione del soggetto disabile, collocato in una sorta di limbo tra animato e inanimato. In entrambi i casi, assumendo atteggiamenti improntati al rifiuto oppure all'iperprotezione, si sanziona la cristallizzazione del danno e l'identificazione tra patologia e soggetto che ne è portatore. Il soggetto diventa, così, nell'immagine che gli altri gli rimandano, una cosa sola con la malattia dalla quale si sente posseduto.

Come ogni altro essere vivente l'uomo è soggetto alle leggi della selezione naturale, ma nello stesso tempo vi si ribella e cerca di contrapporre a esse la pietà o la capacità di provare solidarietà nei confronti di chi si presenta al mondo con le stimmate della debolezza e della malattia. Con la cultura (e la nascita della medicina come scienza ne è un'espressione) egli cerca da sempre di dominare la natura e ci riesce in modo paradossale, proprio facendosi debole. Tanto più, infatti, diventa forte culturalmente, tanto più si fa debole dal punto di vista biologico. Le vesti che lo proteggono dai rigori del clima o le scarpe nelle quali imprigiona i piedi, rendendoli delicati, si sovrappongono alla difesa naturale della peluria o alle callosità che gli permettevano di calcare il suolo senza ferirsi. Il suo bisogno di assistenza genitoriale si dilata nei modi e nei tempi mano a mano che ci si avvicina all'oggi. Le relazioni si fanno più raffinate e con esse le modalità dell'esprimersi e del comunicare; dunque, proprio il suo essere culturale lo rende molto più fragile e dipendente dalle figure di riferimento rispetto agli altri animali.

Egli si fa quindi debole e contemporaneamente incrementa modalità di difesa di chi è ancora più debole — nel corpo e nella psiche — e porta il marchio della diversità. Debolezza e forza, dipendenza e autonomia si pongono sempre più, con il farsi complesso della realtà, come elementi compresenti rispetto ai quali ci sentiamo incerti e inquieti. C'è, soprattutto, il senso di custodire gelosamente celato un sottofondo oscuro e indicibile nel quale convivono, con le più appassionate convinzioni valoriali di solidarietà e uguaglianza di diritti tra gli uomini, anche ancestrali e irrazionali paure, sentimenti inammissibili scaturiti al contatto con le dimensioni altre e, in particolare, con quelle della disabilità psicofisica.

Malattia e disabilità ci spaventano perché in qualche modo ci mettono a contatto con la dimensione di debolezza e caducità che caratterizza ognuno di noi rammentandoci la possibilità, per tutti, del coinvolgimento diretto o indiretto. O, ancora, determinano, come adombrato precedentemente, una sorta di paura del contagio, magica e irrazionale, ma non per questo meno intensa. Oppure generano un senso di colpa e di disagio per la nostra condizione di normalità. In ogni modo costringono ciascuno di noi a fare i conti con le proprie debolezze e con le parti malate che ha dentro, con le ferite a malapena celate dietro la sicurezza dei gesti consueti e la familiarità dei ritmi quotidiani. Finiamo così, non di rado e senza consapevolezza, con l'usare il debole, il diverso e il malato per cacciare parti di noi (reali o possibili) che sentiamo deboli o malate e che si attivano proprio nella relazione. Questa involontaria attivazione, però, ci rende anche possibile una comprensione indiretta dell'altro, proprio attraverso l'ascolto introspettivo attento e cioè contattando i sentimenti e le emozioni che egli suscita in noi.

Talvolta, inconsapevolmente, usiamo l'altro, disabile, per nutrire il nostro bisogno di conferme narcisistiche attraverso l'assunzione di ruoli salvifici. È questo, in fondo, il significato oscuro e indicibile dell'eccesso di protezione e il vantaggio secondario del sacrificio di sé. La medicina e la pedagogia speciale attraversano certamente questa deriva narcisistica dell'amore di sé mascherato con l'amore per l'altro. Nella medicina il rischio è quello del sentimento di onnipotenza legato all'enfasi del guarire; sentimento che porta a sottostimare fino all'abbandono le aree che si occupano delle condizioni inguaribili e della sofferenza senza remissione. Nell'ambito educativo (sia familiare che, in senso più lato, delle diverse figure educative, insegnanti compresi), tale narcisismo nascosto assume il volto della ricerca di conferma del proprio valore in termini di generosità relazionale e abdicazione. Il sacrificio di sé fino all'identificazione completa con l'altro in una sorta di guscio fusionale regressivo ha come corollario quello di suscitare la stima e l'ammirazione altrui. L'identità, così, si ridefinisce in maniera contorta attorno a quel dedicarsi all'altro, evitandogli l'asprezza di ogni confronto diretto con la realtà.

Come sottrarsi, allora, alla deriva narcisistica? Lo sguardo critico può venire, in realtà, solo dall'esterno e cioè dal possibile svolgere l'una per l'altra, da parte delle diverse figure di cura, la funzione della domanda e del dubbio. È lo sguardo pedagogico, per esempio, che può e deve ricordare a quello medico la condizione comune dell'essere uomini e dunque, tutti — sani e malati — anche se in misura diversa, soggetti all'im-

previsto, al caso e al destino ineluttabile. D'altra parte, anche lo sguardo medico può ricordare alle figure con funzione educativa che la frustrazione, se non eccessiva, ma congruente con la capacità del soggetto di attraversarla, costituisce motivo di affrancamento da una condizione di dipendenza totale dall'altro. Una dinamica improntata alla dipendenza, del resto, crea un legame bidirezionale tra le due polarità della relazione asimmetrica: il soggetto debole esprime una dipendenza evidente, ma l'altro, il soggetto al quale si appoggia come a un lo ausiliario, finisce per sentirsi riconosciuto solo grazie alla dipendenza di chi gli permette la gratificazione narcisistica dell'insostituibilità.

È importante, dunque, che lo sguardo pedagogico si faccia carico della riflessione sulle dinamiche di dipendenza che si possono instaurare nella relazione d'aiuto.

### Aspetti metodologici comuni alle diverse figure di cura

Se al medico spetta il difficile e controverso compito della diagnosi, certamente anche tenendo conto degli apporti osservativi di tutti gli operatori coinvolti nell'équipe multiprofessionale, insegnanti e educatori compresi, a questi ultimi compete l'apporto critico: solo in tal modo è possibile elaborare piani di lavoro adattati all'individualità di ciascun soggetto e congruenti con un possibile progetto di vita che lo riguardi.

Pur nelle specificità di ogni operatore esistono degli elementi di trasversalità legati alla metodologia di intervento e, in particolare, la necessità del confronto interdisciplinare e di un'alleanza terapeutica (anche con la famiglia del soggetto disabile) che non sorga dall'appiattimento di un punto di vista rispetto all'altro, ma dalla tensione dialogica tra professionisti diversi. Confronto interdisciplinare non significa solo volontà dialogica, ma anche rottura della tradizionale scissione tra momenti teorici e ricadute pragmatiche, di solito articolati nell'affidare la prima dimensione a medici o agli psichiatri e la seconda alle figure con funzioni educative e/o riabilitative.

Riproducendo questa tradizionale scissione si finisce per incrementare gli aspetti di criticità propri di ciascuna dimensione professionale. Il rischio che corrono i medici e gli psicologi, ad esempio, è quello di non saper coniugare la riflessione razionale e distante con elementi di partecipazione affettiva. Le figure con funzione educativa, d'altra parte, rischiano di soggiacere a processi di pericolosa iperidentificazione e di non saper integrare il coinvolgimento emozionale, favorito dai tempi lunghi di vicinanza fisica, con la riflessione a distanza e lo studio di carattere razionale. Chiuse in una sorta di guscio metaforico e protettivo finiscono per condividere l'alveo di solitudine del soggetto disabile e la sua marginalità, piuttosto che condurlo in una dimensione di esperienze condivise e di costruzione di senso.

La qualità del dialogo interprofessionale e del lavoro d'équipe si evince anche dalla capacità di utilizzare il conflitto interpretativo o valutativo come elemento di conoscenza del soggetto, facendone una risorsa anziché un ostacolo al comprendere. Molto spesso, invece, il punto di vista diverso da quello che si sostiene è vissuto persecutoria-

mente, come una critica tesa a invalidare il proprio operato e, dunque, vi si risponde arroccandosi rigidamente nella propria posizione iniziale e chiudendosi al dubbio e alla domanda. Nell'ambito del confronto interdisciplinare è quasi inevitabile il conflitto delle interpretazioni tra operatori di formazione diversa. Tale conflitto è ascrivibile alle differenti metodologie di indagine, alle diverse modalità di strutturazione del setting terapeutico, educativo o riabilitativo di ciascuno e anche alla discrepanza dei tempi e dei contesti di lavoro.

È probabile, per esempio, che una figura con funzioni educative abbia una visione più positiva delle competenze come delle potenzialità di un soggetto con il quale, rispetto al medico o allo psicologo, condivide molte ore al giorno in contesti anche non esplicitamente valutativi. L'incontro con il medico e lo psicologo si svolge invece per tempi limitati e in spazi circoscritti, tanto da rendere più intensa l'interferenza dell'ansia rispetto alle prestazioni e alla disponibilità relazionale. A tutto questo va aggiunto, inoltre, il diverso modo di rapportarsi al soggetto da parte di queste differenti figure di cura. Lo psicologo o il medico, infatti, nel somministrare test standardizzati, devono considerare attentamente ogni variabile fuorviante ed evitare quanto più possibile di interferire con suggerimenti o incoraggiamenti di varia natura. Un insegnante e un educatore, invece, devono sperimentare proprio con quali apporti il soggetto può spingersi un poco oltre le competenze acquisite e capire attraverso quali modalità sia possibile lasciare emergere le potenzialità apprenditive.

### **Separatezze tra le figure di cura: l'ambito paradigmatico della riabilitazione motoria**

Un esempio particolarmente evidente di contrasto improduttivo tra operatori diversi è quello tra contesto educativo-pedagogico e contesto della riabilitazione motoria in riferimento a soggetti con disabilità specifica.

Si crea infatti, quasi sempre, una scissione emozionale tra i due setting. Il primo, quello deputato alle pratiche della terapia motoria, finisce per connotarsi come faticoso, impietoso, duro fino a farsi, non di rado, doloroso. Il secondo sembra porsi, all'opposto, come luogo del puro consolare, dell'accogliere, del prevenire bisogni e desideri del soggetto, impedendogli così di portarli a coscienza e di esprimerli. Nel primo caso il risultato è quello di un soggetto che vive la dimensione riabilitativa alla stregua di una tortura, senza motivazione né speranza relativamente al senso del dover ripetere quasi quotidianamente un'esperienza a dir poco sgradevole. Nel secondo caso, invece, non solo viene inficiata la motivazione al comunicare, ma persino il decollo della capacità rappresentativa e simbolica può risultare di fatto scoraggiato, reso inutile perché qualcun altro, dall'esterno, si fa carico di interpretare e di elaborare le sensazioni e le afferenze del soggetto.

Raramente si realizza un'alleanza terapeutica tra operatori della riabilitazione motoria, educatori e insegnanti. Eppure, dopo aver delimitato senza confusioni o

sovrapposizioni le funzioni e il ruolo di ciascuno, un'alleanza tra terapeuta e insegnante sarebbe indispensabile, affinché gli operatori a valenza pedagogica potessero suggerire i percorsi del motivare all'apprendimento e all'esercizio e, viceversa, il terapeuta rendesse edotto l'insegnante su limiti e potenzialità motorie del soggetto, sugli speciali accorgimenti di supporto che si possono adottare (come sistemare il piano di lavoro, quali strumenti utilizzare per far leggere o scrivere, quali ausili informatici acquistare, ecc.), sulle posture adeguate da far assumere per le differenti attività, sui gesti da incoraggiare e su quelli da non far attivare, su come proporre ogni attività programmata tenendo conto non tanto e non solo delle difficoltà motorie del soggetto, ma anche, specialmente nel caso delle paralisi cerebrali infantili, degli aspetti percettivi. Si tende, invece, a considerare l'aspetto legato al movimento come un versante tecnico dell'apprendere, avulso da una riflessione globale sul soggetto e sulla rete di dinamiche interpersonali che lo coinvolgono.

Per comprendere ancora meglio, con un esempio paradigmatico, quanto appena considerato, basterà riflettere sulla questione dell'alimentazione: una delle più dolorose per le famiglie dei soggetti affetti da paralisi cerebrale di una certa gravità, nei quali permangono riflessi fisiologici arcaici insieme a una motricità dell'apparato buccofonatorio pesantemente alterata. In questi casi, non solo appare problematica o del tutto impossibile la masticazione, ma persino la deglutizione risulta difficile se il cibo non è liquido o semiliquido. Molto spesso la madre non riesce a cedere il posto ad altri, neanche al padre o ai nonni, nel compito di nutrire il figlio, tanto grande è la sua paura di vederlo soffocare per il cibo che può andare di traverso.

Quasi sempre la stessa resistenza viene messa in atto di fronte alla proposta di provare, gradualmente, a introdurre nella dieta cibo semisolido. Se qualche volta la madre tenta, titubante, di sperimentare tale cambiamento, il primo boccone che sembra ostruire la gola o l'arrossarsi del volto del figlio la scoraggiano e spaventano. Non ce la fa a delegare ad altri e dunque il suo posto è lì: finisce per sentire il dovere di licenziarsi dal proprio impiego e, poco a poco, di rinunciare a ogni squarcio di realizzazione personale possibile. A ogni pasto si avvicina a quel figlio così difficile da avvolgere con le proprie braccia e troppo rigido per poterlo far accoccolare nell'incavo del proprio corpo. Lo tiene semidraiato, sorreggendogli la testa e lo nutre, con tutta la lentezza e la concentrazione necessarie, con il braccio che si intorpidisce — e sempre prima, mano a mano che il bambino cresce — le gambe e la schiena indolenzite e lo stupore dentro, rinnovato ogni volta, per l'innaturalità dell'esperienza.

Quando il figlio si fa più grande la vediamo tenere disteso sul proprio corpo seduto quello di lui che si è allungato ancora, ma rimanendo sempre rigido e teso: l'immagine di una Pietà. Proviamo allora pena e rabbia insieme per quella solitudine a due che avvolge madre e figlio in una sorta di manto trasparente e quasi sembra fonderli. Lei e lui sono un corpo per altri: negato e sacrificale quello della madre, nella postura del sorreggere; negato quello del figlio, mentre si fa inerte e passivo oggetto che altri devono manipolare. La madre sembra quasi identificarsi con il figlio per poterlo comprendere

e lo fa negando libertà al proprio corpo, sottoponendolo a una postura innaturale e faticosa, imprigionandolo in una routine motoria destinata a ripetersi all'infinito.

L'esperienza della masticazione, del cibo solido, del mangiare seduto e non tenuto in braccio, ha forti valenze simboliche nello sviluppo dei bambini normali. Rappresenta un momento importante di passaggio da una modalità del tutto o prevalentemente assimilativa di incorporare il mondo attraverso i suoi doni (in questo caso il cibo) a una di carattere accomodativo, nella quale non ci si limita a fruire passivamente di un elemento del mondo che ci dà piacere, ma lo si trasforma, trasformando contemporaneamente noi stessi.

L'intelligenza, del resto, intesa come modalità adattiva rispetto all'ambiente, si realizza, secondo Piaget (1968), proprio nella dialettica tra movimenti dell'assimilare e movimenti dell'accomodare. Utilizzare modalità accomodative rispetto al mondo significa già intraprendere il percorso dell'autonomia, intesa come capacità di adattarsi in relazione all'ambiente e nello stesso tempo di adattare l'ambiente, trasformandolo, ai propri bisogni e desideri. Lo svezzamento, inoltre, aggiunge a queste valenze di carattere cognitivo anche altre di tipo simbolico, legate all'elaborazione dell'aggressività.

L'atto del masticare, infatti, è il primo attivamente aggressivo. Esso si manifesta proprio nel momento in cui, secondo le teorie kleiniane dello sviluppo, emerge la posizione depressiva. Attorno al settimo-ottavo mese di vita, il bambino sembra realizzare l'idea di una compresenza di bene e male, di disponibilità e di aggressività, all'interno di ciascuno e, dunque, anche della madre e di se stesso. Si tratta di una tappa importante, nella quale si gettano le basi per elaborare le proprie fisiologiche tensioni aggressive e distruttive e si sperimenta una posizione psichica diversa da quella che la stessa Klein aveva definito schizo-paranoide, cioè legata allo scindere bene e male operando attribuzioni unilaterali dell'uno o dell'altro a persone diverse (Klein, 1978). L'ottavo mese, del resto, è sempre stato visto da molti autori come una tappa di rottura e non ritorno; rappresenta un salto che segna una trasformazione sia cognitiva che affettiva. Spitz colloca in questo stesso periodo il secondo organizzatore psichico, il riconoscimento e la paura dell'estraneo (Spitz, 1972). È anche il momento nel quale si pongono le basi intellettive e affettive per il decollo del linguaggio verbale, quando l'esperienza ripetuta della lallazione comincia a trasformarsi da sfogo cinetico giocoso in un atto volontario di comunicazione: non sarebbe possibile neanche questo passaggio se non dopo aver sperimentato la distanza e la separatezza che solo un agire nel terreno dell'accomodamento possono rendere possibili. L'assimilazione, infatti, non tiene conto delle differenze, ma piuttosto le annulla e suscita sensazioni di fusionalità regressiva. L'assimilazione richiede di chiudere, metaforicamente, gli occhi, e concentrarsi sulle sensazioni interne; l'accomodamento richiede, invece, uno sguardo intelligente e veloce, capace di posarsi contemporaneamente su sé e sul mondo.

Il bambino con paralisi cerebrale, che non usufruisce dei passaggi fisiologici dall'atto motorio spontaneo alla comprensione intelligente del mondo attraverso la costruzione dei concetti, è spesso escluso anche da questa precoce esperienza che delimita l'ingresso nel

percorso dell'autonomia: il passare dall'esser nutriti al nutrirsi. Perché per un bambino gravemente danneggiato dal punto di vista neuromotorio possa essere intrapreso un percorso di autonomia, a partire proprio dalle condotte alimentari, occorre un'alleanza tra le diverse figure professionali e quelle di riferimento affettivo. Bisognerà capire insieme le paure della madre o dei familiari, dotarle di senso, rispettarle, ma incoraggiarne l'elaborazione; bisognerà che un'altra figura, diversa dalla madre, ma non così lontana come il medico, con un distacco emozionale maggiore legato alla professione (un educatore o un insegnante, per esempio), sia disponibile ad affrontare la propria stessa paura, non molto diversa da quella della madre, accettando di sostituirsi a lei nell'atto del nutrire; bisognerà che un operatore esperto guidi i gesti e rassicuri, consigli, supervisioni e spieghi, introduca la riflessività proprio nei luoghi nei quali troppo forte è il dominio delle emozioni e dell'inconsapevole.

Dietro quella resistenza della madre a cedere il passo ad altri nel momento dell'alimentazione, infatti, si celano anche desideri inconsci e paure indicibili. Ad esempio, il desiderio che il figlio non cresca, che resti piccolo; il tentativo di negare, a livello del pensiero magico, la sua ineluttabile impossibilità a guarire. Finché viene nutrito con cibo che assomiglia al latte, finché viene tenuto in braccio per mangiare, egli è piccolo. Si può cacciare l'idea, insopportabile, che la razionalità suggerisce, di lui che diventerà adulto mentre chi gli è vicino diventerà vecchio e incapace di accudirlo. Si riesce ancora a pensare, mentendo a se stessi, che forse il mondo può fermarsi, forse è possibile pietrificare la realtà in attesa di una risposta all'urlo di angoscia e di dolore impotente che sgorga dai recessi più nascosti, ma non riesce a dispiegarsi, a rendersi udibile: «Perché proprio a me? Perché mio figlio è così?». È lo stesso sentimento che la madre e le figure familiari di questo tipo di soggetti provano al momento di passare all'uso della sedia a rotelle, lasciando il passeggino che in fondo poteva alludere a una condizione bambina pietrificata per sempre.

Molto spesso, di fronte a un dolore impotente come quello appena considerato, gli operatori si difendono con facili parole di presa di distanza: «La madre non vuole rendersi conto della situazione», o ancora: «Tende a negare la reale gravità delle condizioni del figlio». Si crea un circolo vizioso nella comunicazione, perché nessuno è capace di trasformare l'idea magica della pietrificazione della realtà in un discorso realmente di possibilità; nel poter sperare non che la situazione si rovesci miracolosamente nel suo opposto, ma che la qualità della vita possa migliorare con l'aiuto e la riflessione di tutti. Una qualità della vita che non faccia riferimento solo al mondo delle cose e delle relazioni sociali, ma anche alla realtà interna, all'immagine danneggiata che si ha del figlio, e che egli ha di sé, e che si sovrappone al suo corpo e alla sua mente danneggiati aderendovi perfettamente.

In luogo della razionalità distante bisognerebbe allora, per capire, utilizzare anche altre modalità conoscitive e la riflessione teorica di discipline diverse oltre a quella della fisioterapia, della neurologia, dello stesso studio delle metodologie riabilitative. Potrebbe essere proprio questo un ulteriore spazio della pedagogia speciale, intesa come disciplina atta

a leggere una situazione di disabilità tenendo conto della complessa rete di legami che la definiscono: quelli esterni, relativi alle persone che a vario titolo sono in interazione con il soggetto disabile, e quelli interni, relativi all'immagine di sé e al rispecchiamento dell'immagine che altri, più vicini o più lontani, hanno di lui. Troppo spesso, invece, si separa il discorso tecnico (o quello sulle tecniche) dal discorso conoscitivo, sia in senso riflessivo-razionale che affettivo ed emozionale. Questa separazione non si potrebbe spiegare se non come un'ulteriore difesa dal difficile impatto emozionale con l'universo della disabilità: un universo tragico, in certo qual modo, perché definito dall'impossibilità del guarire. Scindere le tecniche dallo sguardo critico, razionale o emozionale, permette infatti di scrollarsi dalle spalle responsabilità, dubbi, angosciosi sensi di colpa. In questo modo è la tecnica stessa che è responsabile del proprio fallimento, oppure i genitori o il soggetto medesimo se non riescono o non vogliono servirsene secondo lo specifico protocollo previsto.

Svolgere una professione d'aiuto evitando i rischi di *burnout* significa imparare ad armonizzare il distacco razionale della comprensione scientifica con il coinvolgimento emozionale. Questo si traduce nell'esercitare la dialettica tra modalità conoscitive di carattere razionale e altre di tipo emozionale quali l'empatia, che rappresenta un modo di porsi rispetto a se stessi e agli altri, ma anche una modalità del conoscere di carattere emozionale. Si può definire come la capacità di comprendere un altro dal di dentro, immedesimandosi nella sua condizione, ma facendo leva, per analogia, su qualche propria esperienza. Come molti studiosi hanno sostenuto, dunque, empatia e disponibilità all'introspezione sono strettamente legate.

L'empatia utilizza un canale emozionale e rappresenta una forma di conoscenza che, come l'intuizione, si realizza in forma rapida, intermittente, repentina e coinvolge ambiti profondi di comprensione. Si differenzia dall'intuizione per l'oggetto della conoscenza, che è la dimensione emozionale e dei sentimenti, e perché comporta un coinvolgimento emotivo, mentre l'intuizione può essere utilizzata addirittura per evitarlo. L'empatia è legata alla disponibilità rispetto alla regressione dal punto di vista della funzionalità dell'io e, quindi, al possesso di una salda e integra identità. Si tratta di una regressione temporanea, con possibilità di recupero immediata e costante. Nei confronti di soggetti più fragili, infatti, l'empatia si coniuga con la nostalgia (per parti di sé perdute, relegate nelle zone profonde e oscure alla coscienza) e con la riparazione rispetto ad altre parti nascoste di sé ferite e rese disperate, fragili, malate. Questo rende attuale anche il pericolo di abuso rispetto all'empatia stessa, poiché se utilizzata in maniera acritica e pervasiva, senza la necessaria correzione della razionalità, si può anche trasformare facilmente in connivenza e complicità con le parti malate dell'altro. Relativamente alla relazione di cura, dunque, occorre saper modulare la distanza legata alla conoscenza razionale e scientifica con il coinvolgimento emozionale e la conoscenza empatica dell'altro. Essere capaci di empatia presuppone la capacità di mediare soggettivo e oggettivo, distanza e vicinanza emozionale, di essere osservatore e partecipe, e di consentire che vi siano continue oscillazioni e passaggi tra queste posizioni.

L'immagine che ciascuno ha dell'altro, infatti, contrariamente a quanto ci tramandano diffusi stereotipi, non deve essere una copia fedele. Deve essere abbastanza vicina a come l'altro è e si sente, ma anche, nello stesso tempo, sufficientemente distante, da permettere e incoraggiare le sue possibili trasformazioni. Tale immagine non potrebbe comunque, del resto, riprodurre l'altro così com'è, perché in essa sono comprese anche le aspettative e le anticipazioni dell'osservatore, così come le sue paure e le sue speranze, che ne esprimono, in ultima analisi, anche tutta la fragilità.

## Bibliografia

- AA.VV. (1993), *Sensorialità e pensiero*, Roma, Borla.
- Ammaniti M. e Stern D. (1992), *Attaccamento e psicoanalisi*, Bari, Laterza.
- Canevaro A. (2006), *Le logiche del confine e del sentiero*, Trento, Erickson.
- Corominas J. (1993), *Psicopatologia e sviluppi arcaici*, Roma, Borla.
- D'Alonzo L. (2006), *Pedagogia speciale per preparare alla vita*, Brescia, La Scuola.
- de Anna L. (1998), *Pedagogia speciale*, Milano, Guerrini.
- Ferrari A. (1997), *Proposte riabilitative nelle paralisi cerebrali infantili*, Pisa, Del Cerro.
- Foucault M. (1969), *La nascita della clinica*, Torino, Einaudi.
- Freud A. (1978), *L'io e i meccanismi di difesa*, Firenze, Martinelli.
- Freud S. (1976), *Pulsioni e loro destini*. In S. Freud, *Opere*, vol. VIII, Torino, Boringhieri, ed. orig. 1915.
- Freud S. (1977), *Al di là del principio del piacere*. In S. Freud, *Opere*, vol. IX, Torino, Boringhieri, ed. orig. 1920.
- Greenson R.R. (1984), *L'empatia e le sue vicissitudini*. In R.R. Greenson, *Esplorazioni psicoanalitiche*, Torino, Boringhieri, ed. orig. 1978.
- Galanti M.A. (2001), *Affetti ed empatia nella relazione educativa*, Napoli, Liguori.
- Gelati M. (2004), *Pedagogia speciale e integrazione*, Roma, Carocci.
- Ianes D. (2006), *La speciale normalità*, Trento, Erickson.
- Klein M. (1969), *Invidia e gratitudine*, Firenze, Martinelli, ed. orig. 1957.
- Klein M. (1978), *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*, ed. orig. 1935, *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, ed. orig. 1946; *Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa*, ed. orig. 1948; *Alcune considerazioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia*, ed. orig. 1952. In M. Klein, *Scritti 1921-1958*, Torino, Boringhieri.
- Mannoni M. (1971), *Il bambino ritardato e la madre*, Torino, Boringhieri.
- Piaget J. (1968), *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, Firenze, Giunti Barbera, ed. orig. 1937.
- Spitz R.A. (1972), *Il primo anno di vita del bambino*, Firenze, Universitaria, ed. orig. 1958.
- Spitz R.A. (1976), *Teoria di un campo genetico della formazione dell'ego*, Firenze, La Nuova Italia, ed. orig. 1959.
- Stern D. (1995), *La costellazione materna*, Torino, Boringhieri.
- Trisciuzzi L., Fratini C. e Galanti M.A. (1998), *Dimenticare Freud? L'educazione nella società complessa*, Firenze, La Nuova Italia.
- Trisciuzzi L., Fratini C. e Galanti M.A. (1996), *Manuale di Pedagogia Speciale*, Bari, Laterza.

Winnicott D.W. (1986), *L'aggressività e le sue radici*, ed. orig. 1939; *Aggressività, colpa e riparazione*, ed. orig. 1969. In C. Winnicott et al. (a cura di), *Il bambino deprivato: le origini della tendenza antisociale*, Milano, Cortina.

Winnicott D.W. (1975), *L'aggressività e il rapporto con lo sviluppo emozionale*. In D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli, ed. orig. 1950-1954.

Sono passati trent'anni dall'approvazione della legge 517 del 1977, che qualificò il contesto italiano come precursore a livello internazionale della *full inclusion*. Fu una scelta coraggiosa, da alcuni anche criticata come azzardata e precipitosa, che motivò, e per certi versi costrinse, la realtà scolastica italiana a rimboccarsi le maniche, elaborando e approfondendo analisi teoriche, prassi e strategie operative, modelli di intervento e di collaborazione, percorsi di formazione.

Questo volume si pone l'obiettivo di fare il punto della situazione, per vedere cosa è cambiato e cosa si può ancora cambiare per migliorare la qualità della vita degli alunni con disabilità. Si tratta di un progetto articolato, che si avvale di contributi e orizzonti molteplici, così com'è, da un lato, sfaccettata l'esperienza di vita delle persone con disabilità e, dall'altro, complessa e ricca di contaminazioni la riflessione e l'operatività di quella disciplina di confine che è la pedagogia speciale. Vengono affrontati quindi i temi della legittimazione teorica della pedagogia speciale, della fondazione giuridica ed etica dell'integrazione, verrà ripercorsa e analizzata la storia legislativa e culturale della scelta inclusiva italiana, confrontandola con le esperienze internazionali. Sono oggetto di approfondimento non solo le questioni che riguardano specificatamente la scuola (la normativa, le strategie inclusive, la didattica), ma anche le altre dimensioni esistenziali (il contesto familiare, il gioco, la sessualità, la collaborazione con le altre figure di cura) e l'integrazione sociale più in generale, in un'ottica di progetto di vita.

ISBN 978-88-6137-163-7



9 788861 371637

€ 24,00