

Lavorare con le famiglie «difficili» di alunni e studenti con disabilità a scuola

Esprimere competenze professionali per condividere modelli operativi

Luigi Croce e Federica Di Cosimo*

monografia

Sommario

L'articolo esamina due aspetti relativi al processo di inclusione scolastica in Italia. Innanzitutto, occorre trattare il tema delle competenze che operatori professionali, dirigenti e consulenti clinici e pedagogici sul campo dovrebbero essere in grado di esprimere nell'interazione comunicativa con i familiari delle persone con disabilità. Poi si cerca di mappare concettualmente le coordinate del modello su cui occorre costruire e condividere, con le stesse famiglie, le dinamiche dell'interazione comunicativa e collaborativa. Si forniscono infine suggerimenti per realizzare sul campo strumenti e pratiche per governare il fenomeno dell'inclusione scolastica nell'area critica dell'interazione con i familiari.

Il lavoro con le famiglie di allievi e studenti con disabilità

Innanzitutto è importante delimitare il campo di azione concettuale: non approfondiamo il tema attinente alla preparazione tecnica delle diverse figure professionali (dirigente, insegnante, educatore, assistente per l'autonomia e la comunicazione, psicologo, assistente sociale, neuropsichiatra, ecc.), ma focalizziamo l'attenzione sulla componente di competenze professionali, che gli stessi professionisti dovrebbero essere in grado di esprimere sul fronte dell'interazione comunicativa e collaborativa con i familiari di

alunni e studenti con disabilità. Infatti, dal momento della presa in carico istituzionale e per tutto il percorso scolastico, tali operatori professionali entrano in contatto con familiari di alunni e studenti con disabilità in modo regolare.

I *loci* dell'interazione comunicativa e collaborativa rappresentano gli snodi critici attraverso i quali passa o si inceppa l'evolvere della dimensione scolastica del progetto di vita della persona con disabilità. Il set di abilità specifiche della professione educativa e clinica, dalla capacità di valutare il funzionamento umano alla competenza nella definizione diagnostica, dalla pianificazione degli interventi all'erogazione dei sostegni più appropriati, fino alla verifica e alla misurazione degli esiti, si dimostra talora insufficiente se non comprende un set articolato di meta-abilità necessarie all'operatore professionale per

* Luigi Croce, Università Cattolica di Brescia, FOBAP ANFFAS, Brescia; Federica Di Cosimo, Università Cattolica di Brescia, Ufficio Scolastico Territoriale XI di Brescia.

orientare, coinvolgere e condividere con la famiglia i processi d'integrazione e inclusione in vista di una transizione assai critica verso il mondo post-scolastico.

Il curriculum formativo di base di tali professionisti non compendia l'acquisizione sistematica di metodi, tecniche e strumenti dedicati all'interazione comunicativa e collaborativa efficace con la famiglia. Tuttavia la differenza tra i percorsi inclusivi efficaci e il fallimento nel fornire sostegno alle persone con disabilità a scuola dipende anche dall'abilità dell'operatore scolastico di generare la partnership consapevole e l'attivazione della famiglia come risorsa. Quando l'ingaggio comunicativo e collaborativo familiare viene meno o non è di fatto attivato, il Piano Educativo Individualizzato diventa un mero documento formale, le fasi procedurali che lo caratterizzano si trasformano in un esercizio accademico e non rappresentano più le tappe del processo di inclusione.

Il disingaggio familiare trasforma la stessa famiglia in una sorta di sabotatore interno impegnato in atti di rivendicazione o in un soggetto passivo che delega e si deresponsabilizza in ruolo, partecipazione e disincanto. Ci troviamo di fronte a quelle situazioni in cui gli operatori scolastici hanno la sensazione che le problematiche comportamentali più marcate emergano dal gruppo dei familiari piuttosto che dall'allievo o dallo studente (Munro, 2007).

L'interrogativo sul piano professionale si pone quindi nei termini dell'individuazione di abilità, strumenti e metodi in grado di innescare, sviluppare e mantenere l'interazione comunicativa e collaborativa con tutte le famiglie, anche quelle più difficili, problematiche o addirittura ostili o disilluse verso l'agenzia scolastica.

La formazione degli operatori professionali e delle organizzazioni scolastiche nel campo dell'interazione comunicativa e collaborativa

con le famiglie rappresenta un supporto indispensabile per migliorare l'inclusione e la qualità della vita degli alunni e studenti con disabilità. Ci permettiamo di sottolineare che, senza presumere l'onnipotenza professionale dei tecnici, è la variabile «competenza professionale» a incidere più significativamente sugli esiti del coinvolgimento comunicativo e collaborativo familiare: non si tratta, infatti, di un confronto tra pari su base professionale in quanto la famiglia, ontologicamente provata dall'esperienza della disabilità, si qualifica contestualmente sempre come risorsa e come utente a cui la scuola fornisce il «servizio» dell'inclusione come diritto durante tutto il percorso evolutivo della persona con disabilità.

Allo scopo di identificare le abilità necessarie al professionista della scuola per gestire l'interazione comunicativa e collaborativa con la famiglia della persona con disabilità, riportiamo, come presupposto di pensiero condiviso e principi di riferimento, le considerazioni di Munro (2009, pp. 45-46):

1. L'esercizio della funzione genitoriale non costituisce in assoluto un compito semplice. Tale esperienza risulta più complicata e impegnativa quando viene esercitata in funzione di un figlio con disabilità, la cui esistenza e il cui sviluppo impongono azioni educative e di sostegno decisamente più costose, impegnative e costanti nei cicli di vita.
2. Ogni famiglia, persino nei casi estremi di abuso sessuale, dispone di alcuni punti di forza, capacità e competenze; attiene all'arte dell'esercizio professionale attivare queste qualità, ricorrendo a prospettive più evolute del lavoro sociale e della psicologia positiva (Early e GlenMaye, 2000; Harris, Thoresen e Lopaz, 2007; Russo, 1999; Saleebey, 1996).
3. La contrapposizione tra gli operatori della scuola e la famiglia non si configura

- necessariamente come un ostacolo, ma potrebbe rappresentare il segnale di un effettivo interessamento al processo degli attori coinvolti. Il disaccordo o l'evidenza di una persistente tensione creativa potrebbe dipendere da una forte intenzionalità al cambiamento, da un'intensa partecipazione emotiva o da una spiccata autenticità e spontaneità nella relazione tra il sistema e la famiglia. Le stesse dispute interpersonali, ad esempio tra le famiglie e gli insegnanti, risultano un'evenienza inevitabile nella fattualità esistenziale e possono essere risolte con successo se gli operatori professionali rispondono con competenza e appropriatezza agli eventi.
4. Sul lungo periodo le famiglie sembrano concedere un rispetto particolare e tendono a non dimenticare nel tempo gli insegnanti e i clinici con i quali hanno mantenuto l'interazione comunicativa, anche quando i pareri e le opinioni non risultavano particolarmente concordanti o sussisteva disaccordo. Analogamente i professionisti che riescono a sviluppare e mantenere l'interazione comunicativa e collaborativa con le famiglie, oltre le fasi caratterizzate dal disaccordo o addirittura dal conflitto interpersonale, sembrano essere coloro che valutano il lavoro con le famiglie come una componente fondante della loro responsabilità professionale.
 5. Nelle famiglie in cui sono presenti persone disabili è frequente rintracciare una sorta di componente irrazionale ed esoterica nel vissuto di dolore, lutto e trauma. Operatori professionali formati all'educazione, alla didattica e alla medicina basata sull'evidenza del modello bio-psico-sociale talvolta non colgono la dimensione spirituale della sofferenza correlata alla condizione di «famiglia disabile». Espellere attraverso gli attributi dell'irrazionalità le componenti spirituali, non necessariamente religiose, connesse alla vita dei familiari di persone con disabilità, equivale a rimuovere fattori motivazionali o facilitatori alla resilienza che, senza presupporre l'adesione da parte degli operatori professionali, ne meritano l'accoglienza e il rispetto. In termini più laici, il senso di appartenenza e la solidarietà tra operatori professionali e familiari potrebbero essere sostenuti dal principio di tolleranza, di rispetto della diversità di valori e di prospettive, nel comune riconoscimento della funzione inclusiva dell'istituzione scolastica rispetto a tutti i suoi cittadini.
 6. La presenza di un bambino con disabilità non determina necessariamente la fine del matrimonio, della vita di coppia o della famiglia, come frequentemente sembra emergere dalle convinzioni comuni. Il rischio di compromissione del legame tra i coniugi sembra, invece, più strettamente correlato ai problemi preesistenti o latenti nella coppia. La letteratura scientifica più recente riporta che il confronto contro le avversità nel crescere e sostenere un bambino con disabilità, talvolta, produce e trasforma il gruppo familiare verso un'organizzazione psicologica più forte e coesa (Stainton e Besser, 1998; Weiss, 2008).

Le competenze dei professionisti dell'inclusione scolastica nel lavoro con le famiglie

I professionisti della scuola si trovano frequentemente nella condizione di affrontare l'atteggiamento di famiglie frustrate, arrabbiate, deluse e ostili nei confronti degli educatori e dei clinici. Abbiamo già sottolineato come, in termini di principio, la condizione della famiglia non collaborativa possa essere di fatto considerata un dato,

mentre l'attributo «difficile» dipenda, in realtà, dall'insieme delle competenze di cui gli operatori professionali dispongono nel confrontarsi con la gamma dei «casi» che si possono presentare.

Sulla base dei principi enunciati in precedenza, proviamo ora a enucleare l'insieme delle abilità critiche degli operatori educativi e clinici operanti nella scuola, in ordine alla costruzione dell'interazione comunicativa e collaborativa con i familiari di alunni e studenti con disabilità:

1. *Comprendere la storia e la biografia della famiglia.* La prospettiva storica consente talvolta al personale docente e ai consulenti clinici di spiegare l'atteggiamento aggressivo e ostile della famiglia come esito delle esperienze negative vissute precedentemente.
2. *Riconoscere la famiglia come potenzialmente sana e comunque fonte di risorse.* Lo stigma della disabilità colpisce anche la famiglia e talvolta gli operatori considerano in modo pregiudizievole come «disabile» tutta la famiglia.
3. *Costruire relazioni positive.* L'intenzionalità costruttiva è un requisito fondamentale per l'efficacia della collaborazione.
4. *Promuovere l'assertività della famiglia attraverso l'ascolto attivo.* L'assertività contribuisce alla chiarezza della comunicazione.
5. *Imparare gli elementi essenziali del lavoro e dell'interazione con le famiglie.* La competenza specifica delle dinamiche relative al lavoro con le famiglie è essenziale: non ci si improvvisa operatori.
6. *Comprendere le autentiche ragioni di comportamenti familiari ostili, ambigui e non collaborativi.* Occorre individuare le motivazioni esterne e contingenti e quelle interne.
7. *Gestire le aspettative esplicite e implicite.* Bisogna integrare la prospettiva della

famiglia nella definizione degli obiettivi.

8. *Diventare consapevoli delle domande non espresse dalla famiglia.* È necessario decodificare ed esplicitare quanto non è chiaro e condiviso.
9. *Ristrutturare sistematicamente e periodicamente il campo della collaborazione.* Bisogna avere sempre chiara e mantenere evidente la fase del processo in corso, la posizione nella mappa concettuale del modello.
10. *Chiarire, definire, ridefinire i ruoli con chiarezza reciproca in modo costante.* Si deve mantenere il ruolo reciproco in funzione delle responsabilità e delle competenze.
11. *Imparare a confrontarsi con persone comunque «difficili».* Occorre comprendere il punto di vista emotivo e le oggettive difficoltà delle famiglie.

Un modello operativo da condividere con le famiglie a scuola

Come abbiamo suggerito in precedenza, l'abilità più critica nell'insieme delle competenze richieste agli insegnanti e agli operatori afferenti all'ambito scolastico è rappresentata dalla capacità di illustrare e condividere con le famiglie un possibile modello relativo alla qualità di vita.

Di seguito offriamo un modello strutturato e scientificamente validato (Schalock e Verdugo Alonso, 2002). Si tratta di un modello concettuale articolato e complesso di cui intendiamo presentare schematicamente le caratteristiche essenziali, sotto forma di enunciati chiave che, come operatori clinici e educativi della scuola e dei servizi, abbiamo la possibilità di trasmettere alle famiglie in una reale situazione di interlocuzione, come già ci sta accadendo e come sempre di più ci piacerebbe avere l'opportunità di fare.

Tali enunciati chiave possono essere così riassunti:

1. Le concezioni più evolute della disabilità (De Ploy e Gilson, 2004; Devlieger, Rusch e Pfeiffer, 2003; WHO, 2001) la definiscono come l'esito dell'interazione tra alcune caratteristiche della persona e i suoi ambienti di vita, la casa, la scuola e la società in primo luogo. In linea con l'*International Classification of Functioning, Disability and Health / ICF* (WHO, 2001), la disabilità non è la conseguenza della malattia (*DSM-IV-TR*, APA, 2000; WHO, *ICD-10*, 1992) che vi è correlata, ma dipende in modo articolato dalla disponibilità di facilitatori e barriere, che incrementano o limitano le attività e le partecipazioni della persona alla vita della comunità di appartenenza.
2. Sulla base di questa evidenza scientificamente fondata, possiamo dichiarare di fronte alle famiglie che il compito collaborativo che ci attende a scuola consiste nel migliorare il funzionamento umano e la salute degli allievi/studenti/figli con disabilità attraverso l'acquisizione di abilità, la fornitura di sostegni/facilitatori, la rimozione di barriere, promuovendo l'accesso e la partecipazione in tutte le aree della vita, con particolare riferimento all'apprendimento e allo sviluppo delle conoscenze, alla comunicazione e alla socializzazione.
3. La valutazione del funzionamento rappresenta il punto di partenza di un percorso di sviluppo di sostegni interni, le *capacities* degli alunni/studenti con disabilità, e di fornitura di sostegni esterni, compresi le attività didattiche, i supporti tecnologici e il personale di sostegno. La valutazione del funzionamento e della salute è frutto di un lavoro multidisciplinare che coinvolge figure professionali diverse e si avvale del prezioso contributo

informativo dei familiari della persona con disabilità.

4. Differenti fasi procedurali caratterizzano l'evoluzione del progetto di vita a scuola: presa in carico, assessment o valutazione iniziale, bilancio ecologico/ecosistemico, definizione della meta generale e degli obiettivi specifici, pianificazione dei sostegni, erogazione dei sostegni e svolgimento delle attività di sostegno, monitoraggio in itinere e valutazione degli esiti. Una delle fasi più critiche è rappresentata dal bilancio ecosistemico, che si caratterizza come il momento in cui le informazioni raccolte nella fase di valutazione iniziale vengono «pesate» e classificate attraverso un processo di integrazione dei valori di tutte le variabili del funzionamento e del bisogno di sostegno, per individuare obiettivi generali e specifici compatibili con i punti di forza e le limitazioni dell'alunno/studente. La matrice ecologica, strumento operativo del bilancio ecosistemico, consente di allineare le caratteristiche di funzionamento della persona con i domini e gli indicatori della qualità della vita, con particolare riferimento all'ambiente scolastico.

Senza approfondire il carattere complesso di ciascuna delle fasi e delle loro correlazioni (Comitato Tecnico-Scientifico ANFFAS, 2007), intendiamo semplicemente focalizzare l'attenzione del lettore sulla complessità del processo che dalla valutazione iniziale, dopo la presa in carico, conduce alla definizione degli obiettivi di miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità.

Abbiamo già ricordato che il profilo del funzionamento individuale, con le sue limitazioni, non costituisce l'unico elemento su cui costruire obiettivi di qualità della vita e, di conseguenza, attività e sostegni appropriati. Non esiste alcun automatismo

che ci autorizzi a elaborare l'intervento sulla base di una lettura semplicistica del funzionamento, della diagnosi funzionale o del profilo dinamico funzionale. La definizione dell'obiettivo allineato con gli specifici domini di qualità della vita rappresenta la premessa essenziale per dirigere le attività e i sostegni verso l'adattamento e la soddisfazione delle persone.

Il mancato allineamento, e quindi l'adozione di un'ottica semplicemente lineare tra funzionamento ed esiti personali, funzionali e clinici, non consente di far percepire le attività e i sostegni come produttivi ed efficaci per la qualità di vita delle persone. Insomma semplificare e investire sul solo funzionamento non significa assicurare esiti di miglioramento della qualità di vita.

Alla semplificazione e alla logica lineare di una diagnosi solo clinica o solo funzionale, dovremmo sostituire un approccio decisamente più complesso, governato e quindi non caotico, che per la definizione degli obiettivi si fonda su un processo di integrazione dei valori di tante variabili ecologiche, al di là della diagnosi clinica e del funzionamento. In pratica, quando individuiamo gli obiettivi di miglioramento della qualità di vita, dobbiamo esaminare contestualmente un numero significativo di variabili che influenzano la decisione di lavorare per perseguire questo fine.

Tra le variabili ecologiche da considerare nella fase programmatica definita «bilancio ecosistemico» possiamo elencare: aspettative e desideri della persona; biografia dell'individuo; richieste degli ecosistemi, ovvero degli ambienti in cui la persona vive, impara, lavora, socializza e si diverte; funzionamento come *capacity*, performance e *capability*; bisogni; bisogni di sostegno; comportamento adattivo; competenze da certificare (ovvero le aspettati-

ve formali che il contesto scuola manifesta in virtù della sua funzione istituzionale e che rappresentano la dotazione di funzionamento dello studente nella fase di transizione dalla scuola al lavoro/servizio); capacità intellettive; interazioni e partecipazione sociale; disturbi del comportamento; patologie somatiche e condizioni di rischio per la salute; psicopatologia; risorse disponibili; attività e sostegni nel senso di competenze, programmi, offerte di servizi; capacità e performance della persona non attualizzate e non richieste dagli ecosistemi di vita.

La vera sfida al caos, verso il miglioramento della qualità di vita, potrebbe cominciare a risolversi nel cercare operativamente di integrare i valori delle variabili funzionali/ecologiche nella generazione di obiettivi generali e specifici davvero orientati al miglioramento della qualità di vita, non solo della persona con disabilità, ma anche della famiglia e della comunità di cui fa parte come cittadino.

5. Il modello dei sostegni, proposto dall'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (XI edizione, 2010), potrebbe rappresentare una sorta di mappa concettuale che definisce i termini del percorso dalla valutazione del funzionamento al riconoscimento degli esiti in termini di miglioramento della qualità di vita.

La comunicazione e la condivisione con i familiari, infatti, dovrebbero essere sostenute dall'identificazione dei risultati, nella prospettiva comune del miglioramento della qualità della vita. Se l'accordo formale tra scuola e famiglia è sancito dalla presa in carico, l'elemento sostanziale si concretizza nella visione degli esiti come miglioramento della qualità di vita dell'alunno/studente disabile, via via che le fasi del piano educativo e clinico vengono

espletate, con competenza e nel rispetto dei principi etici e degli obblighi normativi.

6. La prospettiva del miglioramento della qualità di vita dovrebbe essere spiegata alla luce delle evidenze scientifiche disponibili (Schalock e Verdugo Alonso, 2002; American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010; Schalock, Gardner e Bradley, 2007). La ricerca empirica e gli studi di meta-analisi sulla letteratura scientifica hanno consentito di individuare otto domini fondamentali della qualità di vita: Benessere fisico, Benessere materiale, Benessere emozionale, Autodeterminazione, Sviluppo personale, Relazioni interpersonali, Inclusione sociale, Diritti ed empowerment.

Senza approfondire in questo lavoro il tema degli indicatori e della misura degli esiti attraverso opportuni strumenti come la *Personal Outcome Scale* (Van Loon et al., 2009), possiamo sottolineare l'importanza di condividere con i familiari i contenuti, il senso e il significato di rappresentare all'orizzonte degli interventi e dei sostegni, all'inizio e durante tutto il percorso del sostegno, il miglioramento della qualità di vita declinato attraverso le aree che la caratterizzano. La scuola si configura come ambiente privilegiato in cui contribuire all'esercizio dell'autodeterminazione, alla ricerca dello sviluppo personale attraverso l'apprendimento e alla realizzazione di fatto dell'inclusione, senza trascurare nessuno degli altri domini.

7. Un'opportunità straordinaria di coinvolgimento della famiglia in termini di ingaggio collaborativo nella realizzazione del progetto di vita a scuola è rappresentata dall'individuazione dei domini della qualità di vita della famiglia (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010). In altri termini, è possibile per gli operatori facilitare

la condivisione della prospettiva della qualità di vita dell'alunno/studente con disabilità, lavorando contestualmente per il miglioramento della qualità della vita della famiglia. Al personale scolastico e ai clinici che collaborano deve essere chiaro che, accanto agli otto domini della qualità di vita della persona con disabilità, è possibile aggiungere gli otto domini della qualità di vita della famiglia: Interazioni familiari, Genitorialità, Benessere emozionale, Sviluppo personale, Benessere fisico, Benessere economico e finanziario, Coinvolgimento nella comunità, Sostegni specifici alla disabilità. La famiglia si sente accolta, partecipa e tende ad attivare il proprio contributo di risorse, senza contraddizioni e inutili «sabotaggi», se avverte che le azioni educative e cliniche dirette al miglioramento della qualità di vita dell'alunno/studente con disabilità operano contestualmente al miglioramento della qualità di vita della famiglia.

8. Un ultimo enunciato si riferisce alla terza componente da integrare nella visione prospettica del miglioramento della qualità di vita: i domini relativi alla comunità a cui l'allievo e la famiglia appartengono. Al momento sono stati identificati tre domini fondamentali della qualità di vita della comunità (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/AAIDD, 2010): Posizione socioeconomica, Salute, Benessere soggettivo.

Su questo fronte si potrebbe giocare l'impegno dell'inclusione, anche al di là dell'ambito scolastico: pensiamo alla necessità e alla possibilità di lavorare al Piano Educativo Individualizzato perseguendo contemporaneamente obiettivi di miglioramento della qualità di vita per la persona con disabilità, la sua famiglia e la comunità in cui si trovano

inseriti. Di fatto avremmo a disposizione le leve effettive dell'inclusione.

Conclusioni

Lo scenario educativo a scuola si caratterizza frequentemente come un ambito caotico, che nello svolgimento dei propri compiti istituzionali — educare tutti gli alunni/studenti, compresi quelli con disabilità — rischia di impegnarsi molto e di produrre poco in termini di produttività educativa, di miglioramento della qualità di vita e di acquisizione di competenze da certificare.

La nostra riflessione vorrebbe costituirsi come un contributo non alla semplificazione dello stesso scenario, ma alla sua trasformazione da contesto caotico a complesso (von Bertalanffy, 1968). Il governo della complessità richiede la contemporanea attivazione di molti fattori, tra i quali ritroviamo quelli che abbiamo sinteticamente trattato nel nostro lavoro:

1. la capacità di integrare una molteplicità di informazioni, i valori che assumono le diverse variabili ecologiche relativamente al funzionamento e ai bisogni dell'allievo/studente, per definire gli obiettivi in linea con le competenze da certificare;
2. la disponibilità di principi e abilità degli operatori nell'interfacciare i familiari in funzione dell'interazione comunicativa e collaborativa per il miglioramento della qualità di vita;
3. la conoscenza di un modello dei sostegni condivisa in grado di delineare il percorso dal funzionamento alla qualità e, nel futuro, al senso della vita.

Integrazione delle informazioni, competenza comunicativa e collaborativa e modello condiviso costituiscono tre dei fattori di gestione della complessità clinica e educativa della disabilità a scuola e nei servizi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association/APA (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition, Text Revised, Washington DC, APA.
- American Association on Mental Retardation (2005), *Ritardo mentale. Definizione, classificazione e sistemi di sostegno*, decima edizione, edizione italiana, Gussago (BS), Vannini, pp. 177-178.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/AAIDD (2010), *Intellectual Disabilities: Definition, classification, and systems of supports*, XI edition, Washington DC, AAIDD.
- Comitato Tecnico-Scientifico ANFFAS (a cura di) (2007), *I sostegni per incrementare la qualità di vita della persona con disabilità intellettiva e relazionale. Una sperimentazione*, «American Journal on Mental Retardation», edizione italiana, vol. 5, n. 3, pp. 397-398.
- Cottini L., Fedeli D., Leoni M. e Croce L. (2008), *La Supports Intensity Scale nel panorama riabilitativo italiano e procedure psicometriche*, «American Journal on Mental Retardation», edizione italiana, vol. 6, n. 1, p. 38.
- De Ploy E. e Gilson S.F. (2004), *Rethinking disability. Principles for professional and social change*, Belmont, CA, Thompson Brooks/Cole.
- Devlieger J.P., Rusch F. e Pfeiffer (a cura di) (2003), *Rethinking disability. The emergence of new definitions, concepts, and communities*, Antwerp, Belgium, Garant.
- Early T.J. e GlenMaye L.F. (2000), *Valuing families: Social work practice with families from a strength perspective*, «Social Work», vol. 45, pp. 118-130.
- Harris A.H.S., Thoresen C.E. e Lopez S.J. (2007), *Integrating positive psychology into counselling*, «Journal of Counselling and Development», vol. 85, pp. 3-13.
- Munro J.D. (2007), *A positive intervention model for understanding, helping and coping with «challenging» families*. In I. Brown e M. Percy (a cura di), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities*, Baltimore, Brooks, pp. 373-382.
- Munro J.D. (2009), *Working with families: Essential skills every professional and manager*

- should know!, «The NADD Bulletin», vol. 12, n. 3, pp. 45-46.
- Russo R.J. (1999), *Applying a strength based practice approach in working with people with developmental disabilities and their families*, «Families in Society», vol. 80, pp. 25-33.
- Saleeby D. (1996), *The strength perspective in social work practice. Extensions and causations*, «Social Work», vol. 41, pp. 296-305.
- Schalock R.L. e Verdugo Alonso M.A. (2002), *Handbook on quality of life for human service practitioners*, Washington DC, AAIDD.
- Schalock R.L., Gardner J.F e Bradley V.J. (2007), *Quality of life: Applications for people with intellectual and developmental disabilities*, Washington DC, AAIDD.
- Stainton T. e Besser H. (1998), *The positive impact of children with an intellectual disability on the family*, «The Journal of Intellectual and Developmental Disability», vol. 23, pp. 57-70.
- Thompson J.R., Bryant B., Campbell E.M., Craig E.M., Huhes C., Rotholz D., Schalock R.L., Silverman W., Tassè M. e Wehmeyer M.L. (2005), *Support Intensity Scale*, Washington, DC, AAIDD.
- Van Loon J., Van Hove G., Schalock R.L. e Clase C. (2009), *Personal Outcome Scale: Administration and Standardization Manual*, Ghent, Ghent University.
- von Bertalanffy L. (1968), *General system theory: Foundation, development, applications*, New York, Brazillier.
- Walters A.S. e Kaufman Blane A. (2000), *Mental retardation*. In C.H. Zeanah (a cura di), *Handbook of infant mental health*, New York, The Guildford Press, pp. 271-281.
- Weiss J.A. (2008), *Role of Special Olympics for mothers of adult athletes with intellectual disability*, «American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities», vol. 113, pp. 241-253.
- World Health Organization/WHO (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (1996), *ICD-10 Guide for Mental Retardation*, Geneva, WHO.
- World Health Organization/WHO (2001), *ICF/ International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, WHO, trad. it. Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF/ Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson, 2002.

Abstract

The article examines two fundamental aspects of the complexity that characterises the movement and the practice of school inclusion in Italy. First of all, it is necessary to examine the aspect of the skills and expertise which professionals, clinical directors and consultants and teachers in the field should be able to express in the communication and collaborative interaction with the family members of pupils and students with a disability. Secondly, an endeavour is made to conceptually identify and map out the coordinates of the model on which to build and share the dynamics of the communication and collaborative interaction with the same families. It should be possible to avail of a simple thought contribution to create tools and practices in the field able to govern the complexity of the intention and phenomenon described as «school inclusion», in the critical area of the interaction with family members.