



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE DELLA FORMAZIONE E PSICOLOGIA

CICLO XXXIII

COORDINATRICE Prof.ssa Vanna Boffo

PEDAGOGIA CLINICA E CLINICA DELLA FORMAZIONE
MODELLI TEORICI, PRINCIPI METODOLOGICI E PROFESSIONI
EDUCATIVE A CONFRONTO

Settore Scientifico Disciplinare M-PED/01

Dottoranda

Dott.ssa Farnaz Farahi Sarabi

Tutore

Prof. Alessandro Mariani

Coordinatrice

Prof.ssa Vanna Boffo

Anni 2017/2020

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO I. IL DISCORSO PEDAGOGICO FRA TEORIA E PRASSI.....	14
1.1 La pedagogia tra passato, presente e futuro.....	14
1.2 I vari volti dell'educazione e della formazione.....	18
1.3 La cura come paradigma del discorso pedagogico.....	21
1.4 Il rapporto tra teoria e prassi pedagogiche.....	25
CAPITOLO II. LA PEDAGOGIA CLINICA TRA SCIENZA E PROFESSIONI EDUCATIVE.....	28
2.1 La storia e la nascita della pedagogia clinica.....	28
2.2 Le basi epistemologiche.....	33
2.3 La pedagogia clinica confina con altre professionalità?.....	38
2.4 Prospettive metodologiche.....	43
CAPITOLO III. LA CLINICA DELLA FORMAZIONE TRA SCIENZA E PROFESSIONI EDUCATIVE.....	59
3.1 La storia e la nascita della clinica della formazione.....	59

3.2 Le basi epistemologiche.....	62
3.3 La clinica della formazione confina con altre professionalità?.....	68
3.4 Prospettive metodologiche.....	71
CAPITOLO IV. PROFESSIONI EDUCATIVE A CONFRONTO.....	80
4.1 Note metodologiche.....	80
4.2 La pedagogia clinica come “nutre” le professionalità educative?.....	84
4.3 La clinica della formazione quale professionalità costruisce?.....	88
4.4 Una mappatura nazionale del pedagogista clinico e del clinico della formazione..	92
CONCLUSIONI.....	100
BIBLIOGRAFIA.....	104
EMEROGRAFIA.....	111
SITOGRAFIA.....	113
APPENDICE 1 TRACCE PER INTERVISTA.....	115
APPENDICE 2 INTERVISTE PEDAGOGIA CLINICA.....	117
APPENDICE 3 INTERVISTE CLINICA DELLA FORMAZIONE.....	130
APPENDICE 4 LA PEDAGOGIA CLINICA IN ITALIA: ASSOCIAZIONI, STRUTTURE, CENTRI.....	145
APPENDICE 5 LA CLINICA DELLA FORMAZIONE IN ITALIA: ASSOCIAZIONI, STRUTTURE, CENTRI.....	149

INTRODUZIONE

Ogni indagine scientifica è fortemente intrecciata, fin dalla sua ideazione, con la biografia del ricercatore, con il suo sentire, le sue esperienze, le sue competenze, le sue inclinazioni. Secondo Luigina Mortari la ricerca del sapere “non chiede al soggetto di cancellare la sua presenza, occultando la sua unicità e singolarità, ma di pensare a partire da sé. Il sapere vero non è un sapere diafano e neutro, ma un sapere che si porta appresso tutto il sapore dell’esperienza soggettiva, è dunque un pensare che si nutre di contingenza. Il pensare a partire da sé è il pensare che muove dall’esperienza, cioè dal vissuto portato sotto la luce del pensiero” (Mortari, 2006, p. 80).

Spesso si rimprovera alla ricerca pedagogica di aver fallito rispetto alla sua stessa ragione, in quanto non fornisce dati utili alla pratica educativa. Le critiche alla ricerca pedagogica vengono individuate nella mancanza di utilità per la pratica, nel non fornire risposte alle questioni circa le quali sono necessarie evidenze per indirizzare le politiche educative, in un’eccessiva frammentazione della ricerca in indagini spesso di scarsa rilevanza e senza un disegno organizzativo di sfondo che consenta poi di confrontare i dati emersi (Mortari, 2010).

Parlare del rapporto tra ricerca e agire pedagogico è, infatti, una questione complessa. L’agire pedagogico rappresenta il motore per dare avvio a proposte concrete e azioni efficaci in risposta alle trasformazioni del contesto sociale che vanno inevitabilmente ad impattare anche sul modo di pensare e fare ricerca in pedagogia. La pedagogia è infatti strettamente associata al concetto di cambiamento. Ed il cambiamento è ciò che consente di fare educazione, tanto che si può affermare che senza cambiamento non c’è educazione.

In questo senso, la presente ricerca affonda le proprie radici nell'esperienza personale e soprattutto professionale di chi scrive. La passione con cui svolgo il mio lavoro mi ha portato spesso a riflettere su alcuni elementi della relazione tra chi eroga l'azione formativa e chi ne fruisce, e infatti l'elaborato che ho redatto trae origine proprio dalla mia pratica professionale, nella quale mi sono resa conto che uno dei nessi principali del mio agire verteva sulla differenza tra insegnamento e apprendimento, il primo centrato principalmente sulla figura del "docente" e dei contenuti, mentre il secondo legato all'apprendimento del "discente" con una centratura sulla relazione di apprendimento e sulla modalità ogni volta "unica" con cui erogare il mio servizio di formatrice/pedagogista.

Inoltre, nell'esercizio pluriennale della professione di *counselor* a indirizzo biosistemico, è emersa l'esigenza di attivare un percorso euristico volto a individuare le cornici teoriche di tale declinazione pratica della professione di pedagogista. Di qui l'interesse per un approccio, la pedagogia clinica (Giancarla Sola), che pare il più adeguato a interpretare la professionalità del pedagogista impegnato nella consulenza pedagogica a persone e piccoli gruppi. Successivamente nello scambio generativo con il tutor della presente ricerca di dottorato, è emersa l'esigenza di integrare l'indagine rivolta alla pedagogia clinica, con un raffronto con la clinica della formazione (Riccardo Massa) per poter indagare meglio su una categoria che nella pedagogia di oggi risulta categoria-chiave: "formazione".

Il presente contributo nasce pertanto dall'interesse verso due approcci pedagogici: quello della pedagogia clinica e quello della clinica della formazione. Le linee progettuali e gli obiettivi generali della ricerca consistono infatti nell'indagare i nessi, le aree di sovrapposizione e di divergenza tra i due approcci pedagogici e le relative professionalità educative.

Le linee progettuali della ricerca si basano pertanto sulla necessità di far luce sulla complessità insita nelle professionalità educative che si occupano della clinica: la pedagogia clinica e la clinica della formazione. Verranno indagati i

nessi tra teorie e prassi educative di entrambi i paradigmi per evidenziarne le aree di sovrapposizione e di divergenza, senza escludere un'ipotesi di contaminazione delle discipline che dia vita a nuovi e diversi approcci ed identità. L'ottica a cui si fa riferimento è quella decostruzionista che consentirà di esplorare le identità delle professionalità educative e addentrarsi nelle loro esperienze concrete (Mariani, 2008).

L'obiettivo della presente ricerca, in linea con un'ottica decostruzionista, è quello di analizzare le categorie teoriche e i principi metodologici e operativi di alcune prospettive che prevedono la declinazione della cura all'interno delle pratiche educative, facendo particolare riferimento all'ambito della pedagogia clinica e della clinica della formazione. Se da un lato l'intento è quello di identificare quelle professioni che si occupano, direttamente o indirettamente, di pedagogia clinica e clinica della formazione, dall'altro sarà di fondamentale importanza approfondire le rappresentazioni che le varie professioni hanno del concetto di cura e di come la pratica educativa venga agita diversamente dalle varie professionalità. Il fine ultimo è quello di incrementare la conoscenza sulle teorie e le prassi utilizzate da queste professioni in ambito nazionale.

La relazione educativa può essere intesa come dovere pedagogico rappresenta il fine ultimo di qualunque ambito della pedagogia, sia nella dimensione della prassi che nella ricerca teoretica (Pesare, 2017). Con la presente ricerca si vuole però rinunciare alla pretesa di prestabilire "la" relazione educativa in generale e confrontarsi con "le" particolari relazioni educative che si vengono a costituire, in un ambito recente, come quello della pedagogia clinica e della clinica della formazione (Postic, 1983).

Tra le differenti professioni pedagogiche dobbiamo perciò annoverare anche quella del pedagogista clinico e del clinico della formazione. Ma dato che si tratta di saperi recenti è necessario stabilire quali siano gli "ambienti" dove possono operare, nonché le modalità attraverso cui la ne viene sostenuto (scientificamente) l'intervento.

Facendo riferimento ad un'ottica sistemica, sappiamo che parlare di cura e di formazione/deformazione in campo educativo significa prendere in considerazione l'intero contesto di vita del soggetto (Bronfenbrenner, 1979). I luoghi in cui avviene lo sviluppo, famiglia e scuola innanzitutto sono determinati da reciproche relazioni che qualificano la relazione educativa ed il prendersi cura del soggetto. Ma non sono solo queste figure ad occuparsi della cura della persona: nel corso degli anni si sono moltiplicate le figure professionali che si occupano, direttamente o indirettamente della cura della persona in ambito pedagogico: educatori, pedagogisti, insegnanti, *counselor*, mediatori sono solo alcune tra le figure che si occupano, attraverso teorie e prassi diverse dell'agire pedagogico e del prendersi cura della formazione e della deformazione del soggetto.

Ogni educazione contiene elementi di clinicità tanto che si può affermare che "l'educazione è attività clinica, centrata sul qui ed ora, con soggetti particolari come questi alunni e questo insegnante" (Damiano, 1994, p. 28). Crispiani sottolinea questo concetto identificando dei tratti clinici dell'educazione. Secondo l'autore l'educazione "non è solo trasmissione culturale, ma aiuto portato ai processi evolutivi (è relazione di aiuto). Si orienta a tutte le dimensioni ed aree della personalità umana (è ecologica). Attende ai processi evolutivi individuali (è individuale). Osserva le condizioni di ingresso di ciascuno (è diagnostica). Rileva le tipicità e le patologie: diversità, disagio, disabilità, patologia (è diagnostica e differenziale). Sfugge a modelli univoci/standards, ma tende alla individualità degli individui in formazione (è clinica). È consapevole, progettata, dotata di tecnologia e controllata (è progettata). Controlla e valuta l'andamento evolutivo dei soggetti e l'efficienza dei processi (è diagnostica). Tende a promuovere lo sviluppo integrato della personalità, anziché selezionarla (è promozionale). Organizza ed adatta se stessa alla individualità dei casi (è centrata sul soggetto). Tratta l'uomo a tutte le età (è permanente). Non si identifica solo con scuola e famiglia, ma è decentrata (ha sedi plurime). Persegue fini assoluti (storici,

assiologici) ed istituzionali (nel proprio contesto storico e culturale)” (Crispiani, 2001, p. 117). È evidente che una siffatta descrizione dell’educazione comporta un’apertura del nostro panorama di ricerca ad un ripensamento della professionalità educativa.

Pertanto, è sempre più necessario adottare il “pensiero riflessivo” della filosofia dell’educazione, in modo da coordinare e animare il sapere/fare educativo e di mantenere aperti ed in costante tensione i problemi ricorrenti ed emergenti. Affinché la pedagogia venga intesa come “filosofia pratica”, in grado di dialogare e acquisire il paradigma postmoderno, è necessario che essa si ripensi in rapporto ai cambiamenti sociali e alle emergenze dell’esperienza educativa (Mariani, 2006).

È sempre più viva, dunque, la necessità di un pensiero riflessivo, inteso da Dewey come “il fare che si sviluppa dall’attiva, costante e diligente considerazione delle credenze e conoscenze personali, alla luce delle prove che le sorreggono e delle conclusioni cui tendono” (Dewey, 1961, p. 68). Si tratta di un processo che si discosta dal semplice pensare e che va ad alimentare un flusso ricorsivo circolare tra il pensiero e la pratica.

La distinzione di Donald Alan Schön (1983) tra “riflessione in azione” e “riflessione sull’azione”, che racchiude una epistemologia della pratica professionale imperniata sulla conoscenza d’azione, si declina anche nell’agire pedagogico e nelle prassi delle varie professionalità educative. Assumere la prospettiva della *reflection-on-action*, ossia riflessione su un’esperienza pregressa, e della *reflection-in-action*, ossia riflessione durante l’esperienza, significa alimentare costantemente un pensiero critico sul proprio agire professionale, considerando la situazione da prospettive differenti. È sempre più necessario per i professionisti imparare a governare la complessità della propria professionalità, sviluppare uno sguardo interdisciplinare, verificare continuamente se le diverse osservazioni sulla realtà hanno il potere di trasformare le azioni. Il professionista che agisce in maniera riflessiva è colui

che si pone come ricercatore e – grazie a tale atteggiamento – accresce conoscenze e competenze riflettendo sull'azione mentre essa si svolge.

È qui che Schön propone un capovolgimento di prospettiva dicendo che “dovremmo partire non dal chiederci come utilizzare meglio la conoscenza basata sulla ricerca ma interrogarci su ciò che noi possiamo apprendere da un'attenta analisi dell'abilità artistica, cioè, sulle competenze attraverso le quali i professionisti di fatto interagiscono con le zone indeterminate della pratica (Schön, 2006, p. 43).

Al giorno d'oggi, per le professionalità educative è di vitale importanza acquisire questo agire riflessivo, proprio perché per queste professionalità, per dirla con Cambi, emerge “un modello professionale nuovissimo, posto al servizio dei processi formativi e capace di viverne tutta la precarietà, la difficoltà, la drammaticità, anche” (Cambi, 2003, p. 45). Gli esperti dei processi formativi devono per di più far fronte al dissolvimento di un *milieu* educativo relativamente unitario e coerente, con conseguente dispersione e frammentazione delle pratiche educative e degli immaginari sociali e pedagogici (Massa, 2000). L'impegno pedagogico in questo senso può essere volto ad elaborare un'idea di identità professionale plurale, un io molteplice in costante trasformazione.

Per riprendere le parole di Silvio Premoli (2017) i professionisti dell'educazione “vanno accompagnati a divenire soggetti della propria formazione (non semplicemente destinatari passivi), capaci di armonizzare pensiero e azione, valorizzando in modo circolare le teorie pedagogiche per rileggere la realtà e le riflessioni sulle proprie pratiche per formulare teorie locali” (p. 444).

Inoltre, la formazione implica la necessità di prendersi cura del soggetto nella sua unicità e totalità, un'operazione che richiede di “non assimilare la singolarità dell'altro dentro concettualizzazioni generali in cui la sua unicità diventa invisibile” (Mortari, 2015, p. 162).

La “nuova pedagogia” mira, infatti, a superare le dicotomie per rispondere ai bisogni educativi della persona di ogni età con una concezione educativa integrale e dinamica. Non si può più parlare di educazione in termini vaghi e generici (Rebosio, 2002). La pedagogia oggi può essere considerata come un intervento educativo nel processo di sviluppo che ha come obiettivo quello di aiutare il soggetto a formarsi culturalmente e socialmente (Trisciuzzi, 2003).

È allora necessaria una nuova pedagogia che sappia governare questa complessità ineliminabile: una pedagogia del soggetto. Come afferma Cambi: “alla pedagogia, allora, corre l’obbligo di farsi carico di questa sfida, tensione, apertura problematica: di impegnarsi a ripensare il soggetto e a tutelarne la dimensione (attuale) formativa e, quindi, a teorizzare una ‘pedagogia del soggetto’ che viene ad essere, forse, il terreno più centrale, più aureo, più complesso e urgente anche, del fare pedagogia oggi” (Cambi, 2008, p. 100).

Il passaggio dall’educazione alla formazione ha portato a far emergere in modo sempre più chiaro il tema della “cura” e del “clinico” in pedagogia su cui ho deciso di concentrare il mio lavoro. È proprio la cura la dimensione fondante che ha permesso la nascita degli approcci che mi propongo di approfondire ovvero la pedagogia clinica e la clinica della formazione.

Nonostante le ricerche sulle innovazioni in ambito educativo e formativo che spingono la pedagogia a svilupparsi in forme sempre più aperte ed inclusive (Muscarà, Ulivieri, 2016), la letteratura pedagogica attuale non risponde chiaramente a queste domande inerenti la pedagogia clinica e la clinica della formazione. Ma affinché la pedagogia ripensi se stessa è necessario colmare questi silenzi della teoria e delle pratiche sociali poiché occupano uno spazio cruciale nella storia educativa (Cambi, Ulivieri, 1994). Esistono dimensioni nascoste della pedagogia che vengono ignorate dal discorso pedagogico. La funzione pedagogica (ed il suo sapere teorico-pratico) risiede in una grande varietà di professioni e di contesti. Un esempio interessante della dimensione “silente” della pedagogia è *Sottobanco*, un volume che raccoglie stimoli,

suggerzioni, metafore e associazioni su ciò che sta sotto, sopra, dietro l'evento educativo, istruttivo, formativo e comunicativo (Massa, Cerioli, 1999).

L'identificazione di queste figure e del loro agire potrebbe rappresentare un'opportunità per portare alla luce teorie e prassi, talvolta nascoste o rimosse, del discorso pedagogico e promuovere un pensiero critico sulla pedagogia attuale. L'educazione è un fenomeno molto complesso influenzato dagli avvenimenti sociali contestuali, nuovi e residui. Proprio per questo i sistemi teorici e le metodologie didattiche devono tenere necessariamente conto del nesso con il divenire sociale (Santoni Rugiu, 1987). Il rapporto teoria-prassi rappresenta, infatti, uno dei nodi cruciali dell'epistemologia pedagogica (Baldacci, Colicchi, 2016). È sempre più viva la necessità di un pensiero che sia costantemente pratico e teorico e che metta in discussione ogni dualismo rigido, agendo in modo critico sulle stesse categorie che vengono utilizzate da chi interpreta. La decostruzione propone e rilancia in ambito educativo l'idea di una pedagogia critica che metta sempre in discussione i propri strumenti ermeneutici (Mariani, 2008). Ogni disciplina teorica è per sua natura anche pratica. Proprio per questo è necessario che ogni sapere si impegni ad andare oltre alle ideologie che lo sostengono e si lasci contaminare dalle varie anime professionali che convivono in esso. Solo grazie a questa contaminazione la pedagogia potrà assumere il proprio ruolo di "sapere militante" (Tomarchio, Ulivieri, 2015).

In sintesi, gli obiettivi specifici della presente ricerca possono essere riassunti in alcune domande: 1) Quali sono i presupposti teorici della pedagogia clinica e della clinica della formazione? 2) Qual è il nesso tra teoria e prassi in ognuna di queste professioni? 3) Quali sono le similitudini e le differenze dell'agire educativo di queste professioni?

Per rispondere a queste domande è stato scelto di ancorarsi allo specifico panorama italiano: il focus sarà posto sulle teorie e le prassi del territorio nazionale. La scelta di non estendere la ricerca anche a modelli, approcci e pratiche contemporanee internazionali persegue l'obiettivo di far maggiore

chiarezza sulle similitudini, ma soprattutto sulle differenze, non sempre esplicitate nel dibattito accademico e nella letteratura pedagogica, che emergono in Italia, per poi rimandare l'esplorazione del confronto internazionale a lavori futuri.

La metodologia della ricerca pedagogica si basa su una ricerca bibliografica con impianto *narrative review*, non sistematico, che prende spunto dalla Adb, ovvero dalla Analisi delle pratiche (Tacconi, 2017). I principali assunti di carattere epistemologico della ricerca Analisi delle pratiche risiedono nella centralità epistemologica del soggetto con la considerazione del punto di vista dell'attore come fonte e produttore di conoscenza e nella centralità dell'azione/pratica nella sua autonomia rispetto a modelli teorici "forti".

Nello specifico, nei primi tre capitoli dell'elaborato la metodologia si basa su una ricerca teorico bibliografica, condotta seguendo i principi della critica e della decostruzione, partendo da un approfondimento sulla domanda di fondo della ricerca e proseguendo con approfondimenti specifici sulle due scuole oggetto di indagine. La ricerca teorica bibliografica permetterà di definire alcune dimensioni da poter poi approfondire successivamente attraverso le interviste. Con l'ultimo capitolo l'indagine sarà, infatti, basata sull'utilizzo delle interviste e si adotterà una metodologia basata sulla *narrative inquiry* e sull'analisi dei testi. In questa sezione, si riporteranno i risultati raggiunti attraverso la conduzione di interviste e colloqui ad alcuni professionisti coinvolti sul territorio nazionale. Le finalità sono anzitutto di tipo descrittivo e interpretativo intorno al tema delle teorie e delle prassi, ma vogliono essere sviluppate in vista della formulazione di un quadro teorico-operativo più completo circa il sapere della pedagogia clinica e della clinica della formazione. Le interviste ed i colloqui consentono infatti di accompagnare il testo facilitando l'emersione di "narrazioni" dell'agire educativo che sottostanno a rappresentazioni e visioni diverse del proprio operare (Bruner, 2002).

Il tema delle teorie e prassi di questi due ambiti della pedagogia risulta scarsamente studiato all'interno della letteratura pedagogica di riferimento e proprio per questo si ritiene utile utilizzare una metodologia che consenta di visualizzare una mappa di senso in continua elaborazione (Mortari, 2007).

Come verrà ampiamente discusso nel corso del lavoro, la ricerca qualitativa, il colloquio in profondità e il valore della narrazione rappresentano proprio ciò che accomuna i due approcci. È stato pertanto scelto di utilizzare un impianto metodologico coerente con i contenuti trattati.

Gli attori sociali target della ricerca sono i professionisti (pedagogisti clinici e clinici della formazione) che direttamente o indirettamente sono coinvolti nella teoria e nella pratica di queste due professioni.

Nello specifico si andranno a comparare, attraverso analisi del testo, i testi e i contributi relativi ad autori purtroppo ormai scomparsi ma che hanno rappresentato un punto di riferimento per lo sviluppo delle due scuole (Riccardo Massa per quanto riguarda la clinica della formazione e Leonardo Trisciuzzi per quanto riguarda la pedagogia clinica) e ad effettuare interviste ad altri importanti pedagogisti che si sono occupati di estendere le teorie e le prassi delle due prospettive. Nello specifico sono stati coinvolti nella ricerca Giancarla Sola e Carlo Fratini per la pedagogia clinica e Maria Grazia Riva e Cristina Palmieri per la clinica della formazione.

I risultati attesi della presente indagine consistono principalmente nella definizione di un profilo del pedagogista clinico e del clinico della formazione e nel fare maggiore chiarezza rispetto all'agire pedagogico di chi si occupa trasversalmente di questi due ambiti di intervento.

L'indagine qualitativa, tuttavia, potrebbe permettere di individuare aree di confine e di sovrapposizione fra le due discipline utili per un ulteriore confronto scientifico.

La ricerca si conclude con una fase di restituzione dei risultati agli stessi professionisti coinvolti in fase di raccolta dei dati (interviste e colloqui). Questo *step* è di fondamentale importanza sia come verifica dei risultati

raggiunti sia come modalità attraverso la quale sensibilizzare le varie figure professionali sul sapere operativo della pedagogia clinica, della clinica della formazione e sulle varie sfaccettature in termini di teorie e prassi poste in essere nei vari livelli territoriali. Questo specifico momento della ricerca rappresenterà l'occasione per ribadire l'inscindibilità tra conoscenza (teoria) e cambiamento (prassi) nel senso che non vi è momento conoscitivo che possa ritenersi fine a se stesso e svincolato dal cambiamento.

In sintesi, nel primo capitolo dell'elaborato si andrà a delineare il quadro concettuale e le basi epistemologiche comuni relative alla pedagogia clinica e alla clinica della formazione con un *focus* sul concetto di cura che sta alla base di entrambi gli approcci e sul tema della relazione tra teoria e prassi pedagogica.

Il secondo capitolo sarà dedicato all'approfondimento dell'ambito della pedagogia clinica, andando ad analizzare, grazie ai contributi degli autori che se ne sono occupati, fra i quali Giancarla Sola, Leonardo Trisciuzzi i presupposti storici, epistemologici, i confini rispetto alle altre discipline e le prassi di intervento e metodologiche adottate nella pratica pedagogica.

Nel terzo capitolo si concentrerà l'attenzione sull'ambito della clinica della formazione andando anche in questo caso ad esplorare attraverso i contributi di alcuni autori come Riccardo Massa, Maria Grazia Riva e Cristina Palmieri, la nascita della disciplina, i presupposti epistemologici, i confini e le sovrapposizioni rispetto alle altre discipline e le prassi di intervento e metodologiche.

Nel quarto capitolo sarà descritto nel dettaglio l'impianto metodologico e verranno riportati i risultati dell'indagine. Verrà presentata una sintesi dei risultati emersi andando a delineare le zone d'ombra sia all'interno dello stesso approccio sia in riferimento alla relazione tra i due approcci.

Infine, nelle conclusioni si ricondurrà la riflessione sui risultati dell'analisi identificando le somiglianze e le differenze, ma anche le aree di sovrapposizione, tra le due professionalità educative.

CAPITOLO I.

IL DISCORSO PEDAGOGICO TRA TEORIA E PRASSI

1.1 La pedagogia tra passato, presente e futuro

Parlare dell'agire pedagogico è una questione complessa. L'agire pedagogico rappresenta il motore per dare avvio a proposte concrete e azioni efficaci in risposta alle trasformazioni del contesto sociale che vanno inevitabilmente ad impattare anche sul modo di pensare e fare pedagogia. La pedagogia è infatti strettamente associata al concetto di cambiamento. Ed il cambiamento è ciò che consente di fare educazione, tanto che si può affermare che senza cambiamento non c'è educazione.

La pedagogia è una realtà educativa antica quanto l'umanità denominata da molti "scienza dell'uomo". È un sapere così dinamico che con il passare dei secoli è andato incontro a mutamenti e rinnovamenti continui, ma che ha sempre perseguito un obiettivo centrale: quello di favorire la preparazione alla vita dell'uomo e alla sua crescita. Il più importante cambiamento della disciplina è avvenuto con il passaggio dalla pedagogia emendativa che ha caratterizzato il 1800 a quella differenziale tipica del 1900. Intorno alla metà del 1900, la pedagogia era intesa come strumento indispensabile per la preparazione alla vita e alla formazione del carattere e aveva il fine ultimo di rendere l'uomo capace di governare sé stesso. Grazie a questo assunto è stato possibile ampliare l'oggetto di studio e di intervento della pedagogia che non era più rivolta esclusivamente a bambini e adolescenti ma estesa a persone di ogni età (Pesci, 2008).

La "nuova pedagogia" mira a superare le dicotomie per rispondere ai bisogni educativi della persona di ogni età con una concezione educativa integrale e dinamica. Non si può più parlare di educazione in termini vaghi e generici (Rebosio, 2002). La pedagogia attualmente può e deve essere considerata

come un intervento educativo nel processo di sviluppo che ha come obiettivo quello di aiutare la persona a formarsi sia dal punto di vista culturale che sociale (Trisciuzzi, 2003). Ogni essere umano possiede, infatti, sin dalla nascita delle potenzialità genetiche individuali, delle capacità di apprendimento e delle potenzialità culturali. Le potenzialità genetiche derivano dal patrimonio genetico, quelle relative all'apprendimento consistono nelle capacità di modificare, entro certi limiti, le strutture genetiche, mentre le potenzialità culturali consistono in modelli di comportamento che vengono trasmessi e acquisiti dalla cultura di riferimento (Trisciuzzi, 2003).

L'intervento educativo in pedagogia si propone di integrare queste tre potenzialità.

È proprio in questo campo che la pedagogia può venire in aiuto: una pedagogia che metta in rilievo le opportunità ed i bisogni educativi, le possibilità e gli ostacoli nelle aree relazionali che si sviluppano nelle storie di vita; una pedagogia che sappia trasformare la diversità da elemento da negare a elemento da valorizzare come una risorsa. Come ricorda Cambi: “alla pedagogia, allora, corre l'obbligo di farsi carico di questa sfida, tensione, apertura problematica: di impegnarsi a ripensare il soggetto e a tutelarne la dimensione (attuale) formativa e, quindi, a teorizzare una ‘pedagogia del soggetto’ che viene ad essere, forse, il terreno più centrale, più aureo, più complesso e urgente anche, del fare pedagogia oggi” (Cambi, 2008, p. 100). E ancora Cambi, riprendendo le tesi di Laporta, riassume alcuni punti-chiave di cui la pedagogia dovrebbe farsi carico: “1) che il *focus* della pedagogia è l'*anthropos* colto nella sua formazione-in-quanto-uomo; 2) che la teorizzazione pedagogica postula e custodisce questo principio; 3) che oggi l'*anthropos* va ripensato attraverso le scienze e attraverso la storia; 4) il suo modello attuale è il soggetto dell'esistenza (e non dell'essenza), è contrassegnato da un farsi-nella-libertà e che della libertà trattiene il carattere ‘genetico’; 5) il suo farsi-nella-libertà è vivere la/nella contraddizione e stare in essa, senza pensare di poterla risolvere, di oltrepassarla, di procedere a una

‘nuova sintesi’ compatta e stabile” (Cambi, 2008, p.105). Si tratta di riconoscere il bisogno della diversità e quello di apprendere a rapportarci a una realtà plurima e plurale, pena il rischio di perdere l’opportunità di imbattersi in qualcuno che, grazie alla sua diversità, ci aiuti a cogliere la nostra. Il soggetto che emerge nella tarda Modernità è un soggetto in cui la spiritualità emerge come lavoro costante sul proprio io tendente ad una vera e propria radicale metamorfosi. La soggettività può allora essere intesa come un costante esercizio di trasformazione (Mannese, 2002).

Per la pedagogia è sempre più essenziale definire e considerare le condizioni storiche, sociali, culturali e antropologiche entro cui il progetto e l’intervento educativi possono/devono assumere la loro forma ed esercitarsi. Il processo di globalizzazione culturale che caratterizza la contemporaneità implica percorsi di adeguamento a saperi e comportamenti nuovi necessari tanto per il presente quanto per il futuro (Cambi, 2016).

Pertanto, è sempre più necessario adottare il “pensiero riflessivo” della filosofia dell’educazione, in modo da coordinare e animare il sapere/fare educativo e di mantenere aperti ed in costante tensione i problemi ricorrenti ed emergenti. Affinché la pedagogia venga intesa come “filosofia pratica”, in grado di dialogare e acquisire il paradigma postmoderno, è necessario che essa si ripensi in rapporto ai cambiamenti sociali e alle emergenze dell’esperienza educativa (Mariani, 2006). Il transito da una fase della società “solida” ad una fase fluida e liquida tipica della modernità (Bauman, 2000) ha, infatti, prodotto il soggetto postmoderno, senza un’identità immutabile o statica: un soggetto in decostruzione che “abita” la tensione di un’identità sempre *in fieri* (Cambi, 2008). In questo nuovo scenario, anche la relazione educativa non può che subire profonde trasformazioni. Se consideriamo la relazione educativa come una relazione di aiuto che si basa sull’accettazione del diritto dell’altro a divenire sé stesso (Frabboni, Guerra, Scurati, 1999), nello scenario attuale è sempre più necessario tenere in considerazione la complessità e la peculiarità che caratterizzano la formazione di un soggetto sempre più libero, più

autonomo, più capace di vivere il cambiamento e, quindi, sempre più “in formazione”.

Il paradosso del nostro tempo risiede nel fatto che se da un lato si è di fronte ad un tempo “dell’abbondanza dei mezzi, dall’altro si assiste ad un tempo della povertà dei fini”. Per fronteggiare tale irrimediabile complessità, la soluzione non è quella di negare il progresso ed il cambiamento, non si tratta di scegliere tra cambiare o non cambiare, ma di governare il cambiamento in uno spazio basato sull’etica della formazione (De Leo, 2015).

L’intenzione educativa che sottostà ad ogni teoria e prassi pedagogica può pertanto permettere la costruzione di una “società educante” ispirata a complessità, alla dialettica e collaborazione critica tra le varie professionalità e servizi che si occupano di educazione.

1.2 I vari volti dell'educazione e della formazione

Un'ulteriore riflessione sulla complessità riguarda il nesso tra educare, istruire e formare, che ha animato tutta la storia della pedagogia. Tra le tre dimensioni c'è correlazione/inclusione e tensione/opposizione al tempo stesso e l'emergere di una delle dimensioni a scapito dell'altra è frutto della dimensione sociale e culturale e dei significati che con il passare del tempo vengono attribuiti all'agire pedagogico. In passato si è assistito al passaggio dall'educazione all'istruzione per scandire la centralità della scuola come luogo di trasmissione di sapere (Cambi, 2008).

Massa riconduce l'etimologia di educare al nutrimento, all'allevare. La parola *educere*, rimanda al "tirare fuori", e ad una concezione dell'educazione come un prendersi cura del soggetto e lo conduce via, lo porta verso un oltre. Si tratta di un concetto che sorpassa e va oltre a quello di istruzione perché implica un accompagnare e condurre il soggetto all'aperto, fuori dalla protezione dell'allevamento. Il portare fuori, all'aperto, potrebbe però includere il rischio di sviare il soggetto e portarlo fuori strada: "la ricchezza semantica insita nell'educazione lascia intravedere la possibilità di un'accezione del termine scevra da dogmatismi, indica il gesto di chi, per permettere la costruzione della soggettività, lascia fare esperienza del vuoto" (Pagano, 2015).

Oggi il *focus* si è spostato dall'educazione alla formazione intesa come categoria reggente del pedagogico. Senza educazione non c'è formazione, ma questa seconda categoria va oltre. La formazione non trasmette al soggetto, ma coltiva il soggetto nella sua unicità e creatività coltivando al tempo stesso la sua capacità di stare in una società aperta e di rinnovarsi continuamente (Cambi, Giosi, Mariani, Sarsini, 2017).

La formazione è il processo di crescita, di sviluppo, di orientamento personale che fa del soggetto quello che è, è il farsi persona del soggetto, come identità propri, valori propri, progettazione esistenziale propria.

Riflettere sulla formazione significa assumere la problematica formativa in tutta la sua complessità e far chiarezza sui nodi problematici del sapere educativo: “uomo-formazione-pensiero sono diventati l’unità nella distinzione, il finito nell’infinito, il fondamento oltre l’essere” (Gennari, 2007, p. 68). È così che “comprendendo l’uomo come formazione e come pensiero, la pedagogia rilegge il proprio discorso alla luce della pensabilità della (e nella) formazione e della formabilità del (e nel) pensiero, costruendo una progettualità educativa capace di innervare le prassi pedagogiche” (Sola, 2008, p. 182). Occuparsi di formazione per l’educatore significa allora fare un continuo confronto e una continua triangolazione fra le proprie emozioni, i propri pensieri e le proprie azioni in un’opera incessante di disvelamento.

La complessità del processo formativo è sempre più evidente specialmente per quanto riguarda le giovani generazioni, in cui “l’attività del dar forma alla relazione educativa deve tener in giusto equilibrio l’identità costitutiva del sé e il riconoscimento dell’altro da sé, e direzionarsi verso un’etica in cui superata la crisi, che ha prodotto la reificazione della persona, ridotta a semplice cosa, si può progettare il futuro” (De Leo, 2015).

C’è anche chi, come Giuliano Franceschini propone di differenziare tre concezioni di educatore che si sono susseguite nel corso del tempo: l’insegnante culturale-trasmissivo, l’insegnante competente ed efficace, l’insegnante consapevole-inclusivo. Il successo della concezione dell’insegnante colto inizia a declinare nel Secondo dopoguerra, grazie alla nuova concezione dell’insegnante competente, nata sulla scia delle riflessioni didattiche e pedagogiche dell’attivismo del cognitivismo. Più avanti, con il nuovo secolo il focus viene posto sul modello dell’insegnante riflessivo, che Franceschini propone di definire consapevole e inclusivo, poiché pone maggiore attenzione al contesto e alle relazioni sociali che costituiscono lo scenario educativo (Franceschini, 2019).

Questo passaggio dall’educazione alla formazione ha portato inevitabilmente a far emergere una nuova identità professionale ed ha contribuito a delineare in

modo sempre più chiaro il tema della “cura” e del “clinico” all’interno del discorso pedagogico.

1.3 La cura come paradigma del discorso pedagogico

L'essere umano ritrova sé stesso solo nella relazione con gli altri verso i quali la cura lo rimanda: la cura è prendersi cura (dedicarsi a ...; star vicini a ...) e prendersi in cura (favorire la crescita, lo sviluppo dell'altro o la riconquista o conquista di equilibrio, di formazione di sé etc.).

Così la cura è legata a una prossemica per sostenere, a un agire per far maturare, a un porsi al servizio di un altro soggetto o più soggetti (Cambi, 2015). Prendersi cura e prendersi in cura equivalgono allo stabilire un incontro autentico con l'altro, caratterizzato dallo sforzo di creare un legame fiduciario.

Prendersi cura rimanda “ad un'autentica relazione con l'altro capace di aiutarlo a trovare se stesso attraverso la realizzazione delle condizioni che gli consentono e che lo stimolano a prendersi cura di sé” (Bertolini, 1996, p. 122).

La cura può così essere considerata il fondamento della civiltà e del sociale. L'essere nel-mondo e l'esserci-con presuppongono un incontro che avviene nell'ambito della cura. Come indica Heidegger: l'essere nel mondo può essere interpretato a partire da quel fenomeno della cura che determina in linea generale l'essere dell'Esserci.

Certamente, la cura nasce attraverso il rapporto primario, ma non si esaurisce con esso. L'importanza della cura, infatti, non si ha solo in riferimento alle figure adulte, ma assume un ruolo centrale durante tutto il corso dell'esistenza. Rispetto alle relazioni tra pari la cura si sostanzia nei rapporti amicali: “l'amicizia si fa così emozione generativa di un'altra vita personale e collettiva e, pertanto, è da studiare e da potenziare nella psiche e nella esistenza di ciascuno e di tutti. In modo da farla diventare valore e principio centrale e regolativo” (Cambi, 2015, p. 38).

Così, il prendersi cura si esplicita nella relazione e nel dialogo ed è strettamente legato al concetto di dono e a quello di empatia: ogni forma assunta dall'atteggiamento di cura ha, al suo centro l'empatia - nel senso in cui

l'intende Edith Stein (1985) - in quanto sentimento dello spirito, atto a poter vivere dei valori e scoprire gli strati correlativi della persona.

Essa è intenzionalità, disponibilità autentica di apertura e ascolto del proprio mondo emotivo e di quello dell'altro, diverso da sé. Nell'aver cura non mi pongo al posto dell'altro ma lo presuppongo nel suo poter essere e poter divenire, nel suo essere altro da me.

In questo senso, da mera pratica biologica la cura diviene pratica culturale, principio etico e politico, presupposto per il dialogo con l'altro. Valorizzare il ruolo della presa in cura (di sé e dell'altro) significa valorizzare al tempo stesso la questione soggettiva, significa ri-attribuire al soggetto quella complessità imprescindibile di cui è portatore, significa operare una trasformazione nell'agire sociale.

Mortari afferma che la cura è essenzialmente pratica dell'aver cura: "parlare di pratica significa concepire la cura come un'azione in cui prendono forma pensieri ed emozioni interrelati e orientati verso una precisa finalità" (Mortari, 2006, p. 31). La cura essendo costitutiva dell'esserci (nel senso heideggeriano del termine) rappresenta il ponte tra teoria e prassi del discorso pedagogico. È proprio quella cura sui che consente di aprirsi al mondo per acquisire più ricchezza, più consapevolezza, più umanità. Ed è proprio attraverso la pratica della cura che avviene l'agire pedagogico. Così, la formazione assume il compito di dare forma ai soggetti umani attraverso la cura, tanto da poter affermare che "ogni cura è cura pedagogica" (Boffo, 2006, p. 11).

È a partire dalla cura per il sé che è possibile un'apertura al mondo attraverso la comunicazione con l'altro.

Ma dove ed in che modo deve porsi dunque la cura all'interno di un discorso pedagogico? Affinché si possa parlare di cura pedagogica è indispensabile che l'azione educativa e formativa si fondi sugli aspetti del dono e dell'empatia, è necessario pensare alla cura pedagogica come ad una specifica competenza educativa in grado di andare incontro al progetto e alla progettualità della persona. La cura per l'altro e l'essere-per-l'altro sono due presupposti

fondamentali di ogni discorso e pratica pedagogica e passano necessariamente da un ripensamento del ruolo delle emozioni all'interno dell'agire educativo.

Esiste dunque un rapporto essenziale, radicale, originario tra il concetto di cura e quello di educazione. Assumere e integrare il concetto di cura all'interno della riflessione pedagogica e dell'agire pedagogico, diventa allora di vitale importanza, da un lato per ampliare la conoscenza di ciò che accade nelle vicende educative e formative, dall'altro per consentire di rilevare pensieri e indicazioni che permettano il cambiamento e la trasformazione delle prassi e degli atteggiamenti che abitano le esperienze educative e formative (Palmieri, 2011).

Abbiamo detto che i profondi mutamenti del sapere pedagogico hanno portato all'emersione sempre più nitida del tema della cura. Ma c'è un altro tema emergente di cui ancora non si è parlato, se non in modo superficiale, nelle prime parti di questo elaborato, ovvero il tema del "clinico" che per sua natura risulta inestricabilmente collegato a quello della cura.

Il metodo clinico nasce originariamente nella Grecia antica di Ippocrate inaugurando la medicina scientifica. Esso designa il rapporto medico-paziente basato essenzialmente sull'emersione di una diagnosi a cui fa seguito una prognosi ed il trattamento terapeutico adeguato. Il termine clinico deriva dal greco e rimanda ai significati di "chinarsi su" e "letto" e rimanda tanto allo sguardo tecnico del medico quanto alla capacità di mettersi in relazione con il malato. Da qui l'utilizzo del metodo clinico vide la sua iniziazione nell'ambito della psicologia e della psicoanalisi in particolare: l'attenzione passa dal corpo del malato al linguaggio e all'espressione della sofferenza. Nonostante le varie applicazioni si possono decifrare alcune caratteristiche comuni del metodo: il suo operare al letto del malato, ovvero prendere in considerazione l'unicità del caso e evitare generalizzazioni; la centralità dell'attività interpretativa; la dimensione intersoggettiva come dinamica ineliminabile del metodo che presuppone un ruolo centrale della comunicazione e del linguaggio verbale; la considerazione di ogni aspetto come parte integrante di una narrazione

personale; l'intervento di uno sguardo che si pone l'obiettivo di andare oltre il manifesto per penetrare in ciò che si nasconde al di sotto (Rezzara, Olivieri Stiozzi, 2004).

1.4 Il rapporto tra teoria e prassi pedagogiche

L'ultima riflessione è relativa alla complessità che caratterizza, di conseguenza, le professionalità educative ed il loro agire pedagogico. Secondo Cambi i principi nuovi ed emergenti che le caratterizzano sono la problematicità, l'incompletezza, l'interpretazione e l'intenzionalità. Si contribuisce così ad "un modello professionale nuovissimo, posto al servizio dei processi formativi e capace di viverne tutta la precarietà, la difficoltà, la drammaticità, anche" (Cambi, 2003, p. 45).

Lo scenario socio-economico attuale incide inevitabilmente sulla situazione di crisi dei servizi educativi e dell'educazione. La crisi del *milieu* educativo avanza in parallelo alla crisi del tessuto sociale della post-modernità, caratterizzato da incertezza e fluidità (Bauman, 2000). Se in età moderna, il milieu era pervaso da un progetto pedagogico predefinito che comportava la formazione di un cittadino che fosse conforme a un modello di uomo e donna, nel mondo post-moderno tale continuità sembra essersi frammentata: "il milieu in cui ognuno di noi cresce e impara sembra essere costituito da tanti luoghi animati da modalità differenti di vivere il tempo e di sporgersi sul futuro: modalità ambigue e solitamente poco identificabili" (Ferrante, Palmieri, 2015).

Quello che sembra mancare è la capacità di costruire un senso e di apprendere dall'esperienza che va ad intaccare il vissuto del tempo, della spazialità, delle relazioni. Si manifestano così svariate forme di disagio lavorativo che vanno inevitabilmente a impattare sui servizi e sugli educatori. È un disagio che si alimenta nella difficoltà di concordare e co-creare modelli e metodi di intervento adatti a governare la complessità attuale dei servizi e delle relazioni educative. I fattori che scatenano questo disorientamento professionale sono rintracciabili nella ricerca di un'identità professionale sempre più instabile, nel benessere sia individuale che organizzativo, nel confronto e nella co-creazione

di una cultura professionale che valorizzi l'educatore come filosofo e umanizzatore di servizi (Palmieri, 2018).

Per i professionisti l'emergenza è quella di imparare a governare la complessità della propria professionalità, sviluppare uno sguardo interdisciplinare, verificare continuamente se le diverse osservazioni sulla realtà hanno il potere di trasformare le azioni. La distinzione di Donald Alan Schön (1983) tra "riflessione in azione" e "riflessione sull'azione", basata su una concezione della pratica professionale fondata sulla conoscenza d'azione, si declina anche nell'agire pedagogico e nella distinzione tra le varie professionalità educative. I professionisti dell'educazione e della formazione si trovano a dover far fronte alla dispersione di un *milieu* educativo che provoca una segmentazione e una disgregazione delle prassi pedagogiche e delle rappresentazioni sociali relative all'educazione (Massa, 2000).

L'impegno pedagogico in questo senso può essere volto ad elaborare un'idea di identità professionale plurale, un io molteplice in costante trasformazione. La sfida è quella di creare professionalità educative riflessive e deontologicamente orientate, capaci di usare l'utopia senza staccare gli occhi dalla realtà, ma sempre predisposte a cogliere occasioni per fare un po' di spazio al possibile (Contini, Demozzi, Fabbri, Tolomelli, 2014). L'obiettivo diviene quello di condividere e co-costruire una pedagogia della crisi, che non si risolva in crisi della pedagogia (Fabbri, 2019).

Entra così in gioco un nuovo interesse pedagogico: una pedagogia con un orientamento teorico-pratico non deve trascurare l'aspetto esperienziale e pratico. Il metodo, in questo senso, diviene qualcosa che si definisce facendo e che può accompagnare il pensiero sull'agire professionale in ambito educativo poiché il sapere educativo è innanzitutto un sapere pratico (Palmieri, 2018). Si tratta dunque di accrescere la pensabilità e la formabilità dell'agire pedagogico già a partire dalle esperienze educative del nido e della scuola dell'infanzia (Galardini, 2003) promuovendo l'operatività riflessiva e di conseguenza la qualità dei servizi di cui le professionalità educative operano per rispondere ad

uno dei primari compiti educativi: riconoscere l'identità individuale e relazionale del soggetto (Fortunati, 2016).

Diviene allora centrale la questione del metodo. Il metodo diviene l'esperienza stessa: "il metodo allora è immanente all'esperienza stessa e riconoscibile in essa nel momento in cui si attivino livelli di esperienza differenti, quali quelli riflessivi" (Palmieri, 2018, p. 121). Non si tratta di un metodo immodificabile da seguire pedissequamente, ma di un metodo a-metodico poiché capace di andare oltre i limiti del concetto di metodo stesso, di un metodo che si basi sull'intenzionalità e sul progetto affinché l'interazione di tutte le componenti in gioco produca gli effetti educativi desiderati.

Sono due gli approcci che negli ultimi decenni sembrano aver centrato il loro agire sul tema delle teorie e delle prassi pedagogiche e sull'agire riflessivo: la pedagogia clinica e la clinica della formazione, entrambe fortemente ancorate al concetto di pratica pedagogica, ma con molte diversità sia in termini di basi epistemologiche, sia in termini di metodologia e ambiti applicativi.

CAPITOLO II

LA PEDAGOGIA CLINICA FRA SCIENZA E PROFESSIONI EDUCATIVE

2.1 La storia e la nascita della pedagogia clinica

La cultura pedagogica della cura ha permesso di gettare le basi ad un recente sapere pedagogico proprio della pedagogia clinica (Sola, 2008).

Nel corso dell'ultimo ventennio, infatti, nella letteratura pedagogica, termini come "clinico", "cura", "malessere", "fragilità", "disagio" sono aumentati esponenzialmente nella riflessione pedagogica.

La "clinica", un termine molto utilizzato nel campo medico, in psichiatria, in psicoterapia e in psicologia viene definita nell'enciclopedia pedagogica di Mauro Laeng: "in senso generale, quella parte della psicologia basata sull'osservazione diretta che si riferisce a situazioni concrete di rapporto individuale col cliente, sia esso sano o malato, considerato nella sua originalità. In senso particolare, lo studio ed eventualmente il trattamento dei problemi per i quali un individuo ricorre all'aiuto dello psicologo; in modo ancora più restrittivo la cura dei disordini psichici, come sinonimo di psicoterapia" (Laeng, 1989, pp. 2694- 2695).

Ma nella storia della pedagogia sono rintracciabili "molteplici esempi di atteggiamento clinico, a cominciare da quello proprio del pedagogo, cioè di colui che, nell'antico mondo greco-romano, accompagna il giovane rampollo di buona famiglia nei suoi spostamenti da casa a scuola ed ovunque debba recarsi, per l'espressione della cura che tale personaggio riversa nei confronti del fanciullo, dei suoi bisogni vitali e della sua educazione" (Dellabiancia, 2006). Un autore in particolare "con le intuizioni del suo pensiero filosofico e

pedagogico ha creato le condizioni perché altri potessero realizzare un vero studio fondativo dell'approccio clinico nei confronti della formazione dei giovani. Si tratta di Jean-Jacques Rousseau e della sua opera pedagogica principale, *l'Emilio*: un romanzo dove si narra della vita, dalla nascita ai vent'anni, di un giovane che si trova nel mondo nuovo sorto da *Il contratto sociale*" (Dellabiancia, 2006). Rousseau delinea un'educazione preventiva, in cui la spontaneità dell'allievo diviene il fulcro centrale. Si tratta di un tipo di educazione che dovrebbe essere promossa con l'obiettivo principale di prendersi cura del formando, mantenendo al tempo stesso l'equilibrio delicato fra la sua libertà e la sua individualità (Mulé, 2012). Una cura che non sia solo un atteggiamento spontaneo e naturale e non sia un intervento terapeutico ma sia fatta di tempo, di spazio, di parola in cui essi si intrecciano, si fondano e dai discorsi, dalle azioni e dai saperi traggono senso e significato. Nel tempo e nello spazio di cura è importante assumere uno sguardo clinico. Uno sguardo capace di accogliere ciò che sfugge all'osservazione superficiale, contemplarlo da diverse prospettive, decostruirlo, trovarne i diversi significati, per poi ricostruirlo, senza dimenticare la sua complessità. Come asserisce Michel Foucault nella sua opera in continuità con altri, *Nascita della clinica- Una archeologia dello sguardo medico*, lo sguardo del clinico funge da combustioni chimiche, attraverso le quali la purezza essenziale dei fenomeni possono sprigionarsi e bruciando le cose fino alla loro estrema verità (Foucault, 1969).

La pedagogia nel corso degli anni ha tenuto conto anche dei soggetti in difficoltà, quelli che in passato erano definiti idioti o frenastenici, ciechi, sordi, coloro cioè che manifestavano uno stato di infermità congenita o acquisita tale da ostacolare lo sviluppo organico e funzionale (Pesci, 2008).

Un esempio è dato dall'approccio medico di Itard (1775-1838), pedagogista francese del XIX secolo, considerato precursore della Pedagogia Speciale, Itard propose l'idea della potenziale educabilità della persona nonostante la presenza di disabilità e del ruolo fondamentale dell'aspetto relazionale e

sociale. Il medico propose di considerare il deficit come funzionale, e strettamente collegato alla mancata stimolazione di quella specifica funzione. Un esempio è dato dalla mancanza di un contributo da parte di una figura adulta che possa rappresentare, nel suo ruolo di educatore, un transito, indirizzato alla significazione delle esperienze di vita (Crispiani, 2001).

Un ulteriore esempio, in questo senso, è dato dal modello di Antonio Gonnelli Cioni che aveva sviluppato un intervento educativo personalizzato grazie al quale, a partire dalla conoscenza di ciascun allievo si andava ad agire sulle potenzialità e capacità di ogni persona (Gonnelli Cioni, 1888). In seguito, negli anni Trenta, Lev Semënovič Vygotskij ha sottolineato la necessità di “dare inizio e mantenere un rapporto educativo strutturato su uno studio dinamico del soggetto capace di constatare la gravità della disarmonia di sviluppo aggravato dal deficit e di comprendere ogni momento della sua vita trascorsa e le sue esigenze di essere sociale” (Vygotskij, 1986, pp. 10-11). L'autore fu, infatti, fondatore dell'Istituto di difettologia di Mosca che si occupava dello studio delle caratteristiche psicofisiologiche dello sviluppo dei soggetti portatori di deficit fisici, psichici e sensoriali. Con gli anni Quaranta nacquero ulteriori denominazioni come quella di “ortopedagogia”.

L'ortopedagogia o pedagogia emendativa afferisce a quell'ambito della pedagogia generale “che attinge alle scienze biologiche, psicologiche e neurologiche applicate all'educazione dei disabili per realizzarsi pienamente nella didattica differenziale e perciò la collaborazione con i medici” (Dellabiancia, 2006) e gli insegnanti è molto importante. Questa nuova area della pedagogia portò ad affermare l'inesistenza dell'anormalità, ma l'esistenza di soggetti anormali (non casi, ma persone) e che l'uniformità dei mezzi nega l'individualità dei casi ed impedisce la loro soluzione. Le conseguenze di questa nuova concezione portarono a riflettere sul fatto che il metodo didattico, si dovesse adattare alla soggettività del soggetto andando incontro a trasformazioni. A partire da queste premesse si delineò la cosiddetta didattica differenziale basata sull'assunto che l'educatore, una volta raccolte le

informazioni sul caso, dovesse ricercare attivamente il modo per gestirlo ed utilizzare a questo scopo i mezzi più adatti al suo caso specifico (Cervellati, 1978).

L'ortopedagogia si sviluppò anche in Italia nel corso degli anni Quaranta del secolo scorso e può essere definita come scienza per la valutazione e l'intervento di persone che manifestano incapacità o problemi di apprendimento e di integrazione. Essa nacque dalla necessità di un intervento differenziato e specializzato di insegnamento per soggetti divisi per patologia e grado di gravità e portò all'istituzione delle scuole speciali, ovvero scuole su misura per soli sordi, soli ciechi etc. Dagli anni Settanta si è iniziato a riflettere in maniera critica sull'ortopedagogia rispetto al suo legame con una politica di sanitarizzazione (Pesci, 2008). Si è pertanto iniziato a riflettere sulla necessità di "impedire l'isolamento della persona diversabile in un microcosmo angusto dove tutto si adatta al deficit, tutto è a misura di disabile" (Pesci, 2006, p. 7) e di offrire al disabile "uno sviluppo adeguato di tutte le sue potenzialità, senza alcun intento di correggerne i disturbi e di intervenire con trattamenti terapeutici, riabilitativi o rieducativi di affezioni fisiche e mentali" (Ibidem, p. 15).

Presto dalla pedagogia emendativa o ortopedagogia si passa alla pedagogia speciale, ma al cambio del nome, tuttavia, non corrisponde un cambio nel fine: la pedagogia speciale, utilizzando le parole di quegli anni, ha per scopo la normalizzazione del comportamento degli educandi, siano essi minorati fisici, psichici o disadattati sociali. In questa direzione, Roberto Zavalloni propone sia un indirizzo di pedagogia terapeutica con la "terapia centrata sulla persona", rivisitazione personalistica della terapia centrata sul cliente di Carl Rogers, sia una nuova figura di operatore educativo nel "consigliere pedagogico" (Zavalloni, 1969).

A seguito di ripetute riflessioni del movimento degli ortopedagogisti e dell'insoddisfazione nei confronti dell'intervento ortopedagogico, nel 1974, si delineò, per la prima volta in Italia l'idea di una pedagogia clinica (Pesci,

2008). La pedagogia generale ha lasciato per anni in ombra i problemi della de-formazione e della dis-educazione del soggetto umano, proprio perché si necessitava di un punto di osservazione più specifico di quello proprio della pedagogia generale. Questo sapere è custodito dalla pedagogia clinica, ovvero quella scienza pedagogica che studia come intervenire su una educazione che si diseduca e una formazione che si deforma (Sola, 2008).

La pedagogia clinica rappresenta un sapere che è ad oggi in una fase embrionale di costruzione della propria struttura scientifica. La nascita di questo nuovo sapere deriva dal mutamento della realtà sociale contemporanea che ha fatto progressivamente emergere i problemi della deformazione e della diseducazione dell'uomo. Il suo sapere operativo nasce proprio dall'esigenza di agire nei confronti di ogni soggetto la cui formazione e la cui educazione si trovino talmente compromesse da configurarsi nei termini della deformazione e della diseducazione (Sola, 2009). Il compito del pedagogista clinico non consiste nella guarigione o nella terapia del malato, ma nel cercare di recuperare le qualità residue del soggetto e riconoscere quelle latenti (Trisciuzzi, 2003).

Un originale sviluppo clinico è stato poi assunto dalla pedagogia speciale come riduzione dell'handicap di Andrea Canevaro che, pur mantenendo il focus sulla possibilità di fornire risposte speciali a bisogni speciali, prende le distanze dalla pedagogia speciale come risposta preconfezionata a bisogni per categorie, tipica di un'epoca passata in cui la categorizzazione ha pur consentito di dare risposte più stabili focalizzando l'attenzione sui potenziali individuali di sviluppo (Canevaro, 1999).

La pedagogia speciale viene talvolta inglobata nell'area della pedagogia clinica e talvolta differenziata da essa. Proprio per questo motivo le interviste terranno conto anche di questa incertezza categoriale e si tenterà pertanto di approfondire la riflessione con i professionisti del settore.

2.2 Le basi epistemologiche

Pensare alla pedagogia clinica come una scienza, vale a dire come un complesso organico e sistematico di conoscenze, significa impegnarsi nella costruzione di un suo statuto epistemologico, definendo principi e obiettivi, euristici, paradigma di legittimazione, ossatura logica, repertorio di metodi e linguaggi, criteri di verifica e validazione.

Le origini della pedagogia clinica si possono rintracciare nella filosofia, nella teologia, nella pedagogia, nel diritto, nella psicologia, nella sociologia, nella medicina. La pedagogia clinica affonda infatti le sue radici in una grande varietà di orientamenti: “lontano da ogni idealismo che vede nella pedagogia una vocazione, intende dimostrare che le basi scientifiche della ‘Pedagogia Clinica’ sono rintracciabili in un lontano passato, nella filosofia, nella teologia, nel diritto e nella medicina, poiché essa rappresentava e rappresenta il coronamento di tutte le scienze. Perciò compito della ‘Pedagogia Clinica’ è recuperare da queste discipline tutti i dati e risultati relativi ad esperienze pedagogiche per ridefinirle secondo un conoscere capace di rispondere finalmente con concretezza alle esigenze di civiltà e cultura proprie dell’uomo” (Pesci, 2004, p. 7). Questi elementi di originalità e di innovazione devono consentire di instaurare una riflessione senza trascurare di dare fondamenti epistemologici, rintracciando in radici lontane (2000 a.C – 1800 d.C) i criteri di validità di questa scienza (Pesci, 2004). Tra i richiami epistemologici della pedagogia clinica abbiamo anche numerosi modelli scientifici come per esempio il modello della pedagogia sperimentale di Sandiford e Smith-Bompass, il metodo pratico-razionale Gonnelli-Cioni, la difettologia di Vygotskji o la psicomotricità funzionale di Le Boulch e altri (Pesci, 2012b).

Come già accennato, si tratta di una disciplina recente, registrata nella banca dati nuove professioni del Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro

(CNEL). Si può definire con Sola la pedagogia clinica come quella scienza che indaga gli elementi di criticità relativi all'educazione e alla formazione dell'uomo. Si tratta di una pedagogia specifica che trova nella pedagogia generale il proprio fondamento euristico, epistemico e epistemologico.

Uno degli obiettivi che si pone questo ambito pedagogico è quello di favorire l'emancipazione del soggetto dal proprio stato di sofferenza attraverso un "ridonarsi forma", convertendo le condizioni di malessere esistente (condizione di deformazione dell'armonia umana) in uno stato di benessere essenziale (passaggio da uno stato di deformazione ad uno di formazione). Il malessere soggettivo e di deformazione dell'uomo può impedire di vivere in una condizione di armonia formativa e può derivare da cause esogene (esterne al soggetto) o endogene (interne al soggetto) oppure dall'integrazione di entrambe queste dimensioni. L'oggetto di studio della pedagogia clinica è dunque la patologia formativa che viene indagata in una logica sistemica: soggetto, ambiente e condotta sono i tre sistemi che vengono presi in considerazione assieme alle loro relazioni (Sola, 2008).

Il presupposto che sta alla base dell'agire pedagogico-clinico è la logica decostruzionista (Derrida, 1967; Mariani, 2008).

Decostruire in pedagogia clinica significa esplorare le identità del soggetto e addentrarsi nelle sue esperienze concrete: "per sapere che cosa è un uomo e che cosa io stesso sono in quanto personalità umana, io devo penetrare nell'infinità dell'esperienza, lungo la quale imparo a conoscermi in aspetti sempre nuovi, in sempre nuove qualità, e in modo sempre più completo: soltanto l'esperienza può attestare il mio essere così, anzi soltanto l'esperienza può mostrare, o eventualmente negare, la mia esistenza" (Husserl, 1913, p. 109).

La pedagogia clinica parte, pertanto, dall'esperienza dell'esserci e opera attraverso le pratiche di cura e delle relazioni di cura intervenendo sul malessere provocato dalle de-formazioni. Della persona con depressione,

bulimia o disabilità, la pedagogia clinica cura le deformazioni alla formazione e non la patologia in sé (Sola, 2008).

Per tentare una migliore definizione della teoria e della prassi del pedagogista clinico può essere utile pensare ad esempio al ruolo e all'ambito di intervento di questa figura professionale adottando una prospettiva rivolta al diversamente abile.

La didattica personalizzata è un tema fortemente attuale poiché il numero di studenti per cui si rende necessaria un'attenzione particolare e una didattica personalizzata sta crescendo vertiginosamente. Nell'anno scolastico 2016-2017 gli alunni con disabilità sono stati 90 mila nella scuola primaria (pari al 3% del totale degli iscritti) e 69 mila nella scuola secondaria di I grado (il 4% del totale). Complessivamente, circa 3 mila in più rispetto all'anno precedente (ISTAT, 2018).

I Bisogni Educativi Speciali (BES) sono entrati nel linguaggio comune innalzando l'asticella dell'opinione pubblica nel 2012, anno in cui è stata emanata la relativa Direttiva Ministeriale: *“Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”*. Con questa direttiva è stato sancito il riconoscimento di una didattica personalizzata a tutti gli studenti che presentano difficoltà nell'apprendimento o disabilità di vario tipo, così come previsto dalla Legge 53/2003. Nonostante i recenti sviluppi normativi e l'interesse pubblico mostrato sul tema dei bisogni speciali, la pedagogia può e deve fare ancora molto in questo campo.

Uno tra i più noti pedagogisti che si è occupato di didattica speciale e pedagogia clinica è stato certamente Leonardo Trisciuzzi, psicopedagogista e professore universitario, ordinario di metodologia e didattica. Con il termine diversamente abile Trisciuzzi si riferisce alla necessità di recuperare quelle abilità che tendono ad essere celate o represses dalla disabilità. Ogni essere umano possiede, infatti, sin dalla nascita delle potenzialità genetiche individuali, delle capacità di apprendimento e delle potenzialità culturali. Le

prime derivano dal patrimonio genetico, le seconde consistono nelle capacità di modificare, entro certi limiti, le strutture genetiche, mentre le terze consistono in modelli di comportamento trasmessi e acquisiti dalla cultura di riferimento. Pertanto, la sfida pedagogica risiede nel lavorare sull'espressione di queste potenzialità. È proprio in questo campo che la pedagogia può venire in aiuto: una pedagogia che metta in rilievo le opportunità ed i bisogni educativi, le possibilità e gli ostacoli nelle relazioni interpersonali che si sviluppano nelle storie di vita; una pedagogia che sappia trasformare il "fardello" della diversità in risorsa. In questo senso, diviene fondamentale la necessità di valorizzare il territorio della didattica speciale che comprende prioritariamente alunni in situazioni di handicap e rappresenta il punto di incontro di componenti medico-specialistiche, psicologiche, di recupero delle potenzialità residue e nascoste e formative del diversamente abile.

I quadri educativi e riabilitativi identificabili per ogni disturbo evidenziano come sia sempre più necessario un pensiero ed un agire educativo contestualizzato in base alle specifiche esigenze del bambino e che abbia come obiettivo un'educazione precoce. Ad ogni tipo di alterazione o disturbo è necessario che corrisponda una specifica tipologia clinico-didattica, ossia un metodo creato *ad hoc* che ponga le sue basi sulle potenzialità delle competenze individuali. Un esempio è il TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*), programma educativo molto articolato e strutturato specifico per modificare il comportamento dei bambini autistici e agevolare l'acquisizione di abitudini motorie. Ma la riabilitazione delle disabilità implica una presa di coscienza da parte della società dell'importanza dell'istruzione e dell'educazione per una crescita culturale. Non è solo l'eziologia a determinare la disabilità, ma è anche il determinismo culturale che ha il potere di confinare la disabilità entro certi limiti e di stabilire dei confini di inclusione ed esclusione. La sfida del pedagogista clinico è allora quella di continuare ad esplorare e portare alla luce didattiche pedagogiche alternative, per non correre il rischio che restino

celate o represses assieme alle potenzialità della persona con disabilità (Trisciuzzi, 2003).

2.3 La pedagogia clinica confina con altre professionalità?

La pedagogia clinica indica l'intervento volto a migliorare le condizioni di un soggetto prostrato nella sua formazione profonda, pertanto: "non è una clinica della formazione; non è una clinica dell'educazione; non è una scienza dell'educazione; non è una scienza medica e non va confusa con una ipotetica pedagogia medica o con una pedagogia sanitaria" (Sola, 2008, p. 19).

È evidente che la pedagogia clinica intrattiene un complesso processo dialettico con altre discipline come quelle pedagogiche, filosofiche, psicologiche, sociologiche e mediche. Le tematiche di cui si occupa la pedagogia clinica non sono, infatti, solo legate all'apprendimento, ma sono legate a disagi più complessivi (Rebosio, 2002). L'utilizzo della parola clinica non comporta una sovrapposizione con altre discipline di ordine medico o psicologico, ma "significa sottolineare la necessità di usare il sapere e le metodologie sue proprie per cercare di risolvere conflitti, blocchi e nodi problematici che impediscono o rendono difficile ad un soggetto il normale dispiegarsi della sua personalità" (Bertolini, 1996, p. 415). Piero Crispiani sottolinea che il termine "clinico", infatti, non è utilizzato come sinonimo né della parola sanitario né di patologico, "bensì atto di studio, analisi, diagnosi, progettazione ed intervento portato in modo ravvicinato e diretto alla singolare individualità delle persone, dei gruppi o delle situazioni. Empiricità, individualità ed ecologia sono alcuni dei paradigmi fondanti la pedagogia clinica, in grado di lavorare, in riferimento alle teorie, alle esperienze ed alle procedure tecnologiche disponibili, con consapevole orientamento ai singoli specifici problemi, colti nella globalità della personalità, in relazione a contesti irripetibili, ed alla luce delle soggettuali risorse dell'educatore o del pedagogo" (Crispiani, 2001, p. 9).

L'Associazione Nazionale Pedagogisti clinici sottolinea che "il pedagogo clinico indirizza il proprio sguardo al vasto panorama dei bisogni della persona

con l'intento di soddisfarli con modalità educative indispensabili al rafforzamento delle capacità individuali e al progresso culturale e sociale [...] L'accezione "clinico" in estensione alla pedagogia definisce la finalità educativa come azione umana di aiuto alla persona e al gruppo" (Associazione Nazionale Pedagogisti Clinici ANPEC). Il pedagogista clinico non è dunque né un medico né un terapeuta: il suo compito non è la guarigione del malato, ma consiste nel cercare di recuperare le capacità residue della persona e riconoscere quelle latenti (Trisciuzzi, 2003). Egli "non misura, ma analizza le potenzialità, l'integrità e l'adeguatezza dell'efficienza, le cause dell'insuccesso, e considera la persona come un'unità complessa, piena di risorse interiori" (Dizionario pedagogia clinica). La sua attività primaria è quella della verifica delle PAD (Potenzialità Abilità e Disponibilità). Il termine verifica, pur donando un significato pedagogico a questo momento di conoscenza dell'altro, lo distingue dall'ambiente scuola, presupponendo una non-valutazione, un non-giudizio. La verifica delle PAD (Potenzialità, Abilità e Disponibilità), presuppone l'identificazione di quegli aspetti "positivi", capaci di descrivere l'individuo secondo un'ottica prossimale, orientata al futuro, e individuare così le aree di educabilità della persona, cioè quegli elementi che in un processo di crescita e di sviluppo possono essere più di altri valorizzati e sperimentati dalla persona attraverso strumenti, metodologie e modalità pedagogiche che coinvolgono una dimensione relazionale di "simpatia", al contrario dell'empatia che è al servizio di altre professionalità, di "empatia". Questo è un ulteriore elemento distintivo che separa la professione del pedagogista clinico da altre figure professionali. Mentre l'empatia si riferisce alla capacità del professionista di percepire ed essere consapevole degli stati interni e delle emozioni del cliente e i loro significati come se si fosse quella persona, la simpatia consiste nella capacità di far risuonare dentro di sé qualcosa di simile a quello che sta sentendo il cliente: stare in una relazione simpatetica presuppone quindi una minor profondità relazionale. Nell'ambito educativo-pedagogico si adotta questa seconda

modalità poiché lo scopo non è entrare in risonanza con l'altro con lo scopo di stimolare un cambiamento nel modo di interpretare la realtà, ma è fornire, attraverso specifici strumenti e attività e grazie ad un clima positivo e partecipativo, lo sviluppo di abilità e disponibilità (ANPEC, Pesci 2012a).

La diagnosi pedagogico-clinica consiste pertanto nell'analisi dello stato formativo del soggetto e delle sue deformazioni, mentre con il concetto di terapia pedagogico-clinica si intende l'attuazione di opportune metodologie per affrontare le patologie della formazione. In questo senso, la parola terapia (dal greco *therapeutikòs* ovvero colui che è atto a servire) va intesa come l'azione di prendersi cura del soggetto da parte di un altro soggetto (Sola, 2008).

In modo diverso dalla psicologia, che lavora per impostare un quadro clinico ma istantaneo e centrato sulle sole funzioni relative alle aree psicologiche (emotività, affettività, percezione, intellettività, linguaggio, socialità), la pedagogia clinica si concentra su un approccio cosiddetto diacronico, ovvero relativo ai mutamenti dello sviluppo umano, nella sua ecologica incertezza. Si parla infatti di diagnosi evolutiva clinica.

Un interessante lavoro di Crispiani pone a confronto la psicologia e la pedagogia clinica individuandone tratti comuni e differenze. Tra i tratti comuni possiamo ricordare che entrambe ammettono e coltivano una dimensione etico e valoriale, riflettono sul proprio statuto epistemico, fondano sul versante conoscitivo-prospettico-diagnostico e su uno progettuale-normativo-educativo-terapico, generano un apparato tecnologico, ricorrono a una pluralità di procedure, lavorano sull'uomo ad ogni età, ammettono livelli di oggettività e soggettività, sono sensibili alla diversità e alla patologia, sorreggono l'attività di un professionista, nutrono relazioni trans-disciplinari e sub-disciplinari. Tra gli elementi distintivi si può indicare che la psicologia si occupa dello stato attuale della personalità, mentre la pedagogia si occupa dello sviluppo della personalità; la prima ha un focus sulle aree psicologiche mentre la seconda su tutte le aree; lo scopo è da un lato terapeutico e dall'altro

educativo; infine, da un lato si ha una diagnosi specialistica e dall'altro una diagnosi come Profilo Dinamico Funzionale (Crispiani, 2001).

L'azione pedagogico-clinica non consiste dunque nella terapia, anche se pone in essere delle strategie terapeutiche miranti a fornire un sostegno al soggetto che versa in uno stato di crisi formativa: “questi viene aiutato pedagogicamente a superare rotture formative, disequilibri formativi o educativi, per poi sviluppare e irrobustire la propria resilienza formativa – ossia, la capacità di resistere agli urti che gli giungono dall'esterno. Le cause della deformazione e della diseducazione possono essere di carattere endogeno ed esogeno – quindi provenire dall'interno e dall'esterno –, ma anche costituire il risultato della concomitanza dei due elementi. Qui l'intervento pedagogico-clinico è finalizzato a irrobustire la *stenia* formativa del soggetto, affinché questi possa autonomamente far fronte agli accadimenti più diversi della vita senza soccombere sotto il loro peso” (Sola, 2009, p. 196).

Per agire la pedagogia clinica necessita di competenze pedagogiche, semiotiche e ermeneutiche. La pedagogia generale rappresenta infatti il suo riferimento prioritario, come anche la scienza generale dei segni e dei testi e la loro interpretazione (Sola, 2008). Le competenze richieste al pedagogo clinico sono pertanto relative alle aree disciplinari dello sviluppo fisico, cognitivo, affettivo dei soggetti da trattare, tecniche di analisi clinica e progettazione di interventi formativi e didattici, trattamento delle situazioni in campo psico-socio-affettivo (Mannese, 2002).

La pedagogia clinica indica l'intervento volto a migliorare le condizioni di un soggetto prostrato nella sua formazione profonda, pertanto: “non è una clinica della formazione; non è una clinica dell'educazione; non è una scienza dell'educazione; non è una scienza medica e non va confusa con una ipotetica pedagogia medica o con una pedagogia sanitaria” (Sola, 2008, p. 19). La pedagogia clinica non è, infatti, da confondere con la clinica della formazione. Come vedremo nel capitolo successivo, a differenza della clinica della formazione, la pedagogia clinica non nasce dall'incontro tra “pedagogia”

(intesa in quanto scienza) e “clinica” (intesa in quanto branca della scienza medica), ma nasce come specializzazione della pedagogia stessa.

Per quanto riguarda le somiglianze rispetto alle altre discipline, un interessante contributo di Carlo Macale mette a confronto la pedagogia clinica con l’approccio della psicologia positiva di Seligman, sottolineandone le similarità e differenze e aprendo un confronto alle possibili integrazioni tra le discipline che consistono essenzialmente in una visione anti-medicalizzante dell’aiuto e della riscoperta delle potenzialità della persona (Macale, 2016).

La pedagogia clinica rappresenta pertanto un “sapere critico e dalle potenzialità interpretative che deve avere il coraggio euristico di uscire da un perimetro epistemologico ristretto per confrontarsi con altri saperi” (Sola, 2008, p. 191). Ciò senza subire alcun senso di subalternità.

2.4 Prospettive metodologiche

Il pedagogista clinico nel suo lavoro di consulenza adempie a specifiche funzioni: si costruisce un'adeguata conoscenza dello stato deformativo e diseducativo del soggetto; individua le categorie più funzionali a restituire interpretazione e significazione agli stati deformativi e diseducativi; mette l'altro nelle condizioni di riflettere su se stesso a proposito dei possibili nessi tra il suo stato di deformazione/diseducazione e la rete categoriale per lui predisposta; orienta il soggetto ad aver cura di sé, aiutandolo a filtrare i propri stati deformativi ed educativi mediante la specifica rete categoriale per lui costruita (Sola, 2008). Per ottemperare a questi obiettivi, che rimandano alle aree di intervento relative alla anamnesi, alla diagnosi e all'intervento, si può far leva su una serie di prassi di intervento che tenteremo di elencare.

Le metodologie della pedagogia clinica sono molteplici, ma tutte rispondono all'obiettivo di migliorare la resilienza formativa del soggetto, ovvero la sua capacità di resistere agli ostacoli e alle difficoltà della vita che possono minacciare la sua armonia formativa (Sola, 2008). Dato lo sviluppo recente della disciplina non esiste una vasta letteratura sul tema delle metodologie di indagine e di intervento. Molte delle metodologie derivano dai lavori effettuati da Guido Pesci e dall'ANPEC che hanno permesso la nascita e lo sviluppo di un vasto *set* di metodi operativi.

Il mezzo principale del pedagogista clinico è rappresentato dal colloquio anamnestico e diagnostico che pone l'accento sull'intervento relazionale a carattere verbale e sull'accertamento, attraverso la somministrazione di reattivi didattici: è una tipologia di colloquio che si svolge in modo simile ad una conversazione in cui chi conduce l'intervista utilizza un canovaccio di contenuti da esplorare che viene seguito più o meno flessibilmente a seconda

della propria impostazione metodologica e dello scopo dell'intervista (Galimberti, 1999).

La distinzione tra anamnesi psicologica e pedagogica è ben illustrata da Pesci quando afferma che l'anamnesi psicologica ha come obiettivo quello di comprendere e spiegare gli aspetti intrapsichici, emotivi e motivazionali del modo in cui la persona si è costruita la sua storia. Invece "l'anamnesi pedagogico clinica privilegia la conoscenza, attraverso un resoconto soggettivo della persona, di fatti e situazioni che hanno caratterizzato il suo percorso storico" (ANPEC). Questa seconda tipologia di percorso richiede, come ausiliario, il metodo *Reflecting*: un metodo attraverso il quale facilitare la riflessione, senza quantificare il qualitativo né dare numerazioni e classificazioni nominalistiche. Un modo di fare diverso anche dall'anamnesi medica che chiede al paziente e/o alle sue familiari notizie e informazioni riguardanti la vita del malato al fine di identificare con precisione e attendibilità la tipologia di patologia del paziente. Nonostante ciò, attualmente definire "colloquio anamnestic" quel particolare tipo di interazione che mira al raggiungimento degli scopi di cui sopra per un pedagogo rimanda ad un concetto e ad una concezione troppo sanitaria e quindi è preferibile, per alcuni autori, utilizzare una definizione diversa come quella di "Colloquio Storico Personale" (ANPEC; Pesci, 2012a).

L'anamnesi pedagogico-clinica consiste pertanto nel ricostruire la storia formativa ed educativa del soggetto attraverso le interpretazioni, da parte del pedagogo clinico, a partire dalle narrazioni del soggetto. Si tratta del momento, in cui far riaffiorare attraverso il ricordo, le contraddizioni deformative che si sono verificate nel corso della vita (Sola, 2008).

Una delle modalità più utilizzate in pedagogia clinica a fini anamnestic e di intervento è il disegno. Il disegno ed il grafismo rappresentano infatti, una finestra privilegiata di osservazione diagnostica, ma anche di aiuto della persona. Si parla, a questo riguardo, di individualità psichica e analisi dell'espressività grafica e cromatica poiché si ritiene che nella grafia e nella

gestualità cromatica si possano trovare e interpretare i significati simbolici dell'individualità psichica (Bertoli, 2013).

Utilizzare il disegno in pedagogia clinica non comporta sottolineare l'aspetto artistico o cognitivo, ma il ruolo che il disegno stesso attua nella strutturazione del soggetto: "il pedagogo, il soggetto e il disegnare, in un luogo preposto a tale funzione, promuovono la costruzione di una relazione dove può emergere la soggettività di entrambi e, soprattutto, fanno emergere il ruolo importante del disegno che si pone come una possibile cura nella strutturazione dell'apparato psichico" (Rebosio, 2002, p. 9).

Queste tipologie di strumenti possono essere utilizzate all'interno del momento conoscitivo che fa parte delle verifiche delle PAD per osservare l'emergere di quell'insieme delle manifestazioni che riguardano l'espressività grafica e cromatica. Anche in questo caso è bene ribadire che la necessità non è quella di interpretare il disegno del soggetto, ma di osservarlo ed evidenziare gli elementi che rimandano ad una rappresentazione delle potenzialità, abilità e disponibilità, fondata sull'espressione che la persona ha scelto di manifestare in quel momento al pedagogo attraverso quello specifico mezzo comunicativo. La lettura e l'osservazione non possono riguardare un singolo disegno o, tratto, ma devono essere focalizzate su una osservazione della globalità dell'espressività grafica e cromatica. Negli anni passati "gli strumenti più usati in questa fase erano i *Graphonage* (figura umana, albero, casa, famiglia) e l'adattamento della versione breve del *Color Lüscher Test*. Ad oggi sembra più opportuno e funzionale fare affidamento ad una lettura globale e complessiva del disegno libero, modalità che meglio consente l'espressione libera di sé; del disegno della figura umana, primariamente importante per le informazioni che possono riguardare lo schema corporeo; del disegno della famiglia, in quanto racconto di come una persona si rappresenta una o la propria famiglia; dell'adattamento della versione breve del *Color Lüscher Test*; e, infine, della Lettera di presentazione di sé, una "nuova" modalità narrativa, non così dissimile dal "tema" richiesto

dagli insegnanti a scuola, ma realizzata in un contesto diverso con modalità proprie e criteri di lettura specifici” (ANPEC).

La verifica delle PAD può essere effettuata anche attraverso l'utilizzo di *Test*, questionari e altre modalità di analisi che hanno la capacità di rilevare alcuni aspetti e caratteristiche della persona ed offrono un'espansione conoscitiva che integra e facilita il percorso di verifica.

Fra i test più utilizzati nell'ambito della pedagogia clinica l'ANPEC ne cita alcuni: “*Organizzazione grafo-percettiva, Attenzione e faticabilità, Mnesi Immediata, il Test verbale di maturità logica, l'Osservazione della manifestazioni ansiose e depressive, la Scala di valutazione del riadattamento sociale, il Questionario sul Self-Concept, la Scala di Valori Professionali, il Test del Pensiero Creativo, Nuove Prove di lettura MT per la Scuola Secondaria di I Grado, le Prove di Lettura MT-2 per la Scuola Primaria, le Prove MT Avanzate – 2, il DDE-2, il QI VATA, il MAT-2, il PRCR-2/2009, le Prove di Valutazione Grammaticale dell'Italiano Scritto, la Batteria per la valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica nella Scuola dell'Obbligo ecc*”. Molti di questi strumenti hanno però delle basi epistemologiche distanti dai principi del pedagogista clinico e pertanto, si consiglia, qualora vengano da questo utilizzati, di effettuare un adattamento all'uso e agli obiettivi conoscitivi specifici dell'intervento (ANPEC; Pesci, 2012a). Una ulteriore ipotesi è quella della costruzione di specifici questionari composti da un insieme di domande coordinate e progressive sia sulla storia del caso che sui tratti personali che lo caratterizzano (Crispiani, 2001).

In merito all'utilizzo di strumenti che provengono da basi epistemologiche e aree diverse da quelle della pedagogia, esistono però opinioni contrastanti. Mario Gennari con il suo *Trattato di Pedagogia Generale*, oltre a sottolineare come tra le differenti professioni pedagogiche vi possa essere anche quella del pedagogista clinico, sottolinea che le categorie che la pedagogia clinica desume dalla pedagogia generale – ad esempio, le categorie di mondo, vita, libertà, amore, paura, sofferenza, morte, mistero – costituiscono uno strumento

operativo con cui il pedagogo clinico agisce a livello di consulenza pedagogico-clinica. Anche Sola sottolinea la necessità di utilizzare specifiche metodologie professionali e non piuttosto tecniche desunte da altri saperi, come la psicologia (Gennari, 2006; Sola, 2008).

In molti metodi utilizzati dai pedagogisti clinici, l'obiettivo è quello di analizzare le varie "stanze", ovvero le varie fasi della vita del soggetto. Per raggiungere questo scopo diviene indispensabile l'analisi del linguaggio adottato nelle narrazioni che viene di volta in volta scomposto, riletto e osservato dal ricercatore alla luce delle varie stanze (Mannese, 2002).

L'obiettivo, in questo senso, è quello di interpretare il linguaggio verbale, non verbale e paraverbale del soggetto. Il processo di conoscenza pedagogico-clinica non può esimersi dall'utilizzo di racconti, metafore e autobiografie (Cambi, 2002; Sola, 2008).

La scuola ginevrina guidata da Domincé si basa sull'utilizzo di narrazioni autobiografiche attraverso le quali si cerca di capire (e di farsi capire) ripercorrendo le strade della propria vita (Mannese, 2002). L'assunto è che il linguaggio è il principale strumento formativo poiché rappresenta l'essenza del vissuto, tanto che si può pensare alla vita come esperienza linguistica.

La narrazione è la prima espressione di un apprendimento profondo atto a dare forma alle proprie domande e formulare rappresentazioni adeguate delle stesse (Minichiello, 1995).

Come afferma Bruner (1992) il pensiero narrativo è la chiave interpretativa dell'esistenza e la dimensione mentale per eccellenza. Raccontarci è la modalità più facilmente adottabile che abbiamo a disposizione, non solo per farci comprendere dagli altri, ma anche, e soprattutto, per comprendere noi stessi. In questo senso le "narrazioni" dell'agire educativo sottostanno a rappresentazioni e visioni diverse del proprio operare (Bruner, 2002). Il linguaggio e la retorica assumono dunque la funzione di catalizzatori delle rappresentazioni mentali e come tali divengono uno dei principali strumenti e metodi di indagine delle scienze umane. Non è possibile, infatti, parlare di

educazione e di formazione trascurando le immagini, le rappresentazioni e le forme linguistiche attraverso cui i significati si esprimono (Franza, 2018).

La trama narrativa che si dispiega nella relazione prende insieme (comprende) e integra tra loro aspetti molteplici e dispersi arrivando a costruire delle totalità significative (Ricoeur, 1983). Noi non siamo altro che la storia che narriamo di noi stessi.

La narrazione del sé scaturisce da un bisogno generalizzato di ogni individuo di autodeterminarsi, affermando il proprio ruolo nel mondo nel tentativo di sollevarsi dallo statuto debole, incerto che la condizione postmoderna gli ha assegnato; scrivere di sé stessi nasce dalla capacità di autoriflessione e dalla necessità di dare un ordine logico alla propria esistenza. La trama è autoreferenziale nel senso che non è storia dell'evento ma di come quell'evento è stato vissuto; il viaggio autobiografico è cura di sé, è autoterapia che segnala luci e ombre del conflitto interiore e quindi conduce alla costruzione della propria identità personale (Trisciuzzi, Bichi, Zappaterra, 2006).

L'auto-osservazione, oltre a rappresentare un vero e proprio strumento diagnostico, può anche assumere una funzione educativa, intesa come esperienza che aiuta la persona a padroneggiare il proprio io e le proprie condotte. Con il termine auto-osservazione guidata si intende un'indagine che si rivolge a sé stessi in merito a più ambiti della propria vita: dalle competenze o prestazioni in ambito scolastico, lavorativo, sportivo, alle condotte emotive e affettive. Generalmente questo strumento è utilizzato a partire dal periodo adolescenziale, poiché pone come requisito un livello sufficiente di maturità, ma può essere utilizzato, con particolari accorgimenti anche sui bambini. È possibile, ad esempio utilizzare l'auto-osservazione con bambini dislessici, già dall'età di 8-9 anni invitandoli a resocontare i propri errori lettori e le condizioni che li aggravano o li alleggeriscono. Di per sé l'auto-osservazione favorisce momenti di introspezione che possono basarsi sulla superficiale lettura dei fatti, memorie e sentimenti oppure su un'interpretazione più

profonda. Affinché questo strumento abbia la sua efficacia è necessario che sia preceduto da intenzionalità, individuazione dei momenti critici e considerazione del contesto e dei comportamenti da osservare (Crispiani, 2001).

Dopo la fase di anamnesi e diagnosi può avviarsi quella di intervento o di “terapia”. Questa rappresenta la fase più delicata del lavoro del pedagogo clinico perché deve operare in modo che il soggetto, dopo essersi posto le domande sulle categorie relative alla sua deformazione e alla sua formazione, dia avvio alla decostruzione conoscitiva del proprio malessere deformativo e alla costruzione del proprio benessere formativo (Sola, 2008). Le metodologie di intervento in pedagogia clinica sono numerose ed ognuna è volta ad agire rispondendo all’effettivo bisogno della persona o del gruppo.

Il metodo *Reflecting* può essere utilizzato con individui, coppie o gruppi per promuovere una riflessione critica rispetto alle modalità con cui essi affrontano gli eventi di vita con l’obiettivo di sviluppare una evoluzione positiva. I tre pilastri su cui si fonda la teoria della tecnica del *Reflecting* sono il silenzio, la parola e la comunicazione non verbale. Il metodo *Reflecting* rappresenta una modalità di intervento particolarmente versatile che può essere usata dal pedagogo clinico in tutte quelle occasioni di scambio comunicativo con l’altro. L’utilizzo congiunto di tale metodologia con altre complementari consente di esplicitare una differenza anche operativa con altri professionisti (ANPEC; Pesci, 2012a). Il metodo *Reflecting* dimostra le potenzialità del soggetto che, in assenza dell’autorità della parola, riesce a approfondire e arricchire le sue conoscenze (Dizionario di pedagogia clinica, <http://www.Dizionario pedagogia clinica.it /lexicon/reflecting-metodo/>).

Sono molte le tecniche utilizzate in pedagogia clinica che utilizzano il corporeo poiché escludere il corpo dalla relazione di aiuto o trattarlo solo come “soma”, significherebbe non lavorare in maniera olistica sull’integralità dell’essere umano che richiama la globalità e l’unità psicofisica della persona. Come ricorda Carboni di come una persona giunga a definire quell’entità che

viene denominata schema corporeo proprio attraverso l'integrazione dei vissuti emotivi con l'insieme delle esperienze sensoriali, unitamente alla dimensione propriocettiva, ed è nell'unione della dimensione percettiva con quella rappresentativa che si può costituire un'immagine di sé nel senso della corporeità, come atto dinamico destinato a modificarsi nel tempo in una continua ricerca di adattamento (Carboni, 2007). In pedagogia clinica la categoria di corpo determina le pratiche della vita, la rappresentazione di sé, lo strutturarsi dell'intersoggettività (Sola, 2008).

Per la prevenzione di insufficienze e difficoltà nel controllo del gesto grafico può essere utilizzato il metodo *Prismograph*. Il percorso operativo del *Prismograph* mira al raggiungimento del corretto dinamismo respiratorio, oltre a una maggiore abilità organizzativo-cinetica, e al potenziamento di ulteriori abilità organizzativo-corporee. Il *Labyrinthway* si avvale di percorsi labirintici che devono essere seguiti lasciando all'interno del cammino una linea con strumenti differenti e di colori diversi. Il percorso deve essere eseguito lentamente per consentire una produzione immaginativa, evocatrice di contenuti profondi. Questo metodo consente di potenziare le proprie competenze in tattica e strategia, imparare a tollerare le incertezze a riflettere con senso critico, sfruttare in modo dinamico tutte le idee e le possibilità che ci si pongono davanti e sviluppare un senso di soddisfazione per il successo, oltre a incrementare la fiducia in sé stessi. La *Cyberclinica* ha invece come obiettivo quello di aiutare la persona a ritrovare nuove e diverse abilità e disponibilità. È un metodo che conferma la centralità della persona e che le permette di ritrovare un personale equilibrio e che, grazie all'utilizzo di affermazioni che generano immagini di sé vivide e particolareggiate, le permette di ritrovare un personale equilibrio. Gli strumenti sono costituiti da frasi descrittive, immagini dichiarative verbali, espressioni capaci di essere recepite dagli strati più profondi, sostenute da diversi engrammi notificatori verbali e un processo di retroazione, che permettono di fronteggiare i vissuti emotivi, affettivi e relazionali. Il *BedTest* è un ulteriore metodo che permette

alla persona, mentre è occupata nella narrazione, di realizzare praticamente l'ambientazione scenografica della propria storia. Le verifiche si realizzano in una costruzione di scenari collegati con le esperienze di vita, che informano sulle situazioni di agio e di disagio, su ogni situazione di intesa o di conflitto, sulle disponibilità nelle relazioni, sui fatti e le circostanze dei vissuti. Si tratta di un metodo che fornisce molteplici occasioni per parlare di sé e dare espressione alla propria intimità, analizzando ogni aspetto che caratterizza il modo ideale o abituale di sostare nel letto quando si dorme. Per l'ampia opportunità che offre di espandere l'analisi delle connotazioni psico-relazionali e socio-affettive, il *BedTest* si rivela particolarmente utile sia con i singoli, che con le coppie e con genitori e figli. Il *BonGeste* è utilizzato per aiutare la persona a recuperare le abilità organizzativo-corporee, migliorare l'immagine del proprio schema corporeo, ritrovare un migliore equilibrio e una diversa disponibilità a superare gli ostacoli, oltre a rintracciare e rinnovare il desiderio di parlare di sé agli altri. Inoltre, le permette di acquisire abilità distributive tonico-muscolari, appercettive e respiratorio-cinetiche, affinare la sua conoscenza temporo-spaziale, favorire il superamento delle difficoltà gnosiche e prassiche, ordinare l'attenzione e la concentrazione, fino a consentirle di vivere in agio il proprio corpo e tornare a disporre di efficaci abilità comunicazionali. Il *Body work* recupera la disponibilità della persona ad abitare positivamente il proprio corpo fino a renderlo dialogante allo scambio con l'altro, generando il piacere di aprirsi al mondo esterno. Consiste in un dialogo tattile che ha una funzione socializzatrice e arricchente di esperienze emotive e modalità adattive. La mediazione corporea tipica del metodo *Body work* consente alla persona di riflettere in modo profondo sulla propria identità corporea, attenuando quindi situazioni di tensione e rigidità e favorendo la sintonia col proprio corpo e raggiungere una conoscenza per integrare una personale esperienza. Il metodo *ClinicalMentalPicture* si avvale di racconti le cui visualizzazioni possono rispondere ai desideri della persona, come per esempio, acquisire abilità oratoria, essere capace di fronteggiare gli

avversari nei confronti sportivi, avere maggiori energie nel prendere delle decisioni, ecc.; un ventaglio di opportunità per assumere un nuovo controllo e nuove abilità distributive di sé. La *Coreografia fonetica* è un metodo che integra parola, gesto, mimica, prossemica e postura del corpo. Il movimento, accompagnato dal linguaggio verbale dà vita a coreografie suffragate dal ritmo e dalla melodia, da rappresentazioni sceniche di parole e testi. L'influenza della coreografia fonetica nello sviluppo del linguaggio e nel recupero delle difficoltà elocutorie si è dimostrata valida poiché promuove ad un tempo più apprendimenti, la coordinazione gestuale, l'indipendenza segmentaria, il controllo dell'equilibrio posturale, l'armonia dei movimenti, il successo nell'abitare lo spazio e il rilevante potenziamento dell'espressione fonetica e verbale. Il metodo non trascura l'integrazione fra cognitivo, affettivo-relazionale e corporeo e promuove un costante dinamismo per dare vita al criterio di insieme sistemico delle funzioni e riesce a stimolare la persona nella sua globalità, favorirne lo sviluppo armonico e potenziarne le abilità per un costante rinnovamento e adeguamento alla vita (Pesci, 2012a).

La Dinamica cinesico gestuale è un ulteriore metodo che si affida all'espressività gestuale silenziosa, mimica e posturale. Si tratta di una forma espressiva che richiede un'abilità organizzativo-corporea attraverso la quale esprimere diversi stati d'animo, umori e sentimenti. Si perviene così all'arte dell'atteggiamento in cui il corpo, assume un valore espressivo per canalizzare umori e sentimenti garantendo un lavoro di consapevolezza di sé e delle proprie emozioni. Il *Discover Project* lavora sulla percezione propriocettiva focalizzandosi sui vissuti contrattivi e decontrattivi muscolari. È inoltre orientato alla ricerca connotazionale dello schema corporeo, della disponibilità del proprio corpo a nuove capacità di adattamento all'ambiente, a vivere il dinamismo respiratorio e arrivare ad un equilibrio energetico-affettivo. Gli obiettivi educativi del metodo sono indirizzati al soddisfacimento dell'esigenza di dare alla persona l'opportunità di riconquistare, attraverso il corpo, un benessere psico-fisico. Il metodo *Educromo* si è imposto a causa

delle insoddisfacenti esperienze di quanti soffrono per difficoltà nella lettura. *L'Educromo* si basa su un percorso teso a far giocare il corpo al fine di soddisfare il bisogno primario di esprimersi e di arricchirsi fino a trovare la modalità comunicativa che permette un maggiore benessere relazionale. A seguito delle esperienze di lettura di sé e dell'ambiente segue la lettura cromatica, ovvero la lettura di simboli alfabetici cromatici, parole e frasi, posti in relazione allo sfondo per contrasto per permettere di cogliere la maggiore tonalità, chiarezza e intensità del colore e figurati con polidirezionalità e polisistematicità del segno grafo-scrittorio, sicuro invito a conoscere, discriminare e decodificare. *L'Edumovement* è un metodo pedagogico clinico che mira ad assicurare l'evoluzione nella consapevolezza del Sé, nella costruzione della propria identità, nonché la capacità di instaurare rapporti soddisfacenti e autentici con gli altri. Il ruolo del pedagogo clinico risiede in un'educazione somato-affettiva, che possa recuperare non solo tutte le valenze percettivo-motorie insite nella potenzialità psicocinetica, ma anche e soprattutto quelle affettive della gestalt tonica. *L'Eucalculia*, ha avuto il merito di consentire di distinguere e rilevare la presenza contemporanea di più discalculie (discalculia verbale, disprassicalculia, disgnosicalculia, discronicalculia, discalculia grafica, discalculia ritmica, discalculia ideognosica, discalculia operativa) e di tener conto della diversità di ciascuna di esse. Per questo il metodo coinvolge una notevole quantità di abilità e processi mentali, a una vasta gamma di sollecitazioni, di vissuti esperienziali corporei ed emotivo-affettivi, che, facendo uso dell'attenzione, del piacere, della curiosità, dell'entusiasmo e della sensazione di successo, permettono di raggiungere nuove capacità e disponibilità. Con *l'InterArt* la pedagogia clinica mira a utilizzare l'arte che consente di creare medium espressivi dal valore maieutico, offrendo l'occasione di mutare lo stile di vita. Il metodo rappresenta un'opportunità per un'incentivazione delle conoscenze, delle esperienze realizzate analizzando ogni minimo particolare della realtà che è intorno a noi, energizzando sempre più una forza generatrice di

entusiasmi e di piaceri, capace di costruire con intensità più autentici equilibri emozionali, emulsionare la creatività, vivere con nuovi intimi interessi ogni palcoscenico dove si recitano opere tradotte in uno scenario, in un concerto, in una drammaturgia in cui natura, suono, colore, forma, poesia e gesto, chiedono il plauso del piacere spirituale che vi riecheggia. Il metodo *Intimacy* promuove esperienze di maturazione basate sull'educazione all'affettività e sull'espansione ed il miglioramento delle relazioni intime. L'obiettivo è il recupero delle abilità e disponibilità affettivo-sessuali, mentre gli strumenti si sostanziano in percorsi immaginativi, esposizioni contestuali e scenari finalizzati al miglioramento dell'intesa e dell'armonia psico-affettiva-sessuale. Nel *Linguaggio-azione* il linguaggio parlato si trasforma in agito e assume valore e significato nel quadro delle varie attività finalizzate a produzioni e collegamenti che stanno a stretto contatto tra parola e movimento; attività operative che avviano ad una concettualizzazione dinamica del cosiddetto fare facendo (ANPEC, Pesci, 2012a).

Con il termine Ludopedagogia si intende un metodo che fa uso di vissuti ludici, simbolici e strutturati, mirati a favorire l'esplorazione di sé, proiettare la propria energia interiore, istinti e pulsioni verso l'esterno, sviluppare la funzione energetico-affettiva e riscoprire il piacere di stare con gli altri.

Il metodo *Memory Power Improvement* (MPI) sviluppa il *Fixage* mnestico attraverso una molteplicità di stimoli: sensoriali-percettivi, organizzativo-corporei, creativi, umoristici, immaginativo-mentali. Questi stimoli si rivelano utili nel conseguimento di una maggiore stabilità emotiva e per la rigenerazione di abilità organizzative. Il metodo propone esperienze graduate risvegliando nuovi equilibri psico-corporei migliorando: l'organizzazione ritmo-respiratorio-cinetica, la topografia corporea, il tono e l'immagine di sé, il recupero di abilità senso-percettive uditive, visive, tattili, olfattive e gustative, prodromo di stabilità mnestica ed emozionale. Il metodo Musicopedagogia si basa sull'utilizzo di opportuni stimoli sonoro-musicali per sviluppare abilità, fronteggiare condizioni di difficoltà e di disagio. Si avvale

dell'elemento sonoro, ritmico, spazio-temporale e vibratorio per favorire condizioni di benessere emotivo, migliorare la stabilità e flessibilità fisica, aprire canali di comunicazione e attivare nuovi processi di socializzazione. La Musicopedagogia viene utilizzata spesso dai pedagogisti clinici come un metodo ausiliario, in forma associata con altre tecniche d'intervento, idonee a definire, nell'agire educativo, la significatività della mediazione sonoro-musicale in rapporto alla crescita del soggetto. Il *Picture Fantasmagory* si sostanzia in visualizzazioni creative che prendono forma da descrizioni pronunciate o lette, proiettate su parete o, altrimenti, scritte dopo aver ricevuto una sollecitazione-guida.

L'assunto alla base dell'utilizzo del metodo delle Psicofiabe risiede nello stretto e inscindibile rapporto fra immaginazione e azione. L'immagine si propone come strumento teso a elaborare forme di pensiero profonde e complesse. La fiaba, come metafora, è uno strumento indispensabile al pedagogista clinico per stimolare il bambino e sollecitarlo ad affrontare e vincere le proprie insufficienze e le proprie difficoltà sia a livello personale che sociale. Offrendogli sollecitazioni immaginativo-fantasmatiche, le PsicoFiabe consentono di ritrovare la volontà, la determinazione e il desiderio di vivere la vita con entusiasmo. Quello delle fiabe è un valore pedagogico clinico assai significativo, che consentono di sviluppare la fiducia nelle proprie risorse, individuare le vie da seguire per superare le fasi più difficili, giungere a una soluzione e crescere in maniera equilibrata.

In caso di disarmonie ritmiche e ritmo-respiratorio il pedagogista clinico può ricorrere al metodo Ritmofonico. In caso di difficoltà espressivo-verbali o in caso di ritardo nella maturazione del bambino, questo metodo implementa lo sviluppo della potenzialità organizzativo-corporea ed espressivo-comunicazionale, tanto da consentirgli di acquisire nuove abilità nella relazione elocutoria. Tra gli strumenti del metodo vengono utilizzati brani ritmici sui quali il bambino regola la sua dinamica espressivo-respiratorio-

gestuale: il corpo viene chiamato a muoversi in sincronia con il proprio ritmo respiratorio.

Per arginare la disfluenza e i disordini espositivo-verbali (balbuzie) si può ricorrere al metodo della *Scrittura sonora*. L'assunto che sta alla base del metodo è che l'atto dello scrivere in corsivo ha un'influenza sulla preparazione psichica della persona.

Il *Touch Ball* prende il nome dallo strumento che viene utilizzato: una palla sonora ripiena di acqua che è utilizzata come intermediario per consentire alla persona una stimolazione tattile e una vibrazione sonora tese a risvegliare la consapevolezza del proprio corpo. Il metodo si basa sul principio sull'interazione tra pensiero, influsso emotivo e l'intreccio di motivi psicologici nell'esperienzialità del proprio corpo, che influenzano e accompagnano la consapevolezza della propria immagine corporea e della propria identità.

Il *Training induttivo* si basa su un rilassamento guidato e ha come obiettivo quello di consentire alla persona di migliorare il proprio equilibrio fisico, psichico e relazionale. Si avvale di sollecitazioni derivanti dall'espressione verbale e tonematica che aiutano la persona, per mezzo della funzione immaginativa e di simbolizzazione, a pensare e ripercorrere mentalmente il proprio corpo e a leggerne le difese e le resistenze, ripensando a nuovi canali di comunicazione.

Il metodo *Tree of Life* si basa sul confronto della persona con il corpo dell'albero. Il parallelismo vede nel tronco il suo asse centrale e verticale, nelle radici i suoi piedi, nei rami che si diramano gli arti, nella chioma la testa.

Il metodo *Trust System* si basa sul recupero della calma psicofisica. La tecnica prevede l'utilizzo di movimenti passivi realizzati con una mobilitazione ritmica e monotona, che consente di regolare il tono muscolare e anche l'acquisizione di una conoscenza e coscienza di sé. Lavorando attraverso il movimento corporeo la persona può ritrovare la possibilità di esprimersi e di comunicare positivamente con l'ambiente circostante. Il metodo permette di

acquisire una migliore abilità interpretativa e valutativa delle senso-percezioni proprio-intero ed esteroceptive, di fare esperienza con sé stessi, affinare la conoscenza del proprio schema corporeo, con la conseguenza di sentirsi a proprio agio nel proprio corpo e percepirlo come globalità, acquisendo uno stato di calma, benessere, serenità e ritrovare la fiducia.

Il metodo Vibro tattile si basa sulla coscienza del corpo come interlocutore, sull'esplorazione topografico-somatica e la geologia corporea, su sollecitazioni vibro tattili capaci di organizzare esperienze sensorie ed emotive. Si tratta di lavorare su impressioni tattilo-corporee che provocano un accrescimento delle modificazioni percettive e motorie. Il corpo, grazie agli effetti vibratorii della respirazione e della voce e dei messaggi sonori, si consolida di abilità utili per una migliore impostazione fonetica, per un arricchimento di forme di pensiero e stati affettivi ed una conseguente capacità dichiarativa ed espositiva (ANPEC, Pesci, 2012a).

Come si è visto la maggior parte delle tecniche di intervento proposte si rifanno alla scuola di Guido Pesci. Ma esistono anche opinioni diverse rispetto alle tecniche da proporre. Sola, ad esempio, ritiene che le modalità di intervento non possano essere stereotipate, o ridotte a tipologie. L'autrice non propone un elenco di tecniche specifiche da applicare, ma si limita a rimarcare i requisiti che una consulenza pedagogico-clinica deve avere: “disporre il soggetto a acquisire punti di osservazione differenti da cui guardare il proprio disagio formativo, porre il soggetto nelle condizioni per emanciparsi progressivamente da quello stato di deformazione che gli impedisce il libero e armonico formarsi, attenuare il livello di conflittualità che può contrassegnare negativamente il rapporto fra il mondo del soggetto e l'ambiente che lo circonda, riequilibrare progressivamente il nesso tra l'essere autentico del soggetto e il suo essere inautentico, presentare al soggetto la possibilità di ricercare all'interno di se stesso la *stenia* necessaria per l'equilibrio del vivere formandosi e del formarsi vivendo, rappresentare al soggetto i caratteri attraverso cui le de-formazioni confliggono con l'armonia e l'equilibrio

interiori, restituire al soggetto dei margini di valorizzazione che lo inducano alla stima di sé, autenticare nel soggetto le differenze e le connessioni tra percezione di sé e percezione della realtà, disporre il soggetto alla conoscenza di sé attraverso la culturalizzazione profonda della propria esperienza di vita [...], invitare il soggetto a recidere progressivamente tutti i falsi legami che deprivano la sua formazione umana e a coltivare quelli che autenticamente la liberano, coadiuvare il soggetto nel rendersi consapevole che la sua formazione si sostanzia di stabilità e si alimenta di trasformazione, presentare criticamente e dialetticamente al soggetto la forza formativa che per lui possono rivestire le sue emotività e le sue affezioni” (Sola, 2008, pp. 101-102).

Mentre esistono molte aree di sovrapposizione e di coincidenza fra i vari autori che si sono occupati di pedagogia clinica in merito ai riferimenti teorici e concettuali, sembrano al tempo stesso esistere opinioni discordanti in letteratura soprattutto rispetto alle prassi e alle metodologie di intervento. Non è infatti chiaro se la differenza sulle prassi pedagogiche di Pesci e di Sola sia dovuta al target di riferimento oppure ad una rappresentazione diversa della professionalità del pedagogista clinico. Quello che appare chiaro è che, mentre da un lato, con la concettualizzazione di Pesci si dà vita ad un ambito di intervento profondamente categorizzato, dall’altro, con Sola, sembra esserci una maggior attenzione alle specificità del soggetto con cui si trova ad operare il pedagogista clinico. Quest’area sarà ovviamente esaminata e approfondita grazie alle interviste agli esponenti della pedagogia clinica.

CAPITOLO III
LA CLINICA DELLA FORMAZIONE TRA SCIENZA E
PROFESSIONI EDUCATIVE

3.1 La storia e la nascita della clinica della formazione

Un secondo approccio che coniuga la pedagogia con la clinica è quello della clinica della formazione, elaborato da Massa alla fine del secolo scorso.

L'espressione clinica della formazione appare però per la prima volta in un contributo di René Kaës, psicologo e psicoanalista francese, intitolato *Quattro studi sulla fantasmatica della formazione e il desiderio di educare*. In questo testo la parola clinica associata a quella di formazione sta a significare la restituzione in forma letteraria e manifesta del materiale analitico raccolto in seduta. L'autore all'interno del volume propone un'analisi dei fantasmi che organizzano la formazione, cioè mobilitano e canalizzano l'energia delle pulsioni di vita attraverso il desiderio di formare ed essere formati (Kaës, 1981).

In modo simile ma diverso, l'approccio massiano nasce dall'esigenza di esplicitare i significati nascosti e intricati dell'azione formativa e di considerare il rapporto tra mondo della vita e mondo della formazione che comporta sia il voler tenere in considerazione sia i diversi significati vitali della formazione sia i significati formativi dei diversi mondi vitali. L'assunto da cui parte Massa è che una formazione organizzata può essere efficace soltanto interagendo con le condizioni relative alla vicenda di formazione della storia di vita di un soggetto. L'ipotesi è quella di un livello di specifica latenza pedagogica, relativo all'ineliminabilità, nel rapporto tra mondo della vita e mondo della formazione, di una specifica mediazione educativa: "è questo ordine di latenza, nel suo stesso disordine vitale e formativo, a costituire l'oggetto specifico di una clinica della formazione orientata a sua volta

dall'ipotesi di una nuova scienza pedagogica, alla cui nascita intende contribuire" (Massa, 1992, p. 21).

Per comprendere il pensiero di Massa è necessario riprendere alcune delle definizioni che dà di educazione e di pedagogia. Massa intende l'educazione come un "processo di determinazione comportamentale quali che siano le sue modalità, i suoi intenti e i suoi effetti" e definisce la pedagogia come quel "sapere che permette di esplorare i meccanismi dai quali una tale determinazione è di fatto determinata nella sua più diretta specificità" (Massa, 2003, p. 481). È proprio a questa determinazione che Massa sembra tendere.

La clinica della formazione si configura dunque, sin dalla sua nascita, come una proposta molto ambiziosa e provocatoria da parte di Massa, ovvero quella di contribuire a definire l'identità della pedagogia. Le parole di Massa esprimono bene questo obiettivo: "la questione su cui avevo provato ad accanirmi da giovane era [...] quella dell'identità della pedagogia. [...] Insomma, il bisogno che noi sentiamo è quello di provare a definire l'identità, lo statuto – si diceva una volta – della pedagogia, che è così sfuggente e che è così inconsistente" (Massa, 2002, p. 315). Massa non risparmia infatti una critica ad una pedagogia contemporanea non all'altezza del suo tempo e dei suoi compiti, assumendosi come preciso compito quello di rifondare una scienza pedagogica da lui stesso dichiarata morta. Il presupposto da cui origina la clinica della formazione è quello di coniugare teoria e prassi pedagogica poiché: "l'educazione, se è tale, è sempre prassi, e ove non è prassi non è educazione" (Massa, 1975, p. 168).

Seguendo il pensiero di Massa, si può affermare che è necessario tenere bene a mente il rischio del riduzionismo che deriva o da una concezione tesa ad affermare la specificità della pedagogia soltanto nell'ambito della riflessione teoretica; oppure, dall'altro lato, da una concezione che tende a valorizzare esclusivamente la sperimentazione l'applicazione di soluzioni tecniche a problemi educativi determinati (Massa, 1995).

L'educazione è prassi “tanto dal punto di vista dell'azione educativa, che da quello di ciò che essa tende ad istituire” (Massa, 1975, p. 168). La pedagogia in questo senso diviene metodologia - scienza del metodo, scienza delle tecniche educative.

In Italia il dibattito pedagogico si è interessato negli anni Ottanta al tema l'epistemologia pedagogica per poi dirigersi verso l'interesse ad una problematica di ordine metodologico. Le questioni epistemiche, nella maggior parte dei casi, sono state archiviate ma non risolte, parallelamente si è aperto subito il fronte del come fare ricerca educativa (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018). L'interrogativo è dunque rivolto al sapere pedagogico interrogando il problema della conoscenza che struttura questo sapere speciale che, spesso poco valorizzato, va al cuore della fondazione delle scienze umane (Franza, 1981).

Da quella che secondo Massa è la fine della pedagogia, emerge così l'ipotesi di una nuova pedagogia come “clinica della formazione volta al reperimento della struttura simbolica e materiale dell'accadere educativo” (Massa, 1988, p. 198).

3.2 Le basi epistemologiche

La clinica della formazione nasce a partire da un'epistemologia della complessità e dalla fenomenologia esistenziale che si coniugano ad un atteggiamento ermeneutico (Massa, 1992).

L'interesse di Massa è centrato su una prospettiva sistemico-costruttivista, che rimanda alle letture foucaultiane ed è legata alla possibilità di “poter valorizzare, su di un piano interno al lavoro scientifico, il casuale, il contingente, il residuale, il molteplice, il mutevole – quindi l'individuale, l'ambiguo, il latente” (Massa, Bertolini, 1975, p. 352).

Massa riprende in particolare dall'opera di Foucault *Sorvegliare e punire* tre elementi che si distinguono per il ruolo chiave giocato all'interno della disciplina ovvero lo spazio, il tempo ed il corpo: “l'educazione è resa possibile da una struttura storicamente determinata di procedure materiali e di linguaggi, che trova nel corpo il suo punto d'esercizio e d'applicazione” (Massa, 2003, p. 484).

Inoltre, Massa propone, ancora una volta in linea con Foucault, di utilizzare il termine dispositivo: “il concetto di ‘dispositivo’ mi piace perché in Foucault consente di tradurre lo strutturalismo in una visione sistemica non banale, in cui il dispositivo è un sistema complesso di elementi pratico-discorsivi dove è fondamentale la dimensione dello strutturale” (Massa, 2002, p. 337).

Seguendo Foucault, infatti, si può definire il dispositivo come “un insieme decisamente eterogeneo che comporta discorsi, istituzioni, pianificazioni architettoniche, decisioni regolamentari, leggi, misure amministrative, enunciati scientifici, proposizioni filosofiche, morali, filantropiche; in breve, il detto ma anche il non detto: sono questi gli elementi del dispositivo. Il dispositivo in sé è l'intreccio che si può stabilire tra questi elementi” (Foucault, 2005, p. 156). Attraverso la definizione dell'educazione come un dispositivo, Massa trasferisce l'idea di eterogeneità di elementi in relazione al significato foucaultiano del termine all'educazione stessa: il fenomeno

educazione è così reso possibile da un'intricata ed in parte invisibile trama di relazioni tra elementi di varia natura, che si snoda su differenti livelli ed è osservabile da più prospettive teoriche.

L'approccio sistemico consentirebbe quindi di portare il dibattito pedagogico verso uno strutturalismo ermeneutico (Massa, Bertolini, 1975). L'incontro con Foucault consente inoltre a Massa di specificare il legame che unisce dinamiche della personalità e struttura socioeconomica, individuando così un oggetto preciso per la pedagogia: la rete di procedure materialmente e storicamente determinate che permette ai condizionamenti storico-sociali di agire sull'individuo. L'oggetto della pedagogia diverrebbe dunque, secondo Massa "la struttura elementare, relativamente autonoma ed invariante, del dispositivo ricorrente da cui viene parlato e giocato nella prassi l'accadere educativo come accadere storico-sociale e psico-culturale materialmente determinato" (Massa, 2003, p. 40). Si arriva così a definire alcune categorie chiave attraverso cui osservare e riflettere sul fatto educativo: rapporto interpersonale, atteggiamento esistenziale, orientamento valoriale, contenuto culturale, comunicazione linguistica, fattore politico-economico, istituzione sociale.

È possibile inoltre, suddividere i livelli del dispositivo pedagogico in due macroaree: i livelli relativi all'educazione intesa in senso lato ovvero la generalizzazione oggettuale dell'evento educativo operata da psicologia, sociologia e antropologia, ed i livelli relativi all'educazione intesa in senso stretto ovvero la pedagogia che opera attraverso pedagogiche tecniche con cui condurre efficacemente l'azione educativa e istituirne così il suo costitutivo carattere strategico e programmatico (Massa, 1975).

Si può definire clinico questo approccio perché integra la dimensione individuale e quella storica: la dimensione individuale permette di porre il focus su realtà concrete e individuali e la dimensione storica consente l'indagine sulle realtà individuali attraverso uno studio intensivo e processuale (Massa, 1991). La clinica della formazione pone al centro del suo interesse

l'accadere educativo in qualsiasi forma esso si presenti per comprenderne la complessità nel suo svolgersi nel tempo. Ogni vicenda educativa o formativa si struttura attraverso molteplici dimensioni (materiali, metodologiche, esistenziali, inconscie, ideologiche, procedurali) che agiscono tra loro. Il fine ultimo della clinica della formazione è, infatti, quello di acquisire una maggior consapevolezza e criticità rispetto ai concetti di formazione, di esplicitare i significati che restano latenti, di creare un innovativo approccio metodologico e culturale rispetto ai problemi pedagogici presenti. Essa riguarda la normalità e la generalità delle situazioni di crescita, di apprendimento e di mutamento dell'individuo o di gruppi sociali. Lo scopo di un'analisi clinica non è quello di identificare gli elementi di una formazione intesa come dato oggettivo esterno, ma di decostruire le rappresentazioni mentali e i vissuti di esperienze formative individuando le strutture invarianti dei sistemi di azione. Questo specifico approccio non è da confondere con una pedagogia clinica che è invece incentrata su problematiche mediche, riabilitative, rieducative o terapeutiche (Massa, 1995).

Tre sono gli sguardi attraverso i quali possono essere tracciati i confini della clinica della formazione. Si tratta innanzitutto di un approccio nuovo sia dal punto di vista culturale che metodologico alla ricerca educativa, di una strategia di costruzione di un nuovo sapere pedagogico, di una nuova pratica di intervento per la formazione, la consulenza e la supervisione dei formatori. Siamo di fronte ad un'epistemologia pedagogica che, grazie al contributo della pedagogia critica, accompagna il formarsi di una identità teorico-pratica del sapere e dell'agire della disciplina pedagogica. Ma siamo anche di fronte alla costituzione di un nuovo sapere pedagogico poiché in questo ambito diviene centrale la tensione conoscitiva e interpretativa che consente, attraverso la decostruzione delle trame, di esplorare l'essenza dell'esperienza educativa. Infine, si tratta di un invito a progettare e realizzare interventi formativi per formatori (Rezzara, Ulivieri Stiozzi, 2004). L'interesse epistemologico della clinica della formazione si può pertanto sintetizzare come segue: superamento

della contrapposizione tra teorico e empirico-sperimentale, atteggiamento di criticità e radicalità conoscitiva alla individualità della realtà educativa, attenzione ad un aspetto dell'esperienza umana relativo alla processualità della formazione, utilizzo di strumenti rigorosi di indagine qualitativa e di operatività clinica basati sulla relazione intersoggettiva e sul riferimento prioritario al linguaggio, creazione di un *setting* specifico ed esplicitazione dei suoi caratteri costitutivi, ridefinizione del rapporto tra spiegazione e comprensione, utilizzo di metodiche interpretative e di superamento del cortocircuito tra teoria e prassi (Massa, 1992). Attivare uno sguardo loquace (Foucault, 1969) su un fenomeno strutturalmente sfuggente, significa direzionare l'attenzione, oltre che per un paradigma pratico e tecnico in pedagogia, anche per un paradigma clinico, cioè per una ricerca indirizzata a soggetti e contesti specifici.

Un altro autore che, assieme a Massa ha contribuito in maniera incisiva alla fondazione e allo sviluppo dell'approccio è certamente Angelo Franza che, in linea con Massa, definisce la clinica della formazione come metodo di ricerca e come tecnica di intervento pedagogico. Infatti, se da un lato il termine designa la progettazione e la conduzione della ricerca rispetto agli elementi, ai processi e ai dispositivi della formazione; dall'altro lato la clinica della formazione riguarda la progettazione e la conduzione di specifici interventi formativi rivolti a formatori per l'orientamento, la consulenza e la supervisione formativa di operatori nelle professioni educative e formative. In entrambi i casi, l'obiettivo principe è quello di produrre rappresentazioni contestualizzate circa la formazione e riappropriarsi dei significati di queste rappresentazioni attraverso l'interpretazione (Franza, 2018).

È attraverso questi presupposti epistemologici che la clinica della formazione, secondo Franza può raggiungere l'obiettivo di esplorare e decostruire le rappresentazioni mentali e i vissuti affettivi di specifiche esperienze formative, di assunti o modelli particolari che sottostanno all'agire educativo e sulla base

di questi elementi procedere all'indagine di quelle che sono le "strutture invariante dei sistemi d'azione cui danno luogo" (Franza, 1992, p. 44).

L'importanza di recuperare la dimensione affettiva citata da Franza è centrale all'interno dell'approccio: come sappiamo l'apprendimento e la conoscenza non si realizzano come fasi esclusivamente intellettuali, ma dipendono direttamente dallo sviluppo delle emozioni, cioè dalle esperienze emotive che incidono sullo spazio di incontro con gli oggetti afferenti al mondo esterno. L'apprendimento autentico nasce solo dall'esperienza (Mottana, 1993; Riva, 2004) ed è attraverso il recupero del vissuto sia cognitivo che affettivo che è possibile instaurare una riflessione sul fare formazione e sulle rappresentazioni mentali e implicite ad esso associate.

La stessa riflessione è sostenuta anche da Pourtois: il coinvolgimento esistenziale e affettivo dei soggetti è inevitabile e indispensabile proprio perché la riflessione sui vissuti affettivi e sulle dinamiche relazionali è ritenuta una fonte di conoscenza fondamentale (Pourtois, 1986).

Quello che diviene centrale all'interno della clinica della formazione è dunque la centralità della latenza affettiva, che nel corso della narrazione diventa così una componente essenziale del percorso seguito dalla interpretazione del pedagogo narrante, alla ricerca di una comprensione profonda dell'accadere educativo e formativo (Riva, 2010).

Possiamo certamente affermare che la clinica della formazione rappresenta un'operazione rischiosa e coraggiosa, poiché si assume la responsabilità di adottare uno sguardo clinico ed assieme critico sui modelli impliciti di riferimento del fare formazione e del modo attraverso il quale ognuno di noi porta avanti il proprio agire educativo, in una messa in discussione continua del proprio operare pedagogico.

Essa rappresenta una rifondazione critica della pedagogia che passi da un discorso sul significato e sui significati della formazione che può e deve transitare inevitabilmente dalla decostruzione delle esperienze formative. Tendere verso un "saper fare" formazione, decostruire le esperienze formative,

apprendere dall'esperienza, rendere disponibile questo capitale di verità pedagogiche, insegnare ad apprendere e apprendere ad insegnare, sono di fatto gli obiettivi propri della clinica della formazione (Franza, 2018).

Francesco Cappa e Jole Orsenigo (2020) evidenziano l'attualità e al tempo stesso l'inattualità della clinica della formazione poiché "messa in discussione dai canoni della ricerca pedagogica attuali, finisce per metterli essa stessa in crisi in quanto li scompagina e tenta di riorganizzarli [...] Il processo formativo innescato da una clinica della formazione può diventare un percorso di emancipazione dalle superstizioni pedagogiche; in senso pieno un'esperienza di separazione liberatoria, di individuazione di un proprio stile formativo (p. 42-51). Grazie al suo obiettivo di "far luce" sulle questioni pedagogiche, la clinica della formazione sembra rappresentare una metodologia della ricerca pedagogica che ha ancora molto da dire.

3.3 La clinica della formazione confina con altre professionalità?

Così come la pedagogia clinica, anche la clinica della formazione intrattiene uno stretto rapporto con altre discipline. La dimensione ermeneutica e circolare del giudizio clinico si differenzia dal momento interpretativo sia della clinica medica che della clinica pedagogica, pur intrattenendo con esse degli specifici rapporti (Massa, 1992).

La materialità educativa, infatti, si esprime all'interno di una relazione formativa connessa ad una fantasmatica inconscia. La clinica della formazione fa riferimento alla psicoanalisi in un duplice senso: dal punto di vista analogico la clinica della formazione mira a istituire un *setting* specifico in cui momento conoscitivo, momento esistenziale e momento tecnico si possano esprimere congiuntamente, dal punto di vista sostanziale si apre il dibattito ancora aperto rispetto alla necessità o meno per il clinico della formazione di affrontare un'analisi didattica o un'esperienza analitica dato che anche in un *setting* di clinica della formazione vengono a crearsi situazioni transferali e controtransferali. Ovviamente il sapere psicoanalitico del clinico della formazione non ha l'obiettivo di giungere ad un'interpretazione del mondo interno ma come schema di analisi degli elementi rappresentazionali relativi all'esperienza di formazione (Massa, 1992).

Esistono dunque profonde connessioni con l'ambito della psicologia e della psicoanalisi, ma anche specifiche diversità: "ciò che interessa per la pedagogia, in ordine a una clinica della formazione che vogliamo appartenente ad essa e non certo a un'ennesima psicologizzazione dello sguardo pedagogico, è proprio la circolarità positiva e di reciproca conoscenza tra scienza, tecnica e arte, tra il sapere, il saper fare e il saper essere" (Massa, 1992, p. 26). L'obiettivo con la clinica della formazione è dunque quello di valorizzare la specifica valenza clinica come carattere costitutivo di ogni sapere pedagogico per porsi al di fuori della contrapposizione tra clinica medica e clinica psicologica. Questo porsi al di fuori si rende possibile

distinguendo e analogando la semiotica della formazione rispetto alla semiotica medica e all'analisi psicologica.

Una ulteriore specificazione della distinzione tra clinica delle formazione e psicologia deriva ancora una volta dalle parole di Massa quando ribadisce che è “sensato riappropriarsi dal punto di vista della riflessione epistemologica in pedagogia di una dimensione fondamentale, cioè dell'idea di clinica senza intenderla nel senso ovviamente di diagnosi, di cura, di intervento anche perché lì allora sì che una pedagogia clinica presterebbe il fianco a tutte le accuse di Foucault” (Massa, 2002, p. 325).

Massa specifica inoltre una distinzione tra pedagogia clinica e clinica della formazione affermando che “usiamo quest'ultima espressione, piuttosto che quella di pedagogia clinica o clinica pedagogica, sia perché siamo consapevoli che il pedagogico non può certo ridursi a una simile prospettiva, sia perché pensiamo d'altro canto ad una trasfigurazione effettiva – almeno per questo aspetto- della pedagogia tradizionale, sia infine perché quelle altre espressioni hanno spesso a che fare con l'applicazione della pedagogia in ambito medico, riabilitativo o rieducativo” (Massa, 1992, p. 27). Al contrario, la clinica della formazione rifiuta solo l'ambito relativo ad una destinazione terapeutica. Non ha dunque niente a che vedere con la pedagogia medica, né con la pedagogia speciale, anche se questi due rami della pedagogia possono divenire oggetto di interesse della clinica della formazione. Così Massa sancisce il netto confine tra pedagogia clinica e clinica della formazione. Non si tratta di “una sorta di pedagogia diagnostica né prognostica. Né soprattutto una clinica della formazione volta a intervenire propositivamente, a guarire, a curare, a risolvere problemi, a sancire e valutare idoneità” (Massa, 1992, p. 27). Possiamo sintetizzare che i due approcci condividano l'importanza del concetto di rappresentazione e di narrazione (Ammaniti, Stern, 1991) nel loro operare, differiscono significativamente negli obiettivi pedagogici che si prefiggono.

Tornando alla clinica della formazione, la principale distinzione rispetto agli altri ambiti pedagogici risiede nell'essere una disciplina conoscitiva, analitica e critico-ermeneutica con l'obiettivo di costruire un progetto di elaborazione emotiva e cognitiva di qualsiasi esperienza di formazione, di acquisizione di consapevolezza e criticità, di decostruzione, decodificazione e esplicitazione dei significati latenti.

Una ulteriore specificazione riguarda il fatto che la clinica della formazione può essere praticata anche come supervisione pedagogica mantenendo però una distinzione tra essa e la relazione d'aiuto e la consulenza tecnica. Sembra inoltre, particolarmente adatta alla formazione dei formatori ma non va confusa con la dinamica di gruppo né con l'analisi psicosociologica, anche se tende ad integrare e valorizzare questi due contributi (Massa, 1992).

3.4 Prospettive metodologiche

La clinica della formazione si qualifica come insieme di tecniche: essa consente di costituire un'anatomia patologica proiettiva. È la clinica della formazione stessa a rappresentare una pratica, cioè una metodologia educativa e un atteggiamento di ricerca in pedagogia. Possiamo pensare alla clinica della formazione come avente tre possibili funzioni: una valenza euristica di ricerca e conoscenza dell'oggetto "formazione", tipica della ricerca accademica, una valenza formativa di trasformazione cognitiva, affettiva ed emotiva di chi vi partecipa, e una valenza di consulenza pedagogica (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018).

Rispetto alle prospettive metodologiche proveremo, per una maggior chiarezza espositiva, a distinguere l'ambito della ricerca da quello delle applicazioni, anche se come abbiamo visto l'interdipendenza tra teoria e prassi è un aspetto fondante dell'approccio della clinica della formazione.

Per quanto riguarda le prospettive metodologiche relative alla ricerca scientifica, l'approccio metodologico è quello della ricerca qualitativa e idiografica che consente di comprendere in profondità i fenomeni osservati e di alimentare una riflessione intorno ai modelli pedagogici, ai significati, alle strategie, ai contesti, alle dinamiche affettive e ai dispositivi che abitano l'educazione formale e informale (Palmieri, 2010). La ricerca qualitativa rappresenta il principale strumento, ma è necessario escludere una contrapposizione rigida con l'analisi quantitativa: "di per sé, un progetto di autocomprensione della pedagogia come sapere clinico non censura né si contrappone ad approcci sperimentali o quantitativi, ma li comprende in un disegno più ampio: in una configurazione epistemologica più vasta" (Massa, 2002, p. 322).

A partire dal dato qualitativo le narrazioni, le biografie e i racconti di eventi sono interrogati ed analizzati sulla base di un consapevole *background* teorico

al fine di individuare i dispositivi educativi in essi presenti. L'obiettivo risiede nell'interrogazione del materiale raccolto a partire da categorie pedagogiche.

L'analisi del caso singolo non esclude di procedere a generalizzazioni quantitative. Rispetto alla scientificità del risultato, è attraverso la validazione intersoggettiva che si può constatare la validità. La clinica infatti mira ad una spiegazione storico-genetico-ricostruttiva di ciò che osserva. Essa consente di riconoscere che il fenomeno osservato – la malattia nella medicina, il mondo interno nella psicologia, la società nella sociologia, l'educazione nella pedagogia – possiede una propria storia evolutiva o involutiva.

Un elemento in comune con la pedagogia clinica è dunque quello di fare utilizzo del linguaggio della narrazione come pratica e come metafora dell'esperienza. Il presupposto è che “l'educazione e l'educare hanno a che fare con le storie di vita. Con le vite che si rivelano storie” (Biffi, 2010, p. 35). È proprio a partire da resoconti e narrazioni che la clinica della formazione può rintracciare le verità pedagogiche manifeste o latenti prodotte da un'intenzione comunicativa: il bersaglio dell'interpretazione non è, infatti “il comportamento narrato o il suo autore, bensì l'interpretazione che l'autore dà di quello, e via via le interpretazioni che di quell'interpretazione danno i partecipanti al gruppo di ricerca. Mentre l'autore interpretando e narrando quell'evento o quell'episodio formativo ne fa nuovamente esperienza noi facciamo esperienza di quell'esperienza interpretandola a nostra volta” (Franza, 2018, p. 227). Ma esiste un profondo divario tra significato lessicale e quello proposizionale che conduce, riprendendo le parole di Franza, al dilemma secondo cui “il linguaggio non è il pensiero e neanche la realtà; è piuttosto ciò che media tra i due” (Ivi, 2018, p. 26). È qui che il ruolo della metafora e dell'analogia diviene essenziale: esse assumono una funzione di trasformazione dei significati e di indicatori delle rappresentazioni dell'esperienza.

In linea con questo pensiero Massimo Baldacci sottolinea la continuità esistente tra la metafora ed i modelli educativi poiché “ambidue costituiscono

modi di ridescrivere un certo dominio d'esperienza [...] sono accumulati dal trasferimento analogico di un certo vocabolario, e si reggono dunque sulla logica dell'analogia" (Baldacci, 2012, p. 90).

Un altro ruolo di primo piano spetta alla retorica, intesa come metodo di costruzione del discorso. Si tratta di adottare un approccio retorico allo studio del pesare pedagogico: "non dobbiamo vergognarci di scoprire che ogni proposta sull'educazione si situa [...] sulle rive incerte della retorica, là dove regna la metafora dell'ambiguità delle sue compulsioni ripetitive e delle sue impertinenze creative" (Ivi, p. 37). Il linguaggio e la retorica, nel pensiero di Franza, assumono dunque la funzione di catalizzatori delle rappresentazioni mentali e come tali divengono uno dei principali strumenti e metodi di indagine. Non è possibile, infatti, parlare di educazione e di formazione trascurando le immagini, le rappresentazioni e le forme linguistiche attraverso cui i significati si esprimono.

Come abbiamo visto la clinica della formazione non si limita all'aspetto di ricerca, ma costituisce un vero e proprio un metodo di ricerca-intervento grazie al quale i soggetti divengono autonomi nell'interpretare le proprie vicissitudini formative (Riva, 2000).

Un aspetto particolarmente saliente riguarda il *setting* in clinica della formazione: allo stesso modo in cui l'esame medico avviene all'interno di un luogo specifico che permette di confinare il suo oggetto che è l'individuo, così anche la clinica della formazione ha bisogno di uno spazio, di un tempo e di metodi specifici per potersi indirizzare verso il suo specifico oggetto: l'esperienza educativa. All'interno del *setting* i conduttori si riuniscono con più soggetti a cadenza abbastanza ravvicinata e, tramite la determinate attività, sollecitano i partecipanti "a produrre del materiale (immagini, racconti, ecc.) avente come oggetto l'esperienza educativa, e successivamente ad ancorarsi ad esso per interrogarsi riflessivamente sulle dimensioni esplicite e sui modelli impliciti che orientano nella quotidianità il proprio modo di interpretare e agire il lavoro educativo" (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018, p. 35).

Al fine di creare un clima che consenta a ciascuno di esprimersi liberamente, senza inibizioni e nel rispetto dei propri colleghi, si chiede l'osservanza di cinque regole: intransitività (l'obiettivo dell'intervento non è ascoltare un docente che espone contenuti, ma produrre questi contenuti collettivamente); oggettivazione (il vero oggetto di indagine sono le storie di formazione dei partecipanti); referenzialità (si tratta di realizzare un percorso teorico-metodologico); impudicizia (la suggestione è quella di sospendere il giudizio e la valutazione) (Massa, 1991).

La metodologia prevede solitamente la stesura di un episodio relativo alla propria vita professionale e l'analisi dello stesso relativamente a salienze, aspetti cognitivi – giudizi, pregiudizi, teorie implicite – e affetti: “le procedure cliniche più caratteristiche sono l'intervista in profondità – anche di gruppo – con le conseguenti analisi di contenuto, i colloqui ripetuti con uno stesso soggetto in un arco prolungato di tempo (con la conseguente raccolta di storie di vita), lo studio longitudinale di casi determinati, l'osservazione partecipante, i vari approcci etnografici ed idiografici, la ricostruzione documentata e sistematica – anche attraverso diari e biografie – di concrete vicende educative e delle relative storie di formazione, esperienza vissuta di educatori e soggetti in formazione, l'interpretazione di dinamiche personali, interpersonali e di gruppo, l'analisi socio-organizzativa, e così via” (Massa, 1991, p. 21).

Riportiamo a titolo esemplificativo la traccia proposta all'interno di un intervento di clinica della formazione: “Racconta brevemente per iscritto un episodio relativo alla tua attività professionale che ritieni particolarmente significativo sul piano del successo o dell'insuccesso educativo” (Bellamio, Ceriani, De Vita, Riva, 1992, p. 54). Il lavoro che segue a questa prima fase sarà quello di individuare un incidente critico, un evento imprevisto, che svela le rappresentazioni implicite rispetto ad esempio al tema della formazione, della progettazione, della committenza e l'impatto che queste hanno sulla metodologia adottata.

Il valore aggiunto è dunque determinato dall'agire riflessivo "in queste sessioni di lavoro clinico in cui si sosta accanto alle fatiche e agli entusiasmi dei processi educativi vissuti, i partecipanti possono permettersi di sottrarre frammenti di senso all'esperienza oceanica del non sapere. Potremmo addirittura affermare che il non sapere che qui viene saputo, pur restando in parte ignoto e sospeso, produce una professionalità trasversale in tutti quelli che si riconoscono in temi, situazioni, procedure, *impasse* comuni" (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018, p. 30).

Questi obiettivi sono in linea con quanto postulato inizialmente da Massa quando pensava all'applicazione della clinica della formazione in ambito di supervisione e consulenza come offerta di "uno spazio e un tempo specifici entro cui poter finalmente affiancare compiti di progettazione e di presa di decisioni formative con lo sviluppo di un processo di elaborazione emotiva e cognitiva dell'esperienza formativa in quanto tale (tanto dal punto di vista di chi forma quanto da quello di chi è formato o di chi si sta formando)" (Massa, 1991, p. 585).

La parte di intervento consiste pertanto principalmente nell'attivazione di un laboratorio di tipo clinico, che ha come obiettivo quello di istituire uno spazio e un tempo ricorrenti di autoformazione all'interno del piccolo gruppo, di conversazione e elaborazione riflessiva e di elaborazione mentale intorno ai significati più impliciti e meno scontati, ma radicali di un campo professionale per indurre e condurre ad un cambiamento e ad una trasgressione rispetto agli stili abituali d'azione (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018). Il gruppo diviene allora il dispositivo fondamentale nel lavoro di clinica della formazione poiché consente, tramite i processi di risonanza reciproci (Neri, 2004) e la moltiplicazione dei significati attivati nel campo gruppale del gruppo (Correale, 1999) di sostenere l'elaborazione individuale e creare nuovi significati condivisi.

Attraverso questi percorsi è possibile osservare e assieme intervenire sul livello proto-mentale descritto da Bion (1961) come quel repertorio di pensieri

non pensati che se non vengono elaborati in tempi rapidi rischiano di intossicare la mente di gruppo e di ostacolare la sua creatività.

Ed è proprio grazie all'apprendimento dall'esperienza che viene risolto il problema dello scollamento tra la teoria e la prassi nella formazione: “nei continui rimandi dall'una all'altra, attivati dai processi di riflessione, gli educatori sono attivamente e personalmente coinvolti a livello personale e accompagnati in un percorso allo stesso tempo ideativo e di continua sistematizzazione e la loro creatività si esplica anche nel sapere effettuare in prima persona e in termini originali un'elaborazione teorico-metodologica connessa con la propria pratica” (Mignosi, 2016, p. 137).

È possibile utilizzare ancoraggi sia interni (costituiti da storie ed episodi concreti di formazione) che esterni (come ad esempio testi derivati dalla letteratura, produzioni artistiche e film, riprese audiovisive tratte da situazioni educative e didattiche), ancoraggi simbolico-proiettivi (come composizioni plastiche e grafico-pittoriche, attività corporee ed espressive, drammatizzazioni teatrali). Questo materiale rappresenta il pre-testo per esplorare l'implicito che anima i partecipanti implicati nelle esperienze evocate (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018).

Franza propone come esempio di ancoraggio il dispositivo simbolico-proiettivo Cine-Città che, utilizzando rappresentazioni filmiche e plastiche, diviene un vero e proprio strumento di ricerca, strumento didattico e metodologia formativa. L'autore prende in rassegna la multidimensionalità e multifattorialità dello sviluppo e della maturità umana utilizzando lui stesso una narrazione ricca di immagini e metafore prese in prestito da miti e riti che sin dall'antichità hanno il compito di racchiudere al loro interno le rappresentazioni della realtà e di provocare e attivare l'immaginario dell'essere umano. Questo perché il compito che spetta alle scienze sociali, e in particolare alla pedagogia, è quello dell'interpretazione: “interpretazione delle rappresentazioni, delle intenzioni, delle motivazioni, del vissuto

dell'attore, è insomma, in ultima analisi, l'interpretazione dell'immaginario dell'attore" (Franza, 2018, p. 144).

Il percorso può svilupparsi attraverso quattro metaforiche stanze. Attraverso la parola "stanze" si intendono quattro esercizi che producono materiali relativi a episodi specifici di formazione che rendono possibile l'oggettivazione dell'accadere educativo e sui quali sia possibile fondare un lavoro di analisi dei significati (attraverso la codifica dei modelli di comprensione), di analisi degli affetti (attraverso l'interpretazione dei codici affettivi) e di analisi delle dimensioni metodologiche in atto (attraverso l'arduo compito di decostruzione dei dispositivi di elaborazione) (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018).

La prima stanza è ancorata alla fenomenologia esistenziale della formazione. Sul piano pratico si invitano i partecipanti a raccontare il proprio racconto di formazione, o a concentrarsi solo su alcuni episodi che li abbiano visti coinvolti come educandi o come educatori. Attraverso la seconda stanza si vuole esaminare l'esperienza formativa narrata in precedenza tematizzando il ruolo giocato dal livello cognitivo latente prendendo in considerazione sia il mondo della formazione sia i rapporti che quest'ultimo intrattiene con il mondo della vita. Si invitano dunque i partecipanti alla "produzione di giudizi, punti di vista, percezioni, valutazioni, immagini, elementi lessicali e sintattici, definizioni e denominazioni, metafore, attribuzioni di significato in ordine a quanto narrato nella prima stanza" (Massa, 1991, p. 588) con l'obiettivo di esplicitare il modello di comprensione cui si ricorre nel dar conto di quella esperienza formativa, arrivando ad esplicitare la struttura valutativa più nascosta. La terza stanza si concentra sull'esplicitazione della dinamica affettiva latente tematizzando tanto il rapporto esistente tra componenti affettive e componenti cognitive, quanto l'intreccio tra immagini e rappresentazioni cosce e immagini e rappresentazioni inconscie da cui i processi formativi sono caratterizzati. Con la quarta stanza, infine, si procede con la ricostruzione del dispositivo di elaborazione che determina l'accadere

educativo, ricomponendo i fattori procedurali e contestuali in gioco nel processo esaminato.

Per quanto riguarda gli ambiti applicativi il metodo della clinica della formazione si adatta perciò particolarmente bene a tutti quei percorsi di formazione ai formatori poiché consente un itinerario di riflessione critica e di elaborazione della propria esperienza professionale. Nonostante ciò, può essere indirizzata a tutte quelle professionalità (professioni di cura, di aiuto, di assistenza, servizi sociali, imprese di comunicazione, operatori di giustizia, animazione culturale, funzioni manageriali e di gestione delle risorse umane) che hanno al centro della propria azione dinamiche e funzioni propriamente formative. Per tutte queste professioni la clinica della formazione può rappresentare un contributo importante al rinforzo delle competenze e delle identità professionali e una risorsa per gestire in modo più consapevole il proprio lavoro (Rezzara, Ulivieri Stiozzi, 2004).

Un esempio dell'applicazione dell'approccio della clinica della formazione è dato dalla ricerca di Zannini, Randon, Saiani (2016) sui formatori-infermieri, per esplorare la loro formazione pregressa, la rappresentazione di quella attuale e l'immagine dello studente. Sono stati raccolti: episodi significativi della vicenda formativa dei partecipanti, schede di analisi critica di film e disegni sulla rappresentazione dello studente. Dai risultati è emerso che la formazione di base dei docenti è risultata caratterizzata da esperienze mortificanti, violenza verbale e inadeguata considerazione del paziente. Tuttavia, nei contesti clinici hanno trovato dei modelli positivi di *caring*, che hanno coltivato la loro resilienza. Gli studenti infermieri spesso sono stati disegnati soli, impegnati nel complicato percorso della formazione infermieristica. La ricerca ha permesso dunque di far luce sulle rappresentazioni della formazione della professione.

Gli ambiti applicativi non si limitano però a questo tipo di professionalità infermieristiche. Nel corso degli anni, gli allievi di Massa hanno esplorato varie applicazioni del metodo. La clinica della formazione è stata utilizzata in

svariati ambiti e approcci, come ad esempio nelle professionalità mediche (Salomone, 1997) nel contesto della pedagogia dell'adolescenza (Barone, 2018), declinata nella pratica dell'avere cura (Palmieri, 2011) e nell'abuso educativo (Riva, 1993), nel contesto delle valutazioni scolastiche (Rezzara, 2000) e della formazione dei giovani (Massa, Demetrio, 1991) e attraverso una riflessione più ampia sui miti del fare educazione oggi (Mottana, 2000).

Attraverso tutti questi strumenti e applicazioni operative è possibile intendere la clinica della formazione come ambito che ha: “come oggetto la formazione, come procedura il metodo clinico, come strategia di azione il pensare e l'apprendimento dall'esperienza, come scopo l'acquisizione di maggiore consapevolezza, riflessività e criticità rispetto alle proprie pratiche formative e al proprio ruolo di formatore” (Rezzara, Ulivieri Stiozzi, 2004, p. 42).

CAPITOLO IV

PROFESSIONI EDUCATIVE A CONFRONTO

4.1 Note metodologiche

Il presente capitolo si muove attraverso una metodologia di ricerca di tipo qualitativo. Come è stato rilevato già a partire dalla ricerca bibliografica, la ricerca qualitativa, il colloquio in profondità e il valore della narrazione rappresentano proprio ciò che accomuna i due approcci. È stato pertanto scelto di utilizzare un impianto metodologico coerente con i contenuti trattati.

Nello specifico, si riportano i risultati raggiunti attraverso la conduzione di interviste e colloqui a vari professionisti coinvolti su territorio locale e nazionale. Le finalità sono anzitutto di tipo descrittivo e interpretativo intorno al tema delle teorie e delle prassi, ma vogliono essere sviluppate in vista della formulazione di un quadro teorico-operativo più completo circa il sapere della pedagogia clinica e della clinica della formazione. Le interviste ed i colloqui consentono infatti di accompagnare il testo facilitando l'emersione di "narrazioni" dell'agire educativo che sottostanno a rappresentazioni e visioni diverse del proprio operare (Bruner, 2002).

Il tema delle teorie e prassi di questi due ambiti della pedagogia risulta scarsamente studiato all'interno della letteratura pedagogica di riferimento e proprio per questo si ritiene utile utilizzare una metodologia che consenta di visualizzare una mappa di senso in continua elaborazione (Mortari, 2007).

Gli attori sociali target della ricerca sono stati i vari professionisti (pedagogisti clinici e clinici della formazione) che direttamente o indirettamente sono coinvolti nella teoria e nella pratica di queste due professioni. La scelta metodologica è stata quella di comparare le riflessioni di tre autori per ciascuna disciplina per evidenziarne similitudini e differenze. È stato pertanto deciso di comparare il pensiero dei due autori che hanno contribuito a fondare

le due discipline (Riccardo Massa per la clinica della formazione e Leonardo Trisciuzzi per la pedagogia clinica) con quello di autori contemporanei che hanno contribuito a promuovere un pensiero sulle teorie e le prassi dei due ambiti pedagogici. Data la scomparsa dei due fondatori, le risposte alle domande dell'intervista sono state estrapolate dai vari testi presenti in letteratura e comparate con le risposte date dagli autori contemporanei.

Per quanto riguarda la pedagogia clinica sono stati coinvolti nella ricerca Giancarla Sola¹ e Carlo Fratini². A queste due testimonianze verranno aggiunte le risposte alle domande di Leonardo Trisciuzzi³, estrapolate attraverso una revisione della letteratura.

Per quanto riguarda invece la clinica della formazione, oltre a prendere in considerazione i testi in letteratura di Riccardo Massa⁴, sono state effettuate interviste a Maria Grazia Riva⁵ e Cristina Palmieri⁶.

¹ Giancarla Sola è Professore Ordinario di Pedagogia generale e sociale e Pedagogia Clinica nel Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Genova. Tra le sue pubblicazioni se ne citano alcune: Heidegger e la Pedagogia (Il Melangolo, Genova, 2008); Introduzione alla Pedagogia Clinica (Il Melangolo, Genova, 2008); Archeologie della formazione occidentale (Anicia, Roma, 2009).

² Carlo Fratini è Professore Associato e Docente di Pedagogia generale e Pedagogia speciale presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Firenze. Nel corso della sua esperienza si è occupato di pedagogia speciale per poi affrontare la relazione tra pedagogia e psicoanalisi. Ha pubblicato insieme a Leonardo Trisciuzzi Introduzione alla pedagogia speciale (Laterza, Roma-Bari, 2007).

³ Leonardo Trisciuzzi è stato uno Psicopedagogo e Professore Ordinario di Metodologia e Didattica. Ha insegnato all'Università di Trieste presso la Facoltà di Lettere e Filosofia, all'Università di Napoli, e ha tenuto l'insegnamento di Pedagogia e Didattica Speciale a Firenze (Facoltà di Scienze della Formazione). Nel corso della sua carriera accademica e professionale ha contribuito a fondare la Pedagogia Speciale in Italia. Tra i suoi numerosi contributi vi è, infatti, una vasta letteratura in merito alla Pedagogia Speciale e alla Pedagogia Clinica: Manuale di Didattica per l'handicap (Laterza, Roma-Bari, 1998), La Pedagogia Clinica. I processi formativi del diversamente abile (Laterza, Roma-Bari, 2003), Manuale per la formazione degli operatori per la disabilità (ETS, Pisa, 2006).

⁴ Riccardo Massa è stato Filosofo dell'Educazione e Pedagogista, Professore Ordinario di Pedagogia e in seguito Direttore dell'Istituto di Pedagogia della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli Studi di Milano. È stato Coordinatore del Comitato Scientifico del Centro per l'Innovazione Educativa del Comune di Milano, Direttore Scientifico delle ricerche pedagogiche del Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale. Tra le sue pubblicazioni si ricordano: La scienza pedagogica: Epistemologia e metodo educativo (La Nuova Italia, Firenze, 1975), La clinica della formazione (FrancoAngeli, Milano, 1992), Cambiare la scuola: educare o istruire? (Laterza, Roma-Bari, 1997).

Le dimensioni indagate attraverso le interviste possono essere sintetizzate come segue: i presupposti teorici e la teoresi della disciplina, il significato della clinica, le professioni e professionalità al confine, gli ambiti di applicazione, le metodologie e gli strumenti di intervento, le correnti diverse afferenti alla stessa disciplina, la distinzione tra pedagogia clinica e clinica della formazione. L'intervista era composta da sette stimoli, ognuno afferente ad una specifica dimensione oggetto di indagine. Si rimanda all'Appendice 1 per un'analisi dettagliata della traccia di intervista.

Agli autori è stata data la possibilità di rispondere per iscritto oppure attraverso un colloquio su Skype. Nello specifico, soltanto una delle studiose (Cristina Palmieri) ha scelto di avvalersi della modalità Skype. Nonostante le modalità differenti con le quali sono state condotte le interviste possano generare una discontinuità linguistica si è scelto di lasciare la libertà di scegliere la modalità più idonea alla propria narrazione.

Nelle sezioni seguenti si riportano due tipi di analisi che corrispondono a due sguardi diversi con cui è stato letto il materiale. In una prima sezione (4.2 e 4.3) si riporterà una sintesi dei temi emersi dalle interviste.

Il presupposto che sta alla base di questo tipo di analisi è la *narrative inquiry* (Clandinin, Connelly, 1994). Si tratta di un processo che consente di entrare

⁵ Maria Grazia Riva è Professore Ordinario di Pedagogia generale e sociale presso l'Università degli Studi Milano-Bicocca, Dipartimento delle Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa". Pro-Rettrice per l'Orientamento, Delegata della Rettrice per la Comunicazione e Direttore di Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa". Le sue ricerche vertono intorno allo studio e all'evoluzione di una teoria clinica della formazione. Ha pubblicato numerosi saggi tra cui si ricordano: *Formazione clinica e pratiche di autoriflessione per dirigenti scolastici* (ETS, Pisa, 2008), *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni* (Guerini e Associati, Milano, 2004), *Studio «Clinico» sulla formazione* (Franco Angeli, Milano, 2000).

⁶ Cristina Palmieri è Pedagogista e Professore Associato dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. Insegna presso il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa" Pedagogia generale e sociale ed ha insegnato Pedagogia dell'inclusione sociale, Consulenza nel disagio educativo e Didattica e Pedagogia dell'inclusione. Nel corso della sua carriera ha contribuito a diffondere riflessioni sul mondo delle professionalità educative e della clinica della formazione. Tra i suoi numerosi contributi si ricordano: *Understanding Educational Experience: Clinica della Formazione as a Hybrid and Inclusive Research Approach* (3rd European Congress of Qualitative Inquiry, Edinburgo, 2019) e *Il lavoro educativo in Salute Mentale. Una sfida pedagogica* (Guerini e Associati, Milano, 2019).

nel testo e di attivare un processo di elaborazione del significato attraverso il quale poter trovare connessioni e relazioni tra dati fino ad arrivare alla stesura di un resoconto. L'accento è posto sulla cosiddetta *fidelity*, ossia la capacità del ricercatore di rispettare il punto di vista dell'altro (Mortari, 2007). Dopo aver adottato questo sguardo verticale su entrambe le discipline, attraverso un secondo sguardo più trasversale (4.4), si rileveranno più a fondo similitudini e differenze tra i due ambiti andando ad estrapolare le parole chiave emerse dai testi per ciascuna dimensione indagata.

4.2 La pedagogia clinica come “nutre” le professionalità educative?

All'interno del presente paragrafo si andranno a comparare le risposte date dai tre autori (Giancarla Sola, Carlo Fratini, Leonardo Trisciuzzi) per evidenziarne similitudini e differenze.

Per una maggiore chiarezza esplicativa, si riportano in Appendice 2 le risposte letterali ad ogni domanda dell'intervista dal quale è stato prodotto il resoconto narrativo volto ad evidenziarne aree di sovrapposizione e complementarità.

L'intervista a Giancarla Sola è stata effettuata il 3.03.2020. Le risposte alle domande sono state date in modalità scritta. L'intervista a Carlo Fratini è stata condotta il 27.02.2020 e le risposte sono state ricevute anch'esse per iscritto. Come già esplicitato, le risposte di Leonardo Trisciuzzi sono state invece recuperate a partire dalla letteratura di riferimento, principalmente prendendo in considerazione i contributi presenti in *La pedagogia clinica. I processi formativi del diversamente abile* del 2003.

I presupposti teorici della pedagogia clinica si basano sulla stretta relazione con la Pedagogia generale anche se prendono vita da un forte eclettismo epistemologico e metodologico che prende le mosse da contributi teorici derivanti dalla psicoanalisi, dalla psicologia umanistica, dalla psicologia relazionale sistemica e dalla pedagogia speciale.

È interessante notare come già da queste prime riflessioni emerga il ruolo della pedagogia speciale come contributo (in termini sia di teoria che di prassi) della pedagogia clinica. Mentre, infatti, per Trisciuzzi l'area della pedagogia clinica sembra coincidere appieno con quella della pedagogia speciale, per Fratini, queste due aree sono da tenere separate, nonostante la pedagogia speciale funga da contributo teorico per la pedagogia clinica. Questa prima analisi pone

le basi per una riflessione su come gli oggetti di indagine e di intervento si siano ampliati e in parte rivisti, a seguito delle teorizzazioni di Trisciuzzi.

Il tema della legittimità identitaria della pedagogia clinica emerge molto chiaramente dalle parole di Fratini (meno da quelle di Sola). È proprio l'ecllettismo teorico e metodologico che espone la pedagogia clinica ad un dibattito acceso relativo ai confini identitari delle discipline da cui trae spunto.

Un elemento in comune resta in tutte le narrazioni: la stretta relazione tra teoria e prassi, tra presupposti teorici e prassi operative di intervento.

Per tutti gli autori il termine clinico viene utilizzato nell'ottica di intendere la funzione di supporto e di recupero delle qualità residue e le potenzialità latenti del soggetto. Si tratta di valorizzare una soggettività unica e irripetibile attraverso la ricostruzione di un percorso esistenziale che permetta, senza forzature pedagogiche, di analizzare le aree di deformazione del soggetto e di favorirne l'emancipazione.

Rispetto ai confini con le altre professionalità, mentre Trisciuzzi nel suo lavoro del 2003 propone il termine pedagogia clinica in corrispondenza a quello della pedagogia speciale con l'obiettivo di trasformare il fardello della diversità in risorsa, Sola definisce e differenzia nettamente i due ambiti pedagogici parlando di un differente assetto scientifico e di conseguenza metodologico. Una prospettiva intermedia proviene da Fratini secondo cui molti pedagogisti clinici provengono dalla pedagogia speciale. Forse si deve a questo la confusione tra i due diversi ambiti pedagogici. In realtà oltre a condividere importanti aree di sovrapposizione quali il metodo clinico e la relazione intersoggettiva come strumenti di intervento, le due aree si differenziano per quanto riguarda l'assetto metodologico: la pedagogia speciale riprende modelli e di metodologie provenienti dalla neurobiologia, dalla neurobiologia interpersonale, dalla neuropsicologia e dalla psicologia sperimentale e dello sviluppo oltre che dalla psicoanalisi e dalla psicologia umanistica.

Rispetto alla psicologia clinica esistono profonde differenze che si sostanziano sia nei presupposti teorici che nelle prassi operative: il pedagogo clinico, a differenza dello psicologo sembra avere un ruolo più attivo e partecipativo all'interno della relazione.

Per quanto riguarda gli ambiti di applicazione e di intervento emergono delle differenze nel pensiero dei tre autori. Sola estende gli ambiti di applicazione e di intervento della pedagogia clinica a tutte quelle situazioni che vedono il verificarsi di problemi d'ordine formativo, educativo e istruzionale (la tossicodipendenza, i disturbi alimentari, gli attacchi di panico e i disturbi dell'apprendimento, come pure le realtà dei soggetti migranti, dei minori in comunità o degli anziani ospiti di strutture pubbliche o private).

Per Fratini il ruolo del pedagogo clinico assume rilevanza specialmente nella scuola per affrontare assieme agli insegnanti questioni e problemi legati alla comunicazione educativa, al bullismo, alle difficoltà e ai disturbi dell'apprendimento e del comportamento. Altri ambiti risiedono nella mediazione familiare, nella formazione degli adulti, nella formazione professionale, nelle questioni di competenza del Tribunale dei minori per quanto riguarda gli affidamenti, le adozioni ecc. Per quanto riguarda la pedagogia speciale, Fratini sostiene che potrebbe essere utile una figura di coordinamento degli insegnanti di sostegno.

Trisciuzzi ovviamente dalla sua prospettiva legata alla pedagogia speciale ritiene che gli ambiti di intervento siano legati a tutti i disturbi dell'infanzia come disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, psicopatologie legate al periodo dell'infanzia, alla riabilitazione dei ciechi ed ipovedenti, dei sordi e ipoacusici, dei motulesi e dei disturbi scolastici.

Rispetto agli strumenti, per Sola la procedura è dunque quella della costruzione di reti categoriali, intese come una vera e propria procedura pedagogico-clinica che viene costruita alla luce di ogni singola e differente storia formativa.

Trisciuzzi, oltre a citare il colloquio diagnostico come principale strumento di intervento descrive anche la tecnica autobiografica e all'interno del suo libro cita tecniche clinico-didattiche da utilizzare ad *hoc* a seconda dei disturbi individuati.

Nonostante Fratini non abbia risposto precisamente alla presente domanda, possiamo desumere dalle altre risposte che egli consideri il metodo clinico e la relazione intersoggettiva come principali strumenti di intervento.

Rispetto alla presenza di correnti diverse, dalle narrazioni sembra emergere la consapevolezza dell'esistenza di correnti diverse, non ancora così evidenti negli scritti di Trisciuzzi, che afferiscono a teorie e prassi diverse e come tali, difficilmente comparabili.

Le differenze tra pedagogia clinica e clinica della formazione consistono principalmente nei presupposti teorici e metodologici su cui si basano le due discipline. Mentre la clinica della formazione si riferisce ad una analisi clinica della formazione, la pedagogia clinica consiste nel mettere effettivamente in campo una relazione di aiuto.

Da questa prima analisi delle narrazioni emergono certamente delle differenze fra le teorie e le prassi identificate dagli autori, che possono essere spiegate proprio a partire dalla presenza di correnti diverse rispetto a quanto teorizzato da Trisciuzzi e da un ampliamento dei relativi ambiti di intervento.

4.3 La clinica della formazione quale professionalità costruisce?

All'interno del presente paragrafo si andranno a comparare le risposte date dai tre autori (Riva, Palmieri, Massa) per evidenziarne similitudini e differenze.

Per una maggiore chiarezza esplicativa, si riportano in Appendice 3, le risposte letterali ad ogni domanda dell'intervista grazie alle quali è stato possibile creare il report narrativo evidenziando aree di sovrapposizione e complementarità.

L'intervista a Maria Grazia Riva è stata effettuata il 25.02.2020. Le risposte alle domande sono state date in modalità scritta. L'intervista a Cristina Palmieri è stata condotta il 27.02.2020 in modalità Skype.

Esaminando le narrazioni dei tre studiosi emerge in prima istanza un elemento saliente in comune: i presupposti teorici della clinica della formazione si basano sull'esistenza di una dimensione latente della formazione.

Mentre per Riva essi risiedono nella prospettiva ermeneutica, la tradizione pedagogica, le psicoanalisi e le psicoterapie, per Palmieri sembra emergere l'aspetto di una filosofia in pratica che permette di leggere e al tempo stesso fare educazione.

L'intreccio tra teoria e prassi emerge in modo molto chiaro ed il tema dell'identità sembra essere centrale anche per la clinica della formazione: la nascita della clinica della formazione con Massa si basa proprio sulla necessità di costituire dei confini identitari per la pedagogia.

C'è convergenza nelle narrazioni nel ritenere che quello che qualifica come clinico questo secondo approccio, sia la dimensione incentrata su realtà concrete e individuali da un lato, su uno studio di esse di tipo intensivo e

processuale, quindi storico, dall'altro. La clinica della formazione pone al centro del suo interesse l'accadere educativo in qualsiasi forma esso si presenti per comprenderne la complessità nel suo svolgersi nel tempo. La clinica si basa dunque su uno sguardo attento alle dinamiche visibili e invisibili, conscie e inconscie, su un atteggiamento idiografico.

Rispetto ai confini con altre professionalità, dal pensiero dei tre autori emergono chiaramente delle distinzioni tra clinica della formazione e psicologia. Riva esprime in modo chiaro la necessità di dialogo tra psicologia e clinica della formazione ed esorta a non avere paura di questa disciplina al confine. Massa propone di allontanarsi da una psicologizzazione dello sguardo pedagogico e Palmieri sottolinea chiaramente la distinzione tra i due ambiti: la clinica della formazione non mira ad indagare l'aspetto profondo che ha portato la persona a sviluppare ad esempio un disturbo dell'apprendimento, ma vuole indagare l'intreccio tra apprendimenti pregressi e apprendimenti possibili attuali esplorando la dimensione soggettiva e oggettiva dell'esperienza formativa.

L'oggetto della clinica della formazione risiede nell'esperienza educativa, pertanto questo ambito di ricerca e di intervento può essere adottato nelle più svariate situazioni.

Palmieri focalizza l'attenzione sul gruppo come contesto all'interno del quale si sviluppano e si sedimentano le esperienze educative. Esempi di applicazione sono dunque gruppi di adolescenti, insegnanti, educatori e anche interventi nell'ambito medico. Queste riflessioni sono in linea con quanto postulato da Massa alle origini della clinica della formazione, ovvero che lo sguardo della clinica della formazione si adatta particolarmente bene agli interventi di supervisione.

Il metodo ermeneutico e interpretativo sembra accomunare i tre autori nelle loro descrizioni di metodologie e strumenti. Solo Riva riporta l'apparato concettuale delle psicoanalisi e delle psicoterapie come ulteriore metodo utilizzato. Massa riporta tra i principali strumenti le interviste in profondità, i

colloqui ripetuti, gli studi longitudinali, l'osservazione partecipante, gli approcci etnografici ed idiografici, la ricostruzione documentata di concrete vicende educative. Palmieri condivide con il suo maestro l'utilizzo di questi strumenti a partire dallo strumento di ricerca del "quadrante", ovvero l'attenzione data a quattro dimensioni: contesti; affetti; significati, rappresentazioni sociali, valori, contenuti, ideali; strategie. Palmieri si sofferma però sull'esperienza riflessiva come vero e proprio strumento di intervento che viene facilitata da alcuni mediatori (attività di riscaldamento) come testi scritti e fotografie.

Sia Riva che Palmieri parlano dell'esistenza di correnti diverse nell'ambito della clinica della formazione. Emerge dal pensiero di Palmieri una differenza rispetto ad una corrente spiritualista e personalista che ha una prospettiva diversa rispetto alla clinica della formazione di cui si occupa. La differenza consiste nel concepire l'educazione come una relazione che si esaurisce tra educando ed educatore, mentre esiste un altro modo di intendere l'educazione che presuppone di considerare l'intreccio di altri elementi che influenzano l'esperienza formativa.

Per quanto riguarda la relazione tra pedagogia clinica e clinica della formazione, dalle narrazioni fornite si possono identificare innanzitutto delle perplessità rispetto alla conoscenza da parte di Riva e di Palmieri dell'ambito della pedagogia clinica. Nonostante siano consapevoli dell'esistenza di questo specifico ambito pedagogico entrambe le autrici sembrano non sentirsi "aggiornate" rispetto alle specificità della pedagogia clinica. Questo apre una riflessione rispetto allo scarso dialogo tra discipline, che seppur diverse, hanno comunque un aspetto fondante, relativo alla "clinica" che le accomuna.

Quello che emerge è che esistono profonde differenze nell'oggetto di indagine: mentre per la clinica della formazione l'oggetto è l'esperienza educativa, al di là di situazioni di deformazione o di disagio, per la pedagogia clinica l'oggetto diviene proprio la deformazione del soggetto. Anche in questo caso la pedagogia clinica viene intesa come pedagogia speciale.

Da questa prima analisi delle narrazioni emergono forti aree di sovrapposizione nel pensiero degli autori, che consentono di far emergere un quadro teorico-applicativo della clinica della formazione maggiormente lineare rispetto a quello della pedagogia clinica. Il pensiero di Massa sembra essere arricchito, dalle narrazioni di Palmieri e Riva.

4.4 Una mappatura nazionale del pedagogista clinico e del clinico della formazione

Per avviare una riflessione più approfondita rispetto ai risultati delle interviste effettuate si propone una modalità di lettura dei due ambiti pedagogici che metta in luce le differenze rispetto alle variabili oggetto della presente indagine (presupposti teorici, il significato della clinica, le differenze con professioni al confine, gli ambiti di applicazione, la metodologia, l'esistenza di correnti diverse, le differenze tra clinica della formazione e pedagogia clinica). All'interno di ogni sezione verranno mostrate delle parole chiave estratte dalle interviste. Dopo aver adottato uno sguardo verticale su entrambe le discipline, adesso, attraverso un secondo sguardo più trasversale, si intende rilevare più a fondo similitudini e differenze tra i due ambiti. In questo caso l'analisi subirà certamente una perdita di dati rispetto all'autore che ha richiamato un determinato concetto, ma consentirà di assumere una visione più globale delle rappresentazioni delle due aree pedagogiche.

I presupposti teorici

pedagogia clinica	clinica della formazione
<ul style="list-style-type: none">- Pedagogia Generale- Pedagogia speciale- Psicologia umanistica, relazionale sistemica- Psicoanalisi- Dimensione pratica	<ul style="list-style-type: none">- Prospettiva ermeneutica- Tradizione pedagogica- Psicoterapie- Filosofia- Psicoanalisi- Presupposti pratici

Tabella 1. Presupposti teorici a confronto

Un elemento in comune che emerge dalle narrazioni è sicuramente il fatto che entrambe le aree sono accomunate da presupposti teorici che si rifanno all'area della psicologia e delle psicoanalisi. Probabilmente proprio per questi aspetti entrambe si sono dovute confrontare con aspetti identitari. Il tema dell'identità sembra essere centrale sia per la pedagogia clinica che per la clinica della formazione: la nascita della clinica della formazione con Massa si basa proprio sulla necessità di costituire dei confini identitari per la pedagogia, mentre la pedagogia clinica sembra fare ancora fatica a trovare un assetto identitario condiviso tra i professionisti che ne si occupano. Sembra quasi che oltre a doversi ritagliare uno spazio identitario all'interno delle scienze pedagogiche, entrambe le professioni debbano confrontarsi anche con il tentativo di ritagliarsi uno spazio rispetto alle scienze psicologiche.

Entrambe le professioni sembrano inoltre essere accomunate da un intreccio molto forte del rapporto teoria e prassi, i presupposti teorici sembrano essere inscindibili da una "dimensione pratica" della consulenza pedagogico-clinica e da "presupposti pratici" della clinica della formazione.

Il significato della clinica

pedagogia clinica	clinica della formazione
<ul style="list-style-type: none">- Supporto clinico-pedagogico- Deformazione- Aspetti soggettivi- Relazioni intersoggettive- Emancipazione, recupero, riabilitazione- Potenzialità residue	<ul style="list-style-type: none">- Dinamiche concrete e materiali- Dinamiche visibili e invisibili- Dinamiche consce e inconsce- Atteggiamento ideografico- Struttura simbolica

Tabella 1. Il significato della clinica a confronto

Per la pedagogia clinica il significato della clinica risiede dunque nell'offrire un supporto al soggetto volto al recupero delle sue potenzialità residue. Di contro per la clinica della formazione il clinico risiede in un atteggiamento ideografico, che consenta di mettere in luce le dinamiche latenti dell'esperienza formativa. Nonostante emergano profonde differenze nel modo di intendere la clinica, un aspetto che sembra accomunare le due discipline sembra risiedere nel fatto che in entrambe è l'interlocutore stesso che deve essere guidato a porsi come problema la situazione problematica per la quale si è rivolto al professionista e, con l'aiuto di questi, deve escogitare possibili ipotesi di soluzioni, che poi metterà alla prova. La ricerca è continua e senza fine.

Professioni al confine

pedagogia clinica	clinica della formazione
<ul style="list-style-type: none">- Psicologia: l'oggetto della pedagogia clinica è la patologia educativa- Pedagogia speciale: cambia l'assetto teorico e metodologico	<ul style="list-style-type: none">- Psicologia: l'oggetto della clinica della formazione è la comprensione di processi educativi e formativi, della dimensione soggettiva e oggettiva dell'apprendimento

Tabella 3. Professioni al confine a confronto

Rispetto alle professioni al confine si è già discusso rispetto alla confusa relazione tra pedagogia clinica e pedagogia speciale. Se per Trisciuzzi, infatti, la pedagogia clinica coincideva con la pedagogia speciale, in seguito le due aree sono andate differenziandosi, anche se permangono dubbi in molti autori rispetto alla legittimità di una pedagogia clinica separata da una pedagogia speciale. La relazione con la psicologia merita un approfondimento a parte. La pedagogia clinica si differenzia dalla psicologia per l'oggetto del suo intervento: non si tratta di andare a curare una determinata patologia, ma di lavorare sulla patologia educativa del soggetto. Anche per la clinica della formazione a cambiare è l'oggetto della propria indagine e del proprio intervento: la clinica della formazione non è interessata all'aspetto profondo, ma direziona lo sguardo verso il processo formativo considerando tanto la dimensione soggettiva quanto la dimensione oggettiva che, in un complesso intreccio, vanno a influenzare l'apprendimento e le esperienze formative.

Gli ambiti di applicazione

pedagogia clinica	clinica della formazione
<ul style="list-style-type: none">- Tossicodipendenze- Disturbi alimentari- Attacchi di panico- Disturbi dell'apprendimento- Migranti- Minori in comunità- Anziani ospiti di strutture- Coordinamento insegnanti di sostegno- Mediazione familiare- Formazione professionale- Affidamenti e adozioni	<ul style="list-style-type: none">- Scuola- Servizi educativi- Gruppi informali- Gruppi di adolescenti- Ambito medico- Gruppo insegnanti- Gruppo educatori- Supervisione- Consulenza

Tabella 4. Gli ambiti di applicazione a confronto

Gli ambiti di applicazione della pedagogia clinica e della clinica della formazione sembrano differire molto. Mentre, infatti, la pedagogia clinica sembra rivolta ad intervenire su specifiche problematiche di deformazione individuali, la clinica della formazione, nei suoi svariati ambiti di applicazione sembra prediligere la dimensione del gruppo come strumento di intervento e sembra essere rivolta principalmente a chi si occupa in prima persona di formazione (ad esempio gruppi di insegnanti) anche se può declinarsi altresì in ambiti informali (ad esempio i gruppi informali di adolescenti).

Metodologie e strumenti

pedagogia clinica	clinica della formazione
<ul style="list-style-type: none">- Rete categoriale- Osservazione partecipante- Colloquio diagnostico- Reattivi didattici- Viaggio autobiografico	<ul style="list-style-type: none">- Quadrante- Osservazione partecipante- Metodo ermeneutico e interpretativo- Ricerca qualitativa- Interviste in profondità- Testi scritti- Film- Schede di riflessione- Fotografie

Tabella 5. Metodologie e strumenti a confronto

Rispetto alle metodologie sia la pedagogia clinica che la clinica della formazione si basano un metodo che poi darà spazio all'utilizzo di vari strumenti: da un lato la costruzione della rete categoriale per la pedagogia clinica e dall'altro l'utilizzo del quadrante per esplorare le dimensioni (contesti, affetti, significati, strategie) dell'esperienza formativa per la clinica della formazione.

Entrambe utilizzano l'osservazione partecipante: la partecipazione attiva del pedagogo sembra essere indispensabile per portare avanti teorie e prassi di entrambi gli ambiti.

Anche l'utilizzo della narrazione sembra essere un elemento in comune: il viaggio autobiografico viene utilizzato nella pedagogia clinica per esplorare gli aspetti di formazione e deformazione del soggetto, mentre l'utilizzo di testi scritti è fondamentale nella clinica della formazione per recuperare gli episodi che consentiranno di esplorare le dimensioni manifeste e latenti della

formazione. Quello che cambia è ancora una volta l'oggetto di indagine: se nella pedagogia clinica viene utilizzato il colloquio diagnostico per rilevare determinate patologie educative del soggetto, nella clinica della formazione si utilizzano le interviste in profondità per dar luogo ad un'esperienza riflessiva.

Differenze con altre Correnti

pedagogia clinica	clinica della formazione
Esistono correnti diverse che si basano su un diverso statuto scientifico e che comportano l'utilizzo di teorie e prassi diverse	Esiste una corrente spiritualista e personalista che hanno una prospettiva diversa nel modo di concepire l'educazione

Tabella 6. Esistenza di correnti diverse

Per entrambi gli ambiti esistono correnti diverse, che, basandosi su prospettive diverse si differenziano anche rispetto alle teorie e le prassi utilizzate.

Quello che cambia è lo statuto scientifico che comporta inevitabilmente l'utilizzo di metodo e modalità di intervento diversi.

Differenze tra pedagogia clinica e clinica della formazione

pedagogia clinica	clinica della formazione
Riabilitazione	Comprensione
Condizioni specifiche di alcuni soggetti dell'educazione	Fenomeni educativi indipendenti da condizioni di maggiore o minore difficoltà
Strategie	Significati
Sguardo sulla deformazione	Sguardo su tutte le esperienze educative
Relazione di aiuto	Esplicitare le dimensioni latenti della formazione

Tabella 7. Differenze tra i due ambiti

Esistono pertanto profonde differenze tra i due ambiti di intervento pedagogici. Se la pedagogia clinica ha come obiettivo la riabilitazione e declina il suo intervento sulla deformazione di alcuni specifici soggetti alla ricerca di strategie attraverso le quali intervenire nella relazione di aiuto, la clinica della formazione fonda il suo operare sulla comprensione e esplicitazione delle dimensioni latenti della formazione, indipendentemente da condizioni specifiche di deformazione o di disagio.

CONCLUSIONI

Il presente elaborato aveva l'obiettivo di riflettere sui due ambiti pedagogici relativi alla pedagogia clinica e alla clinica della formazione.

Si tratta di due ambiti pedagogici che hanno una caratteristica in comune: il forte orientamento applicativo.

La pedagogia può essere definita, da un punto di vista teorico, come la disciplina che accoglie in sé scienza e filosofia come elementi complementari e convergenti. Né solo filosofica, né solo scientifica, essa tenta dunque costantemente di ricucire la trama di questi due saperi, creando i percorsi nei quali essi possano incontrarsi. Si tratta di perseguire non una ragione logica, ma una ragione dia-logica.

La pedagogia è infatti contemporaneamente filosofia e scienza dell'educazione, ma qui nasce un problema: il suo scopo è eminentemente conoscitivo (teorico) o operativo (pratico)? È la teoria che precede la pratica, oppure sono le prassi a dar luogo ai presupposti teorici? Il rapporto teoria-prassi, come si è visto, rappresenta un connotato specifico del discorso pedagogico.

Il problema di fondo deriva dal fatto che la pedagogia è una teoria per la pratica non meno che una pratica per la teoria. Lo scopo della teoria è infatti quello di attuare pratici interventi educativi, mentre la pratica diviene necessaria per elaborare e correggere teorie. Quando ci occupiamo di esperienze educative e formative abbiamo bisogno di far luce su alcuni aspetti e di rispondere ad alcune domande: perché educiamo (presupposti teorici), chi educiamo (a chi è rivolto il nostro intervento), come educiamo (quali sono le metodologie che guidano le prassi), con quali contenuti educiamo (quali sono gli strumenti attraverso i quali viene esplicitata la pratica pedagogica).

Queste sono alcune domande che hanno orientato il presente elaborato prendendo in considerazione due specifici ambiti teorici e operativi che, più di altri, sembra abbiano fatto proprio questo intreccio tra teoria e prassi.

Il lavoro, al di là della pretesa di fare chiarezza in modo esaustivo sulla tematica, si ritiene che possa essere un primo passo per uscire dalla confusione dettata dall'utilizzo di prospettive teoriche e prassi operative diverse, non sempre esplicitate nel dibattito accademico e nella letteratura pedagogica.

Sono state evidenziate, grazie al prezioso contributo di esponenti di entrambe le prospettive, similitudini e differenze rispetto alle due professioni.

Innanzitutto, i presupposti teorici, pur trovando delle sovrapposizioni relative all'influenza della psicologia e della psicoanalisi si differenziano sostanzialmente. Queste influenze vanno inevitabilmente ad impattare su tematiche identitarie relative alle due prospettive, che sembrano essere più marcate per quanto riguarda la pedagogia clinica. Mentre la clinica della formazione sembra avere un confine identitario ben separato dalle professioni al confine, per la pedagogia clinica si assiste ancora oggi ad un'incertezza di fondo rispetto ai propri confini.

Anche il significato della clinica assume mutamenti che rispecchiano diversi oggetti di indagine: per la pedagogia clinica il significato della clinica risiede nell'offrire un supporto al soggetto volto al recupero delle sue potenzialità residue, mentre per la clinica della formazione il clinico risiede in un atteggiamento ideografico, che consenta di mettere in luce le dinamiche latenti dell'esperienza formativa.

La teoria guida la prassi: gli ambiti applicativi e le prassi di intervento sono guidati da presupposti teorici diversi. Da un lato la pedagogia clinica sembra rivolta ad intervenire su specifiche problematiche di deformazione individuali, dall'altro, la clinica della formazione, sembra prediligere la dimensione del gruppo come strumento di intervento e sembra essere rivolta principalmente a chi si occupa in prima persona di formazione (insegnanti, educatori).

Elementi in comune sono stati rilevati negli strumenti utilizzati: l'osservazione partecipante e l'utilizzo della narrazione sembrano essere elementi in comune al servizio di obiettivi diversi.

In sintesi, esistono anche profonde differenze tra i due ambiti di intervento pedagogici. Se la pedagogia clinica ha come obiettivo la riabilitazione e declina il suo intervento sulla deformazione di alcuni specifici soggetti alla ricerca di strategie attraverso le quali intervenire nella relazione di aiuto, la clinica della formazione fonda il suo operare sulla comprensione e sulla esplicitazione delle dimensioni latenti della formazione, indipendentemente da condizioni specifiche di deformazione o di disagio.

Nonostante le perplessità rispetto alla legittimità della pedagogia clinica a livello teorico, sembrano essere molte le prassi operative in Italia. Un esempio è dato dalla numerosità di associazioni e studi che si occupano di pedagogia clinica in tutta Italia (in Appendice 4 si può trovare un numero molto vasto di servizi di pedagogia clinica, a dispetto del numero esiguo di servizi di clinica della formazione riportati in Appendice 5). Sarebbe interessante in un futuro ampliare la ricerca coinvolgendo i professionisti che operano in questi centri per paragonare le loro teorie e prassi con quanto fin qui esaminato.

La clinica della formazione sembra avere delle basi (origini) più solide, ma anche in questo caso esistono correnti diverse che si basano su presupposti teorici e prassi diversificate. Proprio per questi aspetti sarebbe interessante, oltre che necessario, estendere la ricerca attraverso un campione più numeroso di entrambe le discipline per rilevare somiglianze e differenze rispetto ai presenti risultati. Un'ulteriore prospettiva di indagine futura potrebbe essere quella di osservare come questi aspetti relativi alla teoria e alla prassi delle due discipline si dimensionano a livello internazionale per evidenziare similitudini e differenze ed eventualmente esportare la conoscenza accumulata nella letteratura italiana anche nel panorama internazionale.

Si tratta di esplicitare, seguendo il metodo della clinica della formazione, una conoscenza locale, strettamente connessa al contesto, alle relazioni e alle

azioni in cui si realizza, una conoscenza spesso tacita, cioè non posseduta in termini espliciti e discorsivi. È proprio il carattere non totalmente consapevole di questo tipo di conoscenza che richiede lo sviluppo di competenze riflessive, per favorire la riflessione critica sull'azione e la riflessione nel corso dell'azione.

È solo attraverso la propensione alla riflessività che è possibile sostenere una epistemologia della pratica, in cui il pensiero e l'azione si influenzino vicendevolmente. Tale propensione appare assolutamente adeguata per andare incontro a quella circolarità tra prassi e teoresi che può alimentare un processo generativo di arricchimento reciproco tra la pratica educativa e la teorizzazione pedagogica, non solo all'interno della propria area di intervento pedagogico, ma anche e soprattutto nell'ottica di un dialogo interdisciplinare con le professionalità "al confine". È una propensione che mira ad alimentare quella forma di sapere che è propria dell'attore, di colui che è impegnato attivamente a far fronte ai problemi educativi (Dewey, 1998).

BIBLIOGRAFIA

- AMMANITI A., STERN D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari, Laterza, 1991.
- BALDACCI M., *Trattato di pedagogia generale*, Roma, Carocci, 2012.
- BALDACCI M., COLICCHI E. (a cura di), *Teoria e prassi in pedagogia. Questioni epistemologiche*, Roma, Carocci, 2016.
- BARONE P. (a cura di), *Vite di flusso. Fare esperienza di adolescenza oggi*, Milano, Franco Angeli, 2018.
- BAUMAN Z., *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity, 2000, trad. it., *Modernità liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2000.
- BELLAMIO, D., CERIANI, M., DE VITA, D., RIVA, M., *La deissi interna*. In R. Massa (Ed.), *La clinica della formazione: un'esperienza di ricerca* (pp. 53-128), Milano, Franco Angeli, 1992.
- BERTOLI F., *Il disegno come espressione e cura di sé. Un percorso di pedagogia clinica*, Brindisi, Giordano, 2013.
- BERTOLINI P., *Dizionario di pedagogia*, Bologna, Zanichelli, 1996.
- BIFFI E. (a cura di), *Educatori di storie. L'intervento educativo fra narrazione, storia di vita e autobiografia*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- BION W.R., *Experiences in Groups*, London, Tavistock, 1961, trad. it. *Esperienze nei gruppi*, Roma, Armando, 1972.
- BOFFO V., *La cura in pedagogia. Linee di lettura*, Bologna, Clueb, 2006.
- BRONFENBRENNER U., *The ecology of human development*, Cambridge, Harvard University press, 1979, trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986.
- BRUNER J. S., *Making stories, Law, literature, life*, New York, Strauss and Giroux, 2002, trad. it. *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita*, Roma-Bari, Laterza, 2002.

- CAMBI F., ULIVIERI S. (a cura di), *I silenzi nell'educazione. Studi storico-pedagogici in onore di Tina Tomasi*, Firenze, La Nuova Italia, 1994.
- CAMBI F., *L'autobiografia come metodo formativo*, Roma-Bari, Laterza, 2002.
- CAMBI F., CATARSI E., COLICCHI E., FRATINI C., MUZI., *Le professionalità educative. Tipologia, interpretazione, modello*, Roma, Carocci, 2003.
- CAMBI F., *Introduzione alla filosofia dell'educazione*, Roma-Bari, Laterza, 2008.
- CAMBI, F., *La forza delle emozioni: per la cura di sé*, Pisa, Pacini, 2015.
- CAMBI F., GIOSI M., MARIANI A., SARSINI D., *Pedagogia generale. Identità, percorsi, funzioni*, Roma, Carocci, 2017.
- CANEVARO A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Milano, Mondadori, 1999.
- CONTINI M.G., DEMOZZI S., FABBRI M., TOLOMELLI A., *Deontologia pedagogica: riflessività e pratiche di resistenza*, Milano, Franco Angeli, 2014.
- CERVELLATI I., *Didattica differenziale*, Firenze, Giunti e Barbera, 1978.
- CLANDININ D. J., CONNELLY, F. M., Personal experience methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 413–427), 1994.
- CORREALE A., *Il campo istituzionale*, Roma, Borla, 1999.
- CRISPIANI P., *pedagogia clinica. La pedagogia sul campo tra scienza e professione*, Parma, Junior, 2001.
- DAMIANO E., *Insegnare con i concetti. Un modello didattico fra scienza e insegnamento*, Torino, SEI, 1994.
- DERRIDA J., *De la grammatologia*, Paris, Minuit, 1967, trad. it. *Della grammatologia*, Milano, Jaka Book, 1997.
- DEWEY J., *Come pensiamo: una riformulazione del rapporto fra il pensiero riflessivo e l'educazione*, Firenze, La Nuova Italia, 1961.
- DEWEY J., *Rifare la filosofia*, Roma, Donzelli, 1998.

- FABBRI M., *Pedagogia della crisi, crisi della pedagogia*, Brescia, Morcelliana, 2019.
- FOUCAULT M., *La nascita della clinica*, trad. it., Torino, Einaudi, 1969.
- FOUCAULT M., *Michel Foucault. Follia e psichiatria. Detti e scritti (1957-1984)*, D. Borca, V. Zini, Milano, Cortina, 2005.
- FORTUNATI A., *Per un curriculum aperto al possibile, protagonismo dei bambini e educazione: i pensieri, le pratiche, gli strumenti*, San miniato, Bottega di Geppetto, 2016.
- FRABBONI A. (a cura di), *Un'educazione possibile. Il sistema formativo tra policentrismo e specialismo*, Firenze, La Nuova Italia, 1988.
- FRABBONI F., GUERRA L., SCURATI C., *Pedagogia, realtà e prospettive dell'educazione*, Milano, Bruno Mondadori, 1999.
- FRANZA A.M., *Riflessioni sul problema della conoscenza in pedagogia*, Firenze, La Nuova Italia, 1981.
- FRANZA A.M., *Il congegno metodologico*, In R. Massa. *La clinica della formazione: un'esperienza di ricerca* (pp. 43-52), Milano, Franco Angeli, 1992.
- FRANZA A.M., *Teorie della pratica formativa. Apprendimento dall'esperienza e clinica della formazione*, Milano, Franco Angeli, 2018.
- GALARDINI A. L., *Crescere al nido, gli spazi, i tempi, le attività, le relazioni*, Roma, Carocci, 2003.
- GENNARI M., *Trattato di Pedagogia Generale*, Milano, Bompiani, 2006.
- GENNARI M., *Filosofia del pensiero*, Genova, Il melangolo, 2007.
- GONNELLI CIONI A., *Per la fondazione d'un Istituto d'idioti in Italia*, Chiavari, Tipografia Esposito, 1888.
- HUSSERL E., *Ideen zu einer reinen Phanomenologie und phanomenologischen Philosophie*, Nijhoff, Den Haag, 1950 (trad.it. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Torino, Einaudi, 1950).

- KAËS, R., ANZIEU D., THOMAS L.V., LE GUÉRINEL N., FILLOUX J., *Fantasme et formation*, Paris, Dunod, 1973, trad. it. *Desiderio e fantasma in psicoanalisi e in pedagogia*, Roma, Armando 1981.
- LAENG M. (a cura di), *Enciclopedia pedagogica*, La Scuola, Brescia, 1989.
- MANNESSE E., *La pedagogia clinica tra scienze umane e neuroscienze*, Roma, Anicia, 2002.
- MARIANI A., *Elementi di filosofia dell'educazione*, Roma, Carocci, 2006.
- MARIANI A., *La decostruzione in pedagogia. Una frontiera teorico-educativa della postmodernità*, Roma, Armando, 2008.
- MASSA R., *La scienza pedagogica: Epistemologia e metodo educativo*, Firenze, La Nuova Italia, 1975.
- MASSA, R. (a cura di), *La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*, Milano, Unicopli, 1988.
- MASSA R., *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Roma-Bari, Laterza, 1991.
- MASSA R. (a cura di), *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*, Milano, Franco Angeli, 1992.
- MASSA R., *Cambiare la scuola: educare o istruire?*, Laterza, Roma-Bari, Laterza, 1997.
- MASSA R., *Ricerca teorica, ricerca empirica e clinica della formazione*, In G. Sola (Ed.), *Epistemologia pedagogica*, Milano, Bompiani, 2002.
- MASSA R., *Le tecniche e i corpi: verso una scienza dell'educazione*, Milano, Unicopli, 2003.
- MASSA R., BERTOLINI P., *Il dibattito epistemologico sulla pedagogia e le scienze dell'educazione*, In L. Geymonat (Ed.), *Storia del pensiero filosofico e scientifico* (pp. 337-360), Vol XI, Milano, Garzanti, 1975.
- MASSA R., CERIOLI L. (a cura di), *Sottobanco. Le dimensioni nascoste della vita scolastica*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- MASSA R., DEMETRIO D. (a cura di), *Le vite normali. Una ricerca sulle storie di formazione*, Milano, Unicopli, 1991.

- MIGNOSI E., *Il rapporto tra teoria e prassi nella formazione degli educatori per l'infanzia*, in Silva C., a cura di, *Educazione e cura dell'infanzia nell'Unione Europea*, ETS, Pisa, 2016, pp.133-144.
- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*, Milano, Bruno Mondadori, 2006.
- MORTARI L., *Un metodo a-metodico. La pratica della ricerca in Maria Zambrano*, Napoli, Liguori, 2006.
- MORTARI L., *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Roma, Carocci, 2007.
- MORTARI L., *Filosofia della cura*, Milano, Raffaello Cortina, 2015.
- MOTTANA P., *Formazione e affetti*, Roma, Armando, 1993.
- MOTTANA, P., *Miti d'oggi nell'educazione. E opportune contromisure*, Milano, Franco Angeli, 2000.
- MUSCARÀ M., ULIVIERI S. (a cura di), *La ricerca pedagogica in Italia*, Pisa, ETS, 2016.
- NERI C., *Gruppo*, Roma, Borla, 2004.
- PALMIERI, C., *Un'esperienza di cui aver cura... Appunti pedagogici sul fare educazione*, Milano, Franco Angeli, 2011.
- PALMIERI L., *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa della formazione*, Franco Angeli, Milano, 2018.
- PESCI G., *Epistemologia della pedagogia clinica e della professione di Pedagogista Clinico*, Firenze, ISFAR, 2004.
- PESCI G., *Ergopedagogia*, Roma, Armando, 2006.
- PESCI G., *Pedagogia clinica. Scienza e professione*, Roma, Magi, 2008.
- PESCI G., *Pedagogia clinica. La pedagogia in aiuto alla persona*, Torino, Omega, 2012a.
- PESCI G., *Teoria e pratica della psicomotricità funzionale. A scuola con Jean Le Boulch*, Roma, Armando Editore, 2012b.
- POSTIC M., *La relazione educativa. Oltre il rapporto maestro-scolaro*, Roma, Armando, 1983.

POURTOIS J.P., *La ricerca-azione in pedagogia*, in Becchi E., Vertecchi B. (a cura di), *Manuale critico della sperimentazione e della ricerca educativa*, Angeli, Milano, 1986.

REBOSIO A., *Il disegno disegna il bambino*, Torino, Omega, 2002.

REZZARA A., *Pensare la valutazione*, Milano, Mursia, 2000.

REZZARA A., ULIVIERI STIOZZI S., *Formazione clinica e sviluppo delle risorse umane*, Milano, Franco Angeli, 2004.

RIVA M. G., *L'abuso educativo. Teoria del trauma in pedagogia*, Milano, Unicopli, 1993.

RIVA M. G., *Studio 'clinico' sulla formazione*, Milano, Franco Angeli, 2000.

RIVA M. G., *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*, Milano, Guerini, 2004.

SALOMONE I., *Formazione e professione*, in BERTOLINI G., MASSA R. (a cura di), *clinica della formazione medica*, Milano, Franco Angeli, 1997.

SANTONI RUGIU A., *Crisi del rapporto educativo*, Firenze, La Nuova Italia, 1975.

SCHÖN D., *The reflective practitioner. How professionals think in action*, New York Basic Books, 1983, trad. it. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Bari, Dedalo, 1993.

SCHÖN D., *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*, Milano, Franco Angeli, 2006.

SOLA G., *Umbildung. La "trasformazione" nella formazione dell'uomo*, Milano, Bompiani, 2003.

SOLA G., *Heidegger e la pedagogia*, Genova, Il melangolo, 2008.

SOLA G., *Introduzione alla pedagogia clinica*, Genova, Il melangolo, 2008.

STEIN E., *Il problema dell'empatia*, Roma, Studium, 1985.

TACCONI, G., *Dispositivi metodologici per l'analisi delle pratiche educative*. In M. Castoldi, M. Chicco (Ed), *Imparare a leggere e scrivere. Lo stato dell'arte* (pp.139-171). Rovereto, IPRASE, 2017.

- TOMARCHIO M., ULIVIERI S. (a cura di), *Pedagogia Militante. Diritti, culture, territori, Atti del 29° convegno nazionale SIPED Catania 6-7-8 novembre 2014*, Pisa, ETS, 2015.
- TRISCIUZZI L., *La pedagogia clinica. I processi formativi del diversamente abile*, Roma-Bari, Laterza, 2003.
- TRISCIUZZI L., BICHI L., ZAPPATERRA T., *Tenersi per mano. Disabilità e formazione del sé nell'autobiografia*, Firenze, University press, 2006.
- VISALBERGHI A. (a cura di), *Rousseau. L'Emilio*, Roma-Bari, Laterza, 1982.
- VYGOTSKIJ L. S., *Osnovy defektologii*, Mosvka, Pedagogika, 1983, trad. it. *Fondamenti di difettologia*, Roma, Bulzoni, 1986.
- ZAVALLONI R., *Introduzione alla pedagogia speciale*, Brescia, La Scuola, 1969.

EMEROGRAFIA

CAMBI F., *La questione del soggetto come problema pedagogico*, in “Studi sulla formazione”, 2, 2008, pp. 99-107.

CAMBI F., *Frontiere educative della globalizzazione*, in “Studi sulla formazione”, 2, 2016, pp. 293-295.

CAPPA F., ORSENIGO J., *La Clinica della formazione come ricerca in educazione degli adulti*, in “Pedagogia oggi”, XVIII, 1, 2020.

CARBONI M., *La conoscenza di sé nell’esperienza della corporeità*, in “pedagogia clinica. Pedagogisti clinici”, 17, 2007, pp. 6-9.

DE LEO D., *Educare a costruire il futuro: tra filosofia e pedagogia*, in in “MeTis”, 1, 2015, pp. 200-206.

FRANCESCHINI G., *Colto, competente o consapevole? Modelli di insegnante a confronto*, in “Studi sulla formazione”, 22, 2019, pp. 253-270.

FERRANTE A., PALMIERI C., *Aver cura del divenire. Verso un milieu educativo post-umanista*, “MeTis”, I, 06, 2015.

MACALE C., *Potere personale e potenzialità. Un raffronto tra Positive Psychology e pedagogia clinica*, in “Rivista scuola IaD”, 12, 2016.

MASSA R., *Tre piste per lavorare entro la crisi educativa*, in “Animazione Sociale”, 2, 2000, pp. 60-66.

MORTARI L., *Cercare il rigore metodologico per una ricerca pedagogica scientificamente fondata*, in “Education Sciences & Society”, 1 (1), 2010, pp. 143-156.

MULÈ P., *Il problema teorico dell’educazione ed il ruolo dell’educatore nell’Emilio. Alcune riflessioni pedagogiche*, in “CQIA Rivista, Formazione, lavoro, Persona”, 2 (6), 2012, pp. 7-18.

ORSENIGO J., ULIVIERI-STIOZZI S., *La clinica della formazione in Italia*, in “CLIOPSY”, 20, 2018, pp. 23-37.

PESARE M., *L'agalma: "bene comune" della relazione educativa*, in "Metis", 7(2), 2017, pp. 196-2011.

PREMOLI S., *Educatori e ricerca. Come lavorare tra teoria e prassi*, in "PEDAGOGIA OGGI", XV (2), 2017, pp. 437-445.

RIVA M.G., *Ricerca e formazione alle professioni educative e formative*, in "Studi sulla formazione", 12(1/2), 2010, pp. 89-99.

SOLA G., *Verso una pedagogia clinica*, in "Studi sulla formazione", 1, 2009, pp.187-198.

ZANNINI L., RANDON G., SAIANI L., *Il contributo della clinica della formazione nell'esplorazione dell'hidden curriculum: una ricerca intervento con un gruppo di infermieri-formatori italiani*, in "Medic" 24(1), 2016, pp. 53-65.

ZAPPATERRA T., *La dimensione corporea nella disabilità. Da oggetto di occultamento a medium formativo*, In "Humana.Mente", 14, 2010, pp.147-154.

SITOGRAFIA

ANPEC, *Il profilo del pedagista clinico*,
<http://clinicalpedagogy.com/profilo-professionale-del-pedagista-clinico/>,
ultima consultazione avvenuta il 28.04.2018 alle ore 13:58.

CENTRO STUDI RICCARDO MASSA,
<https://www.centrostudiriccardomassa.it/index.php/area-riservata>, ultima consultazione avvenuta il 16.06.2018 alle ore 15:40.

DELLABIANCIA M.P., *La pedagogia clinica: da origini medico-psicologiche a sviluppi di pedagogia scientifica e speciale*,
www.dellabiancia.it, ultima consultazione avvenuta il 10.10.2020 alle ore 12:30.

DIZIONARIO DI PEDAGOGIA CLINICA, <http://www.dizionariopedagogiaclinica.it>, ultima consultazione avvenuta il 28.04.2018 alle ore 12:31.

ISTAT, *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado, Anno scolastico 2016-2017*, 2018
<https://www.istat.it/it/files/2018/03/alunni-con-disabilit%C3%A0-as20162017.pdf>, ultima consultazione avvenuta il 23.09.2018 alle ore 16:34.

PAGANO L., *Riccardo Massa, Cambiare la scuola: Educare o istruire? Recensione*, 2015, <https://philosophykitchen.com/2015/01/riccardo-massa-cambiare-la-scuola-educare-o-istruire/>, ultima consultazione avvenuta il 24.10.2020 alle ore 16:00.

PALMIERI C., *Rapporto di ricerca. Dare forma al lavoro educativo, formare al lavoro educativo*, Centro studi Riccardo Massa, 2010, <https://www.centrostudiriccardomassa.it/images/Documenti/Materiali/Dare%20forma%20formare%20al%20lavoro%20educativo%20%20Rapporto%20di%20ricerca.pdf>, ultima consultazione avvenuta il 28.04.2018 alle ore 9:30.

APPENDICE 1 TRACCE PER INTERVISTA

TRACCIA PER INTERVISTA pedagogia clinica

Intervistati: G. Sola, C Fratini

Analisi dei testi: L. Trisciuzzi

1. Quali sono i presupposti teorici da cui prende le mosse la pratica della pedagogia clinica?
2. Che cos'è che qualifica come clinico questo approccio?
3. Quali sono a suo avviso i confini rispetto ad altre professionalità, come la psicologia e altri ambiti della pedagogia (ad. es. la pedagogia speciale)?
4. Quali sono gli ambiti di applicazione e di intervento della pedagogia clinica? Può farci degli esempi tratti dalla sua esperienza professionale?
5. Quali sono le metodologie e gli strumenti attraverso le quali poter fare pedagogia clinica?
6. A suo avviso esistono in Italia correnti diverse rispetto alle teorie e alle prassi della pedagogia clinica? Se sì, in cosa si differenziano?
7. Quali differenze ci sono a suo avviso tra la pedagogia clinica e la clinica della formazione?

TRACCIA PER INTERVISTA clinica della formazione

Intervistati: M.G. Riva, C. Palmieri

Analisi dei testi: R. Massa

1. Quali sono i presupposti teorici da cui prende le mosse la sua pratica come clinico della formazione?
2. Che cos'è che qualifica come clinico questo approccio?
3. Quali sono a suo avviso i confini rispetto ad altre professionalità, come la psicologia e altri ambiti della pedagogia?
4. Quali sono gli ambiti di applicazione e di intervento della clinica della formazione? Può farci degli esempi tratti dalla sua esperienza professionale?
5. Quali sono le metodologie e gli strumenti attraverso le quali poter fare clinica della formazione?
6. A suo avviso esistono in Italia correnti diverse rispetto alle teorie e alle prassi della clinica della formazione? Se sì, in cosa si differenziano?
7. Quali differenze ci sono a suo avviso tra la pedagogia clinica e la clinica della formazione?

APPENDICE 2 INTERVISTE PEDAGOGIA CLINICA

1. Quali sono i presupposti teorici da cui prende le mosse la pratica della pedagogia clinica?

G. SOLA: “Premesso che, in quanto docente a tempo pieno, non svolgo la professione di pedagogista clinico, i presupposti teorici dai quali muovono le prassi della consulenza pedagogico-clinica si situano nello statuto scientifico della pedagogia clinica e nella sua relazione con la pedagogia generale. Ciò significa, più in particolare, che la dimensione pratica della consulenza pedagogico-clinica si esplicita nella costruzione, da parte del pedagogista clinico, di reti categoriali (ossia, di una rete di relazioni fra concetti) attraverso le quali il soggetto viene educato a ripensare la propria storia formativa e a interpretare il suo malessere deformativo”.

C. FRATINI: “Non posso che rispondere in maniera parziale alle domande dell’intervista che Lei mi ha proposto in quanto non ho mai praticato la professione di pedagogista clinico né sono mai stato un cultore di tale disciplina. Ho fin dai primi anni Settanta preferito dedicarmi allo studio della psicoanalisi e dei suoi rapporti con la psicopedagogia e con la pedagogia speciale. Pertanto, posso solo esprimere alcune considerazioni sulla professione di pedagogista clinico. Innanzitutto, chi è il pedagogista clinico e quali strumenti di intervento predilige? Dico subito che questa figura professionale emergente – che è nata prevalentemente per esigenze pratiche di intervento nelle diverse forme di disagio sempre più diffuso nella società attuale che reclamano, con un silenzio talvolta assordante, forme differenziate di sostegno e di aiuto a diversi livelli (su questo aspetto esiste, com’è noto, una letteratura sterminata) – viene vista con sospetto – e talvolta con ironia – sia dai medici (psichiatri e neuropsichiatri infantili) sia, soprattutto dagli psicologi

e/o psicoterapeuti sia dai pedagogisti che, per motivi i più diversi e talvolta opposti, paventano tutti una indebita e pericolosa invasione di campo da parte di una figura professionale connotata da forte eclettismo epistemologico e metodologico, in quanto si avvale di teorie e di modelli provenienti da molteplici discipline (psicoanalisi, psicologia umanistica, soprattutto Rogers, psicologia relazionale sistemica e, sul versante pedagogico, dalla pedagogia speciale - molti pedagogisti clinici infatti provengono da quest'ultima o comunque, a vario titolo, hanno lavorato nel settore della disabilità e dei bisogni educativi speciali sia come ricercatori sia come insegnanti di sostegno), modelli e metodologie quindi estrapolati da altre discipline e non sempre integrati in modo coerente”.

L. TRISCIUZZI: “Il pedagogista clinico trova la sua necessità di essere in una pedagogia considerata non soltanto una riflessione sul processo educativo, che si svolge negli anni dell'età evolutiva, quanto pure un intervento diretto a formare i soggetti nell'ambito culturale in cui vivono” (Trisciuzzi, 2003, p. 18).

“Nell'età Moderna comincia a profilarsi un approccio alla disabilità che poggia su conoscenze anatomo-fisiologiche, che mette in primo piano l'utilizzo dei sensi, risentendo della filosofia sensista di Condillac e degli studi sulla percezione di Berkeley” (Trisciuzzi 2003, citato in Zappaterra, 2010, p. 148).

2. Che cos'è che qualifica come clinico questo approccio?

G. SOLA: “Ciò che qualifica come ‘clinico’ l'approccio pedagogico consiste nel fornire, letteralmente, un ‘supporto’ di matrice educativa e ri-educativa al soggetto. Tale supporto clinico-pedagogico è finalizzato a ristabilire nella struttura formativa del soggetto una condizione complessiva di benessere che

gli consenta di vivere in armonia con sé stesso, comprendendo e, poi, contrastando le fasi di deformazione che possono denotare il processo della formazione”.

C. FRATINI: “Ma perché da parte dei pedagogisti utilizzare il termine clinico? Tale termine, com’è noto, nasce nell’ambito della pratica medica per poi agli inizi del Novecento estendersi (con Freud) all’ambito psicoanalitico e successivamente a tutte le pratiche psicoterapeutiche. Attualmente psicoterapeuti clinici annoverano terapeuti provenienti da training e scuole di pensiero molto diverse tra loro (da quelle a orientamento psicoanalitico a quelle che si rifanno alla psicologia umanistica e transpersonale a quelle cognitivo-comportamentali).

Ma in cosa consiste il metodo clinico? Ora, mentre il metodo sperimentale, com’è noto, richiede una situazione di ‘laboratorio’, una situazione cioè che consenta la manipolazione delle variabili e il confronto con gruppi di controllo ai fini anche della possibilità di replicare l’esperimento – rischiando talvolta di ‘appiattare’ ciò che distingue nell’intento di privilegiare ciò che accomuna - il metodo clinico punta proprio a mettere in risalto gli aspetti soggettivi attraverso la ricostruzione di un percorso esistenziale rispetto al quale sia possibile afferrare i significati delle esperienze soggettive. Così come il metodo sperimentale si avvale di modelli statistici molto sofisticati, il metodo clinico si avvale di una metodologia di tipo storico-narrativo, con la quale il terapeuta, mediante l’osservazione partecipata e l’ascolto empatico, cerca di stabilire delle correlazioni dotate di significato tra i dati di carattere biografico e quelli emergenti ‘qui e ora’ nella relazione intersoggettiva (‘segni’ o ‘spie’ comunicati mediante posture, espressioni, messaggi verbali e non verbali, comportamenti ecc.) allo scopo di mettere a fuoco le esperienze che concorrono alla costruzione di una soggettività unica e irripetibile.

È evidente quindi che la validità del metodo clinico va ben al di là dell’ambito terapeutico. Come scrive giustamente Caprara, ‘Se l’aggettivo ‘clinico’ evoca

le figure del terapeuta e del paziente, gli ambiti di applicazione del metodo vanno oltre i confini del modello 'medicale', del disagio e della relazione d'aiuto. Ciò che lo contraddistingue è l'attenzione alla dimensione singolare della condotta e dell'esperienza lungo il corso della vita e nelle diverse situazioni' (Caprara G.V., Gennaro A., Psicologia della personalità, Bologna, Il Mulino, 1994, p. 96).

Alla luce di quanto sopra, l'uso del termine 'clinico' appare legittimo anche nell'ambito delle professioni educative e formative, a patto che si avvalga di metodologie volte a mettere a fuoco percorsi esistenziali e progetti di vita individualizzati, tali da permettere, senza forzature 'pedagogiche', una maggiore consapevolezza (sia dei condizionamenti socioculturali sia delle problematiche interiori) e quindi avviare un processo di emancipazione e di crescita tanto dell'educando quanto dell'educatore".

L. TRISCIUZZI: Trisciuzzi rispetto all'ambito della pedagogia clinica segnala le "attività di ricupero e di riabilitazione di alterazione o di disturbi dell'apprendimento: anni fa questo tipo di azione pedagogica aveva il nome di pedagogia emendativa; oggi, poiché il territorio di intervento si è notevolmente dilatato e il sistema perfezionato, il termine che più le si addice è quello di pedagogia clinica" (Trisciuzzi, 2003, p. 3).

Ancora Trisciuzzi sottolinea che "l'intervento clinico del pedagogista è diretto a recuperare aspetti mentali, emotivi, linguistici e comportamentali profondi, che fanno parte delle potenzialità residue e latenti dei singoli soggetti" (Trisciuzzi, 2003, p. 19).

3. *Quali sono a suo avviso i confini rispetto ad altre professionalità, come la psicologia e altri ambiti della pedagogia (ad. es. la pedagogia speciale)?*

G. SOLA: “I confini della professione di pedagogista clinico si situano entro gli ambiti della formazione, dell’educazione e dell’istruzione (cfr. M. Gennari-G. Sola, *Logica, linguaggio e metodo in pedagogia*, Il Melangolo, Genova, 2016) dell’essere umano e, più in particolare, laddove condizioni deformative, diseducative e destruzionali sono considerabili quali espressioni di patologie pedagogiche affrontabili primariamente attraverso un approccio d’ordine pedagogico-clinico. Le differenze, ad esempio, con la psicologia e la pedagogia speciale sono determinate anzitutto da un differente assetto scientifico (semiotico-ermeneutico e perciò ‘interpretativo’) e, quindi, da un altrettanto differente approccio metodologico a esso correlato”.

C. FRATINI: “Lei mi chiede anche quali sono le differenze tra la pedagogia clinica e la pedagogia speciale. Come ho già detto molti pedagogisti clinici provengono dalla pedagogia speciale ed effettivamente per alcuni aspetti le due discipline sono sovrapponibili: ambedue privilegiano il metodo clinico sia il pedagogista clinico per le ragioni già dette sia il pedagogista speciale, il quale per poter predisporre piani educativi personalizzati e progetti di vita inclusivi deve necessariamente procedere attraverso uno studio approfondito dei singoli casi. Il punto di intersezione tra le due discipline possiamo ravvisarlo nella relazione intersoggettiva – soprattutto quella incentrata sulla comunicazione empatica e sull’ascolto attivo. La comunicazione e l’ascolto empatico, nel contesto della relazione intersoggettiva, possono essere intesi sia come risorsa tecnica sia come atteggiamento umano (ambedue da sviluppare e affinare con l’esperienza). Da questa prospettiva quindi, la relazione intersoggettiva assume rilevanza sia dal punto di vista conoscitivo (il ‘contenitore’ attraverso il quale sviluppare una comprensione dell’Altro) sia da

quello formativo (il 'contenitore' che ne supporta i bisogni fondamentali e sostiene il processo di crescita e di emancipazione).

Ciò detto, tra le due discipline vi sono anche delle profonde differenze a livello teorico e metodologico. La pedagogia speciale punta alla formazione globale del soggetto (cognitivo, comportamentale, sociale) tenendo necessariamente conto delle profonde differenze esistenti tra i diversi tipi di disabilità (sensoriali, motori, cognitivi, genetici, dello spettro autistico ecc.) nella prospettiva della maggiore inclusione sociale possibile. Per questo essa si avvale anche di modelli e di metodologie provenienti dalla neurobiologia, dalla neurobiologia interpersonale, dalla neuropsicologia e dalla psicologia sperimentale e dello sviluppo oltre che dalla psicoanalisi e dalla psicologia umanistica. Assumono rilevanza, sul piano sociologico, anche gli studi sul pregiudizio, sull'identità e sulla lotta all'esclusione sociale e alla stigmatizzazione dei soggetti più fragili.

Una disamina molto ampia sulla figura del professionista dell'educazione e della formazione nei relativi ambiti di intervento si trova nel già citato volume curato da P. Orefice, A. Carullo, S. Calaprice, *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa*, Cedam, 211.

Interessante anche il passaggio a livello teorico, ma con importanti ricadute sul piano operativo, che è avvenuto negli ultimi anni dal concetto di integrazione a quello di inclusione. Schematizzando, possiamo dire che mentre il concetto di integrazione puntava soprattutto sull'intervento educativo e riabilitativo centrato sul soggetto al fine di normalizzarlo e quindi poterlo integrare in quanto il più possibile simile a noi, il concetto di inclusione chiama in causa un ambiente più flessibile che punti soprattutto alla rimozione di barriere e ostacoli di vario genere (fisici, psicologici, culturali) in modo da permettere un'inclusione rispettosa delle diverse caratteristiche e capacità (cognitive, comunicative e relazionali) di tutti i soggetti, anche in funzione delle attività che sono chiamati a svolgere (scolastiche, lavorative, ecc.). Fondamentale anche lo stile relazionale: relazioni di tipo competitivo influenzano in senso

autoritario anche le relazioni individuali mentre relazioni improntate al dialogo e alla cooperazione favoriscono interventi condivisi. Per questi motivi il lavoro sugli insegnanti, ad esempio, mira non solo alla formazione specialistica degli insegnanti di sostegno ma alla sensibilizzazione e alla formazione in senso inclusivo di tutti gli insegnanti curricolari.

A questo punto mi si consenta un breve inciso un po' polemico. I tecnologi dell'istruzione affermano, con ragione, che nel campo delle didattiche speciali negli ultimi vent'anni sono stati fatti grandi progressi e sperimentati interventi specifici (sui disturbi dell'apprendimento, sui disturbi dello spettro autistico, sui deficit sensoriali e motori ecc.) con l'impiego di software costruiti ad hoc. Personalmente sono convinto che le tecnologie dell'istruzione possono contribuire notevolmente allo sviluppo della didattica anche per gli alunni con bisogni educativi speciali. Tuttavia, bisogna considerare che gli strumenti informatici, se non sono supportati da relazioni significative con insegnanti competenti e con i compagni di classe, possono addirittura contribuire ad aumentare le situazioni di isolamento e di esclusione.

Personalmente sono convinto che anche le migliori tecniche abilitative e riabilitative, se praticate in stanze separate, ancorché ben attrezzate, siano destinate a dare risultati assai modesti se vengono a mancare gli scambi, le sollecitazioni e i supporti che soltanto un contesto relazionale inclusivo può fornire”.

L. TRISCIUZZI: “L'indicazione diversamente abile vuole affermare la possibilità o meglio la necessità di recuperare abilità che la disabilità, nelle sue manifestazioni patologiche, celava, teneva represses. Come l'handicappato non è uno totalmente disabile, non è uno azzerato nelle sue capacità, così il diversamente abile non è uno totalmente abile, ma soltanto parzialmente o diversamente, appunto. E le difficoltà del ricupero indicano quali possono essere la misura e le caratteristiche delle potenzialità residue [...] Queste

potenzialità residue, latenti e inutilizzate, possono venire rilevate e ricuperate da chi conosce e utilizza la pedagogia clinica” (Trisciuzzi, 2003. pp. 3-4).

Per quanto riguarda le differenze rispetto alla psicologia clinica Trisciuzzi afferma che “il termine indicato ha una valenza diversa da quella tradizionalmente neutrale designata alla psicologo clinico, si potrebbe affermare diametralmente opposta” (Trisciuzzi, 2003, p. 19).

4. Quali sono gli ambiti di applicazione e di intervento della pedagogia clinica? Può farci degli esempi tratti dalla sua esperienza professionale?

G. SOLA: “Gli ambiti di applicazione e d’intervento della pedagogia clinica sono riconducibili a tutte quelle situazioni nelle quali in un essere umano siano riscontrabili problemi d’ordine formativo, educativo e istruzionale. Ad esempio, la tossicodipendenza, i disturbi alimentari, gli attacchi di panico e i disturbi dell’apprendimento, come pure le realtà dei soggetti migranti, dei minori in comunità o degli anziani ospiti di strutture pubbliche o private sono considerabili anche di pertinenza pedagogico-clinica quando manifestino implicanze formative e/o educative e/o istruzionali in relazione alle quali, a differenza di altre professioni, il pedagogista clinico ha conoscenze e competenze specializzate e specifiche non equiparabili con quelle dello psicologo, dello psicoterapeuta, ecc”.

C. FRATINI: “La professione di pedagogista clinico, almeno in teoria, appare quindi legittima nei vari contesti in cui attualmente viene praticata, anche se permangono perplessità sul piano operativo.

Per esempio, nell’ambito della scuola la presenza di un pedagogista clinico viene auspicata, anche perché esiste un vuoto. Da molti anni infatti viene reclamata a gran voce, e soprattutto da Guido Petter come da altri autorevoli psicologi, l’attivazione dello psicologo scolastico, o quanto meno di un esperto

in *counseling*, per aiutare gli insegnanti ad affrontare questioni e problemi legati alla comunicazione educativa, al bullismo, alle difficoltà e ai disturbi dell'apprendimento e del comportamento ecc. Sul versante della pedagogia speciale alcuni riterrebbero utile una figura di coordinamento (vedi Dario Ianes, ma anche altri) degli insegnanti di sostegno per quanto riguarda l'inclusione degli alunni disabili e con bisogni educativi speciali ma anche per fornire aiuti e strumenti all'intero corpo docente al fine di realizzare una scuola realmente inclusiva per tutti. La questione viene dibattuta da anni, ma niente è stato fatto in un senso o nell'altro. Altro ambito in cui oggi è auspicabile la presenza del pedagogista clinico è quello della mediazione familiare, soprattutto nei casi conflittuali (difficoltà relazionali, separazioni, divorzi ecc.), come pure nella formazione degli adulti, nella formazione professionale, nelle questioni di competenza del Tribunale dei minori per quanto riguarda gli affidamenti, le adozioni ecc”.

L. TRISCIUZZI: In “La pedagogia clinica” Trisciuzzi propone una disamina dei principali su cui la pedagogia clinica può intervenire. In questa sede se ne propone un elenco sottoforma di parafrasi poiché non è possibile riportarne il discorso ad *literam*. Trisciuzzi parla di disturbi scolastici e del linguaggio (alterazioni e patologie della memoria, del linguaggio e dell'apprendimento dei bambini durante lo sviluppo), delle principali psicopatologie che possono insorgere nel periodo dell'infanzia (l'insufficienza mentale, le alterazioni organiche, le nevrosi infantili, le psicosi infantili, le patologie particolari, la sindrome di Down, l'autismo, la sindrome di Williams, la sindrome di Asperger, l'iperattività, l'impulsività, i disturbi dell'attenzione e le alterazioni e le patologie del rapporto familiare con il disabile), della riabilitazione dei ciechi ed ipovedenti, dei sordi e ipoacusici, dei motulesi e dei disturbi scolastici. I quadri educativi e riabilitativi proposti dall'autore per ogni disturbo evidenziano come sia sempre più necessario un pensiero ed un agire

educativo contestualizzato in base alle specifiche esigenze del bambino e che abbia come obiettivo un'educazione precoce.

5. Quali sono le metodologie e gli strumenti attraverso le quali poter fare pedagogia clinica?

G. SOLA: “La pedagogia clinica, nella costruzione delle sue prassi operativo-applicative, utilizza la costruzione della rete categoriale (cfr. G. Sola, Introduzione alla pedagogia clinica, Il Melangolo, Genova, 2008). Tale ‘strumento’ metodologico d'intervento della pedagogia clinica non è da considerarsi come un metodo standardizzato, applicabile cioè in maniera predeterminata in ogni situazione della consulenza pedagogico-clinica, bensì quale procedura pedagogico-clinica che viene costruita alla luce di ogni singola e differente storia formativa di cui si rende testimone il soggetto”.

L. TRISCIUZZI: “il mezzo principale di cui dispone il pedagogista clinico è il colloquio diagnostico, nel quale il suo ruolo è quello di osservatore partecipante [...] Il colloquio diagnostico è un metodo di indagine che lascia il campo aperto tanto ad un intervento relazionale di carattere verbale, quanto a un accertamento, attraverso la somministrazione di reattivi didattici, che sono considerati peculiari per favorire l'apprendimento secondo un moderno processo formativo, di tipo naturale e motivazionale” (Triscuzzi, 2003, p. 19).

La narrazione del sé scaturisce da un bisogno generalizzato di ogni individuo di autodeterminarsi, affermando il proprio ruolo nel mondo nel tentativo di sollevarsi dallo statuto debole, incerto che la condizione postmoderna gli ha assegnato; scrivere di sé stessi nasce dalla capacità di autoriflessione e dalla necessità di dare un ordine logico alla propria esistenza. La trama è autoreferenziale nel senso che non è storia dell'evento ma di come

quell'evento è stato vissuto; il viaggio autobiografico è cura di sé, è autoterapia che segnala luci e ombre del conflitto interiore e quindi conduce alla costruzione della propria identità personale (Trisciuzzi, Bichi, Zappaterra, 2006).

6. A suo avviso esistono in Italia correnti diverse rispetto alle teorie e alle prassi della pedagogia clinica? Se sì, in cosa si differenziano?

G. SOLA: “Alla luce della pur scarna pubblicistica contemporanea, si registrano voci diverse per quanto concerne le teorie e le prassi della pedagogia clinica. Le differenze identificabili sono restituite primariamente dal diverso statuto scientifico che denota le concezioni della pedagogia clinica, quindi dalla logica euristica e dalle concretazioni metodologiche che le contraddistinguono, nonché dal rigore procedurale che interconnette le teorie pedagogico-cliniche con le prassi operative”.

C. FRATINI: l'autore non fornisce una risposta alla domanda.

L. TRISCIUZZI: non è stato possibile estrapolare dalla letteratura le risposte dell'autore in merito a questa domanda.

7. Quali differenze ci sono a suo avviso tra la pedagogia clinica e la clinica della formazione?

G. SOLA: “La pedagogia clinica si occupa di tutte quelle situazioni in cui siano ravvisabili problemi d'ordine deformativo, diseducativo e destrutturale. La clinica della formazione, secondo quanto delineato dal Prof. Riccardo Massa, si concentra sui ‘significati impliciti nell'esperienza di formazione’ con il fine di costruire una ‘pratica che tenti di esplicitare questa latenza pedagogica’, sottoponendo così ad analisi clinica la ‘formazione’ stessa (cfr.

R. Massa, Ricerca, ricerca empirica e clinica della formazione, in G. Sola a cura di, *Epistemologia pedagogica. Il dibattito contemporaneo in Italia*, Bompiani, Milano, 2002, pp. 315-338”.

C. FRATINI: “Lei mi chiede anche quali siano le differenze tra la pedagogia clinica e la clinica della formazione. Su questo argomento posso dire molto poco, anche perché il Prof. Mariani con cui Lei lavora è molto più competente di me su questo punto. Per quanto ne so, a parte le sovrapposizioni e le somiglianze relative all'utilizzazione del metodo clinico, molte sono le differenze.

La clinica della formazione, infatti, si ispira fondamentalmente alla filosofia e alla psicoanalisi francese e punta a esplicitare le dimensioni latenti della formazione: fantasmi (Lacan, Kaes), codici, modelli e dispositivi (Foucault) mediante un approccio clinico individuale o di gruppo. Lo scenario educativo viene evocato e analizzato per mezzo del disegno, attività teatrali, analisi di film, narrazioni autobiografiche ecc.

Giustamente Cambi considera la clinica della formazione un'importante ‘tecnologia del sé’ (in senso foucaultiano). (F. Cambi, *L'autobiografia come metodo formativo*, Editori Laterza, Bari, 2002).

Mi sembra invece che i campi di applicazione e di intervento della pedagogia clinica, cui sopra ho fatto riferimento, siano diversi da quelli della clinica della formazione, ma soprattutto diversi sono gli approcci e i modelli teorici di riferimento. Mentre le finalità della clinica della formazione sembrano essere, almeno per quello che ho capito, la dissacrazione e la messa a nudo dei miti, dei dispositivi di sapere/potere, dei condizionamenti culturali operanti in maniera occulta – ma potente - oltre che dei ‘fantasmi’ (in senso lacaniano, vedi anche Recalcati) interni al soggetto, la pedagogia clinica interviene soprattutto mediante molteplici metodologie di ‘relazione di aiuto’ nei diversi contesti in cui siano presenti situazioni di conflitto e di disagio di vario genere”.

L. TRISCIUZZI: non è stato possibile estrapolare una risposta dalla letteratura di riferimento.

APPENDICE 3 INTERVISTE CLINICA DELLA FORMAZIONE

1. *Quali sono i presupposti teorici da cui prende le mosse la sua pratica come clinico della formazione?*

M.G RIVA: “Principalmente, la prospettiva ermeneutica, la tradizione pedagogica, le psicoanalisi e le psicoterapie”.

C. PALMIERI: “In realtà sono molto cambiati negli anni, nel senso che quando io ho iniziato ad avvicinarmi alla clinica della formazione ero una studentessa. Ho conosciuto questo approccio verso la fine dell’università perché ho fatto due esami, perché l’ho biennalizzato con Riccardo Massa, e quindi è stato lì che ho conosciuto la clinica della formazione. E l’ho conosciuta come approccio di tipo teorico, quindi le varie teorie che stanno alla base della clinica, ma anche la spiegazione della clinica della formazione come pratica di formazione, più che di ricerca, attraverso i testi. Ho iniziato poi ad entrarci dentro veramente quando per fare la mia tesi di laurea, ho deciso di non usare la procedura in qualche modo illustrata nei libri, ma l’impianto della clinica, quindi la possibilità di indagare le quattro dimensioni contestuali, affettive, dei significati, e delle strategie nella dimensione più procedurale e di passare poi dalla raccolta delle evidenze del fenomeno che stavo indagando, alla raccolta delle latenze, quindi a cercare di capire quali erano le dimensioni latenti. Quindi ho iniziato da lì, per cui non so se sono presupposti teorici veri e propri, per me sono stati prima di tutto presupposti pratici, cioè, questo approccio di ricerca mi interessava perché -e credo che questo sia rimasto sempre nel tempo- era un approccio capace di non ridurre l’educazione e i fenomeni educativi solo ad alcune dimensioni che pure le componevano, per cui solo gli affetti, solo le relazioni, solo i contenuti, le cose

da trasmettere, ecc... ma era capace di vederla tutta insieme, quindi di avere un approccio molto più complesso e molto sfaccettato, in cui comunque si poteva continuare a fare ricerca e tendenzialmente all'infinito, perché una delle cose belle, secondo me, di questo approccio è che aprendo tanti livelli, il numero di interrogativi di questioni che ti possono venire, sono veramente tanti. Andando avanti nel tempo, ho lavorato come educatrice, poi come coordinatrice, poi ho fatto il dottorato, poi sono entrata in università, quindi diciamo che ho sempre avuto una posizione molto mista: un po' ai servizi, un po' all'università, e questa cosa secondo me mi ha formato molto, ma mi ha anche aiutato, nel senso che io, pur avendo fatto filosofia non sono una filosofa pura, nel senso che ho sempre molto bisogno di capire come quelle chiavi di lettura che mi vengono proposte riescono a darmi degli strumenti per lavorare nella realtà, nella concretezza delle cose. Per cui, a partire da questo, andando avanti con gli studi, i corsi, le lezioni, credo che quello che mi ha sempre interessato molto della clinica della formazione non sia tanto l'apparato procedurale, che è comunque interessante, ma che sia proprio l'impostazione, cioè la clinica deriva da un certo modo di leggere l'educazione, che è estremamente ampio e sfaccettato, ed è questa secondo me, la cosa più interessante della clinica della formazione, al di là di ogni sua declinazione operativa e pratica, perché ti aiuta, come dicevo prima a non ridurre le cose su cui lavori, ma a vedere sempre come tanti aspetti sono intrecciati tra di loro".

R. MASSA: L'assunto è quello di "un livello di specifica latenza pedagogica, relativo all'ineliminabilità, nel rapporto tra mondo della vita e mondo della formazione, di una specifica mediazione educativa: è questo ordine di latenza, nel suo stesso disordine vitale e formativo, a costituire l'oggetto specifico di una clinica della formazione orientata a sua volta dall'ipotesi di una nuova scienza pedagogica, alla cui nascita intende contribuire" (Massa, 1992, p. 21).

“la questione su cui avevo provato ad accanirmi da giovane era [...] quella dell’identità della pedagogia. [...] Insomma, il bisogno che noi sentiamo è quello di provare a definire l’identità, lo statuto – si diceva una volta – della pedagogia, che è così sfuggente e che è così inconsistente” (Massa, 2002, p. 315).

2. *Che cos’è che qualifica come clinico questo approccio?*

M.G RIVA: “Lo studio delle dinamiche concrete e materiali, visibili e invisibili, consce e inconscie, e la postura e lo sguardo attento alle lateralità e alle residualità”.

C. PALMIERI: “Secondo me è proprio l’etimologia della parola ‘clinica’, che è una parola scomoda adesso, perché noi la clinica la associamo sempre alla disciplina medica, scomoda perché si offre a tanti fraintendimenti. Il clinico è proprio il chinarsi sul fenomeno, ma non solo, l’osservarlo da vicino, il trattarlo, quando Foucault descrive lo sguardo clinico, dice ‘ci entri dentro con uno sguardo armato’, quindi armato di un sapere, ma in qualche modo entri nel corpo e ne senti gli odori, ne senti le consistenze. Quindi clinico vuol dire che io sono di fronte a qualcosa di vivente che ho bisogno di osservare, che ho bisogno di comprendere, di cui ho bisogno di capire la complessità e che cosa sta succedendo e che voglio comprendere come funziona, in qualche modo, ma per farlo la mia relazione non può essere totalmente distaccata e asettica, ma in qualche modo, pur mantenendo un ruolo, perché il clinico ha un ruolo ben preciso, devo sporcarmi le mani, cioè devo avere a che fare con questo fenomeno, quindi ho bisogno di sapere come interrogarlo, ho bisogno di avere degli strumenti. È chiaro che questi strumenti condizioneranno il tipo di conoscenza che io ne avrò, però è anche vero che se questi strumenti in qualche modo sono fedeli, e chi li usa è consapevole dei presupposti da cui

parte, allora questo garantisce e dà un'arbitrarietà, anche della ricerca, che potrebbe essere contestata al metodo clinico. In realtà qui ci sono presupposti teorici estremamente forti, e degli strumenti che derivano in maniera molto rigorosa da questi presupposti, quindi se io sono consapevole di come li uso, riesco anche a dar conto del tipo di conoscenza che promuovo, che produco. Secondo me clinico è proprio questo atteggiamento ideografico, cioè la capacità di saper stare nella contingenza, nella particolarità delle situazioni”.

R. MASSA: “La clinica della formazione è volta al reperimento della struttura simbolica e materiale dell'accadere educativo” (Massa, 1988, p. 198).

È “sensato riappropriarsi dal punto di vista della riflessione epistemologica in pedagogia di una dimensione fondamentale, cioè dell'idea di clinica senza intenderla nel senso ovviamente di diagnosi, di cura, di intervento anche perché lì allora sì che una pedagogia clinica presterebbe il fianco a tutte le accuse di Foucault” (Massa, 2002, p. 325).

3. *Quali sono a suo avviso i confini rispetto ad altre professionalità, come la psicologia e altri ambiti della pedagogia?*

M.G RIVA: “I confini, a mio parere, sono dati dalla impostazione della domanda pedagogica di fondo: in che modo il tal sapere o il tal altro possono contribuire a comprendere meglio le dinamiche in atto nei processi educativi e formativi? Non c'è da aver paura della psicologia quanto piuttosto occorre saperla utilizzare al servizio delle domande di ricerca pedagogiche”.

C. PALMIERI: “Secondo me il confine è proprio dato dall'oggetto specifico da cui prende le mosse la clinica della formazione, che è incomprensibile se non si capisce tutto il lavoro che fece Massa per definire l'oggetto della pedagogia come l'esperienza educativa. Il confine è dato dal fatto che noi

osserviamo e lavoriamo sull'esperienza educativa, che quindi è fatta di tutta una serie di altre cose, tutta una serie di elementi intrecciati tra di loro. Allora cosa distingue il mio sguardo da quello di uno psicologo? Per esempio il fatto che per me è certo importante andare a comprendere quali possono essere le disposizioni personali di un bambino, di un ragazzo, di una persona nel momento in cui impara, però - e questo secondo me è il lato della lezione di Dewey che in Massa è molto presente - se io sposto uno sguardo come quello della clinica della formazione o della teoria che ci sta dietro, non posso pensare che l'esperienza educativa sia solo quella soggettiva, cioè solo quella che ha a che fare con l'attivazione interiore delle dinamiche di apprendimento, essa ha sempre a che fare anche con una situazione oggettiva, quindi con quella situazione che la persona incontra, e che persone incontra e che ha un impatto sulla persona e che a seconda delle esperienze di apprendimento precedenti che la persona ha strutturato, dà determinati effetti. Quindi a me non interessa tanto, per fare un esempio, capire perché un bambino a scuola abbia più o meno autostima di un altro, ma mi interessa capire com'è che ha imparato a non avere autostima, cioè quali sono le esperienze che gli hanno insegnato che secondo lui non è capace di fare una certa cosa. E allora quale esperienza posso mettergli a disposizione io perché lui possa imparare a ritenersi capace di quella cosa? Non sto dicendo che il lavoro psicologico non vada bene, assolutamente. C'è bisogno anche di trovare le radici profonde del perché ha interiorizzato alcune cose, però quello che io come professionista dell'educazione e della ricerca educativa vado a fare è guardare non l'aspetto profondo, che mi può interessare, ma questo intreccio tra apprendimenti pregressi e apprendimenti possibili attuali. Quindi penso che il confine anche rispetto ad altre professionalità e anche rispetto ad altri approcci pedagogici sia proprio questo: avere molto ben presente che il mio oggetto è l'esperienza che vado a fare, che questa esperienza è sempre composta da un lato oggettivo ed un lato soggettivo. Questa è la mia interpretazione, perché sono allieva di Massa, ma poi per lavorare su questo ho ripreso in mano moltissimo Dewey e

questo mi è stato tantissimo di aiuto per trovare il mio modo di inquadrare lo sguardo pedagogico. Però secondo me questo era molto presente anche nelle origini della clinica”.

R. MASSA: “Ciò che interessa per la pedagogia, in ordine a una clinica della formazione che vogliamo appartenente ad essa e non certo a un’ennesima psicologizzazione dello sguardo pedagogico, è proprio la circolarità positiva e di reciproca conoscenza tra scienza, tecnica e arte, tra il sapere, il saper fare e il saper essere” (Massa, 1992, p. 26).

4. *Quali sono gli ambiti di applicazione e di intervento della clinica della formazione? Può farci degli esempi tratti dalla sua esperienza professionale?*

M.G RIVA: “Sono tutti. Quello che conta è lo sguardo e la prospettiva da cui si guardano tutti i contesti e i problemi: formali, non formali, informali”.

C. PALMIERI: “Gli ambiti possono essere molto vari. Credo che l’unica condizione che in qualche modo ci debba essere è che io dico che lì sta succedendo qualcosa di educativo e questo può essere sia formale che informale. Quindi io posso usare un approccio come quello della clinica della formazione a scuola, piuttosto che in un servizio educativo, che appunto istituzionalmente e formalmente porta avanti un mandato educativo, ma anche per esempio, come è successo e come succede, posso usare questo sguardo (clinico) per cercare di capire anche quali siano i meccanismi educativi all’interno di gruppi informali di ragazzi, di adolescenti, senza che ci sia un mandato educativo. Se io ritengo che l’esperienza di un gruppo, di un gruppo di adolescenti per esempio, sia un’esperienza che per loro ha un significato educativo, lo sguardo clinico può aiutare a capire quali sono le condizioni, quali sono i meccanismi che fanno sì che poi ciascuno di loro possa imparare

qualcosa da quella esperienza. Noi abbiamo usato la clinica per esempio in ambito medico. Per esempio, c'è una ricchissima ricerca che fece ancora Riccardo Massa insieme al figlio di Bertolini, Aldo Bertolini, che si chiama clinica della formazione medica. Ecco lì il discorso è: è vero che i medici fanno i medici, ma ci sono due elementi in gioco: da una parte il fatto che l'esperienza della relazione terapeutica implicitamente è una relazione formativa e quindi vado a vedere come funziona, dall'altra c'è tutto il discorso della formazione del medico, cioè, attraverso quali esperienze io formo una professionalità che deve essere in grado poi di fare una serie di cose. E questo sguardo così complesso può essere molto capace di andare intercettare tutti i livelli a partire da quelli materiali fino ad arrivare a quelli più simbolici ma anche più soggettivi che sono interessati da questo processo formativo e che entrano in questo processo formativo. Per fare un altro esempio, abbiamo usato la clinica della formazione moltissimo con gli insegnanti, però l'abbiamo usata anche molto con gli educatori, quindi in maniera se vuole non pura. La clinica della formazione, come procedura di ricerca e come procedura di formazione, ha tutta una serie di passaggi che deve mantenere ed attuare. Quello che noi abbiamo visto lavorando proprio nelle situazioni, nei servizi, è che questa proceduralità non può essere mantenuta, ma l'importante è che il clinico della formazione mantenga lo sguardo, mantenga alcune indicazioni però non in maniera così fiscale e rigida. Le posso parlare per esempio di un percorso che abbiamo fatto con il professor Barone nelle scuole di Cinisello Balsamo (Milano) qualche tempo fa, dove eravamo stati contattati per ragionare inizialmente con tutti gli insegnanti sulla dimensione del disagio scolastico. Lavorando con loro siamo arrivati a convertire il tema. Abbiamo deciso di ragionare su: che cos'è l'esperienza che si fa a scuola e in che modo questa esperienza è educativa. A partire da lì possiamo vedere se questa esperienza è un'esperienza che mette a disagio, che procura disagio, e allora di che tipo di disagio stiamo parlando. Quindi abbiamo fatto tutto il nostro percorso con dei piccoli gruppi di insegnanti in cui siamo andati a ragionare

sulla loro esperienza quotidiana del fare scuola e sulle loro modalità di fare scuola, come la questione del metodo, per esempio. Un metodo inteso non come metodo didattico ma proprio come un modo in generale di fare scuola. Quello che siamo andati esplicitare con loro sono state tutta una serie di modi di vedere la scuola, di modi di vedere quello che si fa a scuola, di modi di vedere i ragazzi, le famiglie, ma anche sé stessi come insegnanti, insieme a tutta una serie di vissuti sia dei ragazzi che degli insegnanti e alle strategie didattiche o meno. Questi aspetti riguardavano esperienze messe in atto sia all'interno della scuola in determinati contesti formali come quello della classe, sia nei contesti più informali come quelli del corridoio, dell'intervallo in giardino, delle uscite, delle gite. Tutto questo ci ha permesso poi di fare un percorso con gli insegnanti in cui gradualmente loro si rendessero conto per esempio che quella sensazione di impotenza che provavano di fronte a delle situazioni difficili che vivevano in classe in realtà era anche dovuta al fatto che non riuscivano a 'capitalizzare' le loro stesse capacità. Alcune strategie inclusive per far fronte alle difficoltà le mettevano in atto, però era come se fossero inesistenti, come se non fossero valorizzate, come se loro non riuscissero a valorizzare. Allora già cominciare a vedere insieme a loro che benissimo, tu non vedi questa cosa ma ne vedi un'altra, ma questa cosa c'è e tu la sai fare, già cominciare a dire questa cosa qua, a rendersi conto di questa cosa qua, ha avuto un potente effetto formativo su questo gruppo di insegnanti, perché ha iniziato a farli sentire un pochino più competenti, ma competenti non tanto sulla dimensione contenutistica, diciamo tecnico didattica, ma proprio sulla dimensione pedagogica. Acquisire la consapevolezza che so gestire una situazione formativa; so far imparare ai bambini qualche cosa quando per esempio succedono degli imprevisti; uso l'imprevisto è stato molto interessante per loro ed è stato un percorso molto intenso in cui secondo me la clinica, ripeto non il modello della clinica, ma un riadattamento alle circostanze, è stato molto molto interessante".

R. MASSA: nell'ambito di supervisione e consulenza come offerta di "uno spazio e un tempo specifici entro cui poter finalmente affiancare compiti di progettazione e di presa di decisioni formative con lo sviluppo di un processo di elaborazione emotiva e cognitiva dell'esperienza formativa in quanto tale (tanto dal punto di vista di chi forma quanto da quello di chi è formato o di chi si sta formando)" (Massa, 1991, p. 585).

5. *Quali sono le metodologie e gli strumenti attraverso le quali poter fare clinica della formazione?*

M.G RIVA: "Il metodo ermeneutico e interpretativo, l'apparato concettuale della tradizione pedagogica e, nel mio caso, delle psicoanalisi e delle psicoterapie".

C. PALMIERI: "La metodologia dipende anche qui ancora una volta dall'impianto della clinica. La cosa principale è partire da una visione dell'esperienza educativa in quanto complessa e quindi composta come minimo da quattro parti che sono la dimensione dei contesti; la dimensione degli affetti; la dimensione dei significati, delle rappresentazioni sociali, dei valori, dei contenuti, degli ideali; la dimensione che viene chiamata delle strategie ma dentro le strategie ci stanno anche gli strumenti. In realtà forse tutta l'esperienza educativa potrebbe essere vista come l'articolazione di una strategia pedagogica che muove contesti, significati, affetti e strumenti. Quindi, l'impianto della clinica è quello di andare a rilevare delle evidenze e delle latenze che hanno a che fare con queste quattro dimensioni. Noi lo chiamiamo quadrante e questo è uno strumento di ricerca. Sostanzialmente, chi fa la ricerca deve tenere presente queste quattro cose. La prima cosa secondo me è questa: un'indicazione di attenzione. È un orientamento dell'attenzione. Dopodiché c'è da rilevare tutta una serie di aspetti. La clinica,

si basa sull'imparare dall'esperienza e quindi sul far fare un'esperienza, che è un'esperienza riflessiva, perché io lavoro con un gruppo di persone che si mette al lavoro rispetto a qualcosa che ha vissuto, che ha sperimentato, ma che porta dentro, non la fa lì. Quindi la clinica è soprattutto un'esperienza riflessiva, anche se ultimamente stiamo sperimentando delle modalità più interattive (per esempio le simulazioni) che quindi comportano un fare qualcosa. Anche in questi casi resta sempre un aspetto riflessivo, che significa che torno riflessivamente sul mio vissuto, cioè sulle esperienze che ho vissuto e la metto in comune con gli altri. Allora dato che la clinica ha questa impostazione, che cosa fa? Prima di tutto sceglie di lavorare con degli strumenti che consentano di avvicinarsi il più possibile a quelle che sono le esperienze delle persone, aiutando le persone a descriverle. Diciamo che l'oggetto fondamentale su cui lavora sono dei testi, dei testi scritti. A volte si chiede di scrivere degli episodi di quello che è successo, ma possono essere anche dei testi disegnati che vengono accompagnati sempre da parole, la cosa importante è che ci sia un'espressione. Quindi gli strumenti che si mettono in campo possono essere gli episodi, possono essere degli spezzoni di film a cui si fa sempre seguire una scheda di riflessione, piuttosto che delle fotografie, piuttosto che dei brani di un romanzo, piuttosto che disegni fatti da altri, oppure disegni fatti da te. A volte si fanno fare anche dei plastici con degli oggetti alle persone. Quindi c'è un'interazione, c'è un'attivazione delle persone molto concreta che viene sempre seguita da schede di riflessione, che aiutano le persone a esplicitare i loro significati, i loro vissuti, le strategie che hanno utilizzato, ad esprimere quello che per loro significa quello che stanno dicendo agli altri. Quindi sono tutti strumenti che hanno a che fare con un'attivazione personale, con delle attivazioni di gruppo, con la possibilità di riflettere e prima ancora con la possibilità di esprimere e di mettere in parola l'esperienza, anche se sappiamo che la messa in parola dell'esperienza la tradisce sempre un po'. Nel senso che non tutto quello che io vivo posso trovare le parole per dirlo. Quindi la clinica cerca anche di lavorare su questo

scarto: la ricerca delle dimensioni latenti sta anche nella ricerca delle cose che non vengono dette, non perché sono inconscie, ma perché non sono state ancora esplicitate e invece ci sono, oppure potrebbero essere ma non ci sono. Di strumenti secondo me poi se ne possono usare tanti. Si tratta di piccole strategie che servono per mettere le persone nella disposizione giusta per affrontare anche un percorso che richiede a loro moltissimo impegno dal punto di vista personale. Quello clinico è un percorso molto delicato perché ci fa esporre in qualche modo. Possono essere utilizzati anche strumenti che invece ti consentono di approfondire, di entrare nel merito delle cose una volta che ovviamente il clima di gruppo si sia creato, perché è molto importante che questo si generi altrimenti l'intervento non funziona. Secondo me tutti gli strumenti potrebbero essere visti come dei mediatori, nel senso che sono strumenti di facilitazione di un processo di coinvolgimento personale e professionale e di apprendimento. In qualche modo servono per stare dentro con l'esperienza e per imparare qualcosa da quella esperienza, poi sono mediatori in modi diversi. Ci possono essere dei mediatori come l'utilizzo delle fotografie che può avere la funzione di rompere il ghiaccio, di aiutare qualcuno a prendere la parola, sentirsi più a suo agio e fargli capire che non voglio entrare subito dentro le tue pratiche in modo intrusivo. Poi ci sono altri mediatori o altre attivazioni che invece funzionano quando si è già creato un clima di questo genere e che quindi sono quelli che consentono maggiormente l'approfondimento. Con il Professor Barone ci siamo resi conto che gli episodi non si possono fare subito, non posso chiedere subito ad un gruppo di persone di scrivere un episodio ma ho bisogno di riscaldamento. C'è bisogno di fare prima delle cose che facciano capire che mi posso fidare. E allora dato che l'episodio mi espone rispetto a quella che è la mia pratica professionale, se mi fido riesco a scriverlo e se invece non mi fido non ce la faccio. Quindi appunto il modo in cui viene proposto un mediatore è molto importante: un mediatore consente l'espressione però non posso usarlo sempre e comunque, devo proprio valutare il qui e ora della situazione e capire anche come modificarlo a

seconda delle esigenze delle persone che mi trovo di fronte. In caso contrario è un po' come fare una violenza, non si ottiene niente se non che le persone scappano perché hanno paura e di conseguenza non imparano da quello che stanno vivendo”.

R. MASSA: La ricerca qualitativa rappresenta il principale strumento, ma è necessario escludere una contrapposizione rigida con l'analisi quantitativa: “di per sé, un progetto di autocomprensione della pedagogia come sapere clinico non censura né si contrappone ad approcci sperimentali o quantitativi, ma li comprende in un disegno più ampio: in una configurazione epistemologica più vasta” (Massa, 2002, p. 322).

“Le procedure cliniche più caratteristiche sono l'intervista in profondità – anche di gruppo – con le conseguenti analisi di contenuto, i colloqui ripetuti con uno stesso soggetto in un arco prolungato di tempo (con la conseguente raccolta di storie di vita), lo studio longitudinale di casi determinati, l'osservazione partecipante, i vari approcci etnografici ed idiografici, la ricostruzione documentata e sistematica – anche attraverso diari e biografie – di concrete vicende educative e delle relative storie di formazione, esperienza vissuta di educatori e soggetti in formazione, l'interpretazione di dinamiche personali, interpersonali e di gruppo, l'analisi socio-organizzativa, e così via” (Massa, 1991, p. 21).

6. *A suo avviso esistono in Italia correnti diverse rispetto alle teorie e alle prassi della clinica della formazione? Se sì, in cosa si differenziano?*

M.G RIVA: “Certo. Per un verso la prospettiva euristica della clinica della formazione è stata un'intuizione che poi, per fortuna, è stata sviluppata secondo più fronti e direzioni. Per altro verso, la clinica della formazione va intesa come ‘una’ delle molteplici possibilità di individuare, leggere e interpretare i processi educativi e formativi”.

C. PALMIERI: “Secondo me le più diverse sono quelle che hanno per esempio un impianto personalista, spiritualista, etc... Questo dipende proprio dai presupposti con cui si intende l’esperienza, l’educazione. Non voglio dire che la teoria che sta dietro la clinica neghi che al centro ci sia il soggetto, bisogna che la persona impari dall’esperienza, ma non vedo l’educazione solo come un processo che si svolge per delle capacità intrinseche del soggetto, per una sua spiritualità, per la promozione di sé e basta. La caratteristica della teoria da cui dipende la clinica è che l’educazione è un’esperienza fatta dall’intreccio di dimensioni materiali e dimensioni soggettive e materiali. Usando un po’ il linguaggio più recente potremmo parlare di dimensioni umane e non umane. Citavo prima la corrente del personalismo, perché mi sembra quella più lontana dalla clinica. Tutte quelle teorie che in realtà puntano l’attenzione soprattutto sul processo personale o interpersonale per cui al centro ci sono solo l’educatore e il soggetto educando. Sono un po’ lontane dalla clinica della formazione che invece non è che nega il soggetto educato male, ma inserisce l’esperienza all’interno di un *network* di elementi molto più ampio, tenendo presente che altri elementi che agiscono hanno un effetto sulla possibilità di educare ed educarsi. Quindi l’educatore in questo caso per esempio non è l’unico agente e non è l’unico responsabile delle azioni educative. Ma nella sua azione educativa lui porta dentro tutti i condizionamenti del contesto, dell’ambiente inteso come insieme di rappresentazioni sociali e culturali che vivono in quel contesto, una serie di dinamiche affettive che non sono solo dell’educatore ma anche del gruppo, come le dinamiche istituzionali. La più distante secondo me è proprio questa modalità di intendere l’educazione, proprio perché parte da un presupposto diverso. Non è che non si può dialogare, si può dialogare sapendo che si parte da presupposti diversi”.

R. MASSA: non è stato possibile estrapolare dalla letteratura le risposte dell'autore rispetto alla presente domanda. Massa può essere infatti considerato il padre della clinica della formazione e nell'epoca dei suoi lavori ancora non erano presenti correnti diversificate e sviluppi della disciplina.

7. *Quali differenze ci sono a suo avviso tra la pedagogia clinica e la clinica della formazione?*

M.G RIVA: “Non lo so esattamente. La mia ricerca ormai si è avviata nella direzione di una pedagogia ad orientamento psicoanalitico. Si è spesso affermato che la pedagogia clinica si orientasse di più verso la riabilitazione e la clinica della formazione verso una comprensione più attenta alle dinamiche educative generali e trasversali seppur nascoste e latenti”.

C. PALMIERI: “Allora, qui io non so se intendo bene la pedagogia clinica, nel senso che per quanto io abbia frequentato la pedagogia clinica, l'ho frequentata veramente parecchio tempo fa quindi potrei anche sbagliarmi perché non sono a conoscenza dell'evoluzione che la pedagogia clinica avuto successivamente. A me sembra che la pedagogia clinica per come l'ho conosciuta sia molto centrata su alcune condizioni specifiche di alcuni soggetti dell'educazione, per esempio la disabilità piuttosto che le difficoltà di apprendimento, piuttosto che altri tipi di problematiche. Soprattutto mi sembra di ricordare che nasca nell'ambito della disabilità e abbia a che fare anche con la possibilità quindi, di trovare dei dispositivi, delle strategie, delle modalità per agire in modo particolare in quest'ambito. Invece la clinica della formazione, sempre riprendendo i suoi presupposti teorici, porta con sé il fatto di voler lavorare sui fenomeni educativi indipendentemente dal fatto che ci siano delle situazioni di maggior difficoltà o di minor difficoltà, di normalità o di anormalità, perché quello che le interessa è cogliere come funziona

l'educazione e quindi poter agire, poter progettare, capire come lavorare a livello educativo in ogni situazione educativa. È come se la variabile della disabilità piuttosto che del trauma, piuttosto che della deformazione, fossero degli elementi secondari. Non che si neghi la sua presenza. Anzi, io mi sono molto occupata di disabilità e ho molto lavorato nell'ambito della disabilità però per esempio la clinica della formazione non va a trovare delle strategie specifiche per le difficoltà, ma lavora sui significati, sul fatto per esempio di andare ad indagare che cosa vuol dire che in quella situazione si produce un determinato modo di trattare la disabilità, di vedere la disabilità, di lavorare con dei ragazzi con disabilità. La clinica della formazione non è un ambito ristretto, lavora su tutte le situazioni purché siano educative, mentre invece forse la pedagogia clinica da questo punto di vista ha uno sguardo specifico sulla situazione della deformazione”.

R. MASSA: “Usiamo quest'ultima espressione [clinica della formazione], piuttosto che quella di pedagogia clinica o clinica pedagogica, sia perché siamo consapevoli che il pedagogico non può certo ridursi a una simile prospettiva, sia perché pensiamo d'altro canto ad una trasfigurazione effettiva – almeno per questo aspetto- della pedagogia tradizionale, sia infine perché quelle altre espressioni hanno spesso a che fare con l'applicazione della pedagogia in ambito medico, riabilitativo o rieducativo” (Massa, 1992, p. 27). Non si tratta di “una sorta di pedagogia diagnostica né prognostica. Né soprattutto una clinica della formazione volta a intervenire propositivamente, a guarire, a curare, a risolvere problemi, a sancire e valutare idoneità” (Massa, 1992, p. 27)

APPENDICE 4 LA PEDAGOGIA CLINICA IN ITALIA: ASSOCIAZIONI, STRUTTURE, CENTRI

- **A.N.I.Ped** organizza il MASTER BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDAGOGIA CLINICA <http://www.aniped.it/>, ultima consultazione avvenuta il 19.02.2018 alle ore 10:15.
- **ANPEC - ASSOCIAZIONE NAZIONALE PEDAGOGISTI CLINICI (FI)** Scuola internazionale di pedagogia clinica, <http://clinicalpedagogy.com/formazione/>, ultima consultazione avvenuta il 16.05.2018 alle ore 18:10.
- **CENTRO INDACO (SA)** Ha al suo interno un servizio di pedagogia clinica <http://www.centroindaco.com/la-pedagogia-clinica-e-i-suoi-metodi-.html>, ultima consultazione avvenuta il 10.04.2018 alle ore 9:25.
- **CENTRO KRÒMATA (BS)** organizza un corso di pedagogia clinica <https://www.centropedagogicokromata.it/corso/pedagogia-clinica/>, ultima consultazione avvenuta il 28.03.2018 alle ore 14:35.
- **CENTRO MEDICO JERVIS 22 (TO)** offre servizi di pedagogia clinica <http://www.jervis22.com/portfolio-item/pedagogia-clinica-2/>, ultima consultazione avvenuta il 20.02.2018 alle ore 15:49.

- **CENTRO OIDA** organizza il Master in pedagogia clinica <http://centrooida.it/pedagogia-clinica-oida/#>, ultima consultazione avvenuta il 23.05.2018 alle ore 16:00.
- **CENTRO SALUTE GIOVANNI PAOLO II (FG)** offre servizi di pedagogia clinica <http://www.centrogiovannipaolo.it/ambulatori/pedagogia-clinica>, ultima consultazione avvenuta il 16.05.2018 alle ore 17:12.
- **CENTRO SCOLASTICO PEDAGOGICO PSICOPEDAGOGIE.IT** è un Istituto di Formazione aderente al ANIP - Associazione Nazionale Istituti di Pedagogia, riconosciuto dalla UNIPED - Unione Italiana Pedagogisti. organizza il master biennale di specializzazione in pedagogia clinica. <http://www.psicopedagogie.it/>, ultima consultazione avvenuta il 28.03.2018 alle ore 16:51.
- **CENTRO STUDI SPECIALISTICI KROMOS (FI)** <http://www.centrokromos.it/>, ultima consultazione avvenuta il 23.03.2018 alle ore 10:45.
- **COOPERATIVA INTERVENTO (VE)** Ha al suo interno un servizio di pedagogia clinica <http://www.cooperativaintervento.it/servizi/pedagogia-clinica/>, ultima consultazione avvenuta il 15.03.2018 alle ore 18:34.
- **DISFOR** Dipartimento di scienze della formazione dell'Università di Genova ha un gruppo di ricerca su “teorie e prassi della pedagogia clinica” formato da Giancarla Sola, Canepa Giorgia, Gennari Mario, Tizzi Edoardo <http://www.disfor.unige.it/ricerca/gruppi->

ricerca/pedagogia-clinica, ultima consultazione avvenuta il 28.03.2018 alle ore 10:45.

- **EXEDRA - STUDIO ASSOCIATO DI PEDAGOGIA CLINICA E AIUTO SOCIALE (AG)** <https://www.studioexedra.com/>, ultima consultazione avvenuta il 6.04.2018 alle ore 12:13.
- **ISFAR** organizza il corso “pedagogia clinica-Pedagogia in aiuto alla persona” (Prof. Guido Pesci) <https://www.isfar-firenze.it/corsi-formazione/pedagogia-clinica/pedagogia-clinica/>, ultima consultazione avvenuta il 18.04.2018 alle ore 16:17.
- **ISTITUTO SANTA CHIARA (LE)** offre servizi di pedagogia clinica <http://www.istitutosantachiara.it/RiabilitazioneServizi04.html>, ultima consultazione avvenuta il 16.03.2018 alle ore 9:17.
- **KLINIKÈ** studio di pedagogia clinica (MC) <http://klinike.it/>, ultima consultazione avvenuta il 19.05.2018 alle ore 8.50.
- **L’ABC DELLA PEDAGOGIA CLINICA (AR)** http://www.pedagogiaclinica.arezzo.it/cosa_facciamo.html, ultima consultazione avvenuta il 30.05.2018 alle ore 13:00.
- **LUDOLAB (BO)** offre servizi di pedagogia clinica <http://www.ludolab-bo.com/index.php/pedagogia-clinica>, ultima consultazione avvenuta il 31.05.2018 alle ore 11:05.
- **OASI MEDICA (TO)** Ha al suo interno un servizio di pedagogia clinica https://oasimedica.com/stm_service_category/pedagogia-clinica/, ultima consultazione avvenuta il 16.03.2018 alle ore 11:30.

- **SIPP** Società italiana di psicologia e pedagogia (PI) organizza il master in pedagogia clinica. <http://www.sipponline.org/>, ultima consultazione avvenuta il 28.03.2018 alle ore 14:45.
- **STUDIO CALEIDO** (TO) Ha al suo interno un servizio di pedagogia clinica <http://www.studiocaleido.it/lo-studio/pedagogia-clinica>, ultima consultazione avvenuta il 14.05.2018 alle ore 10:55.
- **STUDIO DI PEDAGOGIA CLINICA OLGA PIEMONTESE** (FI) <https://olgapiemontese.weebly.com/>, ultima consultazione avvenuta il 23.05.2018 alle ore 18:45.
- **STUDIO PEDAGOGIA CLINICA IL FILO DI ARIANNA** (FI) <https://figlineincisa.com/item/il-filo-di-arianna-pedagogia/>, ultima consultazione avvenuta il 10.04.2018 alle ore 15:03.
- **STUDIO METALOGO** (MI) offre servizi di pedagogia clinica <http://studiometalogo.com/>, ultima consultazione avvenuta il 6.04.2018 alle ore 11:52.
- **SUD Solo uguali diritti** (FG) offre servizi di pedagogia clinica <http://www.sudsolougualidiritti.it/sud/sud-in-breve/>, ultima consultazione avvenuta il 23.05.2018 alle ore 8.50.

APPENDICE 5 LA CLINICA DELLA FORMAZIONE IN ITALIA: ASSOCIAZIONI, STRUTTURE, CENTRI

- **AIFUE** ASSOCIAZIONE ITALIANA FORMAZIONE UMANISTICO ESISTENZIALE, <https://aifue.com/didattica/clinica-della-formazione-familiare/>, ultima consultazione avvenuta il 14.05.2018 alle ore 11:30.
- **CENTRO STUDI RICCARDO MASSA**, <https://www.centrostudiriccardomassa.it/index.php/area-riservata>, ultima consultazione avvenuta il 23.05.2018 alle ore 15:20.