



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea magistrale  
in Lavoro, Cittadinanza sociale, Interculturalità

Tesi di Laurea

**La doppia vulnerabilità delle famiglie immigrate con figli con  
disabilità. L'esperienza del territorio veneziano.**

**Relatore**

Ch. Prof. Fabio Perocco

**Laureanda**

Chiara Gardinale

Matricola 962561

**Anno Accademico**

2021/2022

*Le storie sono importanti. Molte storie sono importanti.*

*Le storie sono state usate per espropriare e diffamare.*

*Ma le storie si possono usare anche per dare forza e umanizzare.*

*Le storie possono spezzare la dignità di un popolo.*

*Ma le storie possono anche riparare quella dignità spezzata.*

(Chimamanda Ngozi Adichie)

## Indice generale

<b>Introduzione</b> .....	1
<b>Immigrati con disabilità: uno sguardo ai dati e alla normativa</b> .....	8
1. La situazione in Europa.....	8
2. Scuola e disabilità in Italia.....	11
3. Il mondo del lavoro, le prestazioni assistenziali, i dati Istat.....	16
4. La normativa europea e italiana sulla disabilità.....	19
5. Uno status debole.....	23
6. L'accesso alle prestazioni sociali.....	26
<b>Appartenenza culturale e disabilità: una lettura multidimensionale della doppia diversità</b>	34
1. Le ricerche in Italia.....	35
2. Lo sguardo antropologico.....	47
3. Il contributo della pedagogia speciale.....	53
<b>Famiglie, immigrazione, vulnerabilità: fattori di rischio e fattori di protezione</b> .....	56
1. Le condizioni socioeconomiche.....	57
2. Il supporto sociale.....	59
3. Le rappresentazioni culturali della disabilità e dei modelli di cura.....	61
4. La lingua.....	64
5. Donne, mogli, madri.....	66
6. La resilienza delle famiglie.....	69
<b>È possibile cambiare prospettiva? L'esperienza del territorio veneziano</b> .....	73
1. Servizi 'sotto assedio'.....	73
2. L'immigrazione come fattore di trasformazione dei servizi sociali.....	75
3. Alcune osservazioni di partenza.....	78
4. Alcuni dati sul territorio veneziano.....	83
5. Il Servizi Disabili area Minori del Comune di Venezia: dati e attività.....	86
6. Il progetto.....	93
7. Le interviste.....	95
8. Il percorso.....	102
<b>Prospettive</b> .....	107
1. Le caratteristiche del modello veneziano.....	107
2. Riflessioni sul futuro.....	114
3. L'evoluzione dell'esperienza veneziana.....	118
<b>ALLEGATO 1</b> .....	120
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	121
<b>SITOGRAFIA</b> .....	126

## Introduzione

Questa tesi nasce da un progetto realizzato nel comune di Venezia, che ha coinvolto il Servizio Disabili area Minori e il Servizio Pronto Intervento Sociale, Inclusione e Mediazione del Comune di Venezia, e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL 3 Serenissima (Distretto 2). Il progetto nasce da alcune riflessioni sulla condizione di 'doppia diversità' in cui vengono a trovarsi i minori quando la disabilità si sovrappone alla migrazione. Infatti per i bambini e i ragazzi che vivono questa doppia differenza, e per le loro famiglie, si prospetta una doppia sfida per l'inclusione. Questa sfida riguarda anche tutte quelle realtà che, a vario titolo, sono chiamate a occuparsi di queste situazioni. I temi della migrazione e della disabilità interessano i sistemi educativi e sociosanitari di accoglienza e in particolare richiedono ai servizi territoriali di offrire risposte adeguate alle trasformazioni sociali.

Sayad<sup>1</sup> definisce la migrazione come un «fatto sociale totale» che coinvolge ogni aspetto dell'esistenza dei migranti, in quanto concerne profondamente le società coinvolte (quella di origine e quella di arrivo), ovvero interroga le condizioni di partenza, i percorsi di vita dei migranti, ma anche le responsabilità e le scelte della società di arrivo. L'autore descrive come le migrazioni abbiano una funzione specchio, capaci di restituire delle immagini di riflesso rivelatrici delle caratteristiche delle società di partenza e di quelle di arrivo, svelandone le problematiche e le sfumature. Infatti anche la società di approdo si trova a dover affrontare un processo di trasformazione poiché «il "nostro" mondo, con gli appartenenti a più di duecento nazioni presenti sul territorio italiano, è già diventato un altro mondo rispetto a quello di ieri, è già uno spaccato materialmente concentrato dell'intero mondo<sup>2</sup>».

Migrare comporta significativi cambiamenti nella storia dell'individuo e della sua famiglia. L'impatto della migrazione dipende dal nuovo equilibrio che si viene a stabilire all'arrivo, dalle condizioni di accoglienza e dalle risorse proprie dell'individuo e della famiglia. La famiglia si

---

1 Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.

2 Basso P., Perocco F., *Introduzione. Uomini non schiavi*, in Basso P., Perocco F. (a cura di), *Immigrati in Europa*, Franco Angeli, Milano, 2008, p. 12.

divide tra il 'là' e il 'qua', dove per il 'là' si intende la rete parentale affettiva, lontana fisicamente, il 'qua' è la famiglia estesa, vicina fisicamente ma in minor misura dal punto di vista affettivo<sup>3</sup>. Queste condizioni amplificano le fatiche che qualsiasi famiglia vive quando si trova ad affrontare un evento fortemente destabilizzante, come la presenza di un figlio con disabilità, in quanto le variabili di incertezza si moltiplicano per vari motivi: mancano i punti di riferimento, il supporto sociale, manca la possibilità di esprimere la propria sofferenza e le proprie paure. Questi nuclei familiari vivono nella solitudine, nell'incertezza e faticano a essere riconosciuti nelle loro pluri-appartenenze e questo genera spesso fraintendimenti e incomprensioni. D'altro canto tali criticità fanno emergere anche la grande forza delle famiglie, nelle quali emergono elementi di resilienza e si manifestano risorse sopite evidenziando la qualità del legame familiare. È importante sottolineare come queste famiglie, nonostante vivano spesso in condizioni precarie, dimostrino una buona capacità di resistenza e di adattamento.

Gli studi sulla migrazione e gli studi sulla disabilità sono abbastanza sviluppati, tuttavia sono limitati gli studi che intreccino i due temi. Ciò che manca è un'analisi sociologica più approfondita su alcuni aspetti della vita di queste persone, soprattutto quelle più fragili.

Alle difficoltà legate alla condizione di disabilità possono aggiungersi difficoltà legate al vissuto migratorio, aspetti culturali e religiosi che talvolta sfuggono ad una immediata comprensione, modelli familiari e di cura che non corrispondono alla nostra modalità di presa in carico e cura.

L'aumento dei bambini con disabilità provenienti da contesti migratori nelle scuole, nei servizi sociosanitari e territoriali, ha portato i servizi a interrogarsi sui modelli organizzativi, sulle modalità comunicative e sulle risorse investite.

Nello specifico mi occupo di inclusione scolastica e sociale dei minori con disabilità all'interno del Servizio Disabili area Minori del Comune di Venezia, pertanto a contatto diretto con le situazioni sopra descritte. Il progetto che andrò a presentare, vuole rappresentare un nuovo approccio, che ha coinvolto in primis le madri dei minori, in una dimensione di gruppo e non più individuale.

---

<sup>3</sup> Giuliani C., *La famiglia immigrata di fronte alla nascita di un figlio disabile: le risorse e le sfide in una difficile transizione*, Centro Ateneo Studi e Ricerche sulla famiglia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 2009.

Il primo capitolo, *Immigrati con disabilità: uno sguardo ai dati e alla normativa*, affronta la questione in termini quantitativi e sotto il profilo legislativo. Il tema della disabilità tra le persone migranti appare evidentemente ancora poco esplorato: sono pochi e parziali i dati disponibili, così come sono ancora esigue le informazioni qualitative sull'argomento. La migrazione stessa viene rappresentata come un fenomeno emergenziale, e pertanto non viene riservato spazio per un ragionamento o un dibattito su alcune categorie di soggetti più vulnerabili (come i migranti con disabilità), né sono stati sviluppati protocolli specifici per la gestione di queste situazioni. L'unico ambito in cui si riesce a delineare un quadro è quello della scuola: da anni la scuola italiana si è attrezzata per accogliere e favorire l'inclusione dei ragazzi e ragazze con disabilità e per accogliere studenti con background migratorio. Tuttavia i dati che tengono conto delle due dimensioni sono ancora molto pochi. Si tratta invece di una questione che non può essere ancora trascurata, in quanto queste persone rischiano di vedere riprodursi gli svantaggi e le disuguaglianze a causa di alcuni fattori tra cui il doppio stigma di straniero/disabile e la subordinazione dei diritti sociali allo status migratorio.

Nel secondo capitolo, *Appartenenza culturale e disabilità: una lettura multidimensionale della doppia diversità*, verranno presentate le ricerche condotte sul tema in Italia e il contributo di alcune discipline quali l'antropologia e la pedagogia. Nel nostro Paese vi sono numerosi studi sulla condizione di disabilità, così come sull'interculturalità, tuttavia quando disabilità e appartenenza culturale differente si incrociano, l'attenzione sul tema è limitata. Le ricerche riportate nascono da una necessità pratica delle istituzioni di approfondire le questioni legate alla disabilità tra la popolazione immigrata, in quanto i numeri di queste situazioni sono in aumento.

Nel terzo capitolo, *Famiglie, immigrazione, vulnerabilità: fattori di rischio e fattori di protezione*, verranno analizzati i fattori di rischio che possono rendere il percorso evolutivo dei minori con disabilità più difficile, se non intervengono fattori di protezione adeguati. Come documentano le ricerche presentate, le famiglie dei minori spesso sono prive di reti di supporto, hanno scarse relazioni sociali e riportano vissuti di solitudine. La cura dei figli è affidata prevalentemente alle madri, mentre i mariti sono impegnati nel lavoro. Situazioni talvolta connotate da condizioni di precarietà economica e lavorativa, che non agevolano i

processi inclusivi. Talvolta le barriere linguistiche impediscono una efficace comunicazione tra queste famiglie, i servizi e la scuola, con la possibilità di pregiudicare il buon esito degli interventi. I bisogni di queste famiglie possono trovare risposta in un approccio strutturale e sistemico che coinvolga gli attori che intervengono sulla situazione, individuando accanto ai fattori di rischio, anche i fattori di protezione su cui far leva.

Nel quarto capitolo, *È possibile cambiare prospettiva? L'esperienza del territorio veneziano*, verrà illustrato il progetto costruito nel 2021 rivolto a madri immigrate con figli con disabilità. Il lavoro coordinato tra servizi ha proposto un corso di italiano per queste donne, finalizzato non solo all'apprendimento della lingua italiana come L2 ma anche all'orientamento ai servizi e alle realtà associative del territorio. Da questa esperienza è nato un gruppo di madri che si incontra mensilmente per affrontare questioni legate a loro stesse (in quanto donne), ai loro figli, alle loro famiglie. Donne fragili in quanto impegnate nel lavoro di cura, prive di reti familiari di supporto, in difficoltà a relazionarsi con l'esterno anche per le scarse competenze linguistiche. L'esperienza ha migliorato il coinvolgimento delle famiglie, in particolare delle madri, nei percorsi di inclusione sociale e scolastica dei loro figli tanto da esser divenuto un intervento strutturato dei servizi.

Nel quinto capitolo, *Prospettive*, verranno descritti gli elementi che hanno contraddistinto l'esperienza veneziana, la quale è stata spunto di riflessioni condivise tra i diversi servizi che si occupano di queste situazioni.

Ritengo che il valore aggiunto di questo progetto sia il fatto di essere riusciti a creare dei sentieri tra realtà dai confini spesso ben definiti. Non uso a caso la parola *confine* che mi è spesso tornata in mente mentre preparavo questo lavoro di tesi. Ho spesso ripensato a questo concetto inteso sia in senso materiale sia in senso metaforico.

Nella prima accezione mi riferisco ai confini geografici dei Paesi di provenienza delle madri protagoniste di questa tesi. Mondi che spesso ritornano nelle storie e nei racconti di queste donne ma anche nei modi di affrontare le difficoltà. Per comprendere le competenze e le risorse di questi bambini è imprescindibile conoscere la storia dei loro genitori, anche quella precedente alla migrazione.

Il lavoro sociale stesso è una professione di confine. Gli operatori sociali si trovano al confine tra istituzioni, contesti, cittadini, gruppi e comunità. Devono trovare un equilibrio tra la costruzione e l'attuazione di interventi all'interno delle cornici istituzionali e la creazione di relazioni di aiuto, tra il sapere tecnico-professionale e proprie sensibilità personali. Nonostante l'ottica prestazionale voluta dalle amministrazioni che rischia di ridurre i servizi sociali a meri esecutori, credo che compito imprescindibile degli operatori sia tener viva la riflessività del lavoro sociale, soprattutto in questo momento storico dove servono risposte spesso integrate tra servizi.

Lavorare sulla frontiera dei servizi sociali sta diventando sempre più complesso.

Quando famiglie immigrate con figli disabili si rivolgono ai servizi è indispensabile tener conto della condizione di doppia vulnerabilità a cui sono sottoposti. Le stesse portano spesso diverse problematiche che non riguardano esclusivamente la disabilità del figlio ma possono riguardare le condizioni socioeconomiche del nucleo familiare, l'assenza di reti familiari e sociali di supporto (ancor più necessarie quando è presente la condizione di disabilità). Borghetto<sup>4</sup> definisce questa situazione di «tripla vulnerabilità» considerando la complessità derivante dalla condizione di fragilità, la provenienza culturale differente e l'essere un minore.

Per questo stare sul confine non è mai semplice, ma comporta anche una grande responsabilità. L'operatore sociale accoglie le persone e le loro richieste e dovrebbe interrogarsi su quanto osserva, portando la riflessione all'interno del servizio. Infatti:

È proprio in virtù di questa struttura di opportunità rappresentata dalla loro collocazione di frontiera che gli operatori possono rappresentare una risorsa riflessiva per l'organizzazione. I punti di accesso al sistema di protezione sociale sono de facto un indicatore sensibile delle trasformazioni che avvengono in seno alla società locale: è lì che vengono presentate e possono venire rielaborate alcune istanze che la attraversano, è da lì che possono partire richieste di cambiamento rispetto a procedure standardizzate<sup>5</sup>.

---

4 Borghetto L., *Bambini migranti con disabilità a Milano. La tripla vulnerabilità*, relazione al Convegno "La voce dei diritti. La convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità e le politiche territoriali verso i migranti", Milano 16 marzo 2010.

5 Ferrari M., Galimberti S., *Tu chiamale, se vuoi...trasgressioni. Gli operatori sociali, i migranti, le pratiche di sconfinamento*, Paper for the Espanet Conference "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita:



Le stesse persone che accedono agli sportelli dei servizi, ai colloqui con gli operatori sociali, mettono un confine tra la loro esteriorità e la loro interiorità. Un confine che talvolta gli individui ci permettono di attraversare, sentendosi accolti e ascoltati, condizione imprescindibile per la costruzione del rapporto di fiducia. Talvolta si tratta di confini invisibili, presenti nella mente delle persone, che non lasciano traccia materiale ma incidono nella realtà, anche nel lavoro sociale. Questo tipo di confine viene comunque percepito e subito dai soggetti tramite gli effetti che produce.

Un altro confine rispetto all'oggetto di questo lavoro è quello che separa il concetto di salute e malattia. Salute e malattia sono concetti culturalmente costruiti, tutt'ora in evoluzione e spesso in opposizione tra di loro. Ogni cultura costruisce idee di umanità differenti, tali da plasmare lo stesso concetto di disabilità. Rispetto alla disabilità le rappresentazioni culturali sono molto diverse nei vari Paesi e ciascuna di esse influenza il modo di reagire a questa condizione (senso di colpa, paura, ecc), il percorso di cura che si intende seguire, ma anche le aspettative sulla qualità di vita del bambino.

L'operatore sociale deve saper attraversare questi confini ed essere consapevole dell'esistenza di diverse rappresentazioni che condizionano modelli e pratiche di cura. Tuttavia queste rappresentazioni non devono essere messe in opposizione ma occorre, il più possibile, utilizzarle in maniera complementare.

È importante tener presente che la mobilità è un carattere intrinseco delle frontiere, dei confini. La concezione statica delle frontiere esiste da molti secoli. I confini rappresentano il momento del limite, l'arresto imposto al movimento che è proprio di ogni essere vivente. Arresto che può essere imposto dall'esterno o può essere provocato dall'interno per il venir meno della forze necessarie. Se così non fosse il confine perderebbe la sua funzione vitale, diventando una cosa inanimata<sup>6</sup>.

---

precarietà, invecchiamento, migrazioni" Università degli Studi di Torino, Torino, 18-20 settembre 2014.

<sup>6</sup> Chiaretti G., *Da stranieri a migranti*, in Basso P., Perocco F. (a cura di), *Immigrati e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000.

In questa tesi voglio mostrare come sia possibile muoversi sui e tra i confini fisici e simbolici, anche attraverso una revisione dei nostri approcci e delle modalità di incontrare l'altro e l'altrove.

# Immigrati con disabilità: uno sguardo ai dati e alla normativa

## 1. La situazione in Europa

I temi dell'immigrazione e della disabilità sono da anni al centro dei dibattiti politici, oggetto di studi e ricerche, tuttavia una minore attenzione è dedicata all'intreccio di questi due temi e ai rischi di discriminazione cui vanno incontro le persone con disabilità con background migratorio o appartenenti a minoranze svantaggiate. A tal proposito, in questo capitolo si cercherà di illustrare alcuni dati in grado di fotografare la situazione sia a livello europeo sia a livello italiano.

Nel contesto europeo non risultano dati che intreccino i fattori 'immigrazione' e 'disabilità', pertanto la conoscenza del fenomeno appare insufficiente. È infatti difficile estrapolare dati sugli immigrati con disabilità visto che le statistiche sono calibrate o sull'una o sull'altra componente. In realtà la condizione di un soggetto con disabilità in una terra straniera implica una complessità che va oltre l'aver una disabilità o l'essere migrante. Il fenomeno degli immigrati con disabilità è ancora poco indagato e la scarsa rappresentazione dei migranti con disabilità nelle politiche sociali pubbliche riflette proprio queste lacune relative alla conoscenza del tema. Il problema è duplice, in quanto le politiche riguardanti il settore della disabilità non tengono conto della peculiarità dei migranti e viceversa.

Ad esempio, il *World Report on Disability* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>7</sup> mette in luce come le ricerche a livello nazionale e i dati di censimento non possano essere direttamente comparati con i dati degli studi su cui è basato, ovvero il *World Health Survey* e *Global Burden of Disease*, in quanto non si riscontra un approccio univoco tra le varie nazioni sulle definizioni di disabilità e sugli argomenti di ricerca. Nel mondo circa un miliardo di persone è affetto da una qualche forma di disabilità, ovvero circa il 15% della popolazione. Tra questi una cifra tra i 110 e 190 milioni di individui vive una significativa

---

<sup>7</sup>L'OMS, assieme alla Banca Mondiale, nel 2011 ha pubblicato il suo primo rapporto sulla disabilità nel mondo. Nel rapporto sollecita i governi a prendere provvedimenti per migliorare i servizi e i programmi per liberare il potenziale delle persone che, in quindici casi su cento, soffrono di qualche menomazione (tra cui quella visiva). Consultabile al link <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>.

difficoltà nel raggiungimento degli standard di autonomia. Questo è un dato molto più alto delle stime fatte dall'OMS negli anni '70 in cui la popolazione con disabilità, a livello mondiale, era stimata attorno al 10%. Circa 450 milioni vivono con una patologia psichiatrica o neurologica e due terzi probabilmente non cercheranno nel corso della vita assistenza medica professionale, in gran parte a causa di discriminazione e abbandono. Si stima che altri 69 milioni di individui subiscano lesioni cerebrali traumatiche ogni anno in tutto il mondo e che a 1 bambino su 160 venga diagnosticato un disturbo dello spettro autistico. L'OMS segnala inoltre che le percentuali di disabilità stanno aumentando a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento globale delle malattie croniche.

Con un comunicato stampa<sup>8</sup> del giugno scorso l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) ha reso noto che il numero di sfollati è aumentato ogni anno nell'ultimo decennio ed è ora il più elevato da quando si è iniziato a registrare il dato. A fine 2021 le persone in fuga da violenze, persecuzioni, guerre risultavano essere 89,3 milioni, l'8% in più rispetto all'anno precedente quasi più del doppio rispetto a dieci anni fa<sup>9</sup>. Malgrado sia possibile avere dati disaggregati per genere, età, nazione di provenienza, è invece più difficile avere informazioni in merito a chi, tra queste persone, versa in condizione di disabilità.

Il Global Migration Data Analysis Centre<sup>10</sup> (GMDAC) nel 2015 stimava la presenza di 10 milioni di persone con disabilità nella popolazione emigrata con quasi 2 milioni di persone interessate da significative limitazioni. Nonostante la scarsità di dati sul fenomeno, la letteratura internazionale attualmente disponibile è concorde nell'affermare che la condizione di disabilità può incidere e amplificare la condizione di vulnerabilità dei migranti cosicché i migranti con disabilità rappresentano uno dei gruppi sociali più emarginati.

I dati sulle migrazioni forniti dalla Commissione Europea evidenziano che al 1 gennaio 2021 in UE vivevano 447,2 milioni di persone di cui 37,5 milioni nate al di fuori dell'Unione (l'8,4% della popolazione dell'UE) e 23,7 milioni di cittadini di Paesi terzi (il 5, 3% della

---

8 <https://www.unhcr.org/it/notizie-storie/comunicati-stampa/unhcr-il-numero-di-persone-in-fuga-nel-mondo>.

9 Unhcr segnala che nel 2021 si sono riacutizzati vecchi conflitti e ne sono esplosi di nuovi. 23 Paesi sono stati teatro di guerre di intensità media o alta, per una popolazione totale di 850 milioni di persone. Inoltre carenze alimentari, emergenza climatica, inflazione stanno già aggravando la difficile situazione di queste persone.

10 Migration Data Analysis Centre: data briefing series, *Disability and Unsafe migration: data & policy, understanding the evidence*, 7, dicembre 2016.

popolazione)<sup>11</sup>. Nel 2020 1,92 milioni di persone sono immigrate nell'UE e sempre nell'anno sono stati rilasciati circa 2,25 milioni di primi permessi di soggiorno a fronte dei quasi 3 milioni rilasciati nel 2019<sup>12</sup>.

Possiamo intuire dunque l'importanza di una raccolta di dati sistematica a livello europeo. Proprio perché stiamo parlando di una fascia di persone estremamente vulnerabile sarebbe importante poter disporre di informazioni più puntuali e disaggregate sulla loro condizione, ad esempio dati diversificati per tipo di disabilità. Molto spesso le persone con disabilità vengono trattate come gruppo omogeneo quando in realtà le disabilità sono diverse, così come i bisogni delle persone.

L'agenzia della Unione Europea sui diritti fondamentali nel documento *Thematic Focus: Migrants with disabilities*<sup>13</sup> sottolinea una carenza di procedure standardizzate per identificare i migranti e i rifugiati con disabilità anche se alcuni strumenti sarebbero disponibili. L'identificazione di queste condizioni avviene più frequentemente durante le valutazioni sanitarie che sono tuttavia soggette a potenziali ritardi dovuti all'alto numero di arrivi e alla carenza di risorse. Inoltre il riconoscimento delle disabilità si basa prevalentemente su un dato anamnestico, non sempre attendibile, a causa della paura di compromettere il diritto di asilo rivelando queste condizioni. Infine risulta assente una formazione specifica del personale su questi temi con il rischio di sottostimare aspetti che non sono immediatamente evidenti come disabilità. I dati a disposizione evidenziano una prevalenza dei disturbi da stress post-traumatico e, in particolare per le donne, si segnalano problemi di salute mentale spesso correlati a esperienze di violenza sessuale o di genere. Il documento rileva che in alcuni paesi, ad esempio l'Austria, l'identificazione delle condizioni di disabilità è prevalentemente a carico delle ONG i cui volontari e personale raccolgono informazioni sulla base della loro conoscenza e capacità individuale di riconoscere le difficoltà. In effetti la mancanza di un protocollo standardizzato porta a situazioni molto discordanti, come la differenza di prevalenza delle disabilità psicosociali (inclusi il disturbo da stress post-traumatico), che secondo il personale austriaco sono molto comuni tra i giovani

11 Fonte: Eurostat, UNDESA, dati del 2020.

12 [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe\\_it/global](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_it/global).

13 European Union Agency for Fundamental Rights, *Thematic Focus: Migrants with disabilities*, 2016.

uomini e minori stranieri non accompagnati, mentre la Croce Rossa della Bulgaria segnala di non aver identificato problemi di salute mentale nello stesso target di popolazione.

Come riportato anche dalla *Women's Refugee Commission*<sup>14</sup>, talvolta le informazioni possono essere raccolte da persone che non sono in grado di leggere e stabilire la disabilità uniformando i dati relativi a situazioni diverse tra di loro non necessariamente sovrapponibili. Anche l'accesso ai servizi di supporto appare spesso inadeguato per mancanza di informazioni esaustive e per le persone prive di documenti le difficoltà si acuiscono. I migranti con disabilità sono soggetti a stigma e duplice discriminazione per via del loro status di persona migrante e di persona con disabilità.

## **2. Scuola e disabilità in Italia**

Descrivere la situazione delle persone immigrate con disabilità presenti in Italia non è un'impresa semplice in quanto i dati sul fenomeno non sono molti, come già sottolineato in precedenza. Per avere un quadro del fenomeno occorre procedere con la mappatura/ricognizione dei dati provenienti dal mondo della scuola e del lavoro. I dati sulla scuola permettono di avere una serie di informazione sulle condizioni di vita dei minori, tuttavia quando i ragazzi escono dal circuito scolastico si hanno molte meno informazioni a riguardo.

La rilevazione del numero degli alunni stranieri con disabilità in Italia è iniziata nell'anno scolastico 2007/2008 grazie al sistema statistico del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) nell'ambito del progetto *Diversità culturale e specifiche esigenze educative* curato dalla European Agency for Development in Special Needs and Inclusive education, un'organizzazione indipendente che funge da piattaforma di collaborazione per i 31 paesi membri, con l'obiettivo di garantire sistemi di istruzione maggiormente inclusivi<sup>15</sup>.

---

14 Women's Refugee Commission, *Disabilities among refugees and conflict-affected population*, New York, 2008.

15 L'European Agency for development in special needs and inclusive education è stata istituita nel 1996, l'agenzia è cofinanziata dalla Commissione Europea e dai Ministeri dell'Istruzione degli stati membri.

Secondo il report *Alunni con background migratorio in Italia*<sup>16</sup> nell'anno scolastico 2017/2018 gli alunni con cittadinanza non italiana presenti nelle scuole italiane erano circa 842.000 con un incremento di quasi 16.000 unità rispetto all'anno scolastico precedente. Nonostante la loro presenza non fosse aumentata come in passato, continua a aumentare la loro incidenza sul totale degli studenti che, nell'anno scolastico in questione, sfiora il 10%. Gli alunni con background migratorio rappresentano un elemento strutturale della popolazione scolastica nazionale che contribuisce a contenerne la diminuzione legata al costante calo degli studenti italiani. Il 65% si concentra nelle regioni del Nord, il 23% al Centro e circa il 12% al Sud. La Lombardia è la regione che accoglie il maggior numero di studenti con background migratorio (oltre 213.000 unità), a seguire Emilia-Romagna e Veneto (con oltre 99.000 e 93.000 studenti).

Il report dedica un approfondimento agli alunni con disabilità. Nell'anno scolastico 2017/18 gli alunni di cittadinanza non italiana con disabilità erano pari a 34.575 con un aumento del 16,2% rispetto all'anno scolastico precedente<sup>17</sup>. Nel dettaglio, quasi 15.000 unità si concentravano nella scuola primaria, mentre 9.216 alla scuola secondaria di primo grado e quasi 6.000 nella scuola secondaria di secondo grado. Inoltre, la scuola dell'infanzia, pur presentando il minor numero di alunni con disabilità (4.812), registra di fatto una tendenza all'aumento maggiore rispetto alla scuola secondaria di primo e secondo grado. Esaminando i nuovi ingressi nell'anno scolastico 2017/2018, il 44,7% riguarda la scuola primaria, il 22,7% la scuola dell'infanzia e il 17% la scuola secondaria.

Gli alunni con disabilità con background migratorio costituiscono in media il 13% del totale degli alunni con disabilità<sup>18</sup>. A livello di distribuzione territoriale la regione che registra una maggiore presenza è la Lombardia, seguita da Emilia Romagna e Veneto. In Italia dall'anno scolastico 2007/2008 al 2014/15 gli alunni con disabilità provenienti da contesti migratori sono più che raddoppiati<sup>19</sup>.

---

16 Santangati M., Colussi E., *Alunni con background migratorio in Italia. Le opportunità oltre gli ostacoli*, n. 2, Fondazione Ismu, Milano, 2020.

17 Nell'anno scolastico 2016/2017 gli alunni con disabilità con cittadinanza non italiana erano 4.833.

18 Questa percentuale varia nei singoli cicli scolastici : sale al 15% nella scuola dell'infanzia e primaria e scende al 8 % della scuola secondaria di primo e secondo grado.

19 Pavesi N., *Disabilità e welfare nella società multietnica*, Franco Angeli, Milano, 2017.

Questi dati richiedono ai servizi italiani una riflessione sul funzionamento dei servizi stessi e delle politiche sociali, prevedendo la possibilità di cambiamenti funzionali alle nuove esigenze che questo fenomeno comporta. Analogamente l'offerta formativa delle scuole deve prevedere tutte le risorse necessarie per essere realmente inclusiva rispetto a tutti gli alunni, qualsiasi sia la diversità presentata.

In Italia il percorso di inclusione scolastica delle persone con disabilità affonda le sue radici nel dibattito che tra gli anni '60/'70<sup>20</sup> caratterizzò il mondo accademico e quello degli insegnanti in merito alla nozione di handicap, fino all'approvazione della legge quadro 104/92 in cui si specifica che l'integrazione scolastica deve avvenire per tutti e per ogni ciclo, compresa l'università, in classi comuni. Nella realtà per un insegnante rapportarsi con un alunno che, oltre alla difficoltà della lingua, presenta una disabilità intellettiva o sociale non è affatto semplice. È pertanto necessario ripensare i percorsi di integrazione nelle scuole e individuare modalità operative che aiutino a esaminare le diverse dimensioni nel loro intersecarsi poiché si tratta di aspetti della diversità che, sommandosi, rischiano di escludere o discriminare gli alunni e le loro famiglie.

---

<sup>20</sup> In Italia fino agli anni '60 la questione dell'inclusione scolastica delle persone con disabilità è stata affrontata secondo un approccio medico-specialistico che rifletteva, tra l'altro, la concezione della disabilità dell'epoca. La disabilità era considerata una patologia da curare con interventi medici-terapeutici svolti all'interno di strutture a ciò preposte. In ambito scolastico ciò si traduceva in una didattica differenziale all'interno di classi speciali riservate agli alunni in condizione di disabilità. Nel 1962 veniva istituita la scuola media unica, prevedendo l'obbligatorietà del percorso scolastico successivo a quello della primaria e prevedendo inoltre classi di aggiornamento e differenziali nelle quali si potesse fornire un'attenzione 'agli alunni bisognosi di cure particolari'. Si assistette a un proliferare di classi differenziali formati da bambini che, al di là della condizione di disabilità più conclamata, non erano in grado di comprendere le richieste della scuola come chi ad esempio proveniva da ambienti rurali e aveva differenze linguistiche dialettali. Sin da subito molti insegnanti segnalavano le criticità di questo modello. In questi anni, che sono anche gli anni della contestazione, il dibattito politico verteva attorno ai concetti dell'uguaglianza e della d'istituzionalizzazione. Si affermava l'inadeguatezza delle classi differenziali con la volontà di superare una visione di disabilità trattata in termini assistenziali e di custodia. La legge 118/71 stabilì per la prima volta che per gli alunni con disabilità «l'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica». Così nel 1975 furono abrogate le classi differenziali della scuola elementare e furono istituiti nuove forme di qualificazioni specialistiche per gli insegnanti di sostegno. Con la legge 515/77, tra i vari cambiamenti introdotti nella scuola, le classi speciali e differenziali furono abolite e vennero previste serie di misure volte a favorire l'integrazione come quello di un numero di alunni ridotto per classe in cui sia inserito un bambino con disabilità. Con la legge 270/82 l'accesso dei bambini con disabilità fu esteso anche alle scuole materne statali e non statali. Con sentenza 215/1987 la Corte Costituzionale sancì il diritto degli alunni disabili, anche in situazione di gravità, a frequentare le scuole superiori. La legge 104/92, conosciuta come la legge quadro sull'handicap, riordinò le precedenti disposizioni in materia e sancì la titolarità di diritti soggettivi inalienabili per le persone con disabilità.



Va detto che l'aumento così elevato delle certificazioni di disabilità di minori con background migratori sta animando il dibattito anche in ambito pedagogico. Ad esempio, Goussot<sup>21</sup> evidenzia come gli strumenti diagnostici siano tarati sui bambini occidentali, elemento che rende rischioso applicarli a bambini con un background culturale diverso e con percorso migratorio spesso complesso. In altre parole i test che vengono utilizzati sono culturalmente impregnati, per via della lingua o per via dei contenuti, con il rischio di medicalizzare dei comportamenti che non si riescono a comprendere o di culturalizzare disturbi che non riescono a vedere. Ad esempio, c'è il rischio di scambiare la mancanza di strumenti per l'apprendimento (così come concepiti nel sistema d'istruzione occidentale) con una disabilità legata a un ritardo cognitivo. In altre parole, la richiesta di intervento del neuropsichiatra e di altri specialisti rischia di confondere una difficoltà con un deficit. A tal proposito Beneduce<sup>22</sup> rileva come modelli educativi diversi possano entrare in collisione e produrre conflitti emotivi, alimentare l'insorgere di sintomi somatici con conseguente difficoltà di apprendimento, relazione, problemi di comportamento.

Più in generale si può affermare che l'immagine che le società hanno dell'infanzia, inclusa la società occidentale, influiscono sull'educazione, l'insegnamento, la puericultura, le cure mediche e sociali in un determinato ambiente. Anche la scuola italiana è strutturata secondo una visione del sapere e dell'apprendimento che appartiene al mondo occidentale e determina i metodi pedagogici, il rapporto con gli studenti, le relazioni scuola-famiglia. A questa visione del sapere corrisponde una rappresentazione dell'infanzia, dei bisogni e delle attitudini.

Che cosa deve apprendere un bambino e come deve farlo? Nella maggioranza dei casi i genitori migranti non conoscono e, a volte, non condividono la visione del sapere trasmessa dalla scuola francese, pur mantenendo un senso di rispetto nei suoi confronti. Spesso immaginano che qui, la scuola, funzioni in modo differente e danno per scontato che sia giusto così, tenendosi quindi a una rispettosa distanza dall'istruzione. La scuola percepisce tutto ciò come atteggiamento di

---

21 Goussot A., *Famiglie immigrate e disabilità*, in Pavone M. (a cura di), *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Erickson, Trento, 2009.

22 Beneduce R., *Frontiera dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano, 2009.

rifiuto o di non investimento, mentre invece si tratta di benevolenza passiva: questo spazio non mi appartiene ma considero che sia proficuo per il mio bambino<sup>23</sup>.

Il fatto che la famiglia non abbia sufficienti strumenti di conoscenza del sistema scolastico e del sistema dei servizi non permette ai genitori di comprendere né il senso del lavoro fatto a scuola né il senso degli interventi specialistici e/o riabilitativi. Ad esempio, anche nell'ingresso a scuola andrebbe fatta una presentazione di cosa sia la scuola in Italia e che cosa si chiede ai bambini e ai genitori. La questione dei doveri che la scuola pensa che i genitori abbiano nei confronti della scuola stessa deve essere esplicitata. Per non parlare del vocabolario che viene utilizzato. Spesso non si tiene conto che i genitori stranieri non conoscono l'italiano accademico. Spesso l'italiano che conoscono è quello che imparano a lavoro. I comportamenti attesi da parte del bambino e dal parte della famiglia richiede una serie di comunicazioni che devono essere esplicitate.

Marie Rose Moro ha spiegato la vulnerabilità dei figli dei migranti, intendendo per vulnerabilità un concetto dinamico che riguarda un processo in sviluppo. Il funzionamento psichico del bambino vulnerabile è tale che una minima variazione, interna o esterna, comporta una importante disfunzione, una sofferenza spesso tragica, un arresto, un'inibizione o uno sviluppo minimo del suo potenziale<sup>24</sup>. Per questi bambini l'entrata a scuola rappresenta il primo confronto con il mondo esterno, talvolta senza essere sufficientemente preparati. Infatti, non sempre l'inserimento nella scuola procede come si vorrebbe e allora 'scompare' la parola, il pensiero, iniziano a comparire disturbi del comportamento che vengono certificati dai servizi competenti secondo i codici occidentali, pregiudicandone talvolta il futuro.

Francine Rosenbaum, dal canto suo, spiega che dalla sua esperienza ha appreso come le chiavi di lettura italofone delle sintomatologie linguistiche più frequentemente manifestate da bambini plurilingue si siano dimostrate insufficienti per comprenderle. La maggioranza

---

23 Moro M.R., *Bambini di qui venuti da altrove*, Franco Angeli, Milano, 2019, p. 46.

24 Moro M.R., cit, p. 48.

delle turbe segnalate sono turbe di misconoscimento delle risorse e di reazione alla non comunicazione tra famiglia e istituzione<sup>25</sup>.

Una ricerca della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH) condotta nel 2015<sup>26</sup> riporta come crescente il rischio di interpretare stili comunicativi diversi come disturbi legati alla relazione o di considerare l'assenza di strumenti di apprendimento, così come concepiti nel sistema d'istruzione italiano, come un deficit cognitivo.

Più in generale si può affermare che l'inclusione di un bambino con disabilità di origine non italiana richieda ai sistemi scolastici, sociali e sanitari di rivedere i propri paradigmi culturali, educativi, sociali e politici.

### **3. Il mondo del lavoro, le prestazioni assistenziali, i dati Istat**

Se grazie alle rilevazioni legate al mondo della scuola si riesce ad avere una lettura abbastanza chiara del fenomeno, non si può dire la stessa cosa delle persone adulte con disabilità e delle famiglie.

Nella IX relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 68/99 *Norme per il diritto dei lavoratori disabili*, che fa riferimento al triennio 2016-2018, si apprende che «gli stranieri iscritti superano in ciascuna delle tre annualità le 150.000 unità e rappresentano un quinto del totale degli iscritti al collocamento mirato<sup>27</sup>». Gli stranieri avviati al lavoro sono stati 4.339 nel 2016, circa il 16% del totale dell'anno. 4.727 sono stati gli avviamenti al lavoro nel 2017 (14%) mentre si registra un leggero calo nel 2018 (12%). Rispetto alla ripartizione per genere la relazione evidenzia una prevalenza di avviamenti a favore degli uomini, fatta eccezione per le cittadine comunitarie che nel 2017 raggiungono il 51%. Negli altri casi, e soprattutto per la componente extracomunitaria, la componente femminile è il dato più basso nell'intero triennio. Per tutte le tre annualità si registra la prevalenza di cittadini comunitari tra coloro che hanno usufruito dei servizi per il collocamento mirato.

---

25 Rosembaum F., *La trappola della confusione fra lingua e linguaggio nelle valutazioni e le terapie logopediche dei bambini allofoni*, in "Langage & Pratique", n. 44, 2009.

26 Fish, *Migranti con disabilità – conoscere i dati per costruire le politiche*. Consultabile al link [http://www.fishonlus.it/files/2012/05/ReportMigranti\\_Unar\\_Regioni\\_Ob\\_Con.pdf](http://www.fishonlus.it/files/2012/05/ReportMigranti_Unar_Regioni_Ob_Con.pdf).

27 Nel 2018 (anno di riferimento della relazione) gli iscritti al collocamento mirato risultano 733.708.

Altri dati che possono aiutare a descrivere il fenomeno sono quelli forniti dall'Inps circa le prestazioni assistenziali erogate<sup>28</sup>. Nel 2020 risultano essere percettori di sole prestazioni assistenziali 132.533, ovvero circa la metà del totale dei pensionati stranieri (266.924). Rimanendo sulle pensioni assistenziali, 94.699 (71,5%) sono erogate a cittadini provenienti da paesi extra-UE, mentre 37.834 (28,5%) a cittadini dell'Unione Europea. I titolari delle pensioni di tipo previdenziale (invalidità, vecchiaia o superstiti o IVS) sono 96.169, pari al 36% dei pensionati stranieri<sup>29</sup>.

Anche l'indagine annuale dell'Istat sui presidi residenziali socio assistenziali e sociosanitari<sup>30</sup> può aiutare a descrivere il fenomeno in questione. Con la definizione di 'presidi residenziali' si intendono strutture, pubbliche o private, che garantiscono servizi di natura sociale o sociosanitaria. Nel 2018 i minori stranieri ospiti in questo tipo di strutture erano 8.377 di cui 511 accolti per disabilità o disturbi mentali (358 maschi e 153 femmine) pari a circa il 6,1% sul totale dei minori accolti. Con riferimento alla fascia di popolazione adulta, invece, compresa tra i 18 e i 64 anni, sono 9.624 gli adulti accolti di cui 1.047 presentano una condizione di disabilità o problematiche legate alla salute mentale (684 uomini e 363 donne). Le motivazioni per cui minori e adulti vengono accolti in strutture residenziali sono principalmente di natura sociale, legate alla marginalità e alla dipendenza. In generale le persone con disabilità accolte hanno un'incidenza ridotta sul totale.

Gli ospiti stranieri over 64 ricoverati in condizioni di non autosufficienza sono 561 su un totale di 912 ricoverati (341 donne e 220 uomini). Nella popolazione straniera accolta in strutture residenziali la componente maschile risulta superiore alla componente femminile in tutte le fasce d'età e tipologie di disagio, fatta eccezione per gli anziani non autosufficienti in cui prevale la componente femminile.

Con questa scarsità di dati a disposizione è difficile esaminare la dimensione quantitativa del fenomeno, in particolare per quanto riguarda le persone adulte con disabilità provenienti da contesti migratori. Come già rilevato nelle righe precedenti gli alunni che ora stanno

---

28 Inps, *Osservatorio in breve – statistiche sugli stranieri*, novembre 2021. Consultabile al link <https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatisticheInBreve.pdf>.

29 Si riporta il dato poiché la pensione di invalidità presuppone il riconoscimento di una condizione di parziale o totale non autosufficienza.

30 Fonte: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_PRESDI1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PRESDI1).

frequentando la scuola saranno gli adulti di domani e necessiteranno probabilmente, almeno in una buona parte, di specifici percorsi di inclusione sociale e lavorativa.

Un'altra fonte di dati è rappresentata dal servizio centrale SPRAR-SIPROIMI<sup>31</sup>, il sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati, all'interno del quale un basso volume di risorse è dedicato alle persone con disabilità o con disagio mentale.

Nel 2018 su 35.881 posti di accoglienza 31.647 sono stati destinati alle categorie ordinarie, 3.500 per minori stranieri non accompagnati e 734 per persone con disagio mentale o disabilità<sup>32</sup>. I progetti SIPROIMI rivolti alle categorie ordinarie e quelli rivolti all'accoglienza di persone con disagio mentale o disabilità hanno accolto principalmente uomini singoli (circa l'80% dei progetti) e nuclei familiari (51% dei progetti) e solo una minima parte ha accolto donne singole (29%), nuclei monogenitoriali con madre (35%) o ancor meno con padre (12%).

La condizione di disabilità può subentrare a seguito del viaggio migratorio, durante il quale queste persone devono affrontare numerose difficoltà, tra le quali, oltre a quelle insite nel viaggio stesso (che può prevedere il transito attraverso ambienti ostili come il deserto o il mare aperto), sottostare alle volontà dei trafficanti di essere umani e/o essere vittime di violenze e abusi. Situazioni che si può supporre colpiscono la loro dignità di persone e producano traumi e turbamenti che non possono che incidere nel loro equilibrio psico-fisico. Il destino per queste persone è diventare degli invisibili, che molto spesso vivono una doppia condizione di invisibilità. Per loro è più difficile accedere ai servizi, alle cure, al lavoro, e faticano ad essere 'intercettati' anche dalle stesse associazioni che si occupano di disabilità. Il report 2020 dell' IDOS *Migranti con disabilità. La discriminazione invisibile* ha messo in luce la condizione di invisibilità di queste persone.

Discriminati come migranti, invisibili come persone con disabilità, i migranti forzati in Italia si trovano spesso ad affrontare le difficoltà delle differenze e di genere o le questioni legate al

---

31 Nel 2018 SIPROIMI ha sostituito i progetti SPRAR.

32 SIPROIMI, Ministero dell'Interno, ANCI, Cittalia-Fondazione, Anci Ricerche, *Rapporto annuale SPRAR/SIPROIMI, 2018. Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati*. Atlante SPRAR/SIPROIMI, 2018.

loro orientamento sessuale, che aggiungono difficoltà a un groviglio di sofferenze. La condizione di multidiscriminazione perciò è complessa, perché alla discriminazione derivata dalla loro condizione di non essere cittadini italiani (e quindi di veder violati i loro diritti umani nella possibilità di accedere al suolo italiano, anzi, a volte alle acque di competenza del nostro stato) si mescolano lo stigma della loro provenienza nazionale (e spesso etnica all'interno di quello stato), la loro appartenenza religiosa, il colore della pelle, il genere spesso sottoposto a tradizioni culturali inaccettabili (pensiamo alle mutilazioni genitali femminili), a culture differenti. Per cui la condizione di disabilità è spesso una caratteristica che può risultare secondaria rispetto a discriminazioni molto più evidenti e riconosciute. Non di meno è presente e, come vedremo, spesso pesante<sup>33</sup>.

I dati sopra riportati aiutano a inquadrare il fenomeno delle persone immigrate con disabilità tuttavia, mancano all'appello tutte quelle situazioni che sfuggono al tracciamento ufficiale come nel caso di coloro che non sono beneficiari delle prestazioni erogate dall'Inps, di coloro che sono privi di documenti. Chi non ha un permesso di soggiorno per più di un anno non può usufruire dei servizi del collocamento mirato per persone con disabilità e non potrà risultare in nessuna statistica ufficiale. Inoltre spesso queste persone e le loro famiglie non si rivolgeranno ai servizi per mancanza di conoscenza degli stessi e dei diritti che possono chiedere a causa della barriera linguistica o per il timore dello stigma.

#### **4. La normativa europea e italiana sulla disabilità**

Con la legge 18/2009 l'Italia ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), il cui scopo è promuovere e garantire alle persone con disabilità il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Questo documento dispone che i singoli stati si impegnino a promuovere ricerche e a raccogliere dati al fine di formulare politiche in grado di rendere esigibili i diritti di queste persone<sup>34</sup>. Viene istituito presso il Ministero del Lavoro l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone

---

33 Di Scullo L., Griffo G., D'Errico L., *Migranti con disabilità. La discriminazione invisibile*, Centro Studi e Ricerche IDOS, CeRC/ Robert Castel Centre for Governmentality and Disability studies, 2020.

34 Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, articoli 6 e 7.

con disabilità, con il compito di provvedere alla redazione, entro due anni dalla ratifica e poi ogni quattro anni, di un rapporto dettagliato sulle misure e politiche adottate per adempiere agli obblighi previsti. La Convenzione rappresenta un traguardo importante in quanto fino all'approvazione di questo documento non esisteva uno strumento vincolante per gli stati in materia di disabilità<sup>35</sup>.

È interessante sottolineare come nel 2016 le osservazioni conclusive alla relazione italiana da parte del Comitato delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2010, invitino il nostro Paese a migliorare il sistema di raccolta dati in ottica preventiva e a garantire le prestazioni di servizi a tutti i bambini con disabilità, con particolare attenzione ai bambini più piccoli. Inoltre si raccomanda che a tutte le persone con disabilità in arrivo nel nostro paese venga assicurato l'accesso ai servizi in condizioni di parità con gli altri e che alle persone con disabilità psicosociali venga fornito un adeguato supporto.

L'Unione Europea il 23 dicembre 2010 ha aderito ufficialmente alla Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità inviando un messaggio chiaro a tutti gli Stati dell'Unione circa la priorità in questo ambito di intervento al fine di tutelare i diritti di queste persone. Sempre a livello europeo, nello stesso anno, la Commissione ha definito la nuova *strategia europea sulla disabilità 2010-2020*<sup>36</sup>, finalizzata a promuovere l'inclusione sociale, il benessere e il pieno esercizio dei diritti delle persone disabili. Nel documento si rileva che, nonostante i progressi compiuti nell'ultimo decennio, le persone con disabilità devono affrontare ancora innumerevoli ostacoli e presentano un maggiore rischio di povertà e esclusione sociale. L'obiettivo è quello di consentire alle persone con disabilità di esercitare i propri diritti e avere pari opportunità e parità d'accesso alla società. Questa nuova strategia rafforzata tiene conto anche delle diverse disabilità, comprese le minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali, spesso invisibili, e evidenzia i rischi dello svantaggio multiplo

---

35 In precedenza l'Onu aveva già approvato delle convenzioni a tutela dei diritti di alcune disabilità. Ad esempio nel 1971 l'Onu ha approvato la dichiarazione dei diritti dei disabili mentali. Nel 1975 ha approvato la dichiarazione dei diritti dei disabili motori e sensoriali, nel 1979 è stata approvata la dichiarazione dei diritti dei disabili uditivi e visivi. Con la risoluzione 48/96 del 93 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato le *regole standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità* contenenti direttive volte a garantire la partecipazione di tutti i cittadini alla vita della società. Queste regole, pur non essendo uno strumento giuridicamente vincolante, comportano l'impegno degli stati membri ad agire perseguendo gli obiettivi.

36 Il documento è consultabile al link <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=it>.

affrontati da donne, bambini, anziani, rifugiati con disabilità e persone con difficoltà socioeconomiche. Pertanto la Commissione si impegna a sostenere gli Stati membri nella definizione delle strategie e dei piani d'azione nazionali per l'ulteriore attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e della legislazione dell'UE in materia.

Ritornando in Italia, prima della ratifica di questa convenzione, nel nostro Paese erano state promulgate leggi quadro considerate all'avanguardia sul tema dell'inclusione delle persone con disabilità. Ad esempio, la legge 104/92, *Legge quadro per l'assistenza l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, con cui si riordinava la miriade di precedenti disposizioni in materia, sancendo nuovi e specifici diritti a favore della persona con disabilità lungo tutto il corso della vita e per tutti gli aspetti che la riguardano (es. salute, integrazione sociale, scolastica, formazione professionale, lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche).

Questa normativa risente ancora di una prospettiva sanitaria statica legata alla disabilità, mentre a partire dagli anni 2000 a livello mondiale si sono sviluppati i principi dell'ICF<sup>37</sup> secondo i quali la disabilità deve essere inquadrata in maniera dinamica all'interno dei contesti di vita che possono offrire condizioni favorevoli all'inclusione. Con l'ICF, l'OMS ha messo in discussione il proprio sistema di classificazione internazionale della disabilità ponendo l'attenzione, più che sugli aspetti organici riguardanti lo stato di salute della persona, sugli aspetti funzionali ovvero sulla complessa interazione tra le condizioni di salute e altri fattori definiti 'contestuali' (ambientali e personali). Si tratta quindi di una prospettiva bio-psico-sociale in cui sono coinvolti diversi elementi: la presenza/assenza di malattie (bio), aspetti riguardanti l'individuo (psico) e aspetti riguardanti il contesto.

La legge 104/92, nonostante venga considerata da molti come datata, ha comunque dato un forte impulso alle scelte per la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Questa legge è stata l'asse portante dell'integrazione scolastica, garantendo il diritto per gli alunni con disabilità di frequentare le scuole di ogni ordine e grado (art.12 comma 1 e 2), oltre a

---

<sup>37</sup> OMS, *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Versione breve*. Erickson, Trento, 2004.



indicare gli obiettivi a cui l'integrazione doveva mirare, ovvero il miglioramento della socializzazione, della relazione, degli apprendimenti (art.12 comma 3).

A distanza di otto anni è stata promulgata la legge 328/2000 intitolata *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, che ha tra le varie finalità anche quella di promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari a favore delle persone fragili con disabilità e non autosufficienti.

In particolare l'art. 14, che recita:

Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

Prevede che i singoli interventi siano coordinati tra loro per rispondere in maniera adeguata alle esigenze della persona beneficiaria. La persona con disabilità non è più considerata come un soggetto passivo che subisce gli interventi, ma come un soggetto attivo con i suoi bisogni, i suoi interessi, attitudini da alimentare e promuovere. Questa visione integrata degli strumenti a sostegno delle persone con disabilità assume un significato importante quando alla disabilità si aggiungono altre condizioni di svantaggio sociale che, a vario titolo, vive il nucleo familiare di provenienza. Spesso a condizioni di difficoltà economiche è strettamente correlata anche la povertà educativa che colpisce tutti i minori interessati e, ovviamente, con maggior impatto, proprio quelli con disabilità.

Riguardo alle specifiche disabilità uditive, diversi studi hanno evidenziato come vivere in povertà renda i bambini maggiormente vulnerabili alla perdita di udito e alle disabilità ad esso associate, oltre che esporli a cure mediche non adeguate (Capps, 2003; Elster e al., 2003; Thompson e al., 2003). Inoltre, la povertà tende a limitare l'accesso dei bambini con disabilità ad ambienti di apprendimento stimolanti (Rhoades e Perigoe, 2004). Una famiglia a basso reddito, che lotta per soddisfare i propri bisogni primari, può avere poco tempo o poche risorse

per dedicarsi a far emergere gli interessi del proprio figlio o a insegnargli come ascoltare, parlare, leggere<sup>38</sup>.

Vengono meno per i genitori/familiari le condizioni per garantire loro ulteriori occasioni di crescita e di fare esperienze in quanto tempo e risorse sono impegnanti nel sostegno alla vita quotidiana del minore<sup>39</sup>.

È in questo preciso contesto sociale che il progetto individuale di vita ex art. 14 della legge 328/2000 potrebbe divenire un'opportunità predisponendo interventi a sostegno del nucleo familiare quale preconditione per lo sviluppo della persona con disabilità che così potrà mettere a frutto tutte le potenzialità di cui dispone. Ad esempio, nel caso in cui si tratti di un minore, fornire servizi di assistenza, sostegno ed accompagnamento presso vari contesti educativi aumenterà le opportunità per lo stesso di fare esperienze. Opportunità che non sono più legate solo alla disponibilità (temporale, economica, ecc..) dei genitori, e che vanno a creare una continuità di lavoro tra i contesti scolastici e extrascolastici.

Questo breve *excursus* vuole mostrare come, almeno sulla carta, i diritti delle persone con disabilità si siano evoluti. Verrebbe da chiedersi se siano concretamente esigibili, se una persona di origine straniera con disabilità possa effettivamente accedere ai servizi e alle prestazioni sociali previste alla stessa stregua dei cittadini italiani.

## 5. Uno status debole

L'accesso alle prestazioni sociali e ai servizi è una questione molto delicata all'interno della disciplina dell'immigrazione. Trovare consenso sui criteri di ripartizione del *welfare*

---

38 Pavesi N., cit, p. 87.

39 Su questo argomento si veda la Relazione Istat *Conoscere il mondo della disabilità- Persone, relazioni, istituzioni*, pubblicato nel 2019, in cui si evidenzia come offrire un'attività di cura personale genera impoverimento delle risorse familiari sia perché si è impegnati direttamente nell'assistenza al familiare disabile, in qualità di caregiver, rinunciando in parte o del tutto a opportunità lavorative, sia perché si acquistano servizi. Il 9,6% delle famiglie con all'interno una persona con disabilità ha almeno un membro disoccupato, a fronte del 7,3% nel resto delle famiglie. È indubbio, inoltre, che tali situazioni siano direttamente connesse al progressivo aggravamento delle stesse condizioni di disabilità, che rischiano di far entrare il minore ed i suoi familiari in una vera e propria spirale negativa: il 28,7% delle famiglie con componente con disabilità è in condizione di deprivazione materiale, a fronte del dato medio nazionale del 18%.

genera tensioni quando si devono comparare bisogni e aspettative di gruppi di popolazione (ecc. disabili, anziani, minori), portatori di interessi diversi e potenzialmente in contrasto tra di loro specialmente quando si introduce anche la categoria 'stranieri'. Nonostante le società si siano confrontate negli anni con le migrazioni di massa, la reazione davanti al fenomeno rimane la stessa, con la tendenza a declassare chi arriva al rango di 'non persone'.

Si potrebbe pensare che nell'epoca della cosiddetta globalizzazione l'uguaglianza di tutti gli esseri umani e il loro diritto a muoversi liberamente per il mondo e per trovarvi un'esistenza decente siano principi ovvi, anche se privi di una formulazione netta. Ma non è così. L'umanità viene divisa in maggioranze di nazionali, cittadini dotati di diritti e di garanzie formali e in minoranze di stranieri illegittimi (non cittadini, non nazionali) cui le garanzie vengono negate di diritto e di fatto. Grazie a meccanismi sociali di etichettamento e di esclusione impliciti e espliciti l'umanità viene divisa tra persone e non persone<sup>40</sup>.

Ancora oggi 'lo straniero' per molti è un ospite che non può avere diritto a una partecipazione paritaria al *welfare* come i cosiddetti 'padroni di casa', i quali essendo titolari dello *status civitatis* vanterebbero una precedenza rispetto all'intervento pubblico<sup>41</sup>.

La questione coinvolge lo stesso concetto della cittadinanza e si dovrebbe considerare che:

L'ordinamento conosce ormai una vera e propria nozione di "seconda cittadinanza" intesa come "partecipazione dello straniero regolarmente soggiornante a una comunità di diritti, più ampia e comprensiva di quella fondata sulla cittadinanza in senso stretto" secondo la nozione fatta propria da Cass. sez. Unite 20661/14 in tema di accesso agli stranieri al servizio civile. Questa "seconda cittadinanza" raggruppa tutti coloro che, condividendo le sorti di un territorio per il solo fatto di viverci, sono tra loro legati da vincoli di diritti e doveri, ivi compreso quindi il dovere di solidarietà ex art.2 Cost e il diritto di essere aiutati nel bisogno ex. Art. 38 Cost.<sup>42</sup>.

---

40 Dal Lago A., *Non-persone. l'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 1999.

41 Guariso A. (a cura di), *Stranieri e accesso alle prestazioni sociali e ai servizi*, Servizio Antidiscriminazione ASGI, 2021. Consultabile al link [https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2021/04/Asgi-PrestazioniSociali\\_1\\_2021\\_Digital-22-aprile-21.pdf](https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2021/04/Asgi-PrestazioniSociali_1_2021_Digital-22-aprile-21.pdf).

42 Guariso A. (a cura di), cit., p.5.

In effetti se si vanno a guardare i dati Inps nel 2020 il numero di stranieri presenti nelle banche dati Inps è pari a 3.760.421 di cui circa l'85% sono lavoratori, circa l'8% percettori di prestazioni di sostegno al reddito e il 7% pensionati<sup>43</sup>. Questi dati sono in linea con quanto emerge dal rapporto della Fondazione Moressa secondo cui i contribuenti stranieri in Italia sono 2,3 milioni e nel 2020 hanno dichiarato redditi per 30,3 miliardi e versato aliquote Irpef per 4,0 miliardi. Sommando le altre voci di entrata per le casse pubbliche (Irpef, IVA, imposte locali, contributi previdenziali e sociali, ecc.), si ottiene un valore di 28,1 miliardi. Dall'altro lato il rapporto stima un impatto per la spesa pubblica per 27,5 miliardi. Il saldo, dunque, tra la partecipazione alla spesa pubblica e l'incidenza sulla stessa data dalla loro presenza, è positivo (+600 milioni). Le persone straniere sono perlopiù giovani e incidono poco su pensioni e sanità, le principali voci della spesa pubblica. Tuttavia, i lavori poco qualificati e la poca mobilità sociale possono portare nel lungo periodo a un peggioramento della situazione<sup>44</sup>.

Nonostante questi lavoratori siano fondamentali per l'economia del paese e generino più benefici che costi rimane ancora molto dibattuta la questione rispetto all'accesso al *welfare*.

La presenza dello 'straniero' sollecita alcune riflessioni nel campo delle politiche sociali che portano a mettere in discussione il tradizionale modello di *welfare*.

Il *welfare state* così come si è strutturato nel dopoguerra è basato su un assunto di tipo nazionalistico. I diritti sono conferiti a tutti i cittadini appartenenti a una comunità nazionale, mentre 'lo straniero', pur risiedendo nel territorio e contribuendo a produrre ricchezza, è un cittadino non escluso seppur più debole rispetto alla titolarità di questi diritti<sup>45</sup>.

L'idea di cittadinanza si diffonde nel dibattito culturale e politico a partire dall'opera di Marshall<sup>46</sup> in cui il discorso sulla cittadinanza viene discusso in modo ampio come progressivo ampliamento dei diritti civili, politici, sociali a tutta la popolazione. Il riconoscimento dei diritti civili (i primi a essere riconosciuti) politici e sociali è legato all'evoluzione dello stato

---

43 Inps, *Statistiche in breve, Osservatorio sugli stranieri*, novembre 2021, anno 2020. Consultabile al link <https://www.inps.it/osservatoristatistici/1059>.

44 Fondazione Moressa, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Migrazioni, emergenza sanitaria e scenari futuri*, Il Mulino, Bologna, 2021.

45 Ambrosini M., *Le politiche sociali verso l'immigrazione*, in Basso P. e Perocco F. (a cura di) *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2010.

46 Marshall T.H., *Cittadinanza e classe sociale*, UTET, Torino, 1976.

moderno<sup>47</sup>. Con gli immigrati il ciclo qui sopra descritto si è rovesciato poiché i primi diritti a esser loro riconosciuti sono stati quelli sociali. Tuttavia seppur diventano titolari di diritti sociali rimangono cittadini deboli in quanto non vengono riconosciuti loro altri diritti, in particolare quelli politici.

Resta però il fatto che il limitato o mancato accesso ai diritti politici compromette l'effettivo godimento dei diritti sociali e persino dei diritti civili; e comunque a pienezza dei diritti politici non tutela le minoranze da molte forme implicite di discriminazione. [...]. L'immigrazione pone le società ospitanti di fronte alla necessità di elaborare nuove regole per l'attribuzione dei diritti, a partire dalla constatazione che il criterio della nazionalità non può più essere considerata il filtro esclusivo o il più adeguato per definire la titolarità dei diritti di cittadinanza<sup>48</sup>.

## 6. L'accesso alle prestazioni sociali

L'analisi della normativa nazionale in materia di accesso alle prestazioni di assistenza e sicurezza sociale non può che muovere dalla Costituzione. Prima dell'entrata in vigore della legge fondamentale dello Stato l'accesso dello 'straniero' ai diritti, in particolare ai diritti civili, si fondava sul principio di reciprocità (previsto dall'art.16 delle disposizioni preliminari al codice civile) secondo cui egli poteva accedere a determinati diritti solo qualora lo stato di origine riconoscesse il medesimo diritto ai cittadini ivi immigrati.

L'art.10 al comma 2 della Costituzione afferma infatti che «la condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità alle norme e ai trattati internazionali». Questo articolo funge da garanzia agli stranieri ai quali vanno riconosciuti i diritti individuali e le libertà classiche.

---

47 La cittadinanza è inquadrata in fasi e periodi storici che hanno visto lo sviluppo e il rafforzamento dei diritti di libertà civile nel XVIII secolo, dei diritti politici nel XIX secolo attraverso l'estensione del diritto di voto a tutta la popolazione e dei diritti sociali nel XX secolo come anticipazione di quello che a partire dalla fine della seconda guerra mondiale prenderà il nome di *welfare state*. La concezione di Marshall appare sin da subito capace di interpretare i significati più profondi che il concetto di cittadinanza porta con sé.

48 Ambrosini M., cit, pp. 162-163.

La Corte Costituzionale attraverso una serie di sentenze ha successivamente ampliato la gamma dei diritti sociali fondamentali da garantire agli stranieri per cui ha ritenuto applicabile agli stranieri anche l'art.3 della Costituzione ovvero il principio di uguaglianza<sup>49</sup>. Infatti con la sentenza n.120 del 1967 la Corte Costituzionale ha affrontato per la prima volta la condizione giuridica dello straniero stabilendo che il principio di uguaglianza va applicato a tutti gli individui, cittadini e non, al cospetto dei diritti inviolabili garantiti dall'art. 2 della Costituzione.

Nella sentenza la Corte ha inoltre sostenuto che «se è vero che l'articolo 3 si riferisce espressamente ai soli cittadini, è anche certo che il principio di uguaglianza vale pure per lo straniero quando trattasi di rispettare quei diritti fondamentali».

Sempre secondo il massimo organo di giudizio esistono due livelli di operatività del principio di uguaglianza nei confronti degli stranieri. Questo principio opera in maniera piena e incondizionata con riferimento ai diritti inviolabili ma può lasciare spazio alla discrezionalità del legislatore quando non sono in gioco i diritti inviolabili.

Analogamente attraverso un'interpretazione ampia dell'articolo 2 della Costituzione sono stati ricondotti alla gamma dei diritti dei diritti inviolabili quei diritti connessi alla dignità della persona.

Con la sentenza 252/2001 la Corte Costituzionale ha rigettato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 19, comma 2, del D. Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*), sollevata dal Tribunale di Genova, in relazione agli artt. 2 e 32 della Costituzione, nella parte in cui non prevede il divieto di espulsione dello straniero che, entrato clandestinamente nel territorio dello Stato, vi permanga al solo scopo di terminare un trattamento terapeutico essenziale.

Si afferma quindi il diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

---

49 Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

Il Testo Unico sull'immigrazione<sup>50</sup>(T.U.I.) aveva un'impronta fortemente paritaria stabilita all'articolo 2 dove al comma 1 e 2 si afferma:

Allo straniero comunque presente alla frontiera o nel territorio dello Stato sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti. Lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato gode dei diritti in materia civile attribuiti al cittadino italiano, salvo che le convenzioni internazionali in vigore per l'Italia e il presente testo unico dispongano diversamente. Nei casi in cui il presente testo unico o le convenzioni internazionali prevedano la condizione di reciprocità, essa è accertata secondo i criteri e le modalità previste dal regolamento di attuazione.

Se alla nozione di diritto civile si attribuisce un significato ampio, tale da comprendere tutto ciò che non rientra nei diritti politici, si potrebbe pensare che possano essere compresi il diritto di accedere a beni, servizi, prestazioni rivolti alla collettività. Lo stesso ragionamento potrebbe essere fatto per i diritti sociali, tuttavia la norma prevede che questo principio di parità sia derogabile da altre disposizioni del T.U.I. e pertanto anche da altre normative dello stesso rango.

In effetti l'art.41 del T.U.I. prevede la piena equiparazione dei cittadini extra UE ai cittadini italiani condizionando questa parità alla titolarità di un permesso di soggiorno della durata non inferiore a un anno. L'art.41 del Testo Unico in materia di immigrazione determina la posizione del cittadino straniero rispetto alle prestazioni sociali affermando quanto segue:

Gli stranieri titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno, nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno o nel loro permesso di soggiorno, sono equiparati ai cittadini italiani ai fini della fruizione delle provvidenze e delle prestazioni, anche economiche, di assistenza sociale, incluse quelle previste per coloro che sono affetti da

---

<sup>50</sup> Decreto Legislativo 268/98 *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*

morbo di Hansen o da tubercolosi, per i sordomuti, per i ciechi civili, per gli invalidi civili e per gli indigenti.

In altre parole tutti i cittadini di Paesi terzi ed eventualmente ai minori a carico, possono avvalersi delle prestazioni di assistenza sociale con l'unico requisito di possedere un permesso di soggiorno della durata non inferiore a un anno.

Anche la legge 328/2000, trattando il diritto alle prestazioni, richiama questo articolo prevedendo che possano usufruire delle prestazioni e dei servizi cittadini italiani, i cittadini appartenenti a stati dell'Unione Europea e i loro familiari, nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'art.41 del T.U.<sup>51</sup>.

Tuttavia dopo appena un mese dall'approvazione della legge 328/2000 viene approvata la legge 388/2000<sup>52</sup> che all'art.80 comma 19 prevede:

Ai sensi dell'art. 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, l'assegno sociale e le provvidenze economiche che costituiscono diritti soggettivi in base alla legislazione vigente in materia di servizi sociali sono concesse alle condizioni previste dalla legislazione medesima, agli stranieri che siano titolari di carta di soggiorno; per le altre prestazioni e servizi sociali l'equiparazione con i cittadini italiani è consentita a favore degli stranieri che siano almeno titolari di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno.

Questa norma, pur non abrogando la precedente, introduce una restrizione all'accesso alle prestazioni in base al titolo di soggiorno. Per le provvidenze economiche che hanno natura di diritti soggettivi, in quanto erogate sulla base di requisiti predeterminati, è necessario avere la carta di soggiorno (oggi permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo). Per le altre prestazioni e servizi è necessario avere un permesso di soggiorno di almeno un anno.

---

51 Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112". Legge 328/200 art. 2.1.

52 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001).



Come sottolinea Guariso la norma ha subito un lungo processo di erosione durato circa dieci anni. La Corte Costituzionale è intervenuta in merito alle singole prestazioni sottoposte al vaglio e con una serie di sentenze che hanno portato alla dichiarazione di irragionevolezza della condizione di essere titolari di permesso CE per lungosoggiornanti. Questo percorso giurisprudenziale non ha ancora portato alla dichiarazione di incostituzionalità della norma che continua a convivere con l'art.41 del T.U.I. Molte delle prestazioni sono disciplinate da leggi nazionali e regionali, di conseguenza gli effetti della vigenza di queste due disposizioni generali sono limitati. Possono solo delimitare la facoltà di scelta delle autorità amministrative che vogliono intervenire con un atto amministrativo nel settore in esame. Pertanto il principio quasi paritario espresso all'articolo 41 del T.U.I. si scontra con l'articolo 80 comma 19 della legge 388/2000. Verrebbe da chiedersi quale di queste due norme in contrasto deve essere rispettata dall'amministrazione.

La sentenza della Corte Costituzionale 432/2005 poi, ribadisce che il l'art.41 del T.U.I. deve fungere da «necessario paradigma sulla cui falsariga calibrare lo scrutinio di ragionevolezza delle condizioni di accesso alle prestazioni sociali», pertanto il riferimento per l'attività amministrativa deve essere l'art.41 del T.U.I.

Anche la sentenza n. 186/2020 ha ribadito lo stesso principio e qualsiasi scelta legislativa che si discosti deve avere una specifica 'causa giustificatrice'.

Pertanto l'art.80 comma 19, benché non sia stato abrogato, risulta avere meno peso alla luce delle diverse pronunce di illegittimità costituzionale. Il fatto poi che la legge quadro sui servizi sociali faccia riferimento all'art.41 del T.U.I. ne conferma la prevalenza.

L'orientamento generale della giurisprudenza è apparso abbastanza chiaro in questi anni: il possesso di un titolo di soggiorno che attesti la non episodicità nel territorio nazionale legittima a godere delle prestazioni socio-assistenziali, perciò l'eventuale richiesta del legislatore di titoli di soggiorno, che necessitano di ulteriori requisiti, contrasta con il principio di uguaglianza.

Infatti, rispetto alle sentenze sul tema delle pensioni di invalidità, la Corte si è pronunciata più volte sulla legittimità costituzionale di alcune norme che disciplinano la concessione di provvidenze assistenziali ai cittadini extracomunitari invalidi civili residenti in Italia.

Con la sentenza 306/2008 la Corte ha dichiarato incostituzionali le norme impugnate «nella parte in cui escludono che l'indennità di accompagnamento [...] possa essere attribuita agli stranieri extracomunitari soltanto perché essi non posseggono i requisiti di reddito già stabiliti per la carta di soggiorno ed ora previsti [...] per il permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo».

Con il verdetto n.11/2009 è stata rilevata l'illegittimità costituzionale delle medesime norme ma in questo caso in relazione alla concessione della pensione di inabilità agli invalidi civili al 100%.

É stata dichiarata irragionevole la pretesa di attribuire una prestazione di sostegno soltanto a chi aveva un alloggio idoneo e un reddito minimo con conseguente esclusione dei soggetti più bisognosi, esclusi dalla possibilità di ottenere un permesso di lungo periodo in quanto non disponenti del reddito minimo necessario.

Questo orientamento, consolidato dalle pronunce successive, diventa applicabile a tutte le prestazioni sociali agevolate ovvero quelle prestazioni limitate a coloro che hanno un reddito inferiore a determinati limiti.

In tutti questi casi, infatti, resta comunque irragionevole (e dunque incostituzionale) riconoscere dette prestazioni a partire da un reddito minimo (come di fatto avviene se si richiede la titolarità del permesso di lungo soggiorno) escludendo proprio le persone più bisognose; ed escludendole solo in quanto straniere posto che, per chi straniero non è, non si pone un problema di titolo di soggiorno e dunque di reddito minimo: siamo dunque in presenza di una impostazione che vorrebbe contrastare il bisogno "comunque" per l'italiano e "solo a condizione che vi sia un reddito minimo" per lo straniero. La contraddizione logica è di tutta evidenza<sup>53</sup>.

Analogamente, con la sentenza 329/2011 la Corte ha dichiarato altresì illegittima la norma nella parte in cui subordina il requisito della titolarità della carta di soggiorno la concessione ai minori extracomunitari legalmente soggiornanti della indennità di frequenza.

---

53 Guariso A. (a cura di), cit, p.12.

In generale ciò che emerge da queste pronunce è un forte riferimento all'uguaglianza e alle carte dei diritti fondamentali a cui il legislatore deve far riferimento.

Nonostante ciò l'Inps, ente erogatore delle prestazioni, ha recepito con forte ritardo le sentenze della Corte Costituzionale fornendo indicazioni operative agli uffici preposti all'erogazione solo nel settembre 2013<sup>54</sup>. È possibile supporre dunque che, considerato il ritardo nonostante le sentenze della Corte Costituzionale, gli immigrati titolari di permesso di soggiorno si siano viste rigettate le proprie domande di accesso alle prestazioni di assistenza sociale, con la conseguenza che lo strumento a disposizione per far valere il loro diritto alla fruizione delle prestazioni diventasse necessariamente il ricorso alle sedi giudiziarie.

In un secondo momento, la Corte ha esaminato il requisito della residenza ultraquinquennale sul territorio dello stato necessario per ottenere il permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo concludendo che questo requisito «appare idoneo a compromettere esigenze di tutela che, proprio in quanto destinate al soddisfacimento dei bisogni primari delle persone invalide appaiono per sé stessi indifferibili e indilazionabili<sup>55</sup>». Pertanto, anche in materia sociale si afferma dunque l'esistenza di un nucleo di diritti che devono essere riconosciuti a tutti i consociati in quanto rispondenti a bisogni essenziali che non possono rimanere senza risposta in una società avanzata e solidale.

Con questa sentenza la Corte demolisce l'art.80 comma 19 con riferimento a tutte le prestazioni connesse allo stato di invalidità, anche quando riconosciute dalla legge indipendentemente dal reddito (es. indennità di accompagnamento). Pertanto queste prestazioni devono essere riconosciute a tutti gli stranieri titolari di un permesso di soggiorno di almeno un anno essendo soggette solo all'art 41 del T.U.I.

Le prestazioni coinvolte sono le seguenti:

- assegno mensile di invalidità (sent.187/10);
- indennità di frequenza per minori invalidi (329/2011);
- pensione di invalidità civile e indennità di comunicazione (sent.22/2015);
- pensione di inabilità civile e indennità di accompagnamento (sent.40/2013).

---

54 Messaggio Inps 139834 del 4 settembre 2013.

55 Sentenza 230/2015.

Le sentenze della Corte dimostrano un lungo e faticoso cammino verso i processi di non discriminazione e inclusione delle differenze nel nostro Paese. L'orientamento complessivo della giurisprudenza risulta chiaro: la titolarità di un documento di soggiorno che attesti la non episodicità della presenza dello 'straniero' nel territorio legittima a beneficiare delle prestazioni socio-assistenziali e la richiesta del legislatore di titoli di soggiorno, che richiedano altri requisiti, risulta in contrasto con il principio di uguaglianza così come sancito dalla Costituzione e dalle Carte dei diritti fondamentali.

## **Appartenenza culturale e disabilità: una lettura multidimensionale della doppia diversità**

Oggi il panorama migratorio è costellato da tante differenze, basti pensare ai bambini e ai ragazzi che pur avendo un background migratorio vivono situazioni diverse sia nella socializzazione primaria (famiglia) sia nella socializzazione secondaria (scuola). Per questo quando si parla di minori figli di immigrati si usano diversi termini in relazione al momento temporale in cui il minore si è trasferito<sup>56</sup>. Non si può pensare dunque al fenomeno della migrazione come un agglomerato unico, ma piuttosto a un fenomeno eterogeneo fatto di intrecci complessi che vanno affrontati con strumenti adeguati alle diverse storie, alle diverse generazioni che attraversano la migrazione. È un mondo poliedrico che pone degli interrogativi alle società di accoglienza e richiede un modo diverso di lavorare. Ad esempio la crescente presenza nelle scuole di alunni provenienti da contesti migratori ha posto e pone continuamente delle sfide alla scuola italiana al fine di garantire a tutti la possibilità di essere inclusi. Ma dietro l'etichetta di 'alunni stranieri' si celano individui con storie e caratteristiche diverse come minori nati in Italia, minori arrivati tramite ricongiungimento familiare, minori non accompagnati, rifugiati, minori giunti tramite adozioni internazionali o figli di coppie miste. Si tratta di situazioni in cui si intrecciano diverse variabili quali il genere, l'età, la classe sociale, la nazionalità, la lingua d'origine e l'appartenenza culturale, che incidono tutte nel processo di inclusione sociale.

Nella prospettiva dei servizi (scuola, servizi sanitari e sociali) la necessità di esplorare il nesso esistente tra migrazione e disabilità nasce da diverse istanze: in primis dall'alto numero di diagnosi di minori stranieri affetti da disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, così come dalle difficoltà comunicative con le famiglie, dalla percezione di una scarsa efficacia

---

<sup>56</sup> Rumbaut ha introdotto delle categorie per aiutare a orientarsi in una popolazione così eterogenea. La seconda generazione è costituita da figli di immigrati nati nel paese di accoglienza, la generazione 1,75 è costituita dai minori che si trasferiscono all'estero nell'età prescolare, nella generazione 1,5 rientrano i minori tra i 6 e 12 anni che iniziano il processo di socializzazione e la scuola primaria nel paese di origine ma completano il percorso scolastico all'estero, infine la generazione 1,25 comprende i giovani che emigrano tra i 13 e i 17 anni. Nell'interpretazione italiana Graziella Favaro suddivide la seconda generazione in base alle storie e ai viaggi di questi giovani. Non si vuole qui entrare nel merito delle classificazioni ma solo restituire la complessità dello scenario.

degli interventi, dalla difficoltà di far rispettare dei programmi riabilitativi. Questioni che evidenziano un'apparente inadeguatezza rispetto alla certezza dei dispositivi adottati negli ambienti scolastici, sociosanitari ed educativi finalizzati all'accoglienza e all'inclusione. Verrebbe da chiedersi fino a che punto la retorica sull'integrazione e sull'accoglienza effettivamente integri, fino a che punto il lavoro degli insegnanti, degli operatori costruisca delle realtà condivise attraverso una negoziazione dei significati che tenga insieme i punti di vista delle diverse parti. È da queste riflessioni che si è dato il via a ricerche più approfondite in merito, anche nel contesto nazionale.

## 1. Le ricerche in Italia

Per lavorare con le famiglie immigrate con figli disabili occorre considerare la doppia fragilità in cui esse vivono in quanto la migrazione è spesso collegata a situazioni di disagio sociale e vulnerabilità. Nel caso specifico, la fragilità di questi nuclei è determinata dal rischio della perdita degli orizzonti culturali dei genitori legata alla migrazione e dalle condizioni spesso precarie in un contesto sconosciuto. In Italia, da alcuni anni ci si interroga su questi temi anche attraverso lo sviluppo di studi che, oltre a fornire informazioni utili per mettere a punto interventi inclusivi, hanno contribuito a costruire una cornice teorica e analitica per approfondire il tema della disabilità e immigrazione.

Dall'aprile 2007 al febbraio 2009 l'associazione *L'abilità* ha promosso, assieme al Comune di Milano, il progetto *Nemo* all'interno del quale è stata svolta la ricerca *Immigrazione e disabilità di un figlio: sfide educative e socioculturali*<sup>57</sup> volta a indagare i cambiamenti sperimentati dalle famiglie che affrontano un duplice mutamento: da un lato, quello legato alla migrazione e, dall'altro, quello legato alla nascita di un figlio con disabilità. Sono state somministrate otto interviste semi-strutturate a famiglie di diversa provenienza geografica e con un figlio con disabilità medio-grave. Dai racconti, è stato possibile rilevare la condizione di fragilità nella quale si trova la famiglia nel paese di accoglienza. I sacrifici del viaggio e dell'inserimento nelle società d'accoglienza trovano sollievo nelle speranze di

---

57 Giuliani, C., Bellomira, R., *Immigrazione e disabilità di un figlio: sfide educative e socio-culturali*, in "Psicologia dell'educazione", 1, pp. 29-46, 2010.

riscatto sociale soprattutto rivolte alle seconde generazioni. Tuttavia la nascita di un figlio con una qualche forma di disabilità rende il futuro più incerto per le famiglie, che devono confrontarsi con il nuovo evento e con le risorse di cui dispongono per fronteggiarlo. Sempre all'interno dell'indagine sono state evidenziate alcune difficoltà per le famiglie nell'accedere ai servizi territoriali, oltre alle difficoltà legate alla comprensione linguistica e culturale.

A Milano nel 2007 l'associazione *Anffas* ha indagato le problematiche delle famiglie immigrate con figli con disabilità a partire dall'incremento, negli ultimi dieci anni, della presenza di queste famiglie, che all'epoca rappresentavano circa il 14% dell'utenza, all'interno del servizio di riabilitazione promosso dall'associazione. Nella ricerca<sup>58</sup> sono stati presi in considerazione dieci minori affetti da sindrome di Down, 5 di nazionalità italiana e 5 di nazionalità non italiana, che hanno iniziato l'attività riabilitativa in età compresa tra 0-3 anni. Lo studio si è concentrato sul rapporto madre-figlio analizzando la storia delle madri, la gravidanza, l'interazione tra madre e bambino in un confronto tra famiglie italiane e straniere. Si è così evidenziata la condizione di doppio disagio in cui vivono le mamme non autoctone, specialmente per le fatiche legate all'inserimento nel nuovo contesto.

Nel 2010 la ricerca-azione di Ismu<sup>59</sup> curata da Valtolina ha evidenziato le aree entro cui queste famiglie risultano necessitare di un sostegno: la solitudine, la funzione educativa, il reperimento di informazioni, il rapporto con i servizi. L'assenza di reti di supporto, il tempo dedicato alla cura costante del figlio, ma anche «un'autoimposizione alla solitudine causata da diversi sentimenti, che vanno dall'imbarazzo, al desiderio di non pesare sugli altri, dalla vergogna alla paura di giudizio degli altri<sup>60</sup>» contribuiscono a isolare questi nuclei familiari. Inoltre i modelli di cura e i modelli educativi, talvolta diversi, possono rendere ancora più complesso l'esercizio della funzione educativa soprattutto quando si tratta di compiere scelte che riguardano il figlio con disabilità. Infatti per queste famiglie il reperimento delle informazioni risulta spesso difficile. Le stesse sono disorientate rispetto all'organizzazione del sistema dei servizi e, una volta identificati i servizi cui fare riferimento, possono sorgere

---

58 Ferrario G., Persico M.T., Pozzi T., Spada E., *La risposta di un modello di servizio riabilitativo ai bisogni della nuova popolazione multietnica*, Anffas, Milano, 2008.

59 Valtolina G.G. (a cura di), *Famiglie immigrate e inclusione sociale: i servizi e il territorio*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano, 2010.

60 Valtolina G.G., (a cura di), cit, p.32

anche delle incomprensioni legate alle difficoltà linguistiche, comunicative e ad aspettative disattese.

Nel 2014 Ismu e la Provincia di Milano hanno svolto una ricerca su diciassette famiglie immigrate con figli con disabilità sensoriali per comprendere le principali difficoltà incontrate ma anche per far luce sulle risorse su cui queste famiglie potevano contare<sup>61</sup>. La prima problematica segnalata è stata la sostenibilità, soprattutto a livello economico, delle visite e delle terapie riabilitative che richiedono alle famiglie un impegno, anche finanziario, che non sempre sono in grado di sostenere. I padri solitamente lavorano mentre le madri sono dedite all'accudimento dei figli, per alcune è stato necessario lasciare il lavoro in modo da dedicarsi al figlio con disabilità con una conseguente riduzione del reddito familiare. Nel campione della ricerca sono state incluse anche famiglie monogenitoriali in cui le donne si trovano in una situazione ancor più delicata in quanto sole a dover gestire la disabilità del figlio. Le reti parentali di supporto sono in generale assenti e il rientro nel paese d'origine non risulta così frequente a causa della condizione economica di queste famiglie. La maggior parte delle famiglie non ha contatti né con connazionali presenti nel territorio, né con altre famiglie che hanno figli con disabilità o con associazioni che operano in tale ambito o che supportano persone immigrate. Questi nuclei vivono una condizione di isolamento, prive di reti sociali sulle quali potersi appoggiare, e chiuse nel dolore derivante dalla nascita di un figlio con disabilità. Tuttavia, malgrado i fattori negativi appena citati, le famiglie sottolineano di essere soddisfatte dal punto di vista degli interventi scolastici, sanitari e riabilitativi attivati a favore del figlio, opportunità che non potrebbero avere se fossero rimasti nel paese d'origine.

Spostandoci dalla Lombardia all'Emilia Romagna negli stessi anni, dal 2008 al 2010 è stata condotta a Bologna la ricerca *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative e prospettive inclusive*<sup>62</sup>. Questa ricerca ha coinvolto genitori, insegnanti e professionisti dei servizi sociosanitari con lo scopo di approfondire la condizione delle famiglie migranti con minori disabili e il ruolo degli Enti preposti alla presa in carico dei bambini con disabilità nel percorso di integrazione.

---

61 Pavesi N., cit., p. 54.

62 Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative e prospettive inclusive*, Liguori Editore, Napoli, 2012.



Attraverso l'analisi di 304 questionari (somministrati a docenti della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado), *focus group* e interviste (36 insegnanti, 7 docenti di sostegno, 4 dirigenti scolastici, 33 genitori e 6 operatori sanitari) sono state esplorate le condizioni delle famiglie, le modalità di accoglienza e gli approcci didattici. Questa ricerca, la prima in Italia ad avere una certa consistenza, rappresenta il principale quadro di riferimento per approfondire la questione dato che fino a quel momento il quadro dei riferimenti scientifici è stato calibrato sull'una o sull'altra dimensione, senza riuscire ad armonizzare i bisogni e le risorse derivanti dall'essere migrante e disabile.

Sul tema della "doppia diversità" non esiste infatti una riflessione consolidata a livello normativo sebbene il fenomeno sia in aumento. Esistono documenti monotematici: circolari ministeriali e linee guida per l'accoglienza di alunni disabili; non esistono protocolli o documenti che si occupino della "doppia diversità". Di fronte alla lacuna normativa sul tema, le indicazioni fornite dalla ricerca bolognese costituiscono utili riferimenti teorici e metodologici che – integrati con i recenti studi nel campo dell'antropologia e etnografia – concorrono a delineare scenari inclusivi e orientamenti operativi<sup>63</sup>.

La ricerca ha prestato anche particolare attenzione alla famiglia e al percorso migratorio. La famiglia è il contesto prioritario del bambino, attore fondamentale per la costruzione del progetto di vita e parte integrante del lavoro con la scuola e con la rete dei servizi. Le difficoltà di natura linguistica e interpretativa sulle diverse rappresentazioni culturali dei concetti di disabilità e di cura possono pregiudicare un buon rapporto con le famiglie. Anche qui è stato trattato il tema dell'isolamento sociale vissuto da queste famiglie che sono spesso senza reti di supporto, disorientate e versano in condizioni di precarietà abitativa e lavorativa. Per questi nuclei le difficoltà di inserimento sociale e lavorativo, tipiche della migrazione, sono amplificate in quanto non possono contare su una rete sociale di sostegno. Sempre dalla ricerca sopra menzionata è emerso come queste famiglie non conoscano i loro diritti, abbiano scarsi contatti con l'associazionismo straniero e spesso ignorino l'esistenza

---

63 Bini E., *Accogliere famiglie con bambini disabili in contesti migratori. Scenari inclusivi a Bologna* in "REHMU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasilia", v. 26, n. 52, pp. 209-22, Brasilia, 2018.

delle associazioni legate alla disabilità. Pertanto per favorire la costruzione di legami sul territorio vengono indicate alcune strategie inclusive come ad esempio promuovere la formazione di gruppi genitoriali, incoraggiare il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore, attivare servizi domiciliari nei casi di grave disabilità, favorire i ricongiungimenti familiari finalizzati alla cura e all'assistenza di parenti con disabilità.

Per quanto concerne le difficoltà linguistiche e interpretative che possono ostacolare il dialogo con operatori e insegnanti, lo studio suggerisce percorsi di formazione interculturale che aiutino gli operatori ad assumere nuove strategie, nuovi metodi interpretativi per decodificare i riferimenti culturali dei migranti e costruire una base condivisa su cui avviare un confronto. Utile sarebbe inoltre la traduzione in lingua madre dei documenti riguardanti l'organizzazione e il funzionamento dei servizi e la documentazione relativa alla presa in carico del minore, il che implica la valorizzazione della mediazione linguistico-culturale. A riguardo, la ricerca ha sottolineato come il servizio di mediazione non sia diffuso capillarmente sul territorio e gli interventi restino legati a progetti specifici con risorse limitate. Inoltre i contratti di lavoro dei mediatori, spesso precari, e la mancanza di un riconoscimento istituzionale univoco della figura professionale così come la mancanza di corsi di aggiornamento, inducono gli stessi a cambiare lavoro. I dati evidenziavano come attraverso gli interventi di mediazione linguistico-culturale la relazione tra operatori e famiglie risulti migliore.

Pertanto solo un approccio globale, in grado di tenere insieme le diverse dimensioni, può restituire un quadro sufficientemente esauriente della situazione così da attivare delle risposte adeguate ai bisogni dei minori e delle loro famiglie.

Nell'anno scolastico 2007/2008 l'Università di Bologna con sede a Cesena aveva condotto una ricerca simile a quella appena descritta intitolata *Bambini stranieri con bisogni speciali*<sup>64</sup> in collaborazione con il Comune di Cesena e l'Ufficio Scolastico Provinciale. Anche in questo caso il progetto ha coinvolto gli insegnanti, gli operatori dei servizi e le famiglie dei minori, con l'obiettivo di comprendere le rappresentazioni della disabilità da parte delle

---

64 Goussot A., *Bambini stranieri con bisogni speciali: rappresentazione della disabilità dei figli da parte delle famiglie migranti e delle insegnanti*, in "Ricerche di pedagogia e didattica", 5, 1, 2010. Consultabile al link <https://rpd.unibo.it/article/view/1763/1140>

famiglie migranti e degli insegnanti. Inoltre, attraverso un'osservazione partecipata nelle scuole, si è voluto comprendere come si vivono questi alunni e come li vivono gli altri alunni della classe, così da cogliere come questi bambini con bisogni speciali possano essere risorse per la classe e produrre innovazione sul piano formativo. La ricerca ha proposto una riflessione sulla cornice interculturale e storica nel Paese, che vede l'Italia impegnata e all'avanguardia nei processi d'inclusione per le persone con handicap ma zoppicante nei processi d'inclusione dei migranti e i loro figli.

I concetti 'disabile' e 'immigrato' possono implicare un ampio spettro di significati e richiedono una riflessione condivisa per individuare modelli teorici e operativi che guidano le prassi educativo-scolastiche e i protocolli dei servizi.

Essere figlio o figlia di genitori immigrati e aver partecipato all'esperienza migratoria con tutto quello che comporta di riorganizzazione del proprio sé nel processo di transizione psicoculturale non è identico all'esser figlio di genitori immigrati nata o nato in Italia; qui non vi è il vissuto dell'esperienza migratoria del viaggio, dello spostamento ma vi è quello di essere parte di diversi mondi linguistico-culturali e di vivere una tensione tra la filiazione tramite i genitori e l'affiliazione cioè la costruzione che di sé che non necessariamente legata alla realtà di provenienza della famiglia. Sono situazioni diverse; si potrebbe anche aggiungere che ci troviamo con un altro tipo di realtà quando si tratta di bambini nati in Italia di una famiglia mista con uno dei due genitori italiano (e anche qui non è la stessa cosa se porto un nome italiano perché mio padre è italiano e se porto un nome non italiano perché è mia madre che è italiana; sono anche meccanismi di costruzione diversi e di percezione diversa dell'immagine del sé)<sup>65</sup>.

Molti elementi della ricerca sono risultati comuni agli studi precedentemente descritti.

Gli strumenti utilizzati in questo caso sono stati i seguenti: interviste semi-strutturate e colloqui con le famiglie, questionari semi-strutturati somministrati agli insegnanti e osservazione partecipante nelle classi. Uno degli indicatori qualificanti i progetti educativi per l'integrazione è la collaborazione che si viene a creare tra scuola, famiglia e servizi. Anche in questa ricerca si riconosce l'importanza di conoscere il punto di vista delle famiglie, per poi

---

65 Goussot A., cit, pp. 7-8.

coinvolgerle nel progetto educativo del figlio. Parallelamente al lavoro d'indagine sulle rappresentazioni e vissuti di famiglie e insegnanti, si sono predisposte delle monografie dei bambini integrando il punto di vista degli insegnanti, della famiglia, degli operatori dei servizi e dei bambini stessi<sup>66</sup>.

In particolare, poi, si è rivolto lo sguardo sulle madri e sul vissuto materno perché:

occorre anche comprendere l'impatto della migrazione sul vissuto del bambino e di quello dello dei genitori, e in particolare della madre. Serge Lebovici che ha condotto i primi lavori di analisi comparativa sull'impatto dell'esperienza migratoria nell'interazione madre-bambino; sottolinea come ogni cultura ha un suo modo particolare di accudire i bambini ma anche di prendersi cura o meno dei bambini anomali o considerati come tali. L'insicurezza materna con la perdita del proprio contesto affettivo e culturale di riferimento svolge ovviamente un ruolo fondamentale nella ridefinizione della relazione di cura<sup>67</sup>.

L'autore della ricerca invita a osservare i processi di cambiamento intervenuti nella vita del bambino e del suo rapporto con la madre, che spesso vive una condizione di solitudine dentro e fuori le mura domestiche perché la migrazione tende a trasformare le mappe mentali e affettive delle famiglie, ridefinisce i rapporti di coppia, i rapporti con i figli ed inevitabilmente va a incidere anche sul modo di affrontare la disabilità. Nello specifico, la madre porta con sé un proprio modello di *maternage*, possiede una propria rappresentazione dello sviluppo del bambino e una sua concezione di cura materna e di educazione della prole. Tutti questi aspetti devono necessariamente confrontarsi con le condizioni in cui la madre si trova a vivere e non sempre i vecchi e i nuovi orizzonti culturali di riferimento trovano un equilibrio. Infatti,

---

66 Per i bambini sono stati previsti dei momenti di osservazione in alcune attività didattiche nelle classi dove sono inseriti gli alunni figli di migranti individuati come campione della ricerca. Gli elementi raccolti durante le osservazioni andranno a integrare le informazioni acquisite attraverso le interviste, i colloqui e la documentazione fornita dalla diagnosi funzionale, il profilo dinamico funzionale e il piano educativo individualizzato.

67 Goussot A., cit, p. 9-10.

La madre migrante accede al nuovo contesto attraverso il suo universo psico-culturale, la sua rappresentazione del mondo e il sistema di valore appreso nel paese d'origine; il cambiamento di contesto e la transizione crea incertezza e anche confusione percettiva: questo vuol dire che trasmette questo suo mosaico d'impressioni e sensazioni al figlio che può generare angoscia e insicurezza. Si vanno a confrontare schemi culturali diversi che deve gestire la madre anche a contatto con la scuola e il mondo dei servizi: tecniche di cura, interazione corporea e sensoriale madre-figlio, linguaggio parlato e non parlato, atti psichici, rappresentazioni materne del bambino e rappresentazioni del bambino nel contesto nuovo, rappresentazione della funzione materna nel contesto di origine e nel nuovo contesto. La madre si trova anche a gestire nel processo di transizione che è a tutti gli effetti un processo di acculturazione il rapporto tra il mondo di dentro fatto di legami affettivi intrafamiliari e il mondo esterno fatto di nuove relazioni e nuove regole sociali e culturali. In tutto questo processo di cambiamento vi è anche la ridefinizione della funzione genitoriale che riguarda anche la figura paterna e il suo ruolo<sup>68</sup>.

Nella ricerca su Cesena sono state intervistate sette madri immigrate. Dai loro racconti è emersa l'importanza attribuita alla relazione con il figlio con disabilità e l'influenza della rappresentazione della disabilità. Interpretazioni culturali della condizione di disabilità del figlio che si accompagnano a una fiducia nella medicina occidentale.

Un altro punto riguarda la discrepanza tra le aspettative di guarigione e il miglioramento rispetto alla realtà con cui i genitori si imbattono in Italia, paese in cui i processi di inclusione sono difficoltose. Da qui, emergono i cosiddetti 'fantasmi materni', ossia l'ideale di figlio immaginato dalla madre nella sua testa e quello che si trova ad accadere ed è chiara la distanza tra quanto è stato pensato e quella che è la realtà.

Nel settembre 2011 è stato pubblicato il report *Disabili stranieri: un doppio sguardo per l'inclusione sociale. Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti*<sup>69</sup>, frutto del lavoro della rete regionale dei Centri di Documentazione per l'Integrazione della Regione Emilia Romagna<sup>70</sup>. All'epoca dello studio, l'Emilia Romagna era la regione con la percentuale più alta

---

68 Goussot A., cit, p. 12-13.

69 Mei S. (a cura di), *Disabili stranieri: un doppio sguardo per l'inclusione sociale. Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti*, Centro Ri.E. Sco, Bologna, 2011.

70 I centri di Documentazione per l'integrazione sono nati nel 1992 per promuovere attività di informazione, documentazione e consulenza nell'area della disabilità.

di alunni con cittadinanza non italiana. Considerata dunque la consistenza del fenomeno migratorio e la presenza crescente nei servizi educativi, scolastici, sanitari di minori con disabilità figli di migranti, lo studio ha problematizzato le tematiche dell'accoglienza e dell'integrazione fornendo un quadro numerico dei minori stranieri con disabilità nelle province di Bologna e di Ferrara. Sono stati realizzati quattro *focus group* con gli operatori dei servizi e con i genitori stranieri di minori con disabilità per raccogliere riflessioni, opinioni e rappresentazioni da parte degli attori in gioco parallelamente ad un'analisi accurata delle documentazioni educative che restituiscono le modalità e le pratiche attraverso cui le scuole cercano di attivare processi di inclusione per questi minori.

Dai focus sopracitati con gli operatori è emersa la difficoltà di comunicare con queste famiglie, che non conoscono il funzionamento della scuola e dei servizi sociosanitari, condizione che impedisce ai genitori di comprendere a pieno il senso degli interventi specialistici.

Anche la non conoscenza della lingua italiana è tra i problemi maggiormente segnalati. Per superare in parte questo problema si ricorre ai mediatori culturali «ai quali una scuola attenta sa chiedere non solo un servizio di traduzione ma un lavoro di mediazione che va costruito nel tempo e che facilita la creazione di legami fra scuola e genitori<sup>71</sup>». Tuttavia, gli operatori sottolineano che in alcuni casi è necessario un tempo più lungo per osservare l'andamento dell'inserimento e il processo di acculturazione dei bambini e delle loro famiglie con il rischio di relegare una situazione complessa all'interno di categorie diagnostiche 'restrittive', senza considerare fattori che potrebbero essere utili per comprendere meglio la situazione del bambino come, ad esempio, la concezione stessa del bambino da parte della famiglia o i vari modelli educativi.

Piuttosto sarebbe opportuno dedicare più tempo all'ascolto delle storie familiari e di migrazione per comprendere la diversità di percezione della malattia, i significati che i genitori e la comunità di appartenenza vi attribuiscono, in modo che sia la scuola che i servizi possano costruire interventi coerenti.

---

71 Mei S. (a cura di), cit, p. 47.

È emersa infine la necessità di tavoli di lavoro interservizi per condividere osservazioni e punti di vista che aiutino nella lettura dell'intreccio tra disabilità e immigrazione, così come si rende necessaria una formazione congiunta in ambito sanitario e scolastico al fine di creare un sapere comune senza il quale non potranno essere condivisi bisogni e linguaggi.

I focus con le famiglie hanno messo l'accento sui vissuti soggettivi della malattia, cercando di cogliere il modo in cui si costruisce il mondo dei significati relativi all'evento doloroso e alla disabilità. Per queste famiglie il processo migratorio è spesso concepito come un processo volto al miglioramento delle condizioni di vita, tuttavia la nascita di un figlio con disabilità amplifica il contrasto tra ciò che la migrazione rappresentava nell'immaginario e ciò che realmente è. La messa a fuoco del 'problema' avviene con difficoltà: in diversi casi, le diagnosi dei medici sono considerate inadeguate e fragilizzano ancora di più i genitori che cercano la possibilità di una cura che porti a una guarigione definitiva. Si tratta spesso di famiglie dove il carico di cura è relegato quasi esclusivamente alle donne, che spesso interrompono i propri progetti per dedicarsi al figlio, donne sole, sia sul piano emotivo che sul piano organizzativo, che vivono una condizione di solitudine molto pesante. Non possono contare su reti di supporto, per sostenere il peso del dolore e dare un senso agli eventi esse trovano supporto nella fede.

La ricerca sopra citata offre una serie di spunti di riflessione per programmare interventi che siano in grado di rispondere ai bisogni portati da queste famiglie perché:

essere stranieri e disabili , non è solo una somma di difficoltà e svantaggi, ma anche misura di più dimensioni per la raccolta di informazioni nei servizi socio-sanitari e nella scuola italiana. I modelli vanno dunque affiancati da una capacità e da un tempo di osservazione fondamentali per comprendere appieno il deficit<sup>72</sup>.

Di grande interesse risulta anche l'indagine condotta da Samantha Armani, la quale ha sottoposto un'intervista qualitativa a un gruppo di 9 professionisti esperti, italiani e non, che si occupano di educazioni interculturale e pedagogia speciale<sup>73</sup>. I contenuti delle

---

72 Mei S. (a cura di), cit, p. 104.

73 Armani S., *Benessere e intercultura. Nuove sfide per favorire l'inclusione di malati e disabili migranti*, Franco Angeli, Milano, 2018.

interviste sono stati successivamente raggruppati in cinque categorie, a seconda del tema, per cui si hanno: problematiche, culture, famiglie, progetti e proposte.

Per quanto concerne le problematiche, Armani ha evidenziato come spesso le informazioni per accedere ai servizi e alle strutture specialistiche siano carenti o non riescano a essere comprese dalle persone interessate, soprattutto a causa della barriera linguistica che rappresenta una delle difficoltà maggiori. Il bisogno più evidente riguarda la volontà di esprimersi e comprendere, al di là della mera richiesta di aiuto. Le persone sovente non conoscono le possibilità di essere sostenute oppure non hanno abbastanza fiducia nei confronti delle attività riabilitative e educative proposte. L'indagine ha sottolineato come queste famiglie, oltre alla questione della disabilità, debbano affrontare altri problemi oltre alla disabilità del figlio e alla costruzione di un nuovo vissuto quotidiano.

La disoccupazione e la povertà lasciano le famiglie immigrate allo sbando, perché non sempre riescono a far fronte ai problemi tutti insieme. Gli aspetti più personali sono inizialmente messi da parte alla ricerca di un sostentamento e di una sicurezza economica, ma anche i disagi personali e relazionali con il tempo richiedono la loro parte, talvolta logorano in silenzio chi si prodiga per sé e la sua famiglia, senza poter trovare uno sfogo esterno, privi di un supporto. Integrarsi in una nuova comunità richiede molti sforzi che spesso paiono vani, almeno all'inizio, ci vuole costanza, fermezza e caparbia, mettendo a dura prova i migranti<sup>74</sup>.

Tra le varie criticità l'autrice segnala, in modo particolare, l'assenza di lavoro di rete tra servizi e la necessità di formare i professionisti anche dal punto di vista interculturale.

Nella categoria 'culture' si è notato come i concetti di salute, malattia, benessere siano interpretati in modo diverso a seconda della cultura di appartenenza. L'autrice sottolinea inoltre l'incidenza della dimensione politica nella gestione dei servizi per cui, se non si pone attenzione ai bisogni delle persone vulnerabili, il rischio è quello di dare delle risposte non adeguate a quei bisogni.

Per quanto riguarda la categoria 'famiglia', invece, gli intervistati hanno raccontato delle grandi difficoltà incontrate nel creare una relazione di fiducia con le famiglie migranti con figli

---

74 Armani S, cit, p. 84.



con disabilità. Alcuni hanno anche denunciato il fatto di non essere riconosciuti da parte delle famiglie come professionisti, anche se non mancano testimonianze positive progetti riabilitativi e educativi ben riusciti.

In materia di progettualità, si rimarca l'assenza di progetti e attività consolidate per le persone migranti disabili, mentre nelle proposte viene ribadita la necessità di lavorare in rete tra i sistemi che a vario titolo si occupano di queste persone, coinvolgendo le diverse discipline e i professionisti che sono chiamati a lavorare per il benessere. A tal proposito, scrive Armani:

I sistemi educativi e terapeutici sono rimessi in campo per dialogare e trovare punti in comune e potenzialità da proporre ai suoi utenti; ad esempio, accettando la dimensione "altra" del prendersi cura, attraverso la sospensione del giudizio, imparando a cambiare il nostro punto di vista. Nanni propone di superare la nostra prospettiva della realtà, guardando le situazioni da altri punti di vista. Questo processo, chiamato decentramento, permette così di osservare gli atteggiamenti, i dialoghi e le dinamiche comportamentali fra le persone, secondo un'ottica differente dalla nostra<sup>75</sup>.

La figura del mediatore dovrebbe essere presente in maniera costante in molti contesti sanitari ed educativi, in modo da divenire parte integrante dell'*équipe*, così come la formazione di operatori dei servizi sociali, sanitari e scolastici deve essere necessariamente aggiornata di continuo. La trasmissione delle competenze interculturali diventa così fondamentale nella costruzione della relazione di aiuto ma anche nella progettazione di percorsi educativi e riabilitativi che tengano conto di questa doppia vulnerabilità.

Le ricerche qui presentate sollecitano l'adozione di una prospettiva interdisciplinare che colga la complessità dell'intreccio di alcune variabili importanti: appartenenza culturale, disabilità e contesto familiare. L'analisi integrata di queste situazioni complesse dovrebbe coinvolgere necessariamente i minori e le loro famiglie per una buona riuscita dei percorsi di inclusione.

---

75 Armani S., cit, p. 102.

## 2. Lo sguardo antropologico

L'attenzione alla dimensione culturale nello sguardo sulle rappresentazioni della disabilità e ai modelli di cura è un argomento ancora poco esplorato.

È stata l'antropologa Laura Lepore una delle prime studiose in Italia ad affrontare in maniera più approfondita la questione, quando nel 2010 in un suo contributo<sup>76</sup> sui minori stranieri con disabilità ha sottolineato come gli studi antropologici potessero fornire un valido supporto teorico e interpretativo per comprendere meglio la questione della diversità culturale degli "altri" da "noi" ponendo domande non solo sull'altro (in questo caso i migranti) ma anche sul noi. L'autrice è riuscita a spiegare come l'antropologia possa interrogare a dovere la fenomenologia della cultura, il rapporto tra cultura e natura negli umani e, nello specifico, aiutare a comprendere le diverse rappresentazioni del corpo, di salute e di malattia.

Intanto ricordiamo che gli studi etnografici e le letture antropologiche ci permettono di cogliere la storicità delle rappresentazioni umane sull'uomo e sul mondo e delle pratiche sociali e culturali, il dinamismo degli assetti simbolici delle "culture" e la loro trasformazione. L'antropologia ci sostiene anche nel renderci consapevoli che la diversità culturale non è un patrimonio museale dell'altro, ma riguarda anche Noi, noi occidentali, con le nostre forme storiche di umanità. Inoltre un uso serio delle categorie antropologiche ci allontana anche da letture più esistenzialiste delle "culture", quelle letture retoriche e folcloriche degli Altri che li irrigidiscono in facili stereotipi della loro diversità, staticizzando le apparenze altrui e immaginando la cultura in un certo luogo come vestito uguale indossato dai componenti del corpo sociale allo stesso modo<sup>77</sup>.

In altre parole, ogni volta che un insegnante e/o un operatore indaga le storie delle persone è chiamato a tener presente che non ha davanti a sé culture statiche ma soprattutto persone appartenenti a contesti culturali propri e definiti, per cui è opportuno far riferimento alla dimensione culturale idiosincratica, cioè quella dimensione culturale che ciascuna persona

---

<sup>76</sup> Lepore L., *Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri*, in "Minori e giustizia", fasc. 3, pp. 94-104, 2011.

<sup>77</sup> Lepore L., cit., pp. 94-95.

ha fatto propria e ha rimodulato nel corso del tempo con le proprie esperienze di vita. La cultura non è un universo definito e impermeabile, in quanto gli individui sono soggetti capaci di *agency*, perché in grado di plasmare, negoziare continuamente i diversi significati culturali, di integrare conoscenze e quindi di modificare le loro appartenenze, le loro storie, le loro identità. È per questo che:

guardare un migrante con occhio antropologico pertanto non vuol dire ingabbiarlo in una presunta griglia di riferimento standardizzata, ma provare a “leggere” la sua biografia di cinese, marocchino, rumeno, filippino, pakistano e indagare le pieghe in cui l’appartenenza culturale risiede e come in lui si è modulata, come si è trasformata nella migrazione<sup>78</sup>.

I migranti portano con sé un bagaglio molto complesso che non è ascrivibile ad un concetto statico di cultura. Ad esempio, parlare genericamente di cultura africana non significa molto poiché l’Africa è un continente composto da tantissimi popoli con altrettante lingue e usanze. Piuttosto, si possono avere degli orizzonti di riferimento, come ad esempio i Paesi a cultura musulmana, i Paesi con cultura maggiormente orientata verso il cristianesimo. Anche la lettura di alcune etnografie può essere utile per capire il significato di certe figure simboliche in alcuni contesti culturali e di come questi intervengano sui processi di guarigione da una malattia o di preservazione della buona salute.

Lepore suggerisce di assumere uno sguardo «antropologicamente attrezzato» che permetta di ascoltare l’altro in maniera empatica, riconoscendo in ciò che l’altro dice un principio di verità. Questo non significa aderire al sistema di pensiero dell’altro ma porsi delle domande sul perché la persona ci dice certe cose. Ad esempio sul perché un genitore non intende mandare la figlia con disabilità a scuola preferendo non investire sulla sua istruzione e tenerla a casa in quanto non considerata sposabile. In alcuni contesti la sposabilità di una donna è un valore fondante all’interno dell’economia familiare si tratta ora di capire fino a che punto si è in grado di accogliere questa differenza in maniera sostanziale.

Studiare la disabilità da una prospettiva antropologica significa tenere conto che la cultura non è qualcosa di cui ci si possa disfare, è qualcosa che struttura la dimensione personale e

---

78 Lepore L., cit., p.95.

psichica dell'individuo, che quest'ultimo mette in atto con comportamenti e con pratiche, è una cultura agita. Le famiglie migranti portano con sé la loro appartenenza, i loro stili familiari e le loro personali reinterpretazioni dell'appartenenza culturale che già nella migrazione possono subire adattamenti e possono integrare parti del contesto nel quale vanno a vivere. Occorre entrare in contatto con questi sistemi di significato diversi perché è solo ascoltandoli e interrogandoli che aiuteranno operatori, insegnanti e clinici a trovare delle risposte.

Parlare di cultura significa parlare anche di corpi attraverso cui la dimensione culturale si manifesta. Non a caso Lepore richiama al concetto di *embodiment* per il quale il corpo non è solo un corpo naturale, è un corpo in tensione tra il naturale e il culturale. Al di là della nascita biologica e dei processi fisiologici cui va incontro, il corpo è oggetto fin dalla nascita di grandi manipolazioni culturali di cui non ci si può disfare facilmente. Lepore scrive che:

Quella materia che ci mette tutti in comune, il nostro corpo, le nostre caratteristiche fisiche, genetiche, biologiche, è talmente elaborata dai processi culturali che in un contesto plurale come quello delle società di immigrazione rischiamo di sentirci "corpi estranei" l'uno all'altro, per come parliamo, ci vestiamo, educiamo i nostri figli, odoriamo, camminiamo, etc. Quei corpi culturalmente lavorati sono pieni di senso, attraversati da rappresentazioni dense di significato, pratiche condivise che sanciscono appartenenze. Le nostre stesse concezioni di cosa siano umanità, persona, normalità, sono anch'esse frutto di un lavoro della cultura<sup>79</sup>.

Interrogarsi su cosa sia l'umanità, il corpo, la normalità rientra nelle questioni culturali. Verrebbe da chiedersi anche se esista un principio universale che fondi l'idea stessa di umanità. L'antropologia aiuta dunque a interrogarsi su quali sono i linguaggi locali sulla diversità, come si comportano le persone in un certo luogo e in un certo momento storico davanti a situazioni di disabilità.

Tuttavia, la concettualizzazione culturale di ciò che è umano è variabile, perché ciò che viene considerato come non umano (quindi differente dalla 'normalità') spesso si differenzia molto

---

79 Lepore L., cit., p. 95.

da una società all'altra. La stessa nozione di disabilità è sconosciuta in molti contesti per cui a livello linguistico il significato non trova rispondenza in alcun significante.

Per citare un esempio, Valeria Tonioli ha condotto a Venezia un'indagine etnografica<sup>80</sup> sull'educazione linguistica e sulle rappresentazioni della disabilità in famiglia migranti di origine bangladese. La ricercatrice spiega come nella lingua bangladese non esistano vocaboli per definire, se non in termini prettamente fisici, la disabilità per cui o si usa la parola *prothibondi*, o *subentra pagol* che in senso letterale significa 'matto', a definire tutte le altre disabilità o chi non rientra nella categoria della 'normalità'. Solo recentemente nelle situazioni di bambini certificati con diagnosi di disturbi dello spettro autistico si usano le parole inglesi *autistic* o *down syndrom* ma, come si intende, la gamma lessicale rimane piuttosto scarna.

Rimanendo sul tema degli studi antropologici sulla disabilità, l'antropologo Robert Murphy, ha scritto una monografia<sup>81</sup> in cui racconta di come egli stesso sia improvvisamente diventato 'l'altro' all'interno della sua stessa comunità. Infatti, al culmine della sua carriera come antropologo culturale gli fu diagnosticata una malattia degenerativa che lo rendeva claudicante, poi paraplegico e infine tetraplegico. L'antropologo, che aveva lavorato sugli 'altri' in contesti esotici, si trova lui stesso a diventare 'l'altro' nel suo contesto endotico. L'autore racconta, in prima persona, il progressivo straniamento del corpo di chi diviene disabile passando dal 'ruolo' di persona sana a quello di malato. Ad esempio, Murphy sottolinea come, una volta divenuto malato, siano sospesi i ruoli sociali ordinari di genitore, insegnante o operaio e come sia dispensato dagli obblighi sociali. L'unico obbligo che viene richiesto al malato è quello di impegnarsi per la guarigione anche se come paziente si deve affidare completamente agli altri e alle routine dell'istituzione perdendo così la libertà di scelta e del rispetto delle regole della malattia. In sostanza, l'autore entra in una dimensione di vita 'altra' in cui impara nuovi codici finora sconosciuti. Attraverso la sua esperienza Murphy compie un viaggio nella disabilità interrogandosi sulle relazioni sperimentate da ogni

---

80 Tonioli V., *Educazione linguistica e rappresentazioni della disabilità in famiglie migranti di origine bangladese. Risultati di un'indagine condotta nel territorio di Venezia*, in "Journal of Health Care Education in Practice", v. 2, n. 1, pp 77-87, 2020.

81 Murphy R., *Il silenzio del corpo*, Erickson, Trento, 2017.

persona disabile nel mondo sociale<sup>82</sup> segnando così una tappa fondamentale nell'analisi della condizione sociale delle persone disabili.

Un altro testo importante per affrontare il tema della disabilità dal punto di vista antropologico è *Disability & Culture*, curato nel 1995 da Benedict Ingstad e Susan Reynolds Whyte<sup>83</sup>. In questo testo le due antropologhe americane evidenziano diverse rappresentazioni della disabilità in una prospettiva comparativa.

Nell'introduzione al testo, le curatrici scrivono:

In questo libro speriamo di riportare la disabilità ad assunti fondamentali riguardo l'umanità e la persona in differenti culture. Ci chiediamo se e come un indebolimento influenzi il valore di una persona come essere umano o la sua posizione come persona sociale. Le persone con una menomazione, sono persone menomate? Per rispondere a queste domande, gli Autori/le Autrici dei nostri contributi mettono in relazione il concetto di disabilità con nozioni quali il potere, i corpi, la normalità e l'ordine, la capacità individuale e l'esistenza sociale. Ma i concetti di persona e disabilità non si ritrovano nelle analisi culturali. Essi sono affermati dai media, dagli esponenti clericali, dal personale sanitario, dalle agenzie dello sviluppo; essi sono negoziati dai genitori, rappresentati in rituali, contestati o ignorati dalle persone con menomazione (...). Quindi la domanda riguardo la disabilità e le nozioni di persona ci conduce ad altre domande. Come è costruita la disabilità nelle interazioni quotidiane, nelle narrazioni, nelle rappresentazioni degli studiosi e nei discorsi degli esperti? Come cambiano queste costruzioni nel tempo?<sup>84</sup>

Le autrici affrontano così la questione della disabilità nel modello occidentale in cui si è abili o non abili rispetto alla capacità di lavorare considerata anche la cultura fortemente centrata sul valore del lavoro e della performance, non solo nei contesti lavorativi ma anche nei contesti scolastici.

Lepore, a sua volta, sottolinea che:

---

<sup>82</sup> Murphy non parla solo dell'ospedalizzazione, ma affronta anche il tema delle dinamiche che si producono nelle sedute riabilitative. In questi contesti la persona con disabilità che risulta incapace di migliorare la propria condizioni può essere letta come mancanza di impegno o come rinuncia.

<sup>83</sup> Ingstad B., Reynolds Whyte S., *Disability & Culture*, University of California Press, Berkeley Los Angeles-London, 1995.

<sup>84</sup> Ingstad B., Reynolds Whyte S., cit, pp. 24-25

l'identificazione di individui disabili cronicamente inabili al lavoro comincia nei primi censimenti delle colonie inglesi in Africa. È allora che è stato introdotto un modello di codificazione dell'umano altro dal contesto, censito in ordine alle capacità performative ai fini dell'uso lavorativo che il dominio coloniale poteva fare di quell'individuo. La definizione di abile o disabile avviene in universi simbolici diversi ed è plasmata dalla cultura, potremmo dire dai campi di forza geopolitici che costruiscono dominanti anche simboliche nella definizione dell'umano<sup>85</sup>.

Spesso alla disabilità si associa il concetto di disabilità fisica, di incapacità fisico-motoria, il pensiero corre alle disabilità più visibili. Tuttavia esistono impedimenti, malfunzionamenti, menomazioni invisibili che possono, in relazione a un contesto specifico, disabilitare le persone in egual modo. Pertanto, anche l'evoluzione del concetto stesso di disabilità ha contribuito a porre attenzione, oltre ai problemi organici riguardanti lo stato di salute della persona, anche agli aspetti funzionali, legati cioè all'interazione del soggetto nel contesto in cui è inserito. Il passaggio dal modello 'medico' al modello 'sociale', nato anche per la spinta delle rivendicazioni dei diritti civili<sup>86</sup>, è stato adottato anche da organismi internazionali che lo hanno poi tradotto all'interno dei propri documenti. L'OMS dalla *International classification of impairment, disability and Handicap (ICIDH)* del 1999, è passata nel 2001 alla *International Classification of functioning health & disability (ICF)*. Qui, la distinzione tra 'menomazione', 'disabilità', 'handicap' viene superata e il concetto di disabilità assume un significato più ampio che comprende le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello individuale sia nella partecipazione sociale.

In conclusione, si può affermare che l'antropologia può aiutare a mettere in discussione la nozione di disabilità o quantomeno andarla a declinare nei contesti da cui provengono le

---

85 Lepore L., cit, p.97.

86 La nascita del modello sociale della disabilità si deve alla costruzione del movimento UPIAS (*Union of the Physically Impaired Against Segregation*- Unione dei disabili fisici contro la segregazione) che lottava contro le istituzioni segreganti per disabili rivendicando un sistema di opportunità che consentisse la piena integrazione di queste persone e la possibilità di una vita indipendente. Nel 1975 ci fu la pubblicazione dei *Principi fondamentali della disabilità* in cui la responsabilità della disabilità non più attribuita all'individuo a causa della sua menomazione ma al sistema sociale, alle sue istituzioni e organizzazioni.

persone. Le diagnosi e le categorie che vengono utilizzate non solo non corrispondono alle categorie utilizzate dalle famiglie ma soprattutto non esistono nella loro testa. Ad esempio molte persone migranti che accedono ai servizi sociosanitari arrivano da contesti in cui non hanno accesso al sistema dei servizi, in cui la visione della medicina non è così radicata, pertanto possono non avere chiaro quanto sta accadendo. Occorre dunque trovare nuovi canali di comunicazione che permettano a queste famiglie di raccontare le loro esperienze e i loro vissuti.

### **3. Il contributo della pedagogia speciale**

In ambito pedagogico le due discipline che si occupano di diversità sono la pedagogia speciale e la pedagogia interculturale, due aree scientifiche con un proprio oggetto di studio (disabilità e appartenenza culturale), caratterizzate da diverse fasi di sviluppo e disciplinate da disposizioni normative (leggi, circolari ministeriali, linee guida per l'accoglienza). L'integrazione dell'alunno con disabilità afferisce all'ambito della pedagogia speciale mentre l'integrazione dell'alunno migrante riguarda l'ambito della pedagogia interculturale.

Si tratta di riflessioni sviluppatesi in tempi diversi. L'attenzione all'integrazione del bambino con disabilità è infatti iniziata molto prima rispetto a quella dell'alunno proveniente da contesti migratori, gli alunni migranti sono presenti nelle scuole da un tempo relativamente breve anche se in costante crescita. Entrambe le discipline si occupano di definire percorsi volti a favorire l'inclusione dei soggetti a rischio di marginalizzazione. L'obiettivo finale può dirsi comune ovvero quello di lavorare affinché le istituzioni scolastiche diventino più inclusive in grado di accogliere e tenere dentro le differenze.

Il tessuto socio-culturale delle scuole si è fortemente modificato, gli insegnanti si trovano a dover gestire gruppi classe fortemente eterogenei e devono adattare gli strumenti della didattica a nuove esigenze e a nuovi bisogni. Il percorso inclusivo appare più complesso quando disabilità e migrazione sono connesse. Come già evidenziato dalle ricerche davanti a situazioni che pongono la questione della 'doppia diversità' occorre assumere uno sguardo interdisciplinare che permetta una lettura multidimensionale di queste situazioni e orienti



interventi specifici che tengano conto anche della dimensione culturale. Un approccio che guardi alla globalità della persona e che sia in grado di integrare conoscenze e competenze per interventi efficaci.

Martinazzoli ha descritto il modello della pedagogia speciale transculturale secondo cui il classico approccio della pedagogia speciale risulta riduttivo quando si incontrano bambini con disabilità provenienti da contesti migratori, in quanto ci si concentra solo sulla dimensione della disabilità. Per indagare in modo approfondito la 'doppia diversità' occorre adottare uno sguardo transculturale che consiste nel leggere le situazioni multiculturali andando oltre il «semplice scambio tra culture, attraverso la valorizzazione delle differenze, attraverso una disponibilità all'interdipendenza tra culture e un riconoscimento dell'universale in ogni cultura<sup>87</sup>». Uno sguardo quindi decentrato rispetto ai propri modelli culturali per riuscire ad entrare realmente in contatto con l'altro da sé. L'autrice suggerisce inoltre di utilizzare lo strumento dell'anamnesi transculturale per co-costruire l'universo culturale di riferimento. In questo modo, attraverso un'intervista rivolta ai genitori, si cerca di costruire la storia del bambino a partire dalla diagnosi di disabilità, dalle esperienze fatte nel paese d'origine con i servizi sanitari e con la scuola (se non è nato in Italia) e dalle osservazioni dei genitori sul bambino. È necessario guardare contemporaneamente al passato e al futuro lavorando sul presente tenendo in considerazione le rappresentazioni culturali della famiglia, i bisogni del bambino, il progetto migratorio e le aspettative della famiglia. Lo sguardo transculturale permette quindi di attuare interventi globali e integrati attraverso una lettura multidimensionale che considera le dimensioni fondamentali nella definizione del progetto di vita: l'appartenenza culturale, la disabilità e il contesto, incluso il contesto familiare.

Anche Goussot<sup>88</sup> ha proposto un modello di antropologia pedagogica che permette di rilevare il legame dinamico tra disabilità e dimensione culturale e di fornire risposte adeguate a queste situazioni. Ribadisce dunque, ancora una volta, la centralità della persona, del contesto storico-culturale di appartenenza e dell'approccio multidisciplinare, proponendo, ai

---

87 Martinazzoli C., *Due volte speciali. Quando gli alunni con disabilità provengono da contesti migratori*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 154.

88 Goussot A., *Bambini stranieri con "bisogni speciali". Saggio di antropologia pedagogica*, Aracne Editrice, Roma, 2011.

fini di un'analisi multidimensionale, lo strumento della monografia all'interno della quale si ricostruisce lo sviluppo e il percorso scolastico del bambino attraverso le osservazioni di diverse figure (genitori, insegnanti, clinici e terapeuti).

Entrambi i modelli citati suggeriscono la necessità di approcci meticci per progettare interventi mirati in grado di cogliere la globalità della persona all'interno di un processo inclusivo così da valorizzare tutti i punti di vista, anche quello dei genitori.

Non si vuole certamente ridurre in queste righe il valore e la portata dei contenuti di queste discipline pedagogiche, piuttosto l'intento è quello di rimarcare la necessità della interdisciplinarietà dei modelli educativi e pedagogici che vogliono affrontare la complessità del presente. È auspicabile dunque, che questi nuovi modelli contribuiscano a aprire nuovi orizzonti metodologici e operativi e favoriscano il percorso di inclusione degli alunni disabili provenienti da contesti migratori.

## **Famiglie, immigrazione, vulnerabilità: fattori di rischio e fattori di protezione**

Finora si è parlato del tema disabilità e immigrazione nel loro interagire. Le ricerche presentate nel precedente capitolo hanno evidenziato alcuni fattori che possono rendere le famiglie, oggetto di questo lavoro, maggiormente vulnerabili.

Ogni famiglia<sup>89</sup>, nel corso del tempo, si trova a dover fronteggiare compiti e eventi inattesi che richiedono un continuo processo di riadattamento e riorganizzazione alla ricerca di un nuovo equilibrio. La nascita di un figlio con disabilità (o il subentrare della disabilità nel corso dei primi anni di vita) può essere considerato un 'evento critico' che si ripercuote sull'intero sistema familiare, sulle relazioni, che impatta fortemente sulla quotidianità di tutti i membri con conseguente riadattamento rispetto alla nuova situazione. Per i genitori ciò significa accettare nuove sfide, ad esempio l'accettazione della disabilità nei confronti del figlio riuscendone a vedere non solo i limiti ma anche le potenzialità e le risorse. Valtolina, con riferimento alla coppia genitoriale, parla di «cammino di accettazione, di adeguamento e riorganizzazione familiare più lungo e difficoltoso, che può compromettere e indebolire le basi stesse su cui si fonda la propria unione<sup>90</sup>».

L'impatto della disabilità sul nucleo familiare può variare a seconda di diversi aspetti: la natura e la gravità della disabilità, le caratteristiche e le risorse che permettono di far fronte alle diverse problematiche, la presenza di una rete di supporto intra e/o extra familiare. Anche il significato che la famiglia attribuisce all'evento è di fondamentale importanza e di come i suoi membri «lo connettono alla loro storia familiare e lo inseriscono nella loro vicenda familiare<sup>91</sup>».

---

89 In accordo con la prospettiva sistemico-relazionale, famiglia è da intendersi non come semplice somma dei suoi membri ma come un sistema aperto in cui le parti sono i diversi componenti le cui azioni esercitano un'influenza sugli altri e sull'intero sistema familiare che modifica i suoi equilibri e si trasforma. Essa, a sua volta, agisce all'interno di un contesto più ampio che la può influenzare: la rete parentale, amicale, di vicinato, i servizi, le realtà del terzo settore, le comunità di appartenenza, ecc.

90 Valtolina G.G., *Famiglia e disabilità*, Franco Angeli, Milano, 2000, p.31.

91 Scabini E., *Psicologia sociale e della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995, p.100.

Per le famiglie immigrate, la scoperta e/o la gestione di un figlio con disabilità (nel caso in cui quest'ultimo si ricongiunga ai genitori successivamente) rappresenta un evento ancora più complesso e richiede, da parte degli enti deputati a farsene carico, una lettura che tenga conto di diverse dimensioni. Bocchicchio evidenzia come le situazioni in cui sono presenti sia la condizione della migrazione sia quella della disabilità sono connotate da una condizione di 'doppio svantaggio' rispetto a un duplice piano. Il primo 'doppio svantaggio' è rappresentato dalla condizione dell'esser migranti e disabili. A questo si aggiunge il secondo 'doppio svantaggio' per la presenza di condizioni di vulnerabilità e fragilità<sup>92</sup>. Situazioni dunque che presentano un maggior rischio di esclusione in quanto alle difficoltà legate alla disabilità si associano difficoltà legate al vissuto, all'eventuale trauma migratorio, a concezioni culturali o religiose diverse<sup>93</sup>.

## **1. Le condizioni socioeconomiche**

Le migrazioni sono processi selettivi che richiedono diversi tipi di risorse. Risorse personali, per affrontare il viaggio e per riuscire a inserirsi in una società d'accoglienza di cui non si conosce la lingua, così come il coraggio di affrontare discriminazioni, solitudini e imprevisti di ogni tipo; risorse economiche, ovvero il denaro necessario per partire, che le famiglie anticipano nella speranza di riceverlo di ritorno attraverso le rimesse; risorse sociali, rappresentate dalla rete di parenti e conoscenti, già inseriti nella società di arrivo e in grado di agevolare l'inserimento dei nuovi arrivati.

Gli emigranti persone partono con l'intento di migliorare le proprie condizioni economiche e sociali con l'aspirazione di realizzare una vita migliore di quella condotta nel paese d'origine<sup>94</sup>, tuttavia una volta giunti a destinazione, i percorsi di inclusione sociale e lavorativa non sono così facili e lineari.

---

92 Bocchicchio F., *Presentazione*, in Armani S., *Benessere e intercultura. Nuove prospettive per favorire l'inclusione di malati e disabili migranti*, Franco Angeli, Milano, 2018, p. 9.

93 Martinazzoli C., *Due volte speciali. Quando gli alunni con disabilità provengono da contesti migratori*, Franco Angeli, Milano, 2012.

94 Ambrosini M., *L'immigrazione immaginaria*, Editori Laterza, Bari, 2020.

Dal report Istat *Condizioni di vita, reddito e carico fiscale* pubblicato nel dicembre 2020 e riferito ai dati 2019, «i componenti delle famiglie con almeno un cittadino straniero presentano un rischio di povertà o esclusione sociale sensibilmente più elevato (38,1%) rispetto a chi vive in famiglie di soli italiani (24%). Il divario è ancora accentuato sia per il rischio di povertà (31,3 contro 18,7% per le famiglie di soli italiani) che per la grave deprivazione materiale (13,4 contro 6,6%)<sup>95</sup>».

La condizione degli immigrati è connotata dalla precarietà sul piano delle condizioni giuridiche, economiche e sociali, consolidata da un inserimento lavorativo schiacciato verso il basso essendo per lo più impiegati in mansioni caratterizzate dalle tre 'd': *dirty, dangerous, on demand*.

La precarietà lavorativa e il disagio abitativo, con le loro reciproche interdipendenze, comportano inevitabilmente ricadute su dimensioni quali la realizzazione personale, familiare e sociale. Ad esempio, avere una casa adeguata comporta per il migrante una serie di opportunità come l'accesso ai servizi, la possibilità di una stabilizzazione, l'ottenimento del permesso di soggiorno e/o del ricongiungimento familiare.

Dalle ricerche è emerso come le famiglie, nonostante le numerose difficoltà incontrate, scelgano comunque di stabilirsi in Italia pur di vedere garantiti diritti e sostegni a favore dei propri figli con disabilità. In particolare, la ricerca di Caldin sottolinea come una coordinata spesso presente in queste famiglie sia quella che lega migrazione, disabilità e povertà<sup>96</sup>, qui intesa come un concetto multidimensionale<sup>97</sup>. Le famiglie intervistate nella ricerca realizzata a Bologna hanno avuto un periodo di presenza irregolare in Italia, più o meno lungo, che ha influito negativamente sulle possibilità di tempestiva presa in carico del bambino e dei suoi genitori da parte dei servizi del territorio.

Il percorso migratorio, con il conseguente sradicamento dalla propria terra d'origine, comporta una scarsità, se non assenza, di relazioni nei contesti di vita nelle società

---

95 Istat, *Condizioni di vita, reddito e carico fiscale. Anno 2019, 2020*.

96 Caldin R. (a cura di), cit., p.45.

97 La ricchezza (e quindi l'eventuale povertà) delle famiglie deriva non solo dal reddito e dal lavoro ma viene determinata anche da altri fattori quali ad esempio il capitale culturale dei membri, la qualità e coesione delle loro relazioni interne, la presenza di relazioni solidali esterne (capitale sociale, legami di parentela, reti di vicinato), il livello dei servizi di base del territorio in cui vivono.

d'accoglienza. Questa povertà relazionale può incidere negativamente sui processi di inclusione, rafforzando il rischio di isolamento ed esclusione sociale.

## **2. Il supporto sociale**

Per le persone essere inseriti in una rete di supporto informale rappresenta un punto di partenza importante per capire su quali risorse si può fare affidamento. Essere collocati all'interno di un gruppo in cui s'intessono relazioni e si scambiano aiuti può prevenire l'isolamento sociale, aumentare il senso di sicurezza soprattutto nei momenti di fragilità, oltre al fatto che per la sola opportunità di esistere, la rete costituisce una risorsa in quanto veicolo di scambi di flussi immateriali quali informazioni, consigli e aiuti. Tanto più le persone sono inserite in una rete ricca di nodi, tanto più aumentano le possibilità di trovarsi in una condizione potenzialmente positiva; quanto più esse sono inserite in una rete povera di nodi, tanto meno avranno accesso alle opportunità che le reti possono offrire.

Pertanto anche le possibilità di far fronte alle richieste e ai bisogni che la presenza di un minore o di un adulto con disabilità pone, dipende dalle risorse che la famiglia è in grado di attivare e dal supporto sociale su cui può contare. Supporto che può essere garantito dalla famiglia allargata, reti amicali, istituzioni (scuola, servizi, associazioni), realtà che possono essere risorsa ma possono diventare fonte di stress nel momento in cui rafforzano l'isolamento o propongono interventi standardizzati che non tengono conto della peculiarità della situazione.

Sluzki<sup>98</sup> descrive bene come la mobilità implichi per il migrante «l'impoverimento del bozzolo sociale dell'individuo», ovvero la restrizione della rete sociale in cui è inserito. Quando le persone migrano lasciano alle spalle gran parte, se non tutto, del supporto di cui godono: familiari, amici, conoscenti e il gruppo esteso di riferimento. La migrazione si presenta come un'esperienza stressante a causa della dislocazione della rete sociale e dell'elaborazione del lutto che il migrante deve affrontare a causa della perdita dei legami primari. A fronte di un

---

98 Sluzki C., *Migrazione: la prospettiva delle reti sociali*, in Scabini E., Rossi G. (a cura di) *La migrazione come evento*, Vita e pensiero, Milano, 2008.

evento critico, come la nascita di un bambino con disabilità, il fatto che non vi sia una rete sociale di sostegno incide notevolmente su questi nuclei.

In altre parole, la possibilità per queste famiglie di integrarsi in reti di sostegno formali e/o informali è un fattore di protezione importante, tenendo conto che la condizione di disabilità può alimentare l'isolamento sociale. Su questo si ritornerà nel prossimo capitolo ma vale la pena citare una ricerca etnografica sul campo<sup>99</sup> che per diciassette mesi, attraverso l'osservazione partecipante, ha studiato delle famiglie con figli affetti da autismo provenienti da Pakistan e dal Bangladesh, residenti in una grande città del Midwest negli Usa. Questa ricerca ha evidenziato come i genitori, dopo la diagnosi, nelle relazioni con i familiari dovevano ascoltare le letture di questi ultimi su quale fosse la causa scatenante della disabilità. Solitamente la responsabilità veniva scaricata sulla madre, per problemi di salute che la donna aveva manifestato durante la gravidanza oppure per una scarsa osservanza della pratica religiosa islamica; in altri casi si faceva riferimento a superstizioni e credenze popolari che attribuivano alla madre le colpe di questa condizione (es. mangiare cibi proibiti durante la gravidanza). Anche quando la rete è presente, non sempre è supportiva e può favorire l'isolamento di queste famiglie, come raccontano le donne del progetto presentato nel prossimo capitolo. Il supporto sociale si traduce anche in sostegno emotivo, ancor più importante nelle situazioni in cui sia presente la disabilità, in quanto può significare empatia, incoraggiamento e aiuto pratico.

Le ricerche citate nel precedente capitolo riportano il restringimento della rete sociale legata alla migrazione, che non è in grado di garantire un supporto di fronte a un evento critico come la disabilità. I genitori immigrati con un figlio con disabilità sperimentano una doppia solitudine, collegata non solo alla disabilità del figlio, come accade per gli altri genitori italiani, ma anche per il loro essere 'stranieri', ossia persone con riferimenti linguistici e culturali differenti da quelli del paese di accoglienza. Le donne, risultano le persone più isolate all'interno della famiglia, sia sul piano emotivo sia sul piano organizzativo, a causa di una minore conoscenza della lingua e minori relazioni sociali. L'isolamento risulta ancora più

---

99 Pavesi N., cit., p. 75.

accentuato nel caso di madri sole, che assumono interamente la responsabilità della cura del figlio.

Per queste famiglie spesso l'unica rete di riferimento è quella dei servizi, soprattutto per gli aspetti relativi alla cura dei figli con disabilità, meno per il supporto alla fragilità individuale e familiare.

In alcuni casi, tali famiglie riescono a ricongiungere i parenti più stretti per essere aiutate nel lavoro di cura del figlio e li accolgono all'interno del proprio nucleo. Sicuramente ciò consente, in particolar modo alle madri, di avere un aiuto nella gestione della quotidianità, per contro la situazione, dal punto di vista economico, risulta più difficile. Infatti:

Di solito, le entrate di un unico lavoratore per famiglia sono distribuite su più persone; con le rimesse verso la famiglia rimasta nel Paese di origine si riesce ad avere un certo benessere; invece, localmente, il mantenimento anche di un familiare in più restringe molto le possibilità/opportunità del nucleo familiare, già indirizzate maggiormente alle cure e alle attenzioni del figlio disabile<sup>100</sup>.

Più in generale, la tendenza all'isolamento e le condizioni socio-economiche di queste famiglie possono incidere anche sul percorso di inclusione dei figli. Quando le famiglie si trovano in condizioni socio-economiche precarie è più difficile integrare il lavoro fatto nel contesto scolastico attraverso interventi o attività extrascolastiche volte a favorire la socializzazione e l'inclusione.

### **3. Le rappresentazioni culturali della disabilità e dei modelli di cura**

Il concetto di disabilità non è universale, è diverso nelle differenti epoche storiche e a seconda dei contesti di riferimento perché è il prodotto di un processo culturale. La cultura, infatti, permette all'individuo di avere una griglia di lettura di ciò che accade intorno a lui; si tratta di un insieme di rappresentazioni mobili in continua trasformazione che possono

---

100 Argiropoulos D., *Le famiglie*, in Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative e prospettive inclusive*, Liguori Editore, Napoli, 2012.



cambiare nel tempo. Basti pensare all'evoluzione del concetto di disabilità nel nostro Paese. I soggetti con disabilità sono rimasti ai margini della società e istituzionalizzati fino agli anni Cinquanta, successivamente è stata riservata loro una maggiore attenzione, anche se i luoghi di assistenza e cura per questi soggetti rimanevano separati dai luoghi di cura comuni. A partire dagli anni Settanta la separazione delle persone 'con' e 'senza' disabilità è stata eliminata e, anche attraverso nuove normative, sono state assunte prospettive inclusive finalizzate all'inserimento dei soggetti con disabilità nelle scuole e nella società in generale. A partire dalla fine degli anni Settanta questi soggetti non sono solo inseriti ma godono di diritti inalienabili, oggi si parla di 'pari opportunità' in quanto le abilità diverse devono essere sviluppate nel quadro di un concetto di diversità che viene visto come risorsa e opportunità e non come motivo di stigma e esclusione<sup>101</sup>.

Anche gli approcci alla disabilità sono mutati nel tempo, negli anni più recenti si è affermato il modello biopsico-sociale che valuta la malattia e la disabilità secondo tre dimensioni: *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* fa riferimento alla malattia e alla disabilità in senso biologico, *illness* è la componente soggettiva della malattia/disabilità cioè la sofferenza, il disagio che quella condizione provoca alla persona, *sickness* ovvero come viene percepita, compresa, interpretata la malattia/disabilità dall'ambiente sociale e dalle strutture sociali con le quali la persona interagisce.

Questo modello permette di considerare non solo l'aspetto medico/biologico, ma anche una serie di aspetti appartenenti al mondo della sfera psicologica individuale e alla società stessa. Nel caso specifico delle famiglie migranti con figli affetti da disabilità va quindi considerato che la rappresentazione sociale della disabilità, e quindi la *sickness* (la malattia nelle sue implicazioni sociali), può essere differente dal Paese di partenza a quello di arrivo.

Il problema non sono le differenze culturali, i problemi insorgono quando la possibilità di considerare queste differenze non viene contemplata, o quando si danno per assodati dei presupposti che possono generare incomprensioni.

Come già trattato nel capitolo precedente, le rappresentazioni culturali della disabilità e il significato che la famiglia le attribuisce incidono sulle modalità di cura, sui modi con cui i

---

101 Cairo M.T., *La scuola e il riconoscimento della diversabilità*, in "Scuola e didattica", n. 4, 2006, p.92.

genitori interagiscono con il bambino definendo di fatto opportunità, vincoli e obiettivi su cui lavorare. In Occidente si cercano le cause, si individua la diagnosi e si suggeriscono terapie; in altre culture non occidentali vengono utilizzati modelli interpretativi diversi per definire i concetti di salute o malattia. Talvolta è possibile trovare una compresenza di più rappresentazioni diverse. Da un lato c'è una fiducia nella medicina occidentale, dall'altro resta il legame culturale con tipologie di medicina alternativa o tradizionale. È necessario considerare che i percorsi migratori possono incidere sulle rappresentazioni e sulle pratiche di cura che possono essere mescolate. Ad esempio, può succedere che famiglie che mostrano fiducia e si attengono alle indicazioni dei clinici tuttavia, quando tornano nel Paese d'origine, si rivolgono al guaritore della comunità. La coesistenza di entrambe le modalità di cura (medicina occidentale e cure tradizionali) sono frequenti e possono indicare forme di acculturazione delle famiglie con la nuova realtà, o in alcuni casi esprimere il bisogno di rafforzare il senso di identità della famiglia ricorrendo alle forme tradizionali di cura<sup>102</sup>.

Anche la letteratura internazionale, grazie al contributo dell'antropologia, da diverso tempo sottolinea come i concetti di salute e malattia possano essere declinati in maniera diversa a seconda delle specificità culturali. In alcune culture, la nascita di un figlio disabile viene interpretata come 'dono di Dio', si ritiene che la cura del minore debba essere esclusivamente a carico della famiglia poiché l'intromissione di un professionista esterno verrebbe considerata come un'interferenza nel progetto divino. Appare evidente che questa prospettiva possa portare il minore con disabilità a essere escluso dai servizi di cura socio-sanitari previsti nei diversi paesi.

Pavesi porta diversi esempi a riguardo tra cui:

Trattando in particolare del tema dell'autismo, Shu-Minutoil (1995) sostiene che un metodo di trattamento molto diffuso, il TEACCH (*Treatment and Education of Autism and Communication-Handicapped children*) è focalizzato sullo sviluppo di abilità che portano il soggetto a essere indipendente per poter acquisire un certo grado di auto-sufficienza (Schopler,1994). Di fatto, alcune famiglie possono non condividere questi obiettivi. Nel caso ad esempio delle famiglie provenienti dall'Asia, raggiungere l'indipendenza, così come sostenere il contatto oculare, sono

---

102 Moro M.R., *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2022.

obbiettivi non adeguati, perché i genitori stessi si percepirebbero come cattivi se i loro figli non fossero totalmente dipendenti da loro, così come valuterebbero assolutamente maleducato se venisse mantenuto un contatto oculare. “Questo tipo di dilemma mette in evidenza la necessità di riconoscere e inserire i valori culturali e le norme di comportamento negli approcci trattamentali con l’intento di accrescere l’accordo e l’adesione al trattamento previsto (Welterlin e La Rue, p. 753)” e alle metodologie utilizzate<sup>103</sup>.

É chiaro che questi esempi non vanno considerati come degli schemi da applicare rigidamente in base all'appartenenza culturale, in quanto rischierebbero di diventare stereotipi. Occorre tener conto che gli stessi paesi d’origine, spesso pensati come società immobili, sono in continua trasformazione, anche in ragione dei processi di globalizzazione in atto e subiscono le influenze della cultura occidentale. Tenere in considerazione la dimensione culturale non significa avere uno sguardo solo sulla cultura del paese d’origine, ma soprattutto tener presente gli aspetti culturali della specifica famiglia con cui si ha a che fare. In altre parole, il compito di chi lavora con queste famiglie è comprendere come il proprio intervento si possa inserire in quella specifica situazione per il momento che la famiglia sta vivendo.

#### **4. La lingua**

La competenza nella lingua del paese d’accoglienza permette alle famiglie immigrate di esprimere meglio i loro bisogni, le loro sofferenze, i loro vissuti e di comprendere il linguaggio tecnico-specialistico delle realtà con cui interagiscono. È chiaro che le difficoltà linguistiche e di comunicazione possono ostacolare l’accesso ai servizi e alle eventuali risorse. Comunicazione che corre non solo su un piano verbale ma anche su piano non verbale la cui gestione può produrre incomprensioni e la trasmissione di messaggi non adeguati.

Pavesi<sup>104</sup> riporta alcune ricerche internazionali che hanno il pregio di evidenziare come le difficoltà linguistiche incidano nella presa in carico dei minori con disabilità e delle loro

---

103 Pavesi N., cit., pp. 115-116.

104 Pavesi N., cit., p. 84.

famiglie. Ad esempio, una ricerca realizzata in Canada nel 2015 attraverso interviste a professionisti del settore, ha messo in luce le difficoltà sperimentate dalle madri immigrate nel comunicare con questi ultimi, nel comprendere le procedure per accedere al sistema dei servizi, tenendo presente che spesso si tratta di protocolli che coinvolgono più servizi. Inoltre le madri dimostravano di non comprendere il linguaggio tecnico utilizzato dai professionisti, limitando le possibilità di cura. Nell'indagine si prende ad esempio il *respite care*, intesa come un'assistenza di sollievo alle famiglie, possibilità che molte madri escludevano non comprendendo la finalità del servizio che, invece, avrebbe potuto fornire loro sollievo nella cura quotidiana.

Una ricerca<sup>105</sup> sulla percezione di madri immigrate di prima generazione di origine asiatica con figli con disturbi dello sviluppo ha riportato criticità molto simili. Lo studio, finalizzato ad approfondire la relazione tra queste donne e i professionisti dei servizi sanitari ed educativi, evidenziava la fatica da parte delle madri nello stare in relazione con i servizi anche per l'uso di termini complessi durante gli incontri mentre nelle relazioni dei professionisti veniva riportata la difficoltà delle madri di rielaborare le informazioni date. Una madre intervistata spiegava come per lei l'inglese fosse la sua seconda lingua e, nonostante le buone competenze linguistiche, si sentiva sopraffatta dalle troppe informazioni ricevute dagli specialisti. Un'altra donna riportava come le informazioni ricevute fossero troppo tecniche e generiche e non focalizzate sugli aspetti indispensabili da conoscere per leggere i comportamenti del bambino. Non a caso anche quando la comprensione della lingua risultava adeguata, l'utilizzo di un vocabolario troppo tecnico generava incomprensioni, fatiche e senso di inadeguatezza. Lo studio evidenziava come la scarsa comprensione dei genitori avesse ripercussioni anche sulla rete parentale che supportava la famiglia nella cura del bambino. Se i genitori non riuscivano a comprendere le informazioni dagli specialisti, con molta difficoltà sarebbero riusciti a trasmettere le indicazioni ricevute alla famiglia allargata. In generale si può affermare che le barriere linguistiche rendono più difficile capire a fondo la complessità dei problemi, le paure, le sofferenze, i vissuti, sfumature che diventano

---

105 Jegatheesan B.P., *Cross cultural issues in parent-professionals interactions: a qualitative study of perception of Asian American mothers of children with developmental disabilities*, in "Research & Practice for person with Severe Disabilities", v. 34, n. 3-4, pp. 123-136, 2009.

importanti per attribuire valori e o significati. Per superare questo problema si può ricorrere alla figura del mediatore linguistico-culturale, la cui presenza sarebbe utile sin nella fase di prima accoglienza nella scuola e nei servizi.

## **5. Donne, mogli, madri**

Le madri immigrate con figli con disabilità sperimentano tre condizioni di vita importanti (la migrazione, la maternità, la disabilità da gestire) e questo ne accentua la loro vulnerabilità.

Moro sottolinea come esistano diversi modi di migrare. La migrazione viene vissuta in maniera diversa in base alla personalità e alla storia precedente di ogni donna, al fatto che la migrazione sia desiderata o subita e in base al livello di appartenenza sociale di ogni donna. In alcuni casi le donne aprono la migrazione, decidono di affrontare il viaggio e il nuovo mondo, poiché è più facile per loro trovare lavoro nel settore della cura alle persone e nel lavoro domestico.

In altre situazioni:

Alcune donne migrano per necessità, al seguito dei mariti che hanno scelto di espatriare. Subiscono la migrazione come una prova necessaria, e assai rapidamente si piegano su loro stesse e “su comportamenti tradizionali” che, in molto casi “avevano precedentemente abbandonato, ancora prima di lasciare il paese” [Vasquez, 1993]. O ancora conservano modi di fare e di pensare che sono ormai in via di superamento presso le stesse donne del paese. Questo ripiegamento su loro stesse si traduce in un’impossibilità ad imparare la lingua francese anche dopo dieci o venti anni di espatrio, per via di una spinta a non modificare i propri costumi, nell’abbigliamento, nel cucinare... tutt’al più possono lasciare che lo facciano le loro figlie. Ci sono però anche donne per le quali l’esilio non rappresenta una rottura nostalgica, ma piuttosto il gioioso abbandono di un mondo e “l’inizio di un altro”. Effettivamente per alcune giovani donne, prevalentemente le cittadine o appartenenti ad uno strato sociale più abbiente, spesso donne alfabetizzate, ciò che è alla base della decisione di migrare è la voglia di essere

differenti, spose diverse, anche se a volte sono “abbagliate” dalle nuove promesse. Il cambiamento del rapporto uomo-donna è per loro costitutivo della voglia di migrare<sup>106</sup>.

L'incontro con le istituzioni sanitarie e sociali per queste donne non è sempre efficace, talvolta sono messe di fronte a modalità dell'approccio medico a cui non sono abituate, soprattutto se provengono da contesti rurali. Ad esempio, l'accesso delle donne immigrate ai servizi dell'area materno-infantile può comportare delle difficoltà, in quanto possono esservi diversi modi di intendere la contraccezione, la gravidanza, la maternità. Moro spiega come alcune pratiche di assistenza e i gesti tecnici dei controlli durante il periodo vengono vissute con molto disagio dalle donne e rischiano di non essere compresi. Ciò non significa privare le donne dei controlli, poiché significherebbe estrometterle dal sistema di cura contribuendo così alla loro marginalizzazione sociale, tuttavia è auspicabile provare a costruire un approccio complesso che tenga conto di questi aspetti. Inoltre durante questo periodo attorno alla donna ruotano diversi specialisti che si occupano di alcuni aspetti della cura anche in base al periodo della gravidanza. Alcuni studi hanno dimostrato come la frammentazione delle cure influisca negativamente sull'evoluzione della gravidanza, causando stress e ansia, questo sia per le autoctone sia per le immigrate. Nel caso di queste ultime, le cure in gravidanza possono essere diverse da quelle previste nel loro paese d'origine, in cui possono esservi riti e gesti che accompagnano la donna facendo sentire anche il supporto familiare e sociale, qui queste donne provano un gran senso di solitudine e smarrimento:

Spesso la gravidanza insorge poco dopo l'arrivo in un paese straniero, coincide quindi con il periodo in cui il trauma migratorio è più acuto, il mondo esterno non corrisponde più alle aspettative, è difficile da comprendere, la lingua è sconosciuta, la solitudine e la tristezza sono profonde, i riferimenti sicuri vengono a mancare, le condizioni di vita sono spesso precarie<sup>107</sup>.

---

106 Moro M.R., cit., p.112.

107 Cattaneo M.L., Dal Verme S. (a cura di), *Sviluppi della clinica transculturale nelle relazioni di cura*, Franco Angeli, Milano, 2020, p. 181.

Queste riflessioni si collegano al tema della salute riproduttiva delle donne immigrate, che Tognetti Bordogna<sup>108</sup> definisce un punto di osservazione privilegiato per comprendere le condizioni di salute delle donne stesse e lo stato di salute dei loro bambini. La stessa sottolinea come le donne che accedono ai servizi per la gravidanza e il parto vivano in una situazione di isolamento sociale prive del supporto familiare, rimasto nel paese d'origine. Queste donne partoriscono spesso in condizioni poco accoglienti in cui gli operatori hanno difficoltà a comprenderle. Il quadro è aggravato dalle condizioni di lavoro spesso pesanti, situazioni abitative non adeguate ed è difficile l'accesso ai servizi sanitari.

Inoltre su di esse ricade l'attività di lavoro domestico e di cura, aggravato quando interviene una disabilità all'interno della famiglia. La durata nel tempo e l'intensità del lavoro di cura impattano pesantemente sulla vita del familiare che si prende cura, stravolgendo la sua quotidianità che si deve adattare alle nuove esigenze. Inoltre le famiglie che si trovano a gestire situazioni di disabilità intellettiva o disturbi del neurosviluppo, devono fare i conti con l'imprevedibilità dei comportamenti del figlio con il conseguente aumento del carico assistenziale e dello stress che ne deriva.

Non a caso alcune delle ricerche citate nel precedente capitolo hanno focalizzato l'attenzione sulle madri riportandone le loro sofferenze e i loro vissuti, sottolineando le scelte di vita che hanno dovuto compiere per potersi occupare della disabilità. Nel caso di famiglie monogenitoriali al femminile la situazione risulta ancora più difficile. Ad esempio l'inserimento lavorativo per queste donne è indispensabile per poter provvedere al sostentamento della famiglia, per contro significa individuare altre risorse che si occupino della cura del figlio.

La fatica aumenta laddove è assente una condivisione dei compiti di cura e quando la segregazione di genere è presente. Una ricerca<sup>109</sup> condotta nel Regno Unito su famiglie pakistane e bangladesi evidenzia una non condivisione della cura del figlio disabile tra i genitori, cura che rimaneva in carico alla madre. Alcune donne riferivano di un totale rifiuto

---

108 Tognetti Bordogna M., *Donne e percorsi migratori, Per una sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012.

109 Fazil Q., Bywaters P., Ali Z., Wallace L., Singh G., *Disadvantage and discrimination compounded: the experience of Pakistan and Bangladesh parents of disabled children in the UK*, in "Disability and society", v. 17, n. 3, pp 237-253, 2002.

dei mariti per questo compito, altre venivano accusate dai mariti di essere la causa della disabilità del figlio, altre riferivano violenze domestiche. In ogni caso la disabilità dei figli aveva influenzato pesantemente la relazione di coppia tanto che in alcuni casi aveva portato a una disgregazione familiare.

Allo stress della cura si associa lo stress legato al senso di colpa, con inevitabili ricadute sulla salute delle donne stesse, le quali possono presentare sintomi di natura psicosomatica, ansietà, insonnia e sintomi di sindrome depressiva con ricadute sullo stato di salute del bambino.

Pertanto, sostenere la crescita di questi bambini significa supportare la famiglia e accompagnarla nella definizione del progetto personalizzato per la loro famiglia, con un'attenzione particolare alle madri in quanto il loro benessere è fondamentale per il benessere dei figli di cui si prendono cura.

## 6. La resilienza delle famiglie

Cyrulnik<sup>110</sup> spiega come il progetto di sviluppo che si apre con la resilienza intrecci diversi aspetti della vita dell'individuo, affettivi e sociali, collegati alle interazioni che lo stesso ha con il contesto sociale. A proposito dei fattori che danno impulso al processo di resilienza, Jourdan Ionescu<sup>111</sup> ne indica tre: individuali, familiari e sociali. In questo modo:

l'intreccio delle tre tipologie di fattori protettivi, indicati da Jourdan Ionescu, con altri fattori, ma di rischio, attiva un processo dinamico che può condurre a meccanismi di resilienza. Nel caso di famiglie migranti questi fattori rientrano in quadri di ulteriore complessità poiché la loro condizione intacca i fattori di protezione mentre aumentano quelli di rischio<sup>112</sup>.

Le condizioni delle famiglie immigrate sopra descritte vanno a intaccare i fattori di protezione aumentando quelli di rischio. In altre parole, i bambini con disabilità figli di migranti sono

110 Cyrulnik B., *Il dolore meraviglioso*, Frassinelli, Milano, 2000.

111 Jourdan Ionescu C., *Intervention écosistémique individualisée axée sur la résilience*, in "Revue québécoise de psychologie", n. 1, pp. 163-183, 2001.

112 Dainese R., *Migrazione, disabilità, vulnerabilità: i fattori di resilienza e i processi di inclusione a scuola*, in "Studium educationis", n.3, 2013.



maggiormente esposti a fattori di rischio, tra loro interconnessi, che possono complicare il percorso di sviluppo se non intervengono fattori di protezione adeguati. Riprendendo le ricerche già menzionate le famiglie di questi bambini vivono in una condizione di svantaggio socio-economico, che si traduce talvolta in condizioni di marginalità e povertà, anche relazionale, in cui sono assenti reti familiari o amicali di sostegno. Le difficoltà linguistiche e la scarsa conoscenza dei loro diritti e dell'organizzazione dei servizi rendono più difficile l'accesso ai servizi.

La complessità di queste situazioni implica la necessità di affrontarle attraverso un approccio strutturale e sistemico, coordinando gli interventi delle varie istituzioni (scuola, servizi sociali e sanitarie) che, a vario titolo, sono coinvolte nella cura e nella tutela dei minori individuando i fattori di rischio, di protezione e le aree di forza su cui lavorare.

I servizi sociosanitari possono aiutare il bambino coinvolgendo il più possibile i genitori nella sua cura, in quanto la famiglia costituisce il primo riferimento per il bambino e può diventare risorsa se vengono sostenute le competenze genitoriali. Le famiglie hanno necessità di comprendere la disabilità del figlio e dare un senso al loro dolore. Se i genitori sapranno ri-organizzare il loro futuro, ciò favorirà la possibilità di prospettare un futuro anche per il loro figlio con disabilità. La comprensione della diagnosi e del senso degli interventi attuati è necessaria affinché anche le azioni della famiglia non siano improvvisate ma siano pensate all'interno delle progettualità condivise con la scuola e con i servizi.

Caldin e Serra suggeriscono di fronteggiare i fattori di rischio attraverso un supporto educativo ai genitori che:

necessitano di rafforzare quelle competenze genitoriali già presenti, ma celate/inibite dal dolore, rendendole maggiormente evidenti ed efficaci, in un'ottica di prevenzione: si tratta di aiutarli a intraprendere un lavoro educativo (quello dei genitori con il bambino) *attraverso* un altro lavoro educativo (quello degli educatori con le figure parentali), che riconosca ai genitori il desiderio di far crescere il bambino attenuando/eliminando il timore di essere considerati *inadeguati* e lasciandosi accompagnare anche dai figli<sup>113</sup>.

---

113 Caldin R., Serra F. (a cura di), *Famiglie e bambini/e con disabilità complessa*, Fondazione Zancan, Padova, 2011.

É auspicabile creare attorno a queste famiglie reti sociali che possano sostenere le stesse in alcuni momenti particolari o nella quotidianità per aiutare a ridurre il vissuto di solitudine.

Inoltre anche la scuola costituisce un reale fattore di protezione quando le insegnanti riescono a costruire un buon rapporto di fiducia con il bambino e i genitori, quando attuano progetti realmente inclusivi che tengano conto delle caratteristiche e dei bisogni di ciascun alunno riuscendo a mantenere un buon equilibrio tra l'aspetto relazionale e quello degli apprendimenti.

Anche la dimensione extrascolastica risulta fondamentale al fine d'innescare processi inclusivi per questi bambini e le loro famiglie. Spesso le famiglie non prendono in considerazione queste possibilità sia per le scarse possibilità economiche sia per la difficoltà di conciliare gli impegni lavorativi e familiari, tuttavia è auspicabile accompagnare i genitori in questi percorsi creando le condizioni affinché possano diventare realizzabili.

Qui di seguito si riporta una tabella (tab.1) dei fattori di rischio e di protezione dei minori con disabilità con background migratorio ma che potrebbe essere utilizzata in generale nel lavoro con le famiglie con figli con disabilità.

*Tabella 1: Fattori di rischio e protezione dei minori con disabilità*

<b>Fattori di rischio</b>	<b>Fattori di protezione</b>
Non adeguata comprensione della diagnosi	Comprensione adeguata della diagnosi
Difficoltà linguistiche e assenza di mediatore linguistico-culturale	Apprendimento della lingua e/o presenza di un mediatore linguistico-culturale
Condizioni socio-economiche e/o abitative precarie	Interventi volti a ridurre la precarietà delle condizioni socio-economiche e abitative
Emarginazione e isolamento	Costruzione di reti formali e informali attorno alla famiglia
Scarso coinvolgimento delle famiglie nei progetti educativi, riabilitativi, scolastici	Coinvolgimento dei genitori nei progetti educativi, riabilitativi, scolastici

Infine va promossa la prevenzione, laddove possibile, nel senso di offrire percorsi di monitoraggio alle donne immigrate in gravidanza in modo da poter ridurre o limitare, in

alcuni casi, la disabilità del bambino. Risulta inoltre necessario lavorare sui fattori di protezione, in termini di risorse e stimoli, fin dal momento della nascita (se questi bambini nascono in Italia) o non appena arrivano nel nostro paese, così da poter lavorare sulle competenze dei genitori e dei minori a partire dalle aree di forza.

## **È possibile cambiare prospettiva? L'esperienza del territorio veneziano**

In questo capitolo viene illustrato il progetto realizzato nel Comune di Venezia rivolto a madri immigrate con figli con disabilità; prima di entrare nel dettaglio ritengo opportuno approfondire alcuni aspetti dei servizi territoriali.

### **1. Servizi 'sotto assedio'**

Le situazioni che gli operatori incontrano sono spesso difficili e complicate, ciò che determina tale situazione è la condizione di disabilità stessa e le storie di vita delle famiglie, in cui difficoltà economiche, abitative e lavorative sono spesso intrecciate.

Considerata la complessità sociale e istituzionale, è facile perdere di vista i problemi delle persone nella loro globalità a fronte della necessità di analizzare le singole componenti in modo puntuale. Neve lo spiega in questo passaggio:

Basti pensare ai processi di parcellizzazione del lavoro spesso sostenuti da sempre più esasperate specializzazioni, che riportano in primo piano forti esigenze di processi di integrazione, di modalità di lavoro interdisciplinare, interprofessionale, interorganizzativo<sup>114</sup>.

I servizi sociali sono connotati da continui cambiamenti in quanto sottoposti a diverse tensioni: dall'evoluzione dei bisogni alla pressione della domanda sociale, dall'evoluzione delle prestazioni ai cambiamenti politici e istituzionali. Il lavoro dell'assistente sociale si colloca nel punto di incontro tra la domanda sociale portata dai cittadini e il sistema dei servizi, richiedendo all'operatore un equilibrio molto difficile tra ciò che il suo mandato professionale prevede e i vincoli posti da norme, regolamenti, disposizioni legislative.

Manoukian parlava di come il lavoro sociale dovesse fare i conti con le trasformazioni della società e raccontando la situazione di servizi e operatori parlava di servizi «sotto

---

114 Neve E., *Il servizio sociale, fondamenti e cultura di una professione*, Carrocci Faber, Roma, 2005, p.189.

assedio»<sup>115</sup>. L'autrice, richiamando l'opera *Società sotto assedio* di Bauman, descrive come chi opera nei servizi socio-assistenziali, socio-educativi, socio-sanitari, nel pubblico e nel privato sociale, sperimenti una sensazione di fatica e sovraccarico.

Sentirsi assediati dai problemi che le persone oggi portano ai servizi. Assediati dalle pressioni sociali che chiedono di risolvere, controllare, rimuovere tutto ciò che alimenta insicurezze, paure, destabilizzazioni. Assediati dal senso di inutilità e di inefficacia degli interventi, a fronte di una marea montante di richieste di aiuto. Assediati dalla mancanza di risorse e da una scarsa legittimazione sociale, che indeboliscono i nostri servizi<sup>116</sup>.

Servizi nati per promuovere trasformazioni nelle società e nelle dinamiche sociali rischiavano di essere schiacciati dai mutamenti del panorama sociale che risultava connotato da un aumento del malessere e delle difficoltà e al tempo stesso da una diminuzione delle risorse. Le ragioni dell'assedio non sono da ricercare esclusivamente nell'aumento delle richieste - riconducibile in parte alla fragilizzazione della società, a un aumento delle aspettative di benessere da parte dei cittadini e nella diminuzione delle risorse destinate al sociale - ma anche nella modalità con cui i servizi interpretano la gestione delle problematiche portate dall'utenza. L'autrice, ripercorrendo la storia della nascita dei servizi sociali, evidenzia lo scarto che si è venuto a creare tra gli orientamenti valoriali che portarono l'istituzione dei servizi sociali negli anni '70 e gli assetti organizzativi effettivamente assunti dai servizi stessi. Un'organizzazione dei servizi modellata secondo paradigmi burocratico-amministrativi e professionali sanitari che ha alimentato nei servizi l'assunzione di una delega esclusiva nella gestione del disagio.

La cultura burocratico-amministrativa e la cultura sanitaria, anziché promuovere la partecipazione, l'integrazione, hanno compartimentato i processi di lavoro e frammentato gli interventi, alimentando una visione del lavoro sociale in cui «per ogni problema esiste una competenza e per ogni competenza un proprio servizio<sup>117</sup>», generando l'idea che i singoli

---

115 Olivetti Manoukian F., *Quanto è sociale il lavoro nei servizi?, Discutere di lavoro sociale*, in "Animazione Sociale", Gruppo Abele, Torino, 2004, pp. 33-62.

116 Olivetti Manoukian F., cit., p. 33.

117 Olivetti Manoukian F., cit., p. 40.

servizi potessero trattare e risolvere da soli i problemi sociali. In altre parole si sono create le premesse dell'assedio a cui oggi gli operatori si sentono sottoposti.

Il prevalere del modello organizzativo burocratico-amministrativo istituisce una pratica del lavoro sociale in cui ciò che conta è l'erogazione della prestazione, l'applicazione delle procedure definite in modo aprioristico, la definizione dei compiti da assegnare a ciascun operatore o parte dei servizi, ecc. In questo modo si dissolvono le idee guida (il diritto a una vita dignitosa, la valenza politica dei servizi, le cause sociali dei problemi individuali) e acquista valore la tutela della propria specificità organizzativa. Si istituiscono tanti servizi e al loro interno tante articolazioni specializzate, per garantire le competenze necessarie, secondo i modelli di suddivisione mutuati dalla cultura medica centrati sulla definizione delle patologie e delle loro gravità. In modo più o meno esplicito si diffonde l'idea che per ogni problema esiste un posto in cui può essere portato, si ha diritto di portarlo e di trovare risposte soddisfacenti<sup>118</sup>.

In questo modello non ci si interroga sul proprio agire, su quali attori coinvolgere, su quali risorse possano esservi nei contesti locali. Se da un lato si sono costruite esperienze organizzative altamente qualificate con una conseguente specializzazione dell'operato, dall'altro questo *modus operandi* ha portato a un isolamento dei servizi l'uno dall'altro e dalla comunità stessa.

L'autrice propone dunque di uscire dalla posizione autoreferenziale e autocentrata dei servizi per interrogarsi su chi sia il destinatario dell'operato dei servizi. Il cliente principale dei servizi non sono gli utenti ma la società nel suo insieme, complessa e sfaccettata, attraversata da fenomeni difficilmente governabili che accentuano squilibri e disegualianze.

## **2. L'immigrazione come fattore di trasformazione dei servizi sociali**

Se una volta i servizi potevano essere definiti agenti di cambiamento, ora faticano a esserlo in quanto travolti dai cambiamenti che il contesto impone. Ad esempio, l'aumento della popolazione immigrata incide nella domanda di servizi pubblici, modifica nel medio-

---

118Olivetti Manoukian F., cit., p. 40.

lungo periodo il panorama sociale e conseguentemente la natura e la tipologia di richieste portate ai servizi. Tuttavia l'immigrazione è anche un elemento dinamico nel lavoro sociale che obbliga gli operatori e le organizzazioni adibite al suo funzionamento a mettersi in discussione, a ripensarsi, ristrutturarsi. Se considerata in tal senso, l'immigrazione può essere un importante agente di trasformazione all'interno dei servizi sociali e sociosanitari, soprattutto per quanto riguarda le modalità di incontro e la condivisione degli interventi proposti. Per permettere che questo accada occorre pensare alle persone che si rivolgono ai servizi come soggetti portatori di risorse che possono essere messe in gioco. Il problema è che spesso queste risorse non vengono viste dai servizi, in quanto non vengono nemmeno indagate proprio per i paradigmi organizzativi fatti propri dalle istituzioni di cui parlava Manoukian.

Quando le persone provenienti da altri paesi arrivano ai servizi tutto ciò che concerne la vita pregressa delle persone spesso non interessa all'istituzione. La storia delle persone inizia nel momento in cui arrivano nel nostro paese e tutte le risorse inerenti alla vita precedente e alle lingue materne (che sono il supporto e la nascita della costruzione del pensiero) non vengono prese in considerazione. La non conoscenza delle storie antecedenti alla migrazione preclude, in realtà, una quantità di risorse che possono nascere dalla condivisione di questi saperi ed esperienze. Non a caso Rosembaum parla di patologie nate dalle umiliazioni dell'esilio, ovvero disfunzioni legate al misconoscimento delle risorse e di reazione alla non comunicazione tra famiglia e istituzione.

Ciò significa che, indipendentemente dalla realtà dei paesi d'origine, si esige che il migrante si conformi al nostro modello standard per il quale tutte e tutti vengono considerati uguali dai servizi istituzionali sociali, scolastici, sanitari, giuridici, ecc. In questa cornice politica e istituzionale è spesso difficile e spiazzante interrogarsi sul ruolo che il nostro sistema di welfare ci chiede di assumere con dei pazienti provenienti da altri orizzonti che presentano delle manifestazioni di disagio fisico e/o psicologico. Noi attiviamo, spesso in modo involontario, delle pratiche assimilazioniste, e in particolare l'umiliante pratica monolingue. Perciò mi sembra utile riflettere sui limiti istituzioni dell'accoglienza dei pazienti che è caratterizzata da una totale *asimmetria relazionale*: noi siamo infatti i padroni/gestori dei luoghi e delle regole

relazionali, dominiamo tutto ciò che viene detto e sottinteso, tutte le parole della lingua e in particolare quelle che definiscono il disagio e la sofferenza<sup>119</sup>.

Gli stessi operatori sono inevitabilmente portatori di credenze che riaffiorano nell'incontro con l'utente di origine straniera. Il fatto di non conoscerlo può portare in territori incerti che possono spaventare, così l'operatore si aggrappa a credenze e dettami istituzionali che in fondo lo proteggono.

Sicuramente per gli operatori non è facile mediare tra ciò che il loro ruolo richiede di fare in termini di aiuto, gli spazi interpretativi delle norme, i bisogni molteplici e complessi delle famiglie immigrate che vanno considerate «come soggetti di una società di diritto e non come oggetto di una missione umanitaria delle società di arrivo<sup>120</sup>».

L'aumento del numero di bambini con disabilità provenienti da contesti migratori nelle scuole, nei servizi sociosanitari e territoriali, pone delle questioni anche ai servizi stessi che sono chiamati a interrogarsi sulla funzionalità dei modelli organizzativi e sull'adeguatezza delle risorse investite.

Spesso alle difficoltà legate alla condizione di disabilità si aggiungono difficoltà legate al vissuto migratorio, ad aspetti culturali e religiosi (che talvolta sfuggono a una immediata comprensione), e modelli familiari e di cura che risultano difficili da conciliare con le nostre modalità di presa in carico e cura.

Per questo gli operatori coinvolti in questo progetto hanno provato a ritornare al senso del mandato sociale della professione, mandato che nell'agire quotidiano spesso corre il rischio di diventare sfumato in quanto presi dalle difficoltà del singolo nucleo familiare, dalla necessità di fornire risposte, dalle richieste dell'organizzazione e dalla scarsità delle risorse. Questo ha permesso agli operatori di ri-orientare lo sguardo per riflettere su come attivare interventi sul territorio in modo diverso, partendo da quanto osservato dall'esperienza quotidiana.

---

119 Rosembaum F., *Migrazioni di parole*, Franco Angeli, Milano, 2019, pp. 71-72.

120 Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, Franco Angeli, Milano, 2018, p. 8.



### 3. Alcune osservazioni di partenza

Prima di passare alla descrizione del contesto veneziano e del progetto, si riportano qui alcune osservazioni che hanno spinto gli operatori a trovare strumenti diversi per lavorare con le famiglie oggetto di questo studio.

#### *Le famiglie*

Come già sottolineato nei precedenti capitoli, quando la condizione di disabilità si unisce a quella della migrazione, le famiglie sono maggiormente esposte a una condizione di vulnerabilità.

In queste situazioni la comunicazione della diagnosi, di per sé dolorosa, avviene in un contesto familiare che spesso ha già un vissuto di sofferenza legato alla migrazione. In merito alla disabilità, come già ampiamente trattato, in alcune culture la malattia è considerata come una punizione divina, un segno del destino. Queste rappresentazioni influenzano il modo di reagire alla disabilità, la scelta del percorso di cura e le aspettative sulla qualità di vita del bambino. Quando la famiglia accede ai servizi e alla scuola, le rappresentazioni della disabilità e i modelli di cura solitamente non corrispondono ai modelli di riferimento di operatori e insegnanti.

È molto importante capire come la famiglia si organizza per affrontare i bisogni legati alla disabilità del figlio e se questo avviene nella solitudine o attraverso il supporto di una rete parentale o di vicinato. Dalle ricerche emerge come le fatiche di queste famiglie, sia rispetto ai problemi connessi alla condizione di non autosufficienza sia rispetto a questioni legate alla pluriappartenenza, non vengano percepite o ascoltate. Diventa difficile rivolgersi a qualcuno non solo per la lontananza affettiva dai propri cari, ma anche per «la lontananza delle relazioni, per la lontananza della vicinanza che riguarda l'assenza di relazioni, l'indifferenza, la sottovalutazione dei problemi e l'ipervalutazione delle parti deficitarie, la solitudine<sup>121</sup>». Nelle situazioni migliori le famiglie riescono a ricongiungere alcuni parenti che si trasferiscono con l'obiettivo di sostenere la famiglia nella crescita del figlio con disabilità.

---

121 Agiropoulos D., *Le Famiglie*, in Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità figli di migranti*, Liguori Editore, Napoli, 2012, p. 140.

Le povertà relazionali, segnalate ampiamente nelle ricerche, condizionano in maniera negativa i processi inclusivi legati all'apprendimento della lingua, alla conoscenza e al rapporto con realtà istituzionali diverse da quelle presenti nel paese d'origine. Si comunica poco, le barriere linguistiche e la mancanza di spazi di confronto impediscono le aperture e possono generare fraintendimenti e rafforzare pregiudizi.

### *Le madri*

Spesso sono i padri a rapportarsi con i servizi sia perché spesso vi è una separazione dei ruoli e la gestione dei rapporti con l'esterno è affidata al marito, sia per una maggiore competenza linguistica. In realtà le madri trascorrono la maggior parte del tempo con il bambino e detengono preziose informazioni sulla sua crescita. Anche quando ai colloqui si presentano entrambi i genitori, spesso i mariti tendono a rispondere al posto delle mogli, tuttavia quando quest'ultime vengono interpellate o incontrate in colloqui, separate dai mariti, portano riflessioni attente e un gran desiderio di essere ascoltate. Madri che spesso rimangono un passo indietro, i mariti non sempre condividono con loro le informazioni o le strategie suggerite impedendo a queste donne di comprendere il senso del lavoro e degli interventi proposti sul loro bambino.

Spesso i terapeuti lamentano che queste madri si sostituiscono in tutto ai bambini impedendo loro di sviluppare le autonomie di base, oppure sono madri 'inadeguate' in quanto non giocano con loro, non li stimolano abbastanza. Risulta tuttavia difficile coinvolgere le madri negli interventi specialistici (es. interventi di logopedia, psicomotricità), in mancanza di una condivisione e un confronto sui significati degli interventi stessi. Senza una condivisione alla base di ciò che serve al bambino le proposte di intervento fatte dai servizi rischiano di tradursi in uno spreco di risorse.

Talvolta gli specialisti chiedono alle madri di interagire con tecniche specifiche durante il gioco che, tuttavia, non sono contemplate dai modelli culturali di riferimento di queste donne. Oppure quando occorre spiegare a una famiglia che il bambino necessita di interventi educativi a domicilio, si dà per scontato che siano chiari ruolo e funzioni dell'educatore. Tutto ciò non crea le premesse adeguate per l'avvio di un intervento efficace.

Le richieste più frequenti portate dalle famiglie sono orientate ad ottenere il massimo degli interventi riabilitativi, come se questi fossero sufficienti per un'auspicata guarigione. Molte volte è difficile trasmettere il messaggio dell'importanza di lavorare in tutti i contesti di vita del bambino in maniera integrata con l'obiettivo di generalizzare gli apprendimenti.

Pertanto alcuni operatori del Servizio Disabili area Minori del Comune di Venezia e del Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Asl 3 Serenissima, si sono resi conto della necessità di uno spazio di condivisione in cui ripartire dall'alfabeto, per poter costruire assieme un vocabolario condiviso con cui fosse possibile confrontarci su come stanno loro in quanto donne, mogli, madri e come vedono i loro figli. L'esperienza è stata considerata dagli operatori come un investimento sul lavoro con e per queste famiglie, consapevoli che provando a sostenere le madri in modo più continuativo, si sarebbe lavorato indirettamente sui loro bambini.

#### *L'aumento delle certificazioni di disabilità*

L'aumento delle certificazioni per l'integrazione scolastica di bambini provenienti da contesti migratori è un fenomeno strutturale. Leonardi spiega come le motivazioni vadano ricercate nella difficoltà di fare diagnosi in contesti multiculturali, ma anche «in un immediato riconoscimento di un bisogno di aiuto per l'integrazione scolastica, date le innumerevoli ristrettezze economiche della scuola e i bisogni crescenti di una popolazione scolastica molto disomogenea<sup>122</sup>».

La valutazione della disabilità in un bambino con background migratorio non è facile. Nel caso in cui i bambini mostrino una disabilità congenita, riconoscibile da tratti fisici o da caratteristiche proprie della patologie, la diagnosi risulta più semplice. Se il bambino non è nato in Italia ma è giunto successivamente può essere più difficoltoso ricostruire l'anamnesi, spesso manca la documentazione necessaria, tuttavia l'origine culturale va tenuta in considerazione. Diverso è quando i bambini non presentano delle disabilità evidenti e le componenti affettivo-relazionali linguistiche possono influenzare la diagnosi. I bambini che affrontano la migrazione hanno un vissuto di sradicamento che può comportare un disagio

---

122 Leonardi B., *Il punto di vista dei servizi territoriali*, in Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità, figli di migranti*, Liguori Editore, Napoli, 2012, p. 148.

che nasconde le loro reali capacità. Le stesse difficoltà linguistiche, spesso interpretate come una patologia, in realtà sono legate alla sofferenza dell'evento migratorio e si riassorbono in qualche anno.

Sidoli<sup>123</sup> spiega che l'atteggiamento della scuola può attribuire alla provenienza straniera la causa di qualsiasi difficoltà sul piano dell'apprendimento e/o comportamentale. In altri casi le difficoltà di apprendimento non vengono correlate alla diversa provenienza e alle difficoltà linguistiche, ma vengono legate a un deficit intellettivo. Il rischio è da un lato di sopravvalutare il peso dell'appartenenza culturale e generalizzare una serie di difficoltà che alcuni alunni manifestano, dall'altro si rischia di valutare le problematiche espresse da questi alunni senza tener conto del contesto familiare e culturale di provenienza.

In altre parole, il rischio è di etichettare come disabile un bambino che manifesta atteggiamenti aggressivi o comportamenti che non sono ritenuti nella norma e che in realtà nascondono la sua vera personalità.

La sovrarappresentazione della disabilità negli alunni provenienti da contesti migratori è messa in evidenza da diversi studi sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale. Nella ricerca di Caldin precedentemente citata, dai dati di monitoraggio della Npi (riferiti all'anno 2008) presentati durante un seminario promosso dall' AUSL emergeva che:

Anche dalla lettura di questi dati risulta chiaro come tra i minori migranti diagnosticati il numero delle certificazioni assegnate risultava maggiore se paragonato ai bambini italiani con la stessa diagnosi. Per entrambi i campioni, bambini italiani e bambini migranti, la diagnosi maggiormente assegnata è quella di disturbo dell'apprendimento. Non ci sono quindi grandi differenze, né per quello che riguarda la fascia anagrafica di accesso; la differenza riguarda il numero di certificazioni assegnate, che nel caso dei bambini figli di migranti, risulta esser più elevata<sup>124</sup>.

---

123 Sidoli R., *La famiglia straniera con un figlio disabile: strategie inclusive a scuola*, in Cairo M.T. (a cura di), *Pedagogia e didattica speciale per gli educatori ed insegnanti nella scuola*, Vita e pensiero, Milano, 2007, pp. 83-85.

124 Leonardi B., cit., p. 148.

Allargando lo sguardo alla letteratura internazionale, alcuni autori<sup>125</sup> sottolineano come negli Stati Uniti spesso alunni immigrati bilingui vengano destinati alle classi di educazione speciale a causa della mancanza di una corretta diagnosi.

Luciak<sup>126</sup> in un articolo sull'educazione interculturale in Austria ha evidenziato la sovrarappresentazione di studenti immigrati fra quelli presenti nelle scuole per soggetti con difficoltà di apprendimento e dell'emozionalità e ha sottolineato come l'inserimento di questi studenti in contesti inclusivi abbia una ricaduta positiva sia sui progressi in ambito cognitivo sia rispetto allo sviluppo delle competenze sociali.

Le difficoltà diagnostiche si associano alle difficoltà legate alla comprensione e all'accettazione della disabilità da parte della famiglia, non solo per le difficoltà di comunicazione ma anche per i significati culturali che la famiglia attribuisce a quelle parole.

In questi casi la mediazione linguistico culturale diventa uno strumento prezioso anche se viene tendenzialmente utilizzata quando la barriera linguistica appare insormontabile, mentre si tende a utilizzarla meno quando i genitori sono in grado di esprimersi, seppure con grosse difficoltà, in lingua italiana. Se la mediazione viene considerata come una prestazione 'a gettone', un intervento a spot da attivare al bisogno, risulta meno efficace. A livello istituzionale non è ancora condiviso il principio che mediatori e mediatrici siano figure indispensabili per l'accoglienza e devono essere coinvolti sin da subito nel percorso della famiglia all'interno del servizio. Certo i mediatori stessi devono essere formati rispetto agli obiettivi del servizio, quali sono le figure professionali con cui entrano in rapporto e quali sono i dispositivi/setting di ciascuna figura professionale. La presenza di questi professionisti comporta un valore aggiunto alla qualità dei servizi, favorisce il successo degli interventi e l'alleanza con la famiglia e rappresenta una risorsa utile in primis per gli operatori.

Come già sottolineato più volte, le donne coinvolte nel progetto realizzato nel comune di Venezia sono state considerate protagoniste sin dal principio. La scelta di sottoporre loro

---

125 Su questo si veda Losen D.J., Orfield G., (a cura di), *Racial inequality in special education*, Harvard Education Press, Cambridge, 2002, e Baca L.M., Cervantes H.T., *Bilingual special education*, ERIC Digest, 1991.

126 Luciak M., Khan-Svik G., *Intercultural Education and Intercultural Learning in Austria – Critical Reflections on Theory and Practice*, in "Intercultural education", v. 19, n. 6, 2008, pp. 493-504.

delle interviste ha permesso agli operatori di costruire alcuni interventi tenendo conto dei vissuti, racconti, bisogni riportati dalle donne stesse.

#### **4. Alcuni dati sul territorio veneziano**

Al primo gennaio 2020 i cittadini non comunitari rappresentano il 7,5% della popolazione residente nell'area metropolitana di Venezia<sup>127</sup>. Si tratta di un dato in leggero aumento rispetto all'anno precedente, che mantiene Venezia in quinta posizione tra le città metropolitane, per l'incidenza dei residenti non comunitari sul complesso dei residenti. La maggiore incidenza della popolazione residente non comunitaria nell'area metropolitana si registra nel comune di Venezia (11,5%), mentre negli altri comuni l'incidenza sulla popolazione residente arriva a un massimo del 9%. Le nazionalità prevalenti sono quella bangladese (15,5%), moldava (12,6%), cinese (10,5%) e albanese (10,1%). La comunità bangladese veneta è la terza più numerosa a livello nazionale dopo quelle presenti nel Lazio e Lombardia includendo il 13,5 % dei cittadini bangladesi regolarmente soggiornanti in Italia, la metà dei quali si trovano nel territorio in esame.

I minori rappresentano il 23% della popolazione straniera in linea con il dato registrato a livello nazionale (22%). Venezia è, tra le città metropolitane, quella che fa registrare la più alta incidenza di minori tra i regolarmente soggiornanti, ad indicare un'elevata presenza di nuclei familiari segnale di un processo di stabilizzazione sul territorio.

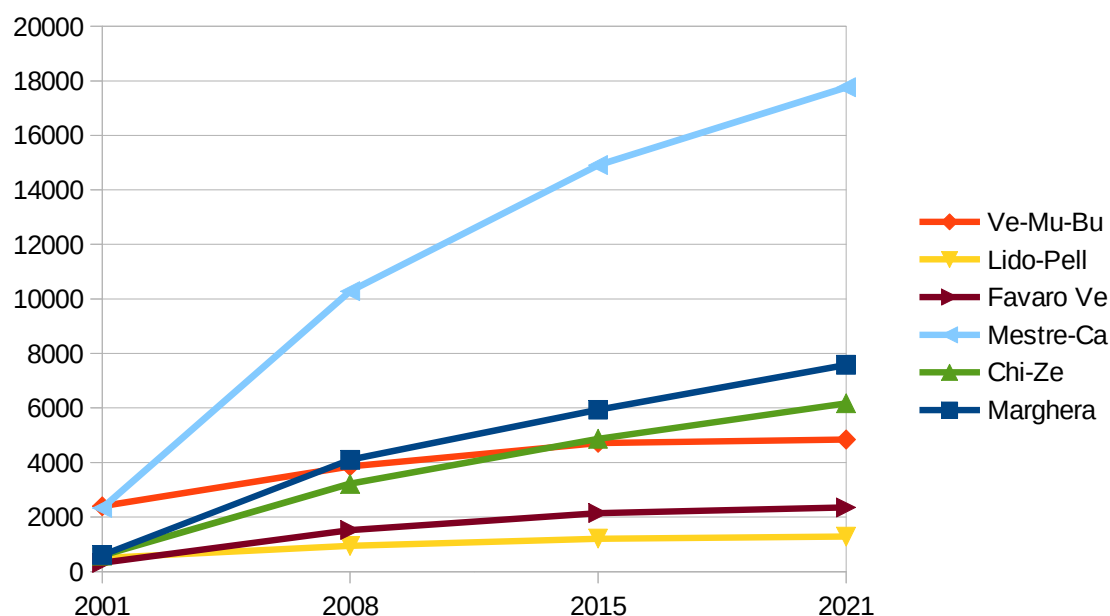
Con particolare riferimento al Comune di Venezia il numero di cittadini (con cittadinanza diversa da quella italiana) residenti al 31 dicembre 2021 è pari a 39.992 persone su un totale di 254.850 residenti pari al 15,69% della popolazione<sup>128</sup>. Dei 39.992 cittadini circa l'85% è residente in terraferma. La nazionalità più frequente è il bangladese con 7.559 persone, a seguire quella moldava (3.816) e cinese (3.762).

---

127 Direzione Generale dell'immigrazione e politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *La presenza dei migranti nella città metropolitana di Venezia*, 2020. Scaricabile al link <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/La%20presenza%20dei%20migranti%20nelle%20aree%20metropolitane,%20anno%202020/RAM-2020-Venezia.pdf>. La Città metropolitana di Venezia è un ente territoriale di area vasta il cui territorio coincide con quello della preesistente provincia. Istituita l'8 aprile 2014, è operativa dal 1° gennaio 2015.

128 Fonte: Ufficio Statistica Comune di Venezia.

Anche i dati del servizio riportati in seguito evidenziano una forte presenza di famiglie bangladesi nel territorio veneziano. La presenza di una importante comunità bangladesa è legata al mercato del lavoro locale che richiede forza lavoro flessibile e a basso costo. La manodopera immigrata è impiegata nel settore turistico in lavori a bassa qualifica quali portabagagli e camerieri ai piani negli alberghi, lavapiatti e aiuto-cuoco nel settore della ristorazione, commessi in negozi di souvenir. Inoltre la presenza di Fincantieri, azienda leader nella cantieristica navale, che affida a terzi tutte le fasi della lavorazione attraverso appalti e subappalti, richiama quote di forza-lavoro immigrata facilmente ricattabile. La componente femminile di questa ‘prima generazione’ di bangladesi in Italia è arrivata, nella quasi totalità delle situazioni, per ricongiungimento familiare<sup>129</sup>.



*Figura 1: Il grafico mostra l'aumento di popolazione straniera residente nelle aree di Venezia-Murano-Burano, Lido-Pellestrina, Favaro Veneto, Mestre-Carpenedo, Chirignago-Zelarino, Marghera, nel corso del decennio 2001-2021. Fonte: Comune di Venezia – Ufficio Statistica*

129 Della Puppa F., *Uomini in movimento, Il lavoro della maschilità tra Bangladesh e Italia*, Rosenberg & Sellier, Torino, 2014.

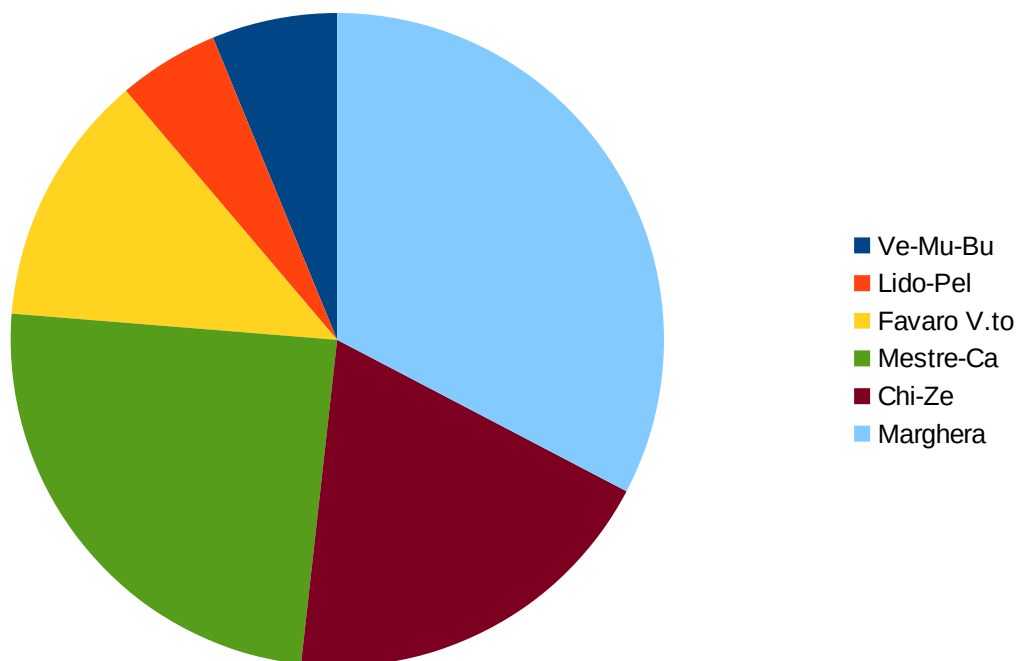
Anche nelle scuole del veneziano la presenza di alunni ‘stranieri’ è aumentata tanto che nel 2018 è stato stilato un protocollo tra Prefettura, Ufficio Scolastico per il Veneto, Regione e Comune di Venezia volto a stabilire un tetto massimo di presenze di studenti ‘stranieri’ nelle classi al fine di promuovere una equa accoglienza degli alunni con background migratorio.

I dati statistici del 2021 evidenziano come Mestre Centro e Marghera siano le municipalità maggiormente multietniche. Su 2.511 bambini stranieri da 0 a 4 anni nel Comune, 2.325 sono in terraferma e di questi, 1.200 sono a Mestre e 583 a Marghera. A livello comunale si contano anche quasi 2.500 bambini tra 5 e 9 anni di cui 1164 a Mestre; 2.000 giovanissimi di età compresa tra i 10 e i 14 anni di cui 885 sempre a Mestre e 1.600 ragazzi tra 15 e 19 anni di cui 700 a Mestre. Il centro storico di Venezia vede una minor presenza di minori stranieri dove la presenza media si aggira attorno alle 140 unità per classe di età. La percentuale di minori residenti ‘stranieri’ è molto variabile rispetto alla municipalità considerata, con una incidenza maggiore nelle municipalità di Marghera e Mestre-Carpenedo.

*Tabella 2: Incidenza della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente nei diversi territori. Fonte: Comune di Venezia – Ufficio Statistica*

Territorio	Popolazione residente 0-19	Popolazione straniera residente 0-19	Incidenza
Venezia-Burano-Murano	7957	591	7,43%
Lido-Pellestrina	2749	164	5,96%
Favaro Veneto	3693	552	14,95%
Mestre - Carpenedo	13543	3963	29,26%
Chirignago - Zelarino	6356	1449	22,8%
Marghera	4876	1904	39,05%





*Figura 2: Rappresentazione grafica della percentuale di minori residenti stranieri sul totale dei minori residenti, divisi per le varie municipalità al 31/12/2021. Fonte: Comune di Venezia – Ufficio Statistica*

## **5. Il Servizi Disabili area Minori del Comune di Venezia: dati e attività**

Il servizio si colloca all'interno della Direzione Coesione Sociale – settore Servizi alla Persona e Famiglie. È composto da quattro assistenti sociali che si occupano delle situazioni della terraferma e del centro storico e isole e da un'assistente sociale coordinatrice del servizio. Di fatto da oltre un anno il servizio è in forte carenza di personale per cui ci sono solo due assistenti sociali che si occupano del lavoro a stretto contatto con le famiglie. La scelta dell'amministrazione di non sostituire temporaneamente gli operatori assenti ha inciso sulla qualità del lavoro sociale che è stato impegnato nel rispondere alle urgenze senza riuscire ad avere spazi di riflessione sia sulle singole situazioni, sia sulle progettualità di più ampio respiro.

La finalità del servizio è quella di garantire ai minori con disabilità che necessitano di interventi assistenziali il diritto allo studio, l'integrazione nei vari contesti di vita e la partecipazione ad attività di socializzazione.

Il Servizio Disabili area Minori prende in carico i minori a cui, nel verbale di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai sensi del DPCM n.185 del 23/02/2006 e della Dgrv 2248 del 17/07/2007, viene riconosciuto l'operatore per l'autonomia personale e/o per la comunicazione-relazione<sup>130</sup>, servizio erogato dall'ente comunale.

Questo verbale oltre a contenere i dati identificativi del minore e le patologie di cui è affetto, definisce i supporti di cui il minore ha bisogno al fine dell'inclusione scolastica. Solitamente la durata del verbale è legata alla durata del ciclo scolastico tuttavia, laddove si ritiene opportuno, il verbale può avere una durata inferiore quando vi è la necessità di rivalutare il minore in tempi più brevi.

Secondo l'art.13 della legge 104/92 la gestione del servizio di integrazione scolastica spetta agli Enti Locali, in quanto afferente, nel momento in cui la norma è stata approvata, all'area delle politiche sociali e socio-assistenziali. Come conseguenza di questa attribuzione, se da un lato la finalità dell'assistenza educativa è molto chiara, dall'altro i modelli organizzativi che si sono venuti a sviluppare nel corso del tempo sono diversi e presentano differenze nei profili, nei percorsi formativi, nelle condizioni contrattuali offerte agli operatori. Differenze territoriali che si traducono in disuguaglianze di opportunità dal momento che gli Enti Locali finanziano questo servizio in base alle risorse di bilancio disponibili<sup>131</sup>.

---

130 L'individuazione dell'alunno in situazione di handicap è effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) di cui alla dgr n. 3242/01. La dgrv 2248 del 17/07/2007 prevede che l'UVMD ai fini dell'integrazione scolastica dell'alunno in situazione di handicap sia composta dalle seguenti figure: direttore del distretto socio-sanitario o suo delegato (presidente UVMD), assistente sociale dei servizi socio-sanitari territoriali dell'Azienda ULSS o in assenza, del comune di residenza della persona, pediatra di libera scelta o medico di medicina generale, neuropsichiatra infantile o psicologo dell'età evolutiva, responsabile del servizio di integrazione scolastica o suo delegato, medico specialista di fiducia o medico in rappresentanza delle associazioni di categoria. Durante la seduta i componenti esaminano la documentazione sanitaria e redigono un verbale secondo un modello precompilato sottoscritto da tutti i componenti. Il verbale viene consegnato al richiedente al termine della valutazione ai fini dell'integrazione scolastica ai sensi del DPCM n.185/2006 assieme al documento contenente la diagnosi funzionale di cui al DPR 24 febbraio 1994.

131 Dal report ISTAT, *L'Inclusione Scolastica degli alunni con disabilità. Anno scolastico 2020-2021*, il rapporto numerico alunni/assistenti nelle diverse regioni italiane oscilla da un 2,9 nelle Marche a un 15,7 in Campania.

Il Comune di Venezia eroga il servizio di integrazione scolastica attraverso l'appalto ad una cooperativa selezionata mediante una gara pubblica. Le attività di assistenza scolastica vengono svolte da operatori O.S.S., a differenza di altre regioni, come l'Emilia Romagna, in cui questa mansione viene svolta dall'educatore professionale.

I compiti dell'operatore sono: favorire la socializzazione e l'inclusione del minore con disabilità all'interno del gruppo classe, favorire e promuovere lo sviluppo delle autonomie, le competenze relazionali e comunicative e lo sviluppo di comportamenti pro-sociali lavorando in sinergia con l'équipe degli insegnanti.

Si tratta di figure funzionali ai processi di apprendimento e alla socializzazione dell'alunno con disabilità, chiamate ad intervenire per potenziarne le capacità in ambiti quali l'autonomia e la gestione degli aspetti cognitivi e relazionali. Il ruolo dell'assistente educativo è ben distinto da quello dell'insegnante di sostegno, perché l'assistente viene assegnato al singolo alunno e non è responsabile della didattica; l'assistente, inoltre si occupa di autonomie complesse e pertanto il suo compito non si sovrappone a quello del collaboratore scolastico al quale è affidata l'assistenza di base<sup>132</sup>.

L'operatore, assegnato all'alunno, è chiamato a lavorare sul gruppo classe per migliorare le relazioni al suo interno e promuovere il benessere del minore all'interno del contesto scolastico. Non si tratta di una figura di mera assistenza, ma di una figura educativa complementare che non si sostituisce alle insegnanti di classe e al sostegno bensì ne integra il lavoro svolto, collaborando alla stesura del PEI, partecipando ai GLO e ai momenti di équipe all'interno della scuola.

L'aumento della popolazione immigrata sul territorio veneziano si riflette anche nei dati raccolti all'interno del servizio. Qui di seguito vengono riportati i dati del servizio riferiti all'anno scolastico 21/22 in cui si rileva una forte presenza di minori con disabilità provenienti da contesti migratori, in particolar modo in terraferma.

---

132 Zanazzi S., *L'assistenza educativa per gli alunni con disabilità: uno sguardo sui modelli organizzativi in prospettiva inclusiva*, in "Annali online della Didattica e della Formazione Docente, v. 14, n. 23, 2022, p.199.

Si sottolinea che questi dati non fanno riferimento a tutta la popolazione scolastica con disabilità ma a quella parte di popolazione che oltre ad avere l'insegnante di sostegno, sono affiancati da un O.S.S., servizio erogato dal Comune. Possono essere considerati pertanto dati parziali, tuttavia costituiscono comunque un osservatorio privilegiato per leggere i bisogni portati dai minori e dalle loro famiglie.

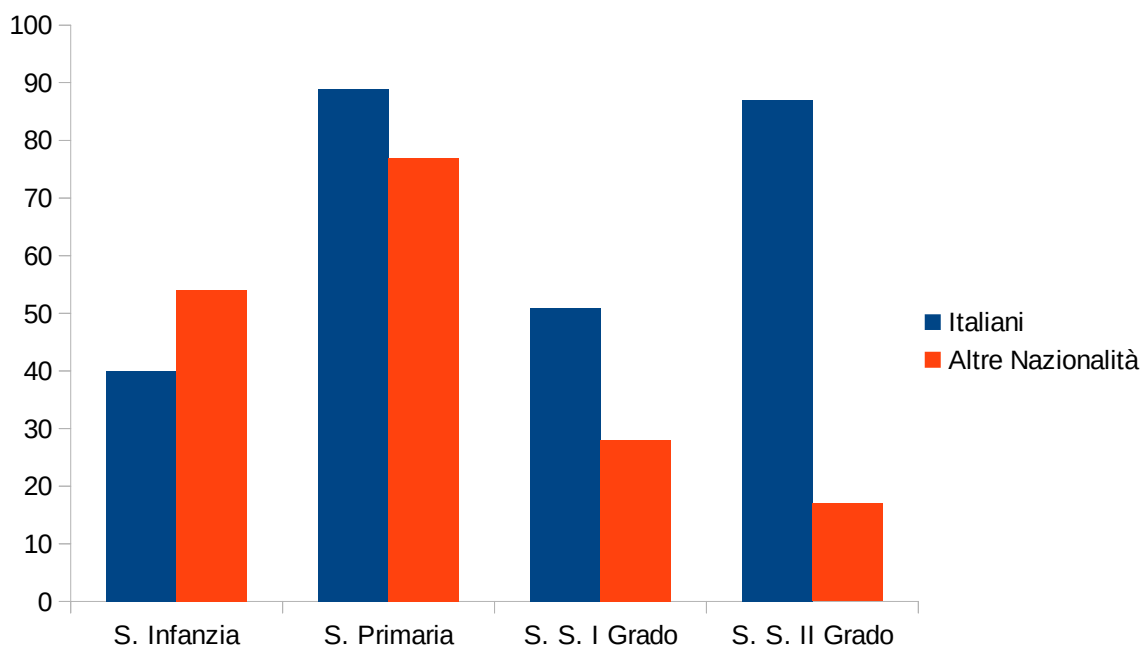
Per l'anno scolastico 2021/2022 le situazioni in carico erano le seguenti:

*Tabella 3: Numero di alunni con disabilità italiani e immigrati, suddivisi per distretto di riferimento. Fonte: Comune di Venezia – Servizio Disabili area Minori*

	Nazionalità italiana	Altre nazionalità	Totale alunni in carico per distretto
Terraferma	182	149	331
Centro storico e isole	85	27	112

*Tabella 4: Distribuzione dei minori in carico in base ai cicli scolastici. Fonte: Comune di Venezia – Servizio Disabili area Minori*

	Nazionalità italiana	Altre nazionalità	Totale alunni in carico
Scuola dell'infanzia	40	54	94
Scuola primaria	89	77	166
Scuola secondaria di primo grado	51	28	79
Scuola secondaria di secondo grado	87	17	104



*Figura 3: Minori in carico per ciclo scolastico e nazionalità. Fonte: Comune di Venezia – Servizio Disabili area Minori*

Le nazionalità sono così composte: Bangladeshese (61 minori), Cinese (19 minori), Moldava (17 minori), Albanese (8 minori), Ucraina (8 minori), Macedone (8 minori), Kosovara (7 minori), Filippina (6 minori), Rumena (6 minori), Nigeriana (6 minori), Tunisina (6 minori), Algerina (2 minori), Cubana (2 minori), Egiziana (2 minori), Eritrea (2 minori), Georgiana (2 minori), Giapponese (2 minori), Dominicana (2 minori), Turca (2 minori), Iraniana (1 minore), Afghana (1 minore), Camerunese (1 minore), Etiopese (1 minore), Russa (1 minore), Senegalese (1 minore), Singalese (1 minore), Statunitense (1 minore).

### *Il lavoro con le scuole*

Indubbiamente il lavoro con le scuole occupa una grande parte del tempo-lavoro. Oltre alla programmazione del servizio all'interno delle scuole sulla base dei minori con disabilità presenti e dei bisogni espressi, nel corso dell'anno viene svolta un'importante attività di monitoraggio del servizio erogato. Inoltre, laddove possibile, gli operatori

partecipano ai Gruppi di Lavoro Operativi (GLO) in cui sono presenti famiglia, insegnanti e servizi<sup>133</sup>, sede deputata alla definizione del Progetto Educativo Individualizzato (PEI). Questi incontri diventano momenti importanti per un confronto costruttivo tra coloro che, a vario titolo, lavorano con il bambino. La scuola restituisce alla famiglia il lavoro svolto, gli obiettivi perseguiti, i progressi e le difficoltà rilevate, la famiglia, dal canto suo, condivide le proprie riflessioni sul bambino e sul lavoro svolto a casa e/o in altri contesti arrivando così a confermare o modificare, laddove necessario, la progettualità in essere per il minore condividendo obiettivi, strategie e azioni.

### *Il lavoro con le famiglie*

Il tempo scuola occupa una parte importante della giornata dei bambini, soprattutto nella scuola primaria, tuttavia anche le attività extra-scolastiche risultano importanti per promuovere l'inclusione sociale. Ci sono famiglie molto competenti in grado di individuare attività idonee per il proprio figlio nel tempo extra-scolastico, tuttavia ci sono famiglie in difficoltà a garantire questo tipo di esperienze per vari motivi: difficoltà di conciliazione dei tempi della famiglia con i tempi lavorativi, difficoltà economiche, mancanza di informazioni sulle risorse del territorio, mancata percezione di questa necessità. In questo caso gli operatori del servizio accompagnano le famiglie nell'individuare dei contesti socializzanti nel territorio compatibili con le caratteristiche del figlio, aiutandole a comprendere l'importanza di queste esperienze.

Nel precedente capitolo si è sottolineato come anche queste opportunità possano rappresentare dei fattori di protezione per i bambini e vadano sostenute il più possibile. A tal proposito per le famiglie che manifestano problematiche socio-economiche, il servizio

---

133 GLO significa Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione. È istituito a livello di singola istituzione scolastica e per ogni alunno con disabilità. Il GLO è composto dal team dei docenti contitolari o dal consiglio di classe e presieduto dal dirigente scolastico o da un suo delegato. Partecipano al GLO i genitori dell'alunno con disabilità o chi ne esercita la responsabilità genitoriale, le figure professionali specifiche, interne ed esterne all'istituzione scolastica, che interagiscono con la classe e con l'alunno con disabilità nonché, ai fini del necessario supporto, l'unità di valutazione multidisciplinare. Il PEI, acronimo di Piano Educativo Individualizzato, è lo strumento con cui il consiglio di classe disegna un percorso didattico inclusivo per gli alunni con disabilità. Il documento fissa gli obiettivi e le attività che si faranno durante l'anno scolastico, e costruisce un tessuto di collaborazione tra scuola e famiglia. Il PEI viene discusso e approvato nel GLO.

prevede l'attivazione di contributi finalizzati al pagamento di queste attività o del materiale necessario e, laddove possibile, gli accompagnamenti attraverso un servizio di trasporto.

Talvolta si rende necessario attivare degli interventi domiciliari che possono avere diverse finalità. Ad esempio nelle situazioni di grave disabilità rispondono alla richiesta di sollievo familiare, mentre in altre situazioni possono aiutare la famiglia a lavorare su alcuni aspetti del bambino (es. autonomie personali). Il servizio domiciliare può attivare apprendimenti significativi che riguardano il coinvolgimento dei genitori nelle pratiche di cura, la possibilità di confrontarsi sui comportamenti dei bambini e le risposte degli adulti, proponendo delle modalità comportamentali alternative.

Nel periodo estivo il servizio organizza l'assistenza da parte di operatori socio-sanitari che può essere prestata a domicilio o presso i centri estivi scelti dalle famiglie, nel territorio del Comune di Venezia.

#### *Il lavoro con gli altri servizi*

Nelle situazioni maggiormente complesse, in cui accanto alla disabilità si rilevano altri problemi di tipo economico, lavorativo, abitativo, il servizio può valutare di coinvolgere altri servizi del Comune al fine di poter attivare ulteriori risorse volte a dare risposte adeguate.

Per quanto osservato dagli operatori, la pandemia ha inciso drammaticamente sulla vita dei lavoratori e delle loro famiglie. In molte di queste famiglie i padri, spesso unici percettori di reddito, sono impiegati nel settore turistico o lavorano per cooperative presso Fincantieri S.p.A.. La riduzione dei guadagni ha inciso direttamente sul pagamento degli affitti o dei mutui, maturando situazioni debitorie difficilmente risanabili se non attraverso interventi economici *ad hoc*, volti a ridurre il rischio di perdita dell'abitazione.

Il servizio collabora con il servizio di Neuropsichiatria Infantile del territorio che ha al suo interno, oltre ai clinici e terapisti, anche assistenti sociali ed educatori. Il lavoro di rete, seppur impegnativo, diventa fondamentale per poter integrare i diversi punti di vista degli operatori coinvolti ed elaborare proposte progettuali condivise.

Inoltre per le famiglie orientarsi nella rete di servizi per la disabilità è complesso. La presa in carico di un bambino con disabilità coinvolge diverse figure professionali all'interno dei

servizi socio-sanitari (pediatra, neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore, terapisti) e all'interno della scuola (insegnanti curricolari, insegnanti di sostegno, operatori socio-sanitari). Tutte queste figure dovrebbero collaborare insieme alle famiglie per la definizione del percorso educativo e riabilitativo.

## **6. Il progetto**

Questo progetto nasce dalla forte convinzione che il coinvolgimento delle famiglie nel percorso terapeutico, educativo e scolastico dei bambini risulti fondamentale per la buona riuscita degli interventi e dell'inclusione. Per far in modo che questo coinvolgimento abbia esito positivo è essenziale tener conto della dimensione della migrazione e pertanto conoscere il percorso migratorio della famiglia, il rapporto con la cultura d'origine, le rappresentazioni della disabilità, i vissuti dei genitori, in particolar modo delle madri. Sulla base di queste riflessioni, alcuni operatori dei servizi sopra indicati hanno scelto di sperimentare una modalità di lavoro diversa incontrando alcune madri di minori con disabilità in carico al servizio, in un contesto di gruppo anziché in colloquio individuale.

Il progetto è frutto della collaborazione tra Servizio Disabili area Minori e Servizio Pronto Intervento sociale, Inclusione e Mediazione (PIM) del Comune di Venezia.

Il PIM da anni, attraverso i finanziamenti FAMI<sup>134</sup>, organizza corsi di italiano rivolti a soggetti vulnerabili. Alcuni dei corsi di italiano organizzati sono stati realizzati a favore di madri immigrate con figli disabili. Questi percorsi vengono utilizzati non solo per la loro funzione primaria, ovvero l'insegnamento della lingua italiana come L2, ma anche come occasione di orientamento sui servizi del territorio.

Alla luce di queste esperienze, nel 2021 si è pensato di strutturare un corso di italiano per madri con figli con disabilità che prevedesse una presenza maggiore degli operatori dei servizi specialistici, così da permettere una maggiore vicinanza tra le donne partecipanti e gli operatori coinvolti, provando a farli incontrare e conoscere in uno spazio dedicato a loro.

---

134 Il Fondo asilo migrazione e integrazione 2014-2020" (FAMI) è uno strumento finanziario istituito con Regolamento UE n.516/2014 con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno: asilo, integrazione e rimpatrio.



L'obiettivo era quello di rendere le donne maggiormente autonome e competenti nella relazione con i servizi fornendo loro strumenti per aiutarle a capire il percorso scolastico e terapeutico dei figli, riuscendo a interloquire con le figure con cui si rapportavano. Il corso prevedeva delle lezioni dedicate all'insegnamento dell'italiano, degli incontri informativi sulla rete dei servizi e degli incontri laboratoriali condotti da due arteterapeute supportate da O.S.S., messe a disposizione dal Servizio Disabili per sostenere le madri e le professioniste, nella gestione dei bambini. Attraverso gli incontri di arteterapia si è provato a suggerire alle partecipanti nuove modalità e strategie per entrare in relazione con il bambino, per giocare con lui.

Inoltre per tutta la durata del corso è stato previsto un servizio di baby-sitting per permettere alle donne con figli piccoli di poter partecipare agli incontri e seguire le lezioni.

Il gruppo di lavoro che ha lavorato sul progetto è formato da un'assistente sociale del Servizio Disabili area Minori, un'assistente sociale del Servizio Pronto Intervento Sociale, Inclusione e Mediazione del Comune di Venezia e due assistenti sociali della Neuropsichiatria Infantile dell'Aulss 3 Serenissima. Gli operatori hanno così proceduto ad individuare un gruppo di madri di nazionalità diverse i cui figli erano in carico al servizio di NPI e al Servizio Disabili del Comune. Le famiglie da coinvolgere sono state individuate non tanto sulla base della patologia dei bambini, quanto sulla scuola frequentata e sulla disponibilità delle donne a frequentare un corso che le impegnava per due, talvolta tre giorni a settimana.

A questo percorso hanno partecipato sette donne provenienti da quattro nazioni differenti: Bangladesh, Sri Lanka, Etiopia e Macedonia del Nord.

Di queste sette donne, solo una ha abbandonato il percorso (per problemi di salute).

*Tabella 5: Rappresentazione per sommi capi delle partecipanti al progetto, descritte per Paese di provenienza, età, composizione del nucleo familiare, numero di minori presi in carico dai servizi specialistici, Paese di prima diagnosi del minore. Fonte: Comune di Venezia – Servizio Disabili area Minori*

	Nazionalità	Età	Composizione nucleo familiare	Minori in carico	Prima diagnosi di disabilità
Madre 1	Bangladesh	37	Marito, 2 figli	1, di 6 anni	In Italia
Madre 2	Bangladesh	29	Marito, 1 figlio	1, di 7 anni	In Bangladesh
Madre 3	Bangladesh	32	Marito, 2 figli	2, di 9 e 6 anni	In Italia
Madre 4	Bangladesh	53	Marito, 2 figli	1, di 12 anni	In Italia
Madre 5	Macedonia del Nord	34	Marito, 2 figli	1, di 11 anni	In Italia
Madre 6	Sri-Lanka	43	Marito, 1 figlio	1, di 6 anni	In Italia
Madre 7	Etiopia	31	Marito, 2 figli	1, di 7 anni	In Italia

Per poter calibrare meglio i contenuti degli interventi di orientamento ai servizi si è valutato di intervistare le madri, riservando loro uno spazio d’ascolto in cui attraverso un’intervista semi-strutturata sono state ricostruite le loro storie di vita, in tal modo si è cercato di comprendere i loro bisogni come donne e come madri.

## **7. Le interviste**

In questo paragrafo si intende presentare la modalità con cui sono state strutturate e somministrate le interviste. Principalmente si è scelto di somministrare delle interviste semi-strutturate, con la convinzione che attraverso questa modalità le donne intervistate potessero sentirsi sia condotte, sia libere di portare la loro parola. Andando nello specifico, le interviste sono state costruite per indagare quattro aree, quali il percorso migratorio, la competenza linguistica, l’accesso ai servizi e la conoscenza dei servizi, i bisogni come donne e come madri. Tutte le interviste si sono svolte in presenza di un mediatore linguistico-culturale messo a disposizione per questa specifica occasione dal servizio P.I.M. del Comune di Venezia.

Le partecipanti al corso sono state sette madri, ma le interviste sono state somministrate a quattro di loro, in quanto non tutte sono riuscite a essere presenti insieme al mediatore linguistico-culturale. Si sottolinea che, comunque, tutte e sette avevano aderito con grande entusiasmo alla proposta dell'intervista da parte degli operatori, probabilmente molto consapevoli del fatto che questa occasione fosse un momento imprescindibile in cui potersi raccontare e parlare delle proprie esperienze.

Dopo un'attenta analisi delle risposte date da tali donne, sono emersi una serie di elementi che troviamo imprescindibili: il primo elemento, decisamente quello di partenza, è quello che fossero tutte arrivate in Italia per ricongiungimento familiare, nel momento in cui le condizioni socio-economiche del marito lo hanno permesso. In un caso solo, una donna è arrivata in stato di gravidanza, in due casi avevano già un figlio e giunte nel nostro Paese hanno avuto una seconda gravidanza. Una di loro ha dichiarato:

*Mio marito diversi anni fa si è trasferito in Italia per lavoro. Veniva qualche volta a trovarmi in Bangladesh, finché quando sono rimasta incinta abbiamo deciso di ricongiungerci e mi sono trasferita qui a Mestre nel 2012 e dopo due mesi è nato R.*

Uno di questi casi è particolarmente pertinente in quanto si tratta di un ricongiungimento familiare anticipato, la famiglia ha deciso di attivarsi con anticipo sul ricongiungimento, poiché la figlia ha manifestato evidenti difficoltà. Così la madre lo ha raccontato nell'intervista:

*Io sono rimasta in Bangladesh con la bambina, lì c'erano le nostre famiglie, i genitori erano anziani. Pensavo di rimanere in Bangladesh finché c'erano loro e poi venire in Italia da mio marito. Quando K. aveva due anni e mezzo ancora non parlava, ho deciso di venire in Italia perché qui le cure sono migliori. In Bangladesh il dottore era lontano e serviva un'ora e mezza per arrivarci. Noi vivevamo in città, abbiamo portato K. anche in India per cercare una cura. Dopo pochi mesi dal nostro arrivo in Italia è morto mio suocero. Qui in Italia K. ha fatto molti progressi, qui va meglio per lei.*

Per quanto riguarda la padronanza della lingua italiana, gran parte delle donne intervistate avevano già frequentato dei corsi di lingua italiana, tuttavia la loro competenza linguistica – sia la comprensione sia la produzione - rimaneva molto scarsa. La causa potrebbe essere individuata nel fatto che loro hanno una scarsa esposizione alla lingua italiana, dato che la loro vita si svolge dentro le mura domestiche, dove si esprimono quasi esclusivamente nella lingua d'origine con i mariti e con i figli. I mariti in Italia da più tempo, con un percorso di apprendimento linguistico in ambito lavorativo, si rapportano con il quotidiano e le istituzioni in lingua italiana anche per conto delle mogli, impedendone di fatto la progressione dell'apprendimento. In questa situazione che potrebbe sembrare statica e subita, tutte le partecipanti all'intervista hanno riconosciuto come importantissimo per loro l'apprendimento attivo della lingua del paese in cui si trovano e hanno sottolineato che questa capacità può avere risvolti positivi anche per i figli. Infatti una di loro ha esplicitato:

*Devo imparare l'italiano per poter comunicare con le persone, poter dire quello che sento, cosa mi serve.*

Un altro aspetto approfondito con le interviste, è quello dell'accesso al servizio specialistico sanitario. Dalle risposte è emerso che, per la maggior parte delle madri, l'accesso al servizio specialistico sanitario è avvenuto principalmente dopo un'indicazione della pediatra, mentre in un singolo caso, il contatto è avvenuto attraverso una persona terza, al di fuori delle istituzioni. Si riporta la risposta di una delle madri che è stata indirizzata al servizio sanitario specialistico dalla pediatra:

*Un giorno quando R. aveva 3 anni l'ho accompagnato dalla pediatra, la dott.ssa C.P., perché aveva la febbre e in quell'occasione lei si è accorta che non parlava come avrebbe dovuto e mi ha detto che dovevo farlo visitare da uno specialista e mi ha inviato in NPI. R. è stato visitato da dott. F. una volta sola e ci ha detto che era importante iscriverlo all'asilo. Siamo riusciti a inserirlo in una scuola in Corso del Popolo ma ci è andato solo per sei mesi perché era troppo lontano da casa nostra, perché non ci sono mezzi che arrivano lì e lui non camminava così tanto. Abbiamo fatto diverse domande in scuole più vicine ma non c'era posto e non l'hanno*

*accettato. R. non è stato più visitato dal dott. F., la pediatra ci ha detto quest'anno di tornare. È lei che ci ha sempre dato le indicazioni.*

Un'altra testimonianza di una donna che ha avuto accesso ai servizi specialistici attraverso le vie istituzionali:

*Quando U. aveva un anno e mezzo mi sono resa conto che produceva solo poche singole parole. Ho provato ad aspettare, la mia famiglia mi rassicurava dicendomi che rispetto alle femmine i maschi iniziano a parlare più tardi, ma con il passare del tempo vedevo che continuava a pronunciare solo parole semplici e non frasi intere. Quando aveva due anni mi sono rivolta al pediatra ma lui mi ha detto che U. stava bene e non c'erano problemi. Io però sentivo che qualcosa non andava e ho iniziato a fare ricerche in internet e leggendo i sintomi di vari disturbi mi è venuto il sospetto dell'autismo (es. non parlava, non mi guardava negli occhi etc). Sono quindi tornata dal pediatra che mi ha mandato a Mestre in Neuropsichiatria dove per un mese hanno fatto delle osservazioni. Non avevo capito chi fossero i medici e le persone che lo valutavano. Poi ho conosciuto la dott.ssa M., la logopedista I. e poi il dott. B.*

Un'esperienza diversa è stata raccontata dalla risposta della signora che ha avuto accesso in maniera diversa:

*Quando è nato M. io avevo capito che c'era qualcosa che non andava. Avevamo esperienza di disabili in famiglia e avevo capito che forse c'era un problema che lo riguardava. Ne avevo parlato in famiglia ma loro minimizzavano e mi dicevano che dovevamo aspettare che crescesse. Ho fatto un corso d'italiano ed ho raccontato di M., della sua crescita difficile. La mediatrice con cui ho parlato mi ha consigliato di rivolgermi al pediatra. Sono andata dal pediatra per avere una visita specialistica ma non mi ha ascoltata, ho anche discusso con lui ma non ho ottenuto nulla. A questo punto ho chiesto aiuto ad una signora macedone che lavora in comune e lei mi ha accompagnato al servizio Npi di Favaro. Qui mi hanno ascoltata. Mi ha seguito la dott.ssa G. e poi ha passato tutto a Mestre dove ci siamo trasferiti come famiglia. È stato importante perché mi hanno ascoltata e perché anche mio marito si è convinto*

*delle difficoltà di M. e mi ha sempre appoggiato in tutto. Mia cognata che parla italiano mi ha aiutato in tutte le pratiche, ma io ho davvero voglia di imparare l'italiano per capire meglio.*

Dalle interviste è emerso anche che il ruolo del servizio di NPI sia stato determinante per le madri. Molte di loro dopo un primo approccio al servizio di Neuropsichiatria Infantile sono state introdotte al Servizio Disabili area Minori del Comune, spinte principalmente dalle necessità legate all'integrazione scolastica dei loro figli.

Uno degli aspetti problematici notato raccogliendo le interviste, è la confusione riguardo i ruoli e i compiti dei vari servizi. Infatti, pur essendo famiglie monitorate dai servizi specialistici da anni, le madri riportavano un forte disorientamento rispetto ai servizi, nonché la difficoltà di comprendere le competenze delle diverse figure specialistiche attivate all'interno dei progetti riabilitativi e all'interno della scuola (insegnante di sostegno, operatore socio-sanitario).

Nonostante questa discrepanza e la difficoltà di approccio ai servizi sanitari e sociali, le signore hanno giudicato positivamente il loro rapporto con i servizi a cui si sono rivolte, inoltre non sono emerse criticità nel prendere contatto con gli stessi da parte delle madri, pur sempre attraverso i mariti o i familiari che parlano italiano. Seppur nella confusione, spesso dovuta a un fattore linguistico, e all'impotenza da parte di queste donne a comprendere pienamente la proposta dei servizi, il fatto che i servizi le abbiano sostenute è stato per loro un fattore positivo.

Dalle interviste è emerso che, anche al di fuori del punto specifico che riguarda i servizi, le donne si sono dichiarate soddisfatte del loro vita in Italia, soprattutto per le possibilità offerte ai loro figli con disabilità. Una di loro ha affermato:

*Si, mi piace l'Italia e soprattutto gli italiani, perché voi trattate l'autismo come una cosa normale che può accadere nella vita, lo accettate. Ci sono dei servizi e si attiva quel che serve. In Bangladesh l'autismo viene visto come una punizione o una maledizione e spesso la colpa viene data alla madre. La mia famiglia non la pensa così, ma la cultura del paese è questa. l'unico problema sono le attese. Se hai bisogno di una visita devi aspettare tanto. In Bangladesh*

*se hai soldi i tempi sono molto brevi, qui i servizi privati sono molto costosi e non sono sostenibili per noi.*

Un'altra di loro, alla stessa domanda, ha risposto:

*Per i miei figli qui ci sono molte più possibilità. Io ho fatto solo fino alla quarta elementare, ho fatto molta fatica nella vita ed è bellissimo essere qui.*

Infine è stata posta alle donne una specifica domanda, su quali fossero i loro bisogni in quanto donne e in quanto madri. La maggior parte di loro ha risposto sottolineando che, come donne la necessità principale è quella di imparare l'italiano per essere più indipendenti, mentre come madri, data la loro forte preoccupazione per il futuro, il loro bisogno è quello di avere per loro terapie riabilitative e indicazioni su come relazionarsi correttamente con i figli. In particolare una madre ha esplicitato:

*Come mamma sono preoccupata perché i miei figli non parlano. Avrei bisogno che facessero delle terapie che potessero aiutarli a parlare, vorrei che ci fosse una cura.*

Un'altra madre invece rispondeva così:

*Come mamma sono soddisfatta, mi prendo cura dei miei figli e penso che loro abbiano tutto quello di cui hanno bisogno. La mia difficoltà è nel gioco con U. Io sono la figlia più piccola, non ho avuto esperienza di fratelli minori e altri bambini. Quando è nata mia figlia ero in Bangladesh e la mia famiglia mi aiutava. Erano loro che giocavano con lei. Adesso qui con U. devo farlo io e faccio fatica, non so tanto come fare. Per lui invece è importante, ne ha bisogno.*

Le deduzioni conclusive che sono state tratte da queste interviste sono varie e con una certa pertinenza sociale: ogni intervistata, al termine del colloquio, esprimeva il desiderio di non concludere l'intervista e di continuare a raccontarsi; è stato anche rilevato il loro costante atteggiamento di gratitudine verso gli operatori per lo spazio di ascolto organizzato.

L'aumentare della confidenza e della fiducia verso gli operatori, durante gli incontri, ha aperto le possibilità di approfondimento su vari temi, quali principalmente quello della disabilità dei loro figli in relazione soprattutto al vissuto materno. Queste questioni sono state affrontate in una dimensione di gruppo, come da loro richiesto, poiché riconoscevano in quello spazio un luogo di confronto con altre donne che avevano vissuto esperienze simili. L'ipotesi è che abbiano scartato la possibilità alternativa, cioè quella di affrontare le tematiche individualmente, in considerazione del fatto che, come hanno ripetuto frequentemente durante gli incontri, trascorrono un quotidiano di solitudine senza nessuna condivisione con altre donne.

I loro racconti in questo contesto di condivisione, trattavano principalmente di come la condizione di disabilità del loro figlio avesse aumentato l'isolamento del proprio nucleo familiare. L'aver un figlio con disabilità viene infatti visto in alcune culture come una colpa, una vergogna, e questo ostacola le famiglie nel costruire una rete di supporto. Inoltre le reti familiari sono rimaste nel paese d'origine e il carico di cura grava quasi totalmente sulle loro spalle. Per queste famiglie l'unica rete presente risulta quindi essere quella rappresentata dai servizi territoriali.

Negli incontri di gruppo è emerso la dimensione della solitudine, oltre che per l'isolamento del nucleo familiare, per le dinamiche interne alle famiglie stesse: le donne si sono raccontate come sole anche tra le mura domestiche, a causa degli impegni lavorativi dei mariti, ma anche in difficoltà a condividere con i mariti stessi ansie, preoccupazioni, sofferenze nel tempo trascorso insieme.

Queste donne riportavano la necessità di avere uno spazio in cui parlare e confrontarsi circa le difficoltà incontrate nel quotidiano, ed hanno anche richiesto la possibilità di incontrarsi con madri italiane che vivessero la loro stessa condizione. In questo contesto di gruppo le donne riportavano spesso che lo spazio pensato per loro, in cui ritrovarsi più volte nel corso della settimana, le faceva stare bene, anche sul piano psicologico.



## **8. Il percorso**

Per quanto riguarda l'andamento del progetto, il fattore più rilevante è stata la partecipazione, in quanto tutte le donne hanno mostrato una grande adesione al corso frequentando in modo molto costante, considerate le loro difficoltà ad accedere a luoghi esterni alla casa. Nei momenti dedicati all'orientamento sui servizi del territorio si è scelta la modalità più efficace di fornire delle informazioni: sono state fornite informazioni semplici ma utili nella loro quotidianità, presentando loro situazioni concrete in cui potevano incorrere. Nonostante ciò, l'articolata organizzazione dei servizi socio-sanitari, potenzialmente difficile da comprendere anche per una persona con una buona padronanza della lingua italiana, non è risultata di immediata comprensione. Alcune mamme avevano come riferimento il neuropsichiatra, altre l'assistente sociale della NPI, altre ancora le terapisti. Si è cercato di spiegare loro a quale figura rivolgersi in base al tipo di richiesta e, più in generale, lo scopo è stato quello di far comprendere alle madri che attorno ai loro figli ci fosse una rete. Inoltre si è voluto trasmettere che loro stesse fossero parte integrante di questa rete.

Al termine del primo corso le madri hanno chiesto di continuare l'esperienza e di preservare questo spazio per loro, in quanto era divenuto un'esperienza importante a cui non volevano rinunciare. Con questi risultati gli operatori si sono resi conto che il progetto fosse potenzialmente molto utile e che le richieste delle signore necessitavano di risposte, considerate tutte le dinamiche positive instauratesi tra di loro e con gli operatori stessi.

Il secondo corso è nato da questi presupposti. Il percorso è stato strutturato con modalità analoghe al precedente, sempre finanziato attraverso fondi FAMI. La novità di questo percorso è stata l'introduzione del corso di teatro che, accolto con positività, è andato a sostituire gli incontri con le arteterapeute. In questo secondo progetto il gruppo delle madri è stato ampliato. Ad alcune la proposta è arrivata dai servizi, ad altre dalle madri che avevano già partecipato alla prima esperienza, per un totale di 11 donne.

*Tabella 6: Descrizione per sommi capi delle donne partecipanti al secondo percorso. Le prime sei madri riportate sono le stesse che hanno partecipato in precedenza. Fonte: Comune di Venezia – Servizio Disabili area Minori*

	Nazionalità	Età	Composizione nucleo familiare	Minori in carico	Prima diagnosi di disabilità
Madre 1	Bangladesh	37	Marito, 2 figli	1, di 6 anni	In Italia
Madre 2	Bangladesh	29	Marito, 1 figlio	1, di 7 anni	In Bangladesh
Madre 3	Bangladesh	32	Marito, 2 figli	2, di 9 e 6 anni	In Italia
Madre 4	Bangladesh	53	Marito, 2 figli	1, di 12 anni	In Italia
Madre 5	Macedonia del Nord	34	Marito, 2 figli	1, di 11 anni	In Italia
Madre 6	Sri-Lanka	43	Marito, 1 figlio	1, di 6 anni	In Italia
Madre 8	Bangladesh	39	Marito, 4 figli	1, di 12 anni	In Bangladesh
Madre 9	Bangladesh	32	Marito, 3 figli	2, di 7 e 3 anni	In Italia
Madre 10	Bangladesh	39	Marito, 2 figli	1, di 7 anni	In Italia
Madre 11	Bangladesh	33	Marito, 2 figli	1, di 7 anni	In Italia
Madre 12	Bangladesh	37	Marito, 2 figli	1, di 9 anni	In Italia

Il gruppo di donne ha accettato immediatamente, ormai consapevoli di come queste esperienze siano utili per comprendere meglio gli interventi che vengono attivati per i loro figli ma anche per pensare assieme a quali progetti costruire per gli stessi.

Durante gli incontri avvenuti sempre in gruppo, come da loro richiesta, insieme agli operatori le donne hanno ragionato sui processi inclusivi dentro e fuori la scuola, cercando di capire con loro quale attività avrebbe potuto frequentare il bambino, come organizzare la frequenza all'attività, come conciliare gli altri impegni familiari. Queste donne si sono attivate nel cercare sul territorio contesti idonei alle peculiarità dei loro bambini, consapevoli dell'importanza di questi momenti di socializzazione, sottolineando in questo modo il passaggio da una situazione passiva nei confronti dei progetti precedenti a questi corsi, ad una situazione di pro-attività.

Una delle caratteristiche di indubbio valore di questo percorso è il lavoro sui dubbi, le criticità, le domande portate da ciascuna di queste signore che dagli operatori sono stati trasformati in spunti di riflessione e confronto su temi più generali.

Come nel primo percorso anche in questo tutte le partecipanti hanno manifestato la volontà di continuare con lo studio della lingua italiana, comprendendo l'importanza di progredire nella competenza linguistica per poter interloquire al meglio con la scuola, i servizi, ecc.

Il comune denominatore di entrambe le esperienze è stato quello di lavorare con queste donne in un modo diverso rispetto ai normali colloqui d'ufficio, infatti si è pensato al concetto di cura educativa come filo conduttore degli incontri. È stato molto proficuo accostare al percorso di cura sanitaria, tema che spesso ritorna nei bisogni espressi da queste signore, il concetto di cura educativa che richiama alcuni tratti salienti del modello biopsicosociale e multidimensionale dell'ICF, in cui si pone l'attenzione sulla persona e sul suo contesto. Gaspari sottolinea come:

la cura educativa non è cura sanitaria, né terapia, ma si risolve in un sistema in fieri di regole comunicative, sociali, relazionali che permettono a un soggetto di divenire ciò che può<sup>135</sup>.

In quest'ottica la cura non è considerata solo un intervento di tipo medico su un problema organico ma è 'l'aver cura', cioè il prestare attenzione a questi bambini e alle loro famiglie accompagnandoli nel percorso di inclusione all'interno di una progettualità che contempli prospettive di crescita nel tempo.

Gaspari definisce la cura educativa come la disponibilità a incontrare l'altro nella sua unicità, accogliendo anche le sue fragilità, ponendosi in un'ottica di reciprocità progettando e organizzando «modalità di intervento che possano apportare delle possibilità di cambiamento in sinergia con la rete dei servizi<sup>136</sup>».

Il contesto di gruppo dei due percorsi presentati si è mosso in questa direzione, permettendo di valorizzare, con il supporto degli operatori coinvolti, le conoscenze e le competenze di queste donne, incoraggiando la loro capacità di diventare realmente protagoniste dei

---

135 Gaspari P., *Avere cura. Pedagogia speciale e territori di confine*, Guerini, Milano, 2002, p.63.

136 Gaspari P., cit, p. 65.

progetti che riguardano i loro figli. Da questa ultima esperienza con le partecipanti è stato svolto un *focus group* di valutazione a cui hanno partecipato tutte le donne. Il focus è stato condotto in presenza dei mediatori linguistico-culturali per permettere alle partecipanti di prendere parte alla discussione. In quell'occasione le madri hanno ribadito l'importanza di incontrarsi e incoraggiarsi vicendevolmente rispetto alle difficoltà che incontrano quotidianamente. Hanno riferito di sentirsi meno sole e più forti, desiderose di aiutare altre donne nella stessa condizione. Proprio per questo, a quattro di queste donne è stato proposto un percorso formativo come mentori, anche per fornire maggiori strumenti rispetto alla relazione d'aiuto. L'obiettivo è che queste madri 'competenti' possano aiutare altre madri ad uscire dalla condizione di isolamento e solitudine.

## **9. Osservazioni conclusive**

Nel complesso questa esperienza è stata per gli operatori uno spazio importante per comprendere meglio le difficoltà che queste famiglie incontravano a casa, a scuola, in generale nei contesti sociali. Difficoltà che non sempre si è in grado di comunicare se non si è prima instaurata una relazione di fiducia, in cui queste donne si sentano libere di potersi esprimere. La creazione di un setting diverso dall'ufficio, ha permesso agli operatori di rileggere le situazioni in maniera diversa. Talvolta è apparsa chiara la distanza tra i servizi e le famiglie ed è stato di grande valore, perché ha incentivato un ragionamento e una discussione su come avvicinare il mondo della famiglia straniera e il mondo servizi, per poter lavorare assieme per i minori. È evidente che il percorso è ancora lungo. Le madri avendo poca conoscenza del mondo scuola, spesso non ne conoscono il linguaggio, così come per tutto il lessico che riguarda i servizi.

Infatti 'GLO' e 'PEI' rischiano di rimanere sigle senza significato: è necessario condividere con la famiglia il senso di questi strumenti, di fatto efficaci solo se condivisi con contenuti e visioni che ciascun elemento della rete costruita attorno al bambino può portare, a partire dalla famiglia. I due progetti hanno portato dei piccoli ma significativi miglioramenti in varie aree, come ad esempio nel rapporto delle madri con la scuola. Le donne negli incontri tra scuola, famiglia e servizi (GLO), hanno preso l'iniziativa in autonomia chiedendo direttamente alle

scuole la possibilità di avere un mediatore per poter comprendere meglio i contenuti dell'incontro; hanno inoltre ricercato maggiormente il confronto con gli insegnanti, ponendo domande sull'inclusione reale del bambino a scuola.

Un'altra conseguenza di questi percorsi è stato l'instaurarsi di un rapporto tra queste signore, che al termine degli incontri restavano a parlare tra loro, cercando spontaneamente un confronto, uno scambio di consigli, un aiuto nella compilazione di alcuni documenti richiesti dalla scuola: un sostegno reciproco.

Per tutta la durata di questi progetti, gli operatori hanno partecipato ad incontri di monitoraggio per confrontarsi tra loro. Tutti hanno ritenuto questa esperienza un investimento importante, non solo rispetto alle singole situazioni intercettate all'interno di questi percorsi, ma più in generale rispetto le altre potenziali situazioni. Da queste riunioni è emersa anche la convinzione di come le donne che hanno partecipato al progetto possano diventare delle risorse per altre famiglie, i cui bambini affetti da disabilità verranno presi in carico dai servizi. L'obiettivo futuro è di formare delle madri che possano a loro volta aiutare altre donne nella loro stessa situazione, attivando un circolo virtuoso che possa aiutare i servizi a lavorare con, e per questi nuclei.

Un'ultima riflessione riguarda i servizi stessi. Questa esperienza è stata anche un'occasione per i servizi per ripensarsi e individuare delle metodologie di lavoro diverse di fronte a scenari sempre più complessi e più eterogenei. Infine, veder lavorare i servizi insieme ha permesso alle madri di comprendere meglio il significato del lavoro di rete. Un lavoro che ha mirato a costruire degli interventi globali, e non più settoriali, ponendo attenzione sia alla dimensione della disabilità sia alla dimensione della migrazione.

## Prospettive

### 1. Le caratteristiche del modello veneziano

Dal corso di italiano per madri immigrate con figli con disabilità nel 2021, è nato un gruppo stabile di donne (circa 15) che mensilmente si incontrano. Alcune si sono aggiunte negli ultimi incontri e pur non avendo seguito i due percorsi, sono state invitate e coinvolte dalle altre che già facevano parte del gruppo. Le madri riconoscono che questo contesto condiviso le ha rafforzate e per questo hanno invitato, di loro spontanea iniziativa, altre donne con vissuti simili e che a loro parere necessitavano di questo sostegno. Per concludere questo lavoro, qui di seguito si vogliono riportare alcuni aspetti che hanno contribuito alla riuscita di questo percorso.

#### *Accoglienza*

Durante gli incontri gli operatori hanno cercato di trasmettere alle donne il fatto che, in quello spazio e in quel tempo loro dedicato, si volesse anzitutto accogliere le loro storie. Accogliere significa mettersi in una posizione di ascolto attivo e di non giudizio, provando ad assimilare tutto ciò che la persona esprime durante l'incontro.

Queste donne in diverse occasioni si sono soffermate su aneddoti, racconti di momenti particolari delle loro vite. Questi episodi raccontati, che potevano anche sembrare insignificanti, rappresentavano invece per loro momenti cardine delle loro vite, e le altre donne sono spesso riuscite a comprenderlo, creando così un clima empatico, di comprensione, solidale. In altre situazioni hanno raccontato il loro percorso migratorio con una forte partecipazione emotiva, oppure hanno condiviso il loro sentimento di inadeguatezza nel rapporto con la scuola. È in questo contesto 'intermedio', ovvero meno istituzionalizzato e più prossimo alle famiglie, che le donne, nel sentirsi accolte, hanno costruito un rapporto di fiducia con gli operatori.

### *Valorizzazione delle risorse*

Il termine risorsa viene utilizzato frequentemente nel servizio sociale, spesso come sinonimo di 'risposta', ma può essere inteso come sinonimo di 'capacità' sia umane, sia materiali. Scegliere di lavorare sulle risorse delle persone significa fornire a queste degli strumenti e non delle soluzioni già confezionate, affinché integrando le loro capacità con gli strumenti forniti, o incanalandole tramite gli stessi, si promuova la loro autonomia. In altre parole, porsi l'obiettivo di potenziare l'autonomia dei soggetti significa favorire lo sviluppo di capacità relazionali il cui sviluppo stesso può essere ostacolato da fattori interni o esterni alle persone. Neve spiega le potenzialità delle risorse in questo passaggio:

La potenzialità trasformativa di ciò che è risorsa (sia essa personale o socio-ambientale) è tale che ad esempio un problema può addirittura essere trasformato in risorsa, e in questo caso c'è molto spazio di intervento<sup>137</sup>.

L'autrice sottolinea come la valorizzazione delle risorse – sia personali che ambientali – è il principio fondamentale che sta alla base del lavoro fatto con la persona e non sulla persona. Per promuovere l'autonomia dei genitori occorre riconoscere loro competenze e capacità da cui partire nella costruzione di una progettualità condivisa. Molto spesso la condizione di disabilità o le problematiche socio-economiche tendono a schiacciare od occultare ogni potenzialità dei genitori (o dei minori), al punto che i genitori vengono talvolta descritti come persone passive, totalmente determinate dagli eventi. L'operatore dunque, dovrà sforzarsi di andare oltre il problema, in questo caso la disabilità, per verificare le competenze e le capacità che non sempre sono immediatamente visibili. In caso contrario, il rischio è di mettere in atto mere soluzioni riparative che non produrranno nessun tipo di cambiamento. Pertanto, per il servizio sociale «ciò che è risorsa è sia strumento per un aiuto efficace (per garantire autonomia), ma sia esso stesso oggetto, bersaglio di intervento<sup>138</sup>». Il lavoro dell'assistente sociale contribuisce a attivare e trasformare tali risorse. Affinché tutto questo accada è necessario che l'operatore, nel momento in cui incontra la famiglia portatrice di

---

137 Neve E., cit., p. 182.

138 Neve E., cit., p. 191.

bisogni e richieste, la consideri anche una famiglia depositaria di esperienze, di capacità, di letture della realtà e in grado di cogliere le opportunità e i vincoli che porta con sé l'essere un minore con disabilità in un contesto diverso da quello d'origine dei genitori.

Nella relazione con i genitori è bene che gli operatori riconoscano le capacità di cura e il sapere esperienziale riguardo la loro situazione. Pavesi<sup>139</sup> suggerisce di considerarli «esperti per esperienza» prendendo in considerazione il loro punto di vista tanto nell'analisi della situazione, quanto nei percorsi riabilitativi e di inclusione scolastica e sociale.

L'autrice parla di attivazione capacitante, intesa come un processo sociale che è in grado di attivare, potenziare abilità e conoscenze di ogni soggetto coinvolto nel problema, così da contribuire alla costruzione congiunta di risposte ai propri bisogni. Questa prospettiva favorisce l'*empowerment* individuale, anzitutto del *caregiver* principale, rappresentato spesso dalle madri che, come evidenziato più volte, sono spesso sole nella gestione della situazione di disabilità.

Quando gli operatori hanno costruito il gruppo delle madri, si sono resi conto di avere molte informazioni sulla disabilità del minore, ma scarse informazioni sul contesto di vita familiare, soprattutto inerenti alle madri e alle loro modalità di prendersi cura. Il fatto di partire dalle interviste a quest'ultime, ha significato mettersi in una posizione di ascolto attivo mettendo loro al centro e incoraggiando il racconto delle loro esperienze. Nel corso degli incontri, anche attraverso la costruzione di un legame di fiducia, le risorse personali di queste madri si sono svelate.

### *Il gruppo come risorsa*

Una peculiarità del progetto sopra descritto, è costituita dal fatto che gli operatori hanno deciso di lavorare con un gruppo di persone, quando erano invece abituati a rapportarsi con singole persone o con piccoli nuclei familiari.

Gli operatori sono stati uno stimolo per la costituzione del gruppo stesso, ma anche per il progredire sia dell'insieme, sia di ciascuna donna che ne faceva parte. È stato un lavoro di costante ricerca di equilibrio, affinché tutte le voci e i racconti delle donne trovassero spazio

---

139 Pavesi N., cit., p. 133.



e tempo per avere un confronto. Nel corso dei mesi gli stimoli forniti hanno portato il confronto tra le donne a sorgere spontaneamente, rispetto ad alcune questioni che ritenevano poter essere condivise, o su questioni sulle quali potevano offrire aiuti e consigli in base alle proprie esperienze.

Si è lavorato con l'obiettivo di agevolare la costruzione di legami tra queste donne, residenti nello stesso territorio, con esperienze di vita simili, incoraggiandole ad attivare le proprie competenze per costruire relazioni che potessero produrre un benessere reciproco.

Infatti nel gruppo le partecipanti non solo ricevono aiuto, ma anche lo offrono percependosi dunque come maggiormente competenti, con capacità che possono essere messe a servizio di altri.

Compito degli operatori è stato quello di creare un'area comune di pensiero che potesse essere condivisa da tutte, permettendo di creare uno spazio di ascolto, nel rispetto delle differenze, evitando giudizi e pregiudizi. A tal fine ad ogni incontro è stato proposto un tema di discussione, anche sulla base delle sollecitazioni portate dalle donne stesse, che potesse fungere da filo conduttore per sviluppare un pensiero condiviso.

Questo progetto ha messo in luce come le donne possano rivestire un ruolo chiave per l'inclusione delle famiglie: sono loro che vanno maggiormente supportate nelle funzioni all'interno della famiglia, ma allo stesso tempo si trovano in una condizione di grande fragilità e isolamento. La dimensione corale ha permesso a queste madri di portare anche le proprie vulnerabilità, che condivise nel gruppo si sono trasformate in risorse.

### *I mediatori linguistico-culturali*

La riuscita di questo percorso è stata resa possibile anche dalla presenza dei mediatori linguistico-culturali presenti negli incontri di orientamento ai servizi all'interno del corso di italiano, e successivamente agli incontri mensili di gruppo che sono stati organizzati. La loro presenza ha avuto una ricaduta positiva anche sugli operatori che hanno iniziato a lavorare con la mediazione linguistico-culturale in maniera più strutturata e a prevedere, considerati i numeri delle situazioni in carico, la presenza della mediatrice linguistico-culturale del

Bangladesh in maniera permanente due giornate alla settimana all'interno del Servizio Disabili area Minori del Comune. Questa modalità organizzativa ha permesso alla mediatrice stessa di sentirsi parte del gruppo e di lavoro e ricevere ulteriore formazione rispetto alla specificità del servizio. Inoltre la sua presenza stabile nel servizio ha avviato un confronto proficuo sulle situazioni, che sono state analizzate anche alla luce di elementi che lei stessa ha messo in evidenza. Talvolta nei colloqui alcune sfumature possono sfuggire agli operatori, la presenza dei mediatori aiuta ad avere dei feed-back sia su quanto viene detto o compreso durante il colloquio, sia su come l'atteggiamento dell'operatore stesso sia stato percepito dalla famiglia.

Anche le ricerche precedentemente citate hanno suggerito che mediatori e mediatrici dovrebbero essere utilizzati sin da subito nel processo di accoglienza. Per questo è opportuno che i mediatori conoscano il contesto istituzionale in cui si inserisce la loro attività, e debbano essere formati nello specifico del servizio in cui stanno lavorando, fino ad essere considerati membri dell'*équipe* curante.

Spesso è necessario integrare l'*équipe* professionale con veri e propri mediatori culturali, non semplicemente interpreti; in questo caso si tratta di esperti che fungono da connettori socioculturali tra le intenzionalità dei professionisti e le aspettative degli utenti e dei loro familiari, dunque persone non soltanto attrezzate per interpretare i significati delle parole provenienti da due linguaggi e da due culture, ma anche in grado di mediare fra le organizzazioni e gli utenti per fornire servizi adeguati, significativi e sensibili<sup>140</sup>.

### *Lavoro di rete*

L'operatore sociale è immerso costantemente in flussi di comunicazioni, in reti interpersonali in cui diventa un nodo tra i tanti nel suo operare in mezzo a situazioni di disagio, sofferenza, marginalità. Lo stesso va a incrociare anche abilità e competenze delle persone che, se non vi sono, possono essere create o stimolate. Infatti Folgheraiter<sup>141</sup>

---

140 Pavese N., cit., p. 117.

141 Folgheraiter F., *L'utente che non c'è*, Erickson, Trento, 2000

suggerisce di considerare l'operatore come un catalizzatore di risorse nei circuiti delle reti sociali, formali e informali, e laddove queste risorse non siano immediatamente reperibili, l'elemento che le genera. Infatti per l'autore occorre concepire il lavoro di rete come una forma mentis, più che un insieme di teorie.

A fronte dell'aumento delle certificazioni di disabilità a minori, e della complessità dei bisogni portati da parte delle famiglie, gli operatori dei diversi servizi hanno condiviso la necessità di programmare un dispositivo corale che permettesse di rispondere, almeno in parte, ai bisogni di più famiglie. In questo caso fare rete ha significato integrare culture organizzative diverse, sia per quanto riguarda le finalità, sia per quanto riguarda gli ambiti di intervento. Nello specifico delle famiglie immigrate con figli con disabilità, gli operatori hanno condiviso le proprie esperienze e letture sul fenomeno fatte all'interno del servizio di appartenenza. Il fatto di organizzare interconnessioni significative ha permesso di arricchire gli sguardi sul fenomeno, integrando le conoscenze e le diverse competenze.

Folgheraiter spiega come la rete dei servizi sociali si sia sempre più diversificata, differenziando anche la gamma delle prestazioni nel tentativo di dare risposte diverse a bisogni diversi. È evidente che questo continuo processo di adattamento ai bisogni incontra dei limiti nel sistema dei servizi. La frammentazione funzionale dei servizi si arresta quando essi entrano in relazione con bisogni complessi che richiedono risposte articolate, che non possono essere individuate in prestazioni standardizzate<sup>142</sup>. La percezione di inefficienza nel continuare a erogare prestazioni alle famiglie in base alle necessità del minore, senza mettere queste ultime in condizione di poter comprendere il senso dei percorsi realizzati, ha spinto gli operatori a lavorare in maniera diversa. Questa percezione si acuisce in situazioni in cui più servizi si trovavano a lavorare sullo stesso nucleo familiare, erogando prestazioni diverse ma scollegate tra loro.

Nel pensare questo progetto, ciascuno di questi servizi, attraverso i propri operatori, ha accettato di mettere in discussione le proprie routine collaudate per conoscere e valorizzare modalità di intervento proposte e praticate da altri. Insieme si è cercato di trovare una modalità diversa che potesse rispondere alle richieste di queste famiglie. Se gli operatori si

---

142 Folgheraiter F., cit., p. 16.

fossero attivati soltanto in attuazione del proprio specifico mandato istituzionale, arroccati nelle loro posizioni, le possibilità di incontro per la costruzione di una esperienza congiunta sarebbero state scarse. Invece si è costruita una comunicazione capace di produrre scambi conoscitivi rispetto alle rappresentazioni sui problemi, valorizzando i saperi e le esperienze prodotte da ciascun servizio, individuando obiettivi condivisi e priorità degli interventi. Questo ha richiesto una continua riflessività sulle azioni messe in campo dandosi tempi e spazi di pensiero in cui poter ripensare l'operatività. Il lavoro con il gruppo e la sua evoluzione è stata per gli operatori una costante fonte di apprendimenti e di crescita professionale, e ha dimostrato come sia possibile promuovere collaborazioni virtuose nelle organizzazioni di appartenenza anche a partire dal basso.

Inoltre il lavoro di rete tra servizi ha permesso di operare sia nell'ottica di assistenza e cura, sia in quella di promozione e sviluppo.

Non esiste una linea netta che separi uno stato personale che necessita riparazione da uno stato che necessita di sviluppo. Non esiste una condizione riconoscibile che possa far etichettare una persona come *utente* (colui che utilizza o si pone come oggetto di servizio) se non, circolarmente, solo il fatto burocratico che questa persona sia entrata, per l'appunto, nelle casistiche di un servizio<sup>143</sup>.

Talvolta la prevenzione viene associata a progetti ad hoc, o si pensa che vada programmata. Folgheraiter spiega come facendo un lavoro di rete che si allacci a un problema del singolo, o di un gruppo di persone, si possa lavorare innescando dinamiche virtuose. In altre parole:

Lavorando sui problemi percepiti si può agire o far agire molta solidarietà potenziale, e con ciò incidentalmente, nel mentre questa solidarietà ripara o risponde a quei problemi, sviluppare forze potenti, ancorché non evidenti, di prevenzione e promozione sociale<sup>144</sup>.

---

143 Folgheraiter F.,cit., p. 44.

144 Folgheraiter F.,cit.,p. 45.

## **2. Riflessioni sul futuro**

Le situazioni di minori con disabilità provenienti da contesti migratori richiedono ai professionisti un approccio multidimensionale in grado di tener insieme la complessità delle situazioni, pensando sia alla dimensione della disabilità che a quella della migrazione. Considerata poi la crescita di questa popolazione, nuove sfide vengono poste alle istituzioni scolastiche e sanitarie coinvolte, per realizzare processi di inclusione efficaci e rispondenti ai bisogni dei minori e delle loro famiglie.

Scuola e territorio sono fortemente legati ed è auspicabile che la scuola diventi sempre più scuola di prossimità, dove il territorio diventa un partner educativo importante. La scuola può essere definita infatti come un microcosmo sociale, in qualche modo protetto, che riflette quello che succede all'esterno, un patrimonio di informazioni che va tenuto in considerazione anche dai servizi. Essa spesso rappresenta il punto di accesso privilegiato a tutta la rete dei servizi sul territorio dove le famiglie riportano richieste di aiuto, un osservatorio rispetto alla quotidianità delle famiglie.

Indubbiamente, la vicinanza tra scuola e famiglie è una risorsa importante per il territorio e per la rete dei servizi che vi opera. La sfida sarà dunque realizzare la massima condivisione degli interventi e dei progetti realizzati a favore del minore in un'ottica integrata, in cui possano afferire i contributi della famiglia e dei professionisti coinvolti.

Infine non va dimenticato che l'ingresso nella scuola italiana per i minori con background migratorio può rappresentare un momento di criticità, se non adeguatamente sostenuto. La criticità è legata a una dinamica spesso ambivalente fra il legame primario con i modelli culturali e familiari e la necessità di aderire alle richieste dell'ambiente circostante. Da un lato a questi bambini viene chiesto di impegnarsi a scuola, poiché il successo scolastico potrà garantire una vita migliore rispetto a quella dei genitori, dall'altro essi devono mantenere abitudini della propria cultura. Questi messaggi sono spesso impliciti o trasmessi in maniera inconsapevole e i bambini si trovano a dover migrare dal contesto familiare dove si parla una determinata lingua, si mangiano certi alimenti, in un contesto dove le richieste possono essere diverse. Possono comparire i primi segni di disagio che vengono interpretati

come difficoltà cognitive o problemi comportamentali rischiando di etichettare in maniera sbagliata difficoltà che riflettono differenti modalità culturali.

La scuola permette di cogliere varie problematiche: le difficoltà linguistiche, le difficoltà relazionali, le difficoltà legate al non riuscire ad attendere le richieste di performance degli insegnanti. Per questo è importante che gli insegnanti si diano un tempo per osservare e comprendere, scegliendo eventualmente di avvalersi dei mediatori linguistico-culturali.

Occorre inoltre affinare gli strumenti di valutazione diagnostica necessari alla definizione delle difficoltà del bambino. Ciò significa interrogarsi sull'adeguatezza delle procedure ma anche sull'attendibilità dei test utilizzati per l'accertamento della disabilità. Gli strumenti di valutazione sono nati e pensati per una popolazione occidentale e risentono pertanto di una connotazione culturale che potrebbe non essere presa in considerazione. Per una corretta valutazione diagnostica va tenuto in considerazione il peso dei riferimenti culturali, che possono incidere anche sugli stili educativi familiari. Sarebbe importante individuare, oltre agli aspetti organici, quali elementi legati al processo migratorio possono direttamente o indirettamente interferire sullo sviluppo.

Più in generale, nell'ambito socio-sanitario e scolastico gli operatori dovranno tener presente che possono esistere diverse rappresentazioni culturali sulla disabilità, con ricadute sui modelli di cura, che vanno contestualizzati e esplorati. È importante tenere come punto di riferimento la concezione bio-psicosociale e multidimensionale dell'ICF, che tiene conto non solo della patologia o di ciò che manca, ma anche del contesto e della globalità della persona in una prospettiva di crescita futura<sup>145</sup>. All'interno dell'ICF la persona non viene più considerata solo nelle parti deficitarie ma viene «riconosciuta, compresa e legittimata come insieme di storie da vivere e da promuovere al di là delle compromissioni avute, ovvero intesa nella sua condizione squisitamente umana, nei potenziali educativi, nelle risorse possedute e nel diritto di riprogettazione dell'esistenza nella relazione di aiuto con l'altro<sup>146</sup>».

In generale, se si vuole cogliere la complessità della condizione dei minori con disabilità provenienti da contesti migratori, sia l'agire degli operatori che quello degli

---

145 Caldin R., *Identità e cittadinanza nella disabilità: l'approccio pedagogico*, Franco Angeli, Milano, 2005.

146 Gaspari P., *Inclusione e diritti di cittadinanza: una nuova idea di scuola nella comunità* in Gaspari P. (a cura di), *Pedagogia speciale e "BES"*, Anicia, Roma, 2014.

insegnanti deve basarsi su una formazione interculturale per acquisire nuove conoscenze e competenze e per sviluppare uno «sguardo antropologicamente attrezzato<sup>147</sup>».

Pavesi sottolinea come la letteratura internazionale evidenzia la necessità di una formazione sulle modalità di intervento orientate in ottica multiculturale. L'autrice porta come esempio l'approccio sviluppatosi nei USA per quanto riguarda la presa in carico della disabilità dei figli di immigrati, che prevede il coinvolgimento del contesto sociale e culturale della famiglia immigrata per costruire un intervento efficace, che possa aumentare l'adesione dei genitori al progetto di cura del figlio. Questo orientamento presuppone un confronto tra operatore e famiglia in grado di mettere in luce il punto di vista dei genitori in merito alla diagnosi, le cause che vengono attribuite alla patologia, le aspettative sui trattamenti e guarigione. Tra i suggerimenti che questo approccio fornisce agli operatori vi sono: capire il background culturale dei servizi e della famiglia, utilizzare la capacità degli operatori di mediare tra le convinzioni della famiglia e le pratiche dei servizi in merito alla rappresentazione della disabilità, al significato che le viene attribuito e agli interventi da mettere in atto.

Si può affermare che queste indicazioni non valgano solo per le famiglie immigrate, ma in generale per tutte le famiglie che si rivolgono ai servizi in quanto ogni famiglia è portatrice di proprie letture sulla disabilità e più in generale sulla realtà, che non necessariamente coincidono con le visioni degli operatori.

Ritornando nello specifico alle famiglie immigrate, è chiaro che l'operatore non può essere a conoscenza di tutte le culture che può incontrare nel suo lavoro, tuttavia è la capacità di decentrarsi dai propri saperi e convinzioni che gli permette di entrare in relazione con l'altro, chiarendo i punti di partenza per poi costruire un percorso condiviso. Il fatto di chiedere direttamente informazioni alle famiglie in merito al sistema di cura nel paese di provenienza, alle modalità di trattamento contribuisce a mostrare un interesse verso le famiglie stesse e può facilitare la costruzione della relazione di aiuto. Anche quando le famiglie provengono dallo stesso paese possono presentare caratteristiche di funzionamento diverse, reazioni differenti alla diagnosi di disabilità. Per questo è importante per arrivare a una corretta conoscenza di ciascuna singola famiglia attraverso una buona valutazione.

---

147 Lepore L., cit., p. 104.

Una delle criticità più frequenti rilevata dagli studi nella relazione con la famiglia immigrata con figli con disabilità, riguarda gli aspetti comunicativi, ovvero il rischio che la comunicazione possa dar luogo a fraintendimenti o incomprensioni. Leonardi<sup>148</sup> precisa che il rischio di fraintendimento è molto più accentuato quanto più articolati sono il contesto e gli obiettivi della comunicazione. Si pensi a momenti cruciali per queste famiglie quali le comunicazioni riguardanti la salute, la malattia, i percorsi riabilitativi da intraprendere, la condivisione delle strategie da utilizzare per promuovere le autonomie. La stessa comunicazione della diagnosi in letteratura viene definita come un evento stressante che impatta sulla vita dei genitori e richiede un percorso di adattamento.

Come sottolineato da Goussot<sup>149</sup>, conoscere e accogliere il punto di vista dei genitori, i loro pensieri sul bambino (come vedono la disabilità, come vedono il bambino a casa) rappresenta un buon punto di partenza per il coinvolgimento degli stessi nel progetto di vita del minore in collaborazione con i servizi e con la scuola. Secondo l'autore «disabilità e differenze culturali si combinano in un intreccio di storie, linguaggi e pratiche che devono potersi esprimere ed essere comprese e sostenute per poter favorire uno sviluppo effettivamente inclusivo<sup>150</sup>».

La distanza culturale e linguistica può diventare un ulteriore elemento di criticità, che se non viene adeguatamente affrontato rischia di compromettere i percorsi di presa in carico e cura. La mediazione linguistico-culturale rappresenta un valore aggiunto alla qualità dei servizi, favorisce la riuscita degli interventi ed è una risorsa utile agli operatori prima ancora che per le famiglie. La mediazione non è ancora riconosciuta come professione sul piano regionale, né a livello nazionale sono stati definiti i termini della formazione, della deontologia e del riconoscimento contrattuale. Il mediatore spesso è un collaboratore che viene chiamato 'a gettone' e deve conciliare questo impegno con altri impegni lavorativi, perciò non è sempre disponibile quando l'*équipe* ha bisogno. In realtà è un lavoro estremamente delicato che necessiterebbe di una maggiore regolamentazione e tutela. Una delle conseguenze dell'assenza di un riconoscimento professionale e della mancata regolamentazione della

---

148 Leonardi B., cit., p. 156.

149 Goussot A., *Famiglie immigrate e disabilità*, in Pavone M. (a cura di), *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Erickson, Trento, 2009.

150 Goussot A., cit., p.129.



figura del mediatore, è la difficoltà per i servizi di prevedere a bilancio la spesa necessaria per stabilizzare la sua presenza, da cui la continua ricerca di risorse per dare continuità agli interventi<sup>151</sup>.

I percorsi di inclusione risultano più complicati quando disabilità e migrazione si intrecciano. Per questo motivo il lavoro dei professionisti deve essere sostenuto e facilitato dalla comunità scientifica<sup>152</sup>. L'auspicio è che le riflessioni emerse dalle ricerche e dalla letteratura internazionale possano generare nuovi paradigmi, che orientino insegnanti e professionisti in processi così delicati.

### **3. L'evoluzione dell'esperienza veneziana**

L'esperienza veneziana sta continuando nel lavoro con i gruppi, in quanto gli operatori la considerano una buona prassi a sostegno della genitorialità, con ricadute positive anche sui minori.

A gennaio 2022 è stata attivata una seconda edizione del corso di italiano rivolto a madri immigrate di minori con disabilità, in carico ai servizi stessi, frequentanti la scuola dell'infanzia. Gli operatori hanno pensato a questa fascia d'età per permettere un coinvolgimento precoce delle famiglie, in particolare delle madri, nel percorso terapeutico e scolastico. Al termine dell'esperienza, anche in questo caso, è emerso il desiderio delle madri di poter continuare gli incontri e così sono state coinvolte nel gruppo che già si incontra mensilmente.

Da Settembre verranno creati due gruppi di madri, che si troveranno per trattare tematiche non solo legate alla disabilità, ma più in generale alla famiglia. Il traguardo successivo sarà estendere l'invito anche a madri italiane, attraverso il coinvolgimento di alcune associazioni che si rivolgono alle persone disabili e alle loro famiglie, così da rendere il confronto e gli scambi ancora più arricchenti.

---

151 Finzi I. e Scorzelli Vergara K., *La mediazione linguistico culturale*, in Cattaneo M.L., Dal Verme S. (a cura di), *Sviluppi della clinica transculturale nelle relazioni di cura*, Franco Angeli, Milano, 2020.

152 Caldin R., *Inclusive social networks and inclusive school for disabled children of migrants families*, in "ALTER European Journal of disability research", vol. 8, 2014, pp. 105-117 disponibile al link <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067214000169>.

L'esperienza raccontata in questa tesi rappresenta una modalità d'intervento capace di cogliere e accogliere le differenze, integrando le risorse personali e istituzionali, che è riuscita a creare uno spazio sociale di prossimità, in cui le partecipanti hanno trovato sostegno sia come donne che come madri.

## ALLEGATO 1

### Traccia dell'intervista

Intervistata:

Età:

Intervistatore:

Data e luogo:

#### *Percorso migratorio*

In che anno è arrivata? Da dove e verso dove? Quando ha scelto di emigrare dal suo paese d'origine? Cosa l'ha spinto a emigrare? È stata una decisione condivisa con suo marito? Quali obiettivi del progetto migratorio?

#### *Competenza linguistica*

Chi parla italiano in famiglia? Ha mai fatto corsi di italiano? Le sono serviti? Pensa sia importante imparare l'italiano per vivere qui?

#### *Accesso e conoscenza dei servizi*

Quale servizio specialistico per la disabilità di suo figlio ha conosciuto per primo? Chi l'ha inviata al servizio? Come ha conosciuto il Servizio di Neuropsichiatria infantile? Come ha conosciuto il Servizio Disabili area Minori del Comune?

Attorno al suo/a bambino/a ci sono tante figure che lavorano per lui/lei. Le sono chiari i compiti degli operatori che si prendono cura di suo figlio/a? Le è chiara la differenza dei due servizi ( del Comune e dell'Asl) che hanno in carico la situazione di suo figlio/a? Le è chiaro il ruolo del neuropsichiatra? Assistente sociale? Logopedista? Terapista occupazionale?

Come valuta il suo rapporto con i servizi? Riesce a mettersi in contatto facilmente? È in grado di far comprendere le problematiche e i bisogni del bambino/famiglia? Ritiene che le risposte siano soddisfacenti? Secondo lei dove c'è bisogno di maggiore chiarezza/comunicazione?

#### *Bisogni*

È contenta di essere in Italia, e nello specifico qui a Venezia? Perché? Cosa le manca del suo Paese? Cosa ha trovato qui che le piace?

Come donna di cosa avrebbe bisogno? Come mamma? Quali pensa possano essere i bisogni di suo figlio?

Altro da aggiungere?

## BIBLIOGRAFIA

Ambrosini M., *L'immigrazione immaginaria*, Editori Laterza, Bari, 2020.

Armani S., *Benessere e intercultura. Nuove prospettive per favorire l'inclusione di malati e disabili migranti*, Franco Angeli Milano, 2018.

Baca L.M., Cervantes H.T., *Bilingual special education*, ERIC Digest, 1991.

Basso P., Perocco F. (a cura di), *Immigrati in Europa*, Franco Angeli, Milano, 2008.

Basso P., Perocco F. (a cura di), *Immigrati e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Beneduce R., *Frontiera dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano, 2009.

Bini E., *Accogliere famiglie con bambini disabili in contesti migratori. Scenari inclusivi a Bologna*, in "REHMU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.", v. 26, n. 52, pp. 209-222, Brasilia, 2018.

Bini E., *Appartenenza culturale e disabilità. Per una lettura multidimensionale della doppia diversità in ambito educativo e sociale*, in "Educazione Interculturale – Teorie, Ricerche, Pratiche", v. 18, n. 20, pp. 87-96, 2020.

Bini E., *La presa in carico dei bambini disabili provenienti da contesti migratori. Cura educativa e relazione con le famiglie*, in "Journal of Health care Education in Practice", pp. 99-105, 2020.

Bini E., *L'inclusione degli alunni disabili migranti. Progettualità educative e approcci pedagogici*, in "Education Sciences & Society", n. 1, pp.225-269, 2020.

Borghetto L., *Bambini migranti con disabilità a Milano. La tripla vulnerabilità*, Relazione al Convegno "La voce dei diritti. La convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità e le politiche territoriali verso i migranti", Milano 16 marzo 2010.

Cairo M.T. *La scuola e il riconoscimento della diversabilità*, in "Scuola e didattica", n. 4, 2006.

Cairo M.T. (a cura di), *Pedagogia e didattica speciale per gli educatori ed insegnanti nella scuola*, Vita e pensiero, Milano, 2007.

Caldin R., *Identità e cittadinanza nella disabilità: l'approccio pedagogico*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Caldin R., Serra F. (a cura di), *Famiglie e bambini/e con disabilità complessa*, Fondazione Zancan, Padova, 2011.

Caldin R. (a cura di), *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative e prospettive inclusive*, Liguori Editore, Napoli, 2012.

Caldin R., *Inclusive social networks and inclusive school for disabled children of migrants families*, in "ALTER European Journal of disability research", vol. 8, 2014.

Cattaneo M.L., Dal Verme S. (a cura di), *Sviluppi della clinica transculturale nelle relazioni di cura*, Franco Angeli, Milano, 2020.

Cyrulnik B., *Il dolore meraviglioso*, Frassinelli, Milano, 2000.

Dainese R., *Migrazione, disabilità, vulnerabilità: i fattori di resilienza e i processi di inclusione a scuola*, in "Studium educationis", n. 3, 2013.

Dal Lago A., *Non-persone. l'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 1999.

Della Puppa F., *Uomini in movimento, Il lavoro della maschilità tra Bangladesh e Italia*, Rosenberg & Sellier, Torino, 2014.

Di Sciullo L., Griffo G., D'Errico L., *Migranti con disabilità. La discriminazione invisibile*, Centro Studi e Ricerche IDOS, CeRC/ Robert Castel Centre for Governmentality and Disability studies, 2020

Direzione Generale dell'immigrazione e politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *La presenza dei migranti nella città metropolitana di Venezia*, 2020.

European Union Agency for Fundamental Rights, *Thematic Focus: Migrants with disabilities*, 2016.

Favaro G., Napoli M. (a cura di), *Ragazze e ragazzi nella migrazione*, Guerini Associati, Milano, 2004.

Fazil Q., Bywaters P., Ali Z., Wallace L., Singh G., *Disadvantage and discrimination compounded: the experience of Pakistan and Bangladesh parents of disabled children in the UK*, in "Disability and society", v. 17, n. 3, pp 237-253, 2002.

Ferrari M., Galimberti S., *Tu chiamale, se vuoi...trasgressioni. Gli operatori sociali, i migranti, le pratiche di sconfinamento*, Paper for the Espanet Conference "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento, migrazioni" Università degli Studi di Torino, Torino, 18-20 settembre 2014.

Ferrario G., Persico M.T., Pozzi T., Spada E., *La risposta di un modello di servizio riabilitativo ai bisogni della nuova popolazione multietnica*, ANFASS, Milano, 2008.

Fish, *Migranti con disabilità – conoscere i dati per costruire le politiche*, [http://www.fishonlus.it/files/2012/05/ReportMigranti\\_Unar\\_Regioni\\_Ob\\_Con.pdf](http://www.fishonlus.it/files/2012/05/ReportMigranti_Unar_Regioni_Ob_Con.pdf).

Folgheraiter F., *L'utente che non c'è*, Erickson, Trento, 2000.

Fondazione Moressa, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Migrazioni, emergenza sanitaria e scenari futuri*, Il Mulino, Bologna, 2021.

Gaspari P., *Avere cura. Pedagogia speciale e territori di confine*, Guerini, Milano, 2002.

Gaspari P. (a cura di), *Pedagogia speciale e "BES"*, Anicia, Roma, 2014.

Giuliani C., *La famiglia immigrata di fronte alla nascita di un figlio disabile: le risorse e le sfide in una difficile transizione*, Centro Ateneo Studi e Ricerche sulla famiglia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 2009.

Giuliani, C., Bellomira, R., *Immigrazione e disabilità di un figlio: sfide educative e socio-culturali*, in "Psicologia dell'educazione", 1, pp. 29-46, 2010.

Goussot A., *Bambini stranieri con bisogni speciali: rappresentazione della disabilità dei figli da parte delle famiglie migranti e delle insegnanti. Una ricerca sperimentale a Cesena: bambini figli di migranti con bisogni speciali*, in "Ricerche di pedagogia e didattica", 5, 1, 2010.

Goussot A., *Bambini stranieri con "bisogni speciali". Saggio di antropologia pedagogica*, Aracne Editrice, Roma, 2011.

Guariso A. (a cura di), *Stranieri e accesso alle prestazioni sociali e ai servizi*, Servizio Antidiscriminazione ASGI, 2021.

Ingstad B., Reynolds Whyte S., *Disability & Culture*, University of California Press, Berkeley Los Angeles-London, 1995.

Inps, *Osservatorio in breve – statistiche sugli stranieri*, 2021.

Istat, *Conoscere il mondo della disabilità- Persone, relazioni, istituzioni*, 2019.

Istat, *L'Inclusione Scolastica degli alunni con disabilità. Anno scolastico 2020-2021*, 2022.

Jegatheesan B.P., *Cross cultural issues in parent-professionals interactions: a qualitative study of perception of Asian American mothers of children with developmental disabilities*, in "Research & Practice for person with Severe Disabilities", v. 34, n. 3-4, p. 123-136, 2009.

Jourdan Ionescu C., *Intervention écosistémique individualisée axée sur la resilience*, in "Revue québécoise de psychologie", n. 1, pp. 163-183, 2001.

Lepore L., *Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri*, in "Minori e giustizia", 3, pp. 94-104, 2011.

Losen D.J., Orfield G., (a cura di), *Racial inequality in special education*, Harvard Education Press, Cambridge, 2002.

Luciak M., Khan-Svik G., *Intercultural Education and Intercultural Learning in Austria – Critical Reflections on Theory and Practice*, in "Intercultural education", v. 19, n. 6, pp. 493-504, 2008.

Marshall T.H., *Cittadinanza e classe sociale*, UTET, Torino, 1976.

Martinazzoli C., *Due volte speciali. Quando gli alunni con disabilità provengono da contesti migratori*, Franco Angeli, Milano, 2012.

Mei S. (a cura di), *Disabili stranieri: un doppio sguardo per l'inclusione sociale. Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti*, Centro Ri.E. Sco, Bologna, 2011.

Migration Data Analysis Centre: data briefing series, *Disability and Unsafe migration: data & policy, understanding the evidence*, 7, 2016.

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, *Nona Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n.68. Anni 2016, 2017, 2018*, Roma, 2021.

Moro M.R. *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.

Moro M.R., *Bambini di qui venuti da altrove*, Franco Angeli, Milano, 2019.

Murphy R., *Il silenzio del corpo*, Erickson, Trento, 2017.

Neve E., *Il servizio sociale, fondamenti e cultura di una professione*, Carrocci Faber, Roma, 2005.

Olivetti Manoukian F., *Quanto è sociale il lavoro nei servizi?, Discutere di lavoro sociale*, in "Animazione Sociale", Gruppo Abele, Torino, 2004.

OMS, *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Versione breve*. Erickson, Trento, 2004.

OMS, *Word report on disability*, Ginevra, 2011.

Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, Franco Angeli, Milano, 2018.

Pavesi N., *Disabilità e welfare nella società multietnica*, Franco Angeli, Milano, 2017.

Pavone M. (a cura di), *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Erickson, Trento, 2009.

Pennazio V., Armani S., Traverso A., *Le famiglie migranti di bambini disabili. Progettualità e interventi educativi*, in "Rivista Italiana di educazione Familiare", n. 1, pp. 167-182, 2015.

Rosembaum F., *La trappola della confusione fra lingua e linguaggio nelle valutazioni e le terapie logopediche dei bambini allofoni*, in "Langage & Pratique" n. 44, 2009.

Rosembaum F., *Migrazioni di parole*, Franco Angeli, Milano, 2019.

Rumbaut R., *Assimilation and its discontents: between rhetoric and reality*, in "International Migration review", v. 31, n. 4, 1997.

Santangati M., Colussi E., *Alunni con background migratorio in Italia. Le opportunità oltre gli ostacoli*, n. 2, Fondazione Ismu, Milano, 2020.

Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.

Scabini E., *Psicologia sociale e della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Scabini E., Rossi G. (a cura di), *La migrazione come evento*, Vita e pensiero, Milano, 2008.

SIPROIMI, Ministero dell'Interno, ANCI, Cittalia-Fondazione Anci Ricerche, *Rapporto annuale SPRAR/SIPROIMI, 2018. Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati*, Atlante SPRAR/SIPROIMI 2018.

Tognetti Bordogna M., *Donne e percorsi migratori, Per una sociologia delle migrazioni*, Franco Angeli, Milano, 2012.

Tonioli V., *Educazione linguistica e rappresentazioni della disabilità in famiglie migranti di origine bangladese. Risultati di un'indagine condotta nel territorio di Venezia*, in "Journal of Health Care Education in Practice", v. 2, n. 1, pp 77-87, 2020.



Valtolina G.G., *Famiglia e disabilità*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Valtolina G.G. (a cura di), *Famiglie immigrate e inclusione sociale: i servizi e il territorio*, Fondazione Ismu, Regione Lombardia, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano, 2010.

Women's Refugee Commission, *Disabilities among refugees and conflict-affected population*, New York, 2008.

Zanazzi S., *L'assistenza educativa per gli alunni con disabilità: uno sguardo sui modelli organizzativi in prospettiva inclusiva*, in "Annali online della Didattica e della Formazione Docente", v. 14, n. 23, 2022.

## SITOGRAFIA

[www.anffas.net](http://www.anffas.net)

[www.asgi.it/servizio-antidiscriminazione](http://www.asgi.it/servizio-antidiscriminazione)

[www.comune.venezia.it/it/statistica](http://www.comune.venezia.it/it/statistica)

[www.dossierimmigrazione.it](http://www.dossierimmigrazione.it)

[www.europeanagency.org](http://www.europeanagency.org)

[www.fishonlus.it](http://www.fishonlus.it)

[www.interno.gov.it](http://www.interno.gov.it)

[www.ismu.org](http://www.ismu.org)

[www.osservatoriodisabilita.gov.it](http://www.osservatoriodisabilita.gov.it)

[www.unhcr.org](http://www.unhcr.org)

[www.who.int](http://www.who.int)