



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

Dipartimento Formazione Psicologia Comunicazione
Scienze dell'educazione e della formazione

Tesi di laurea
di
Pedagogia Speciale

**DALL'ESCLUSIONE ALL'INCLUSIONE:
"CHE IO POSSA VINCERE, MA SE IO NON RIUSCISSI, CHE
POSSA TENTARE CON TUTTE LE MIE FORZE"**

Relatrice
Prof.ssa Rosa Gallelli

Candidata
Miriana Di Bisceglie

Anno Accademico 2022-2023

□ **INDICE**

INTRODUZIONE..... pag. 3

CAPITOLO 1: Chi è il diverso?

1.1 Normalità e anormalità..... pag. 6

1.2 Definizione del termine disabile..... pag. 7

1.3 Cause, classificazione e diagnosi..... pag. 8

CAPITOLO 2: Dall'esclusione all'inclusione

2.1 Evoluzione storica e temporale del concetto di disabilità..... pag. 16

2.2 Diritti e tutele legislative in Italia..... pag. 17

2.3 La disabilità a scuola..... pag. 18

2.4 Bisogni Educativi Speciali..... pag. 18

2.5 L'educazione all'autonomia: dal bisogno alla soluzione..... pag. 19

2.6 Strategie didattiche per l'autonomia..... pag. 20

CAPITOLO 3: Aspetti relazionali

3.1 La famiglia..... pag. 22

3.2 Integrazione ed inclusione..... pag. 23

3.3 L'inclusione scolastica..... pag. 24

3.4 Che ruolo ha l'educatore speciale?..... pag. 26

3.5 Organizzare le risorse per una didattica inclusiva..... pag. 27

CAPITOLO 4: Il caso studio

4.1 Presentazione del caso..... pag. 29

4.2 Valutazione e analisi dei dati..... pag. 29

4.3 Protocollo di lavoro..... pag. 30

4.4 Risultati e discussione finale..... pag. 31

CONCLUSIONI..... pag. 33

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI..... pag. 35

NOTE..... pag. 37

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

Parlare di disabilità significa soffermarsi su un tema complesso e denso di significati ma, allo stesso tempo, può essere una buona opportunità per avere un piccolo spunto di riflessione da cui partire, per guardare con più attenzione una realtà che, con le sue particolarità, si pensi che colpisca e incuriosisca la società ma spesso, invece, frena e intimorisce perché la "diversità" si manifesta improvvisamente davanti a noi, ci mette di fronte a delle novità che vorremmo da una parte conoscere ma che magari, per pigrizia o errate convinzioni che si sono radicate nella parte più profonda e nascosta di noi, preferiamo accantonare o categorizzare in modo rapido e deciso.

Quando una persona ha una disabilità, di qualsiasi natura essa sia, spesso tende ad essere identificata, a primo impatto, come un soggetto in difficoltà che ha necessità particolari, a cui bisogna dare una risposta nel modo più veloce e impersonale possibile, seguendo "sterili" standard diagnostici. Credo che sia fondamentale, invece, seguire una strada diversa: la persona con cui entriamo in contatto, prima di tutto, è un individuo con specifiche peculiarità e caratteristiche che non possono essere racchiuse e "inglobate" nella sua disabilità, che seppur presente, non è la sola e unica protagonista della sua esistenza. Ognuno di noi ha il diritto di vivere la propria vita in maniera autonoma e indipendente, seguendo i propri desideri e le opportunità che la società offre e lo stesso vale per le persone con disabilità.

Nella nostra società sono da sempre presenti persone con disabilità intellettiva ma solamente negli ultimi decenni si è assistito ad un importante tentativo di integrazione e inclusione di quest'ultimi all'interno della collettività. Ciò nonostante, anche ai giorni nostri, a causa, soprattutto, dell'innumerabile serie di pregiudizi di cui sono vittime, queste persone molte volte sono ancora costrette a rimanere relegate ai margini della comunità. Questi pregiudizi, spesse volte, contrariamente a quanto si tenda a credere, trovano terreno fertile proprio all'interno del nucleo familiare del disabile, il quale viene inconsciamente visto dai familiari solo per la propria disabilità, e non come persona in grado di autodeterminarsi. L'atteggiamento tende, quindi, ad essere quello di sostituirsi all'individuo per proteggerlo dal resto del mondo, impedendogli così di veder valorizzate le proprie potenzialità e di poter sperimentare una qualche forma di autonomia.

Quale è allora il modo migliore per rapportarsi con una persona con una disabilità?

Per entrare realmente in relazione con l'altro è necessario soffermarsi a conoscere: nel primo capitolo, infatti, partirò fornendo un quadro generale del termine **difettoso** per la

nostra società, collegandomi alla Difettologia di Vygotskij, una disciplina che ci aiuterà a comprendere cosa significa la partizione tra l'essere normale o anormale. Chi ha una disabilità, non chiede "corsie preferenziali", sente solo la necessità di essere ascoltato con le proprie peculiarità individuali e vuole essere parte integrante del proprio contesto di vita, con un ruolo attivo e di lotta, per essere considerato, non solo come una persona svantaggiata a cui la vita ha riservato qualche ostacolo e sorpresa in più, ma come una persona che come tutti gli altri vive a pieno la propria esistenza. Disabilità e diversità per uno strano connubio vengono spesso collegate fra loro: chi è disabile si manifesta con la sua originalità rispetto alla norma e crea scompiglio perché le sue specifiche caratteristiche non "combaciano" con lo stereotipo di "persona normale"; essere diverso, significa discostarsi dalla norma ma questo non deve essere considerato di per sé negativo, perché dalla diversità si può e si deve imparare. In seguito, verrà fornita una precisa definizione del concetto di disabilità, in base ai due criteri diagnostici attualmente in uso, ponendo l'attenzione sull'idea di disabilità intesa, non come una malattia, ma come la conseguenza di una complessa relazione tra lo stato di salute di un individuo e l'ambiente in cui è inserito. A tal proposito, prenderemo in considerazione quali sono le cause della disabilità e cosa esse comportino, collegandoci, nello specifico, alle classificazioni e alle diagnosi attribuibili.

Nel secondo capitolo, invece, si tratterà più nello specifico l'evoluzione storica e temporale del concetto di disabilità, con i rispettivi diritti e le rispettive tutele legislative, in Italia. Ho ritenuto opportuno delineare un breve quadro storico di quelle che sono state le più importanti trasformazioni del termine e le relative conseguenze all'interno della società, per poter infine giungere al disabile incluso all'interno dell'ambito scolastico, evidenziando le strategie didattiche più efficaci per la sua autonomia. Sicuramente nel corso degli anni sono cambiate tante cose riguardo alla disabilità, c'è maggiore attenzione rispetto al passato, si utilizzano in modo più adeguato maggiori risorse e sono tante di più le persone che si pongono con una mirata sensibilità nei confronti di chi si trova a convivere con una disabilità; però penso che ancora tanto debba essere fatto per migliorare e migliorarsi in uno scambio reciproco e consapevole.

Il terzo capitolo tratterà il rapporto tra il soggetto con disabilità e il proprio caregiver. Verrà inizialmente analizzata la pluralità di reazioni di una famiglia di fronte alla nascita di un figlio con disabilità intellettiva, per poi concentrarsi su come si può avere una vita autonoma da adulti. Una persona con disabilità è pur sempre una persona e come tale ha la necessità di soddisfare una serie di bisogni nel suo vivere quotidiano, che devono poter

essere soddisfatti autonomamente, senza che nessuno ne ostacoli l'indipendenza. Un aiuto molto importante verrà offerto dalla figura dell'educatore speciale che lavora per recuperare e reinserire socialmente persone in difficoltà e/o in situazioni di disagio, che vivono per questo ai margini della società.

Infine, nel quarto capitolo descriverò il mio caso studio, dove concentrerò la mia riflessione su Lorenzo, un bambino di quattro anni affetto dallo spettro autistico.

□ CAPITOLO 1: CHI È IL DIVERSO?

1.1 Normalità e anormalità

L'emotività, i sentimenti e l'anima di una persona disabile, per tanto tempo, sono state imprigionate dentro un corpo non riconosciuto e/o, addirittura, dentro un *non corpo*.

Ma ci siamo mai interrogati sul perché?

Ci siamo mai interrogati su cosa significa essere *un diverso* ed essere trattato come tale?

Almeno una volta nella nostra vita ci siamo sentiti dire *Tu non sei normale* e a questa affermazione abbiamo spesso associato sensi di colpa o di inadeguatezza, chiedendoci: "Cos'ho che non va? Perché non sono come tutti gli altri?"

Ma cosa significa realmente essere anormale? Essere diverso o difettoso per la società?

«difettoso (ant. difettüoso) – che ha dei difetti, delle imperfezioni: persona o animale, che ha qualche difetto di conformazione fisica, o nelle funzioni degli organi: essere d. di gambe, di stomaco, di vista, ecc.¹»

A tal proposito, facciamo riferimento al termine "**Difettologia**" (dal latino defectus-difetto e dal greco logos-parola, studio), scienza sostenuta e disciplinata da Lev Semënovic Vygotskij, che tratta i deficit psicofisici dell'uomo. Tale scienza è in grado di orientare sulla normalità e sulla salute, agendo come educazione sociale, tenendo conto dei sistemi educativi, formativi e dei vari processi dell'apprendimento e del comportamento dei soggetti diversamente abili. Questa disciplina, difatti, studia i tratti peculiari della vita e dell'attività dei bambini affetti da anomalie e definisce l'importanza dei fattori sociali nella sua formazione: a tal proposito, Vygotskij, indica come sia possibile realizzare una concreta conquista dell'autonomia per il soggetto deficitario e come si possano affrontare i rischi e le difficoltà, pertinenti al processo stesso della crescita².

Qual è, quindi, la differenza sostanziale tra un soggetto deficitario e un soggetto normale?

Il deficit è quella condizione che rende appunto *anormali*, in quanto rende alcuni individui inabili e/o disabili, perché impedisce di mettere in atto, in modo fluido e organizzato, qualche sequenza di azioni o operazioni.

¹ <https://www.treccani.it/vocabolario/difettoso/>

² G. Pesci, *Fondamenti di Difettologia di Lev S. Vygotskij*, Bulzoni, Roma, 2016

Il soggetto *normale*, invece, sarebbe quell'individuo il cui livello di capacità sarebbe paragonabile alla norma, ovvero a quello che ci si può normalmente aspettare dalla maggioranza degli individui della stessa specie, della stessa età e dello stesso sesso.

L'essere normale, infatti, è quell'individuo che corrisponde alla vera essenza dell'uomo, anche se, ad oggi, è preferibile definire normale quell'individuo che rappresenta al meglio i caratteri della sua specie, ossia: valore medio dell'altezza, quoziente medio d'intelligenza, durata media della vita, valore medio della glicemia, peso medio, ecc.

Tuttavia, la Difettologia, come disciplina, non può limitarsi a teorizzare le differenze quantitative che sussistono tra soggetti normali e soggetti con deficit, ma deve cercare di determinare in positivo le diverse qualità o possibilità di sviluppo relative alle soggettività deficitarie. A tal proposito Vygotskij afferma:

«Il bambino il cui sviluppo è aggravato da un deficit non è semplicemente un bambino meno sviluppato dei suoi coetanei normali, ma un bambino che si è sviluppato in modo diverso³.»

Con questa dichiarazione Vygotskij non implica la negazione assoluta del concetto di deficit ma fonda, il suo pensiero, sul seguente assioma: la persona, il cui sviluppo è aggravato da un deficit, non è una persona meno dotata o meno sviluppata, MA una persona che è dotata diversamente o che si è sviluppata diversamente⁴.

L'assioma si può scomporre in due distinte affermazioni:

- la persona che è gravata da un deficit non è semplicemente meno dotata, anche se presenta comunque una menomazione funzionale o anatomica, cioè un deficit;
- la persona che è gravata da un deficit è diversamente dotata, soprattutto nel caso che venga adeguatamente compensata.

1.2 Definizione del termine disabile

La disabilità è la condizione di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerato la norma. Si può quindi definire come disabilità qualsiasi tipo di carenza, di perdita o di variazione inattesa a livello psicologico, fisiologico o anatomico⁵.

³ A. Greco, *Per una pedagogia inclusione a partire da Vygotskij*, Progedit, Bari, 2015, pag. 1

⁴ A. Greco, *Per una pedagogia inclusione a partire da Vygotskij*, Progedit, Bari, 2015, pag. 2

⁵ G. Giuliani, *Disabilità: definizione, cos'è e chi è considerato disabile*, Accessiway, Torino, 2022, <https://www.accessiway.com/blog/disabilita-definizione-cos-e-chi-e-considerato-disabile>

La disabilità è una condizione che riguarda circa una persona su cinque nel mondo: questo dato è destinato ad aumentare in Europa e in Italia, per via del progressivo invecchiamento della popolazione. Secondo i dati reperiti dalle Nazioni Unite, in tutto il mondo, le persone con disabilità sono 650 milioni: corrispondenti circa al 10% della popolazione globale⁶. Tuttavia, dare una definizione al termine disabile non è semplice perché, al giorno d'oggi, numerosi sono gli appellativi, anche offensivi, che vengono attribuiti a tali soggetti. Se ci trovassimo, però, a dover riassumere il procedimento che colpisce una persona, tale da renderla disabile, sarebbe così: a seguito di malformazioni/traumi/malattie, una persona può subire una menomazione/deficit che, a sua volta, provoca in lei una disabilità, ossia una limitazione nello svolgimento di una o più attività considerate normali per un essere umano della stessa età.

Negli ultimi 200 anni sono stati moltissimi i termini utilizzati per definire la disabilità intellettiva, tutti con accezioni negative ed offensive: idiozia, deficienza mentale, disabilità mentale, handicap mentale, subnormalità mentale, ritardo mentale⁷.

Oggi si è scelto il termine “**disabilità intellettiva**” perché si adatta meglio all'attuale approccio che si focalizza sui comportamenti funzionali e sui fattori contestuali.

La disabilità intellettiva si può considerare come la manifestazione di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale; esistono dei fattori predisponenti come disordini genetici, traumi alla nascita, patologie infettive, nascita prematura e malnutrizione, ma nel 30-50% dei casi l'eziologia non è conosciuta⁸.

1.3 Cause, classificazione e diagnosi

Le menomazioni possono riguardare diverse strutture/funzioni del corpo, ottenendo effetti chiaramente molto diversi sui percorsi di vita di ciascuno. Le cause di un deficit possono venire raggruppate in quattro grandi categorie: fisico, mentale, sensoriale, misto e successivamente a ciascuna di esse si identificano diversi fattori di rischio⁹:

1. Organizzazione sociale ed ambientale:

- Fattori socioeconomici

⁶ L. Pasqualotto, *La valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato*, Erickson, Trento, 2016, pag. 17

⁷ Membri dell'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities Terminology and Classification Committee, *Nuova dicitura per il ritardo mentale: comprendere il passaggio verso il termine disabilità intellettiva*, AMICO-DI, Sospiro, <https://www.amicodi.org/ricerca-scientifica/pubblicazioni/47-nuova-dicitura-per-il-ritardo-mentale-comprendere-il-passaggio-verso-il-termine-disabilita-intellettiva>

⁸ *American Psychological Association (APA)*, Washington, 2023

⁹ A. Canevaro, *Pedagogia Speciale. La riduzione dell'Handicap*, B. Mondadori, Milano, 1999, p.14

- Ambiente fisico
- Salubrità degli alloggi ed urbanistica
- Organizzazione dei servizi
- Posto di lavoro

2. Comportamento individuale:

- Rischi sociali, culturali
- Rischi familiari
- Violenza
- Nutrizione
- Tabagismo, alcolismo, tossicodipendenza
- Sedentarietà
- Igiene

3. Incidenti:

- Di lavoro
- Della strada
- Domestici
- Durante lo sport e lo svago

4. Biologia:

- Rischi genetici
- Prenatali, perinatali e postnatali
- Patogeni
- Organici

I deficit possono colpire¹⁰:

- Il sistema nervoso
- Il sistema auricolare
- Il sistema oculare
- Il sistema digestivo
- Il sistema respiratorio
- Il sistema cardio-vascolare

¹⁰ A. Canevaro, *Pedagogia Speciale La riduzione dell'handicap*, B. Mondadori, Milano, 1999, p. 15

- Il sistema urinario
- Il sistema endocrino
- Il sistema emopoietico ed immunitario
- Il sistema riproduttivo
- Il sistema cutaneo
- Il sistema muscolare
- Il sistema osseo ed articolare
- La morfologia

A loro volta, essi producono delle incapacità collegate¹¹:

- Alle attività intellettive
- Al linguaggio
- Ai comportamenti
- Ai sensi e alla percezione
- Alle attività motorie
- Alla respirazione
- Alla digestione
- All'evacuazione
- Alla riproduzione
- Alla protezione e alla resistenza

Occorre riconoscere le varie cause per imparare a comprenderle: esse possono essere, come abbiamo già detto in precedenza, di tipo biologico/genetico (irreversibili) o psicosociale/acquisite (suscettibili al recupero) oppure potrebbe avvenire una combinazione di entrambe: i sintomi delle prime sono in genere evidenti dalla nascita e sono presenti già nel patrimonio genetico del prodotto del concepimento, quelle indotte dall'ambiente o acquisite, invece, non sono mai presenti alla nascita ma emergono in tempi diversi della vita dell'individuo, a seguito della prolungata azione negativa dell'ambiente; sono rappresentate da alterazioni patologiche che agiscono "dall'esterno" sul sistema nervoso centrale nei periodi prenatale, perinatale o post-natale.

Le cause acquisite si distinguono in¹²:

¹¹ A. Canevaro, *Pedagogia Speciale La riduzione dell'handicap*, B. Mondadori, Milano, 1999, p. 16

¹² M. Bertelli, *Etiopatogenesi della disabilità intellettiva*, Crea, Firenze, 2009, <http://www.crea-sansebastiano.org/IT/articolo.php?id=6&t=etiopatogenesi-della-disabilita-intellettiva>

- Cause prenatali: alterazioni cromosomiche, sia di numero che di forma (sindrome di Down, sindrome di Turner, sindrome di Klinefelter, malattia del grido di gatto, ecc.), le alterazioni genetiche causanti difetti del metabolismo (galattosemia, lipidosi, fenilchetonuria, ecc.), le infezioni materne, l'esposizione materna ad agenti chimici (piombo, mercurio, sostanze stupefacenti) o fisici (radiazioni) dannosi, la malnutrizione, il diabete in gravidanza, l'ipossia, l'ipoglicemia o la tossiemia materne;
- Cause perinatali: sono quelle che intervengono verso la fine della gravidanza ed entro la prima settimana di vita del bambino. Tra le principale troviamo: complicazioni del travaglio, i traumi del parto e il distress respiratorio del neonato;
- Cause postnatali: queste possono intervenire dopo la prima settimana di vita extrauterina e possono essere dovute a traumi, infezioni, malnutrizione, intossicazioni da sostanze chimiche, gravi carenze ambientali.

Quindi, i principali fattori di rischio includono¹³:

- Ereditarietà (circa il 5%): per esempio, il mongolismo, che è determinato dalla presenza di un cromosoma in più rispetto al normale, è spesso associato a forme più o meno gravi di ritardo mentale. Questi fattori includono errori congeniti del metabolismo, anomalie di un singolo e aberrazioni cromosomiche;
- Alterazioni precoci dello sviluppo embrionale (circa il 30%): mutazioni cromosomiche come la sindrome di Down dovuta a trisomia 21 o danni prenatali dovuti a sostanze tossiche (per es., uso di alcool da parte della madre, infezioni);
- Problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (circa il 10%): malnutrizione del feto, la prematurità, l'ipossia, infezioni virali o altre infezioni, e traumi;
- Condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza (circa il 5%): infezioni, traumi, e avvelenamenti (per es., da piombo);
- Influenze ambientali e altri disturbi mentali (circa il 15-20%): mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali, o altre stimolazioni, disturbi mentali gravi (per es. autismo). Esistono, infatti, forme di ritardo mentale, e conseguente ritardo scolastico, dovute a carenza affettiva e culturale dell'ambiente

¹³ Gruppo di Studi Cognitivi, *Ritardo mentale o disabilità intellettiva*, Metodo inTherapy, Milano, 2023, <https://www.intherapy.it/disturbo/ritardo-mentale-o-disabilita-intellettiva/>

di vita del bambino; si tratta di casi in cui il bambino è lasciato vivere per mesi o per anni in un'atmosfera anaffettiva, monotona, indifferenziata.

In termini brevi quando si pensa alla disabilità, le prime immagini che ci vengono in mente, per chi non conosce questo mondo, sono legate a caratteri immediatamente evidenti ma, in realtà, esistono diversi tipi di disabilità, che si presentano con gradi di gravità differenti.

In particolar modo, possiamo distinguere le persone con disabilità in quattro categorie:

1. portatori di disabilità sensoriale
2. portatori di disabilità motorie
3. portatori di disabilità intellettive
4. portatori di disabilità psichica

Conoscere queste distinzioni ci permette di comprendere che le persone con disabilità, proprio come i neurotipici, sono molto differenti e portano con sé storie, esigenze e talenti differenti. Però, prima di arrivare all'attuale concezione di disabilità, questa complessa problematica era considerata come una malattia dalla quale non ci si poteva curare, una condizione che determinava un'inferiorità sociale non indifferente. Solo dagli anni '60 si iniziò a sviluppare un approccio di stampo sociale in base al quale la disabilità era definita una condizione umana che procurava un forte rischio di discriminazione sociale per la persona. Secondo questa visione, era la società, l'agente che avrebbe dovuto provvedere all'eliminazione delle discriminazioni sulle disabilità¹⁴.

Questo primo passo verso il ribaltamento del significato di disabilità è lo stesso che ha spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a dotarsi di una serie di strumenti di classificazione che potessero consentire una migliore osservazione ed analisi delle patologie delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità delle diagnosi di tali patologie. La prima classificazione elaborata risale al 1970 e prende il nome di ICD (International Classification of Diseases); come si evince dalla stessa dicitura della classificazione, l'attenzione viene puntata sulla parola *diseases*, ovvero sul concetto di malattia. L'ICD rivela ben presto, però, vari limiti di applicazione dovuti alla sua stessa natura di classificazione causale, che focalizza l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia

¹⁴ C. Corsolini, *Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità*, Saggi Child Development & Disabilities, vol. XXVIII – n. 2, 2002 quarterly, pp 13-20

al punto da spingere l'OMS ad elaborare un nuovo manuale di classificazione, più attento alle diverse componenti ambientali del soggetto che vive una specifica patologia.

Un primo tentativo di distaccarsi dall'approccio clinico fino ad ora adottato, lo abbiamo nel 1980 con la pubblicazione di un'appendice dell'ICD chiamata ICIDH (International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps¹⁵). L'attenzione di questo nuovo strumento di classificazione si focalizzava non più sul concetto di malattia ma analizzava l'influenza del contesto sullo stato di salute delle popolazioni. Al suo interno erano definiti, distinti e classificati i termini handicap, disabilità e menomazioni:

- Si intende per menomazione qualsiasi perdita o anomalia a carico di una struttura o di funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche;
- Si intende per disabilità qualsiasi restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano;
- Si intende per handicap una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso, ai fattori culturali e sociali). (WHO, 1980)¹⁶.

Appare evidente che le espressioni di menomazione, disabilità ed handicap, pur essendo tra di loro in relazione, indicavano condizioni diverse e quindi non erano utilizzabili in modo genericamente interscambiabile, perciò, si sentì la necessità di un'ulteriore modifica che ridefinisse questi termini. Nel 1997, quindi, l'OMS riformulò l'ICIDH ridefinendo le disabilità come attività personali, mentre gli handicap come diversa partecipazione sociale. L'ICIDH-2 a differenza della precedente versione, non era una classificazione soltanto riguardante le condizioni di persone con disabilità, ma poteva essere applicata a qualsiasi persona in una condizione di salute che necessitava di una valutazione dello stato di funzionamento a livello corporeo, personale o sociale. Con questa seconda versione, è sottolineata la necessità di intendere la diversità nel senso di disabilità, come elemento variabile in base ai contesti in cui è considerata e non come una condizione di completa inabilità¹⁷ (WHO, 1997).

¹⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICIDH. International Classification of Impairments Disabilities and handicaps. A manual of classification relating to consequences of diseases*, Ginevra, 1980

¹⁶ Organizzazione mondiale della sanità (*Oms, in inglese world health organization – Who*): agenzia delle Nazioni unite specializzata in questioni sanitarie, Ginevra, 1948

¹⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità (1997), *ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation. A manual of dimensions of disablement and functioning*, Ginevra

L'ICIDH-2 cerca di cogliere e classificare ciò che può verificarsi in associazione ad una condizione di salute, le “compromissioni” della persona o il suo “funzionamento”. A differenza della precedente versione, non è una classificazione che riguarda soltanto le condizioni di persone con disabilità fisiche o mentali, ma può essere applicata a qualsiasi persona in una condizione di salute tale da richiedere una valutazione dello stato di funzionamento a livello corporeo, personale o sociale.

Occorre precisare che l'acronimo ICIDH-2 è solo provvisorio e viene dato alla prima versione rivisitata dell'ICIDH nel 1993; in seguito ad alcune revisioni operate dall'OMS sull'ICIDH nasce l'ICF, International Classification of Functioning, Disabilities and Health. Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge nella stessa nomenclatura. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH), nell'ultima, l'OMS fa riferimento all'analisi della salute dell'individuo in chiave assolutamente positiva. Attraverso la classificazione si vuole fornire la più completa ed approfondita analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute ed ambiente, arrivando alla definizione di disabilità intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Questa nuova classificazione mette tutte le malattie e le patologie sullo stesso piano, senza distinguerle in rapporto a ciò che le ha causate.

Nel maggio 2001, alla 54ª World Health Assembly, 191 Paesi riconoscono l'ICF come la nuova norma per salute e disabilità. La salute è multidimensionale, così come la disabilità. L'ICF non è una classificazione che riguarda un “gruppo” ma riguarda tutte le persone poiché tutti possono avere una condizione di salute che in un contesto ambientale sfavorevole causa disabilità. È un capovolgimento di logica: mentre gli indicatori tradizionali si basano sui tassi di mortalità, l'ICF pone come centrale la qualità della vita delle persone affette o meno da una patologia, permette quindi di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena. Lo scopo generale della classificazione ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che possa servire da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

Ricordiamo, però, che diagnosticare una disabilità non è come diagnosticare una malattia.

“La Diagnosi Funzionale è un atto sanitario medico legale che descrive la compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap” (D.P.R. 24/02/1994).

Per diagnosi funzionale si intende una valutazione che analizza il deficit e il potenziale residuo di individuo al fine di progettare un intervento; l'obiettivo è quello di fornire un

quadro clinico in grado di orientare interventi di tipo riabilitativo, terapeutico e educativo-didattico, che sia condiviso dalle diverse figure professionali coinvolte.

La diagnosi funzionale mira ad individuare:

- l'insieme delle disabilità e delle difficoltà derivanti dalla menomazione stessa o derivanti da contesti sociali e culturali;
- il quadro generale delle capacità (con particolare attenzione alla recuperabilità ed ai residui funzionali);
- le potenzialità di sviluppo sulle quali elaborare un successivo intervento educativo.

L'elaborazione della diagnosi spetta ad un'unità multidisciplinare composta da:

1. un medico specialista nella patologia segnalata
2. uno specialista in neuropsichiatria infantile
3. un terapeuta della riabilitazione
4. gli operatori sociali.

Successivamente alla Diagnosi funzionale viene redatto il Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.), un documento che indica le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed affettive dell'alunno mettendo in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti all'handicap (con relative possibilità di recupero), sia le capacità possedute che invece devono essere sostenute e sollecitate in modo continuo e progressivo (D.L. 297/94).

Il P.D.F. è inoltre utile ai fini della formulazione del Piano Educativo Individualizzato.¹⁸

¹⁸ Redazione, *Diagnosi funzionale cos'è e a cosa serve*, Ability Channel, Roma, 2015, <https://www.abilitychannel.tv/diagnosi-funzionale-cose-e-a-cosa-serve/>

□ CAPITOLO 2

DALL'ESCLUSIONE ALL'INCLUSIONE

2.1 Evoluzione storica e temporale del concetto di disabilità

La disabilità non è rimasta sempre uguale nei secoli: il concetto di persona disabile è cambiato più volte, passando dall'essere un difetto o una causa di discriminazione, a diventare addirittura causa di eugenetica, per diventare poi una sfida a creare un mondo più inclusivo.

Fin dai tempi più antichi, la disabilità è stata considerata un problema, un difetto:

Partiamo dall'età greco-romana quando l'importanza di un corpo perfetto aveva un ruolo centrale nella definizione dell'identità di un individuo e di conseguenza una persona, le cui caratteristiche fisiche non rispecchiavano i canoni prestabiliti, era considerata inferiore. Non c'era spazio per le persone con disabilità, anzi, erano considerate come un capro espiatorio su cui venivano addossate tutte le colpe, anche eventi naturali distruttivi. Con il diffondersi della dottrina del cristianesimo la disabilità continuava ad essere considerata come una punizione: il bambino con disabilità era figlio del peccato, il frutto di una sessualità sbagliata. E indovinate su quale genitore ricadeva la colpa? La donna, che veniva accusata di avere avuto rapporti carnali col diavolo, e per questo perseguitate e a volte uccise. Questo male però poteva essere affrontato e superato solo grazie alla fede e alla misericordia divina.

La rivoluzione industriale dell'Ottocento spazza via tanti pregiudizi e la disabilità diventa una questione sociale: l'utilizzo di nuovi mezzi inizia a causare invalidità fisica e chi non può tornare a lavorare è condannato ad una posizione di marginalità sociale; si diffonde, in questo modo, la narrazione secondo la quale solo chi partecipa alla produttività della società è considerato "normale" e meritevole di farne parte¹⁹.

Questo ideale di perfezione trova la sua massima manifestazione in uno dei periodi più bui della storia moderna: il nazismo. Sono state circa 300mila le persone con disabilità vittime dell'Olocausto, sterminate insieme ad ebrei, dissidenti politici, minoranze etniche e omosessuali. È il celebre programma "Aktion T4" messo in atto dai nazisti che prevedeva che, le persone con disabilità o, chiunque presentava disturbi mentali, malattie

¹⁹ Redazione, *La storia della disabilità: un riassunto per capire il presente*, Accessiway, Torino, 2021, <https://www.accessiway.com/blog/la-storia-della-disabilita-un-riassunto-per-capire-il-presente#:~:text=La%20disabilit%C3%A0%20non%20%C3%A8%20rimasta,creare%20un%20mondo%20pi%C3%B9%20inclusivo>

genetiche o malformazioni, venisse soppresso. Tutto ciò nasceva dal fatto che le persone con disabilità venivano considerate da Hitler e dai suoi seguaci «vite indegne di essere vissute» e, pertanto, da sterminare²⁰.

Successivamente, avviene un cambiamento significativo. Siamo negli anni '70 quando iniziano ad affermarsi i diritti inalienabili delle persone con disabilità in diversi ambiti, dall'educazione al lavoro. Si inizia a sviluppare un approccio in base al quale la disabilità viene vista come una condizione umana che procura un forte rischio di discriminazione sociale per la persona; la società è l'agente responsabile dell'eliminazione di ogni barriera che non permetta il godimento dei diritti da parte dei cittadini con disabilità, e risponde con l'eliminazione delle discriminazioni basate sulle disabilità e con azioni di "discriminazione positiva"²¹.

2.2 Diritti e tutele legislative in Italia

I bambini con disabilità hanno naturalmente gli stessi diritti di tutti i bambini, ma i loro bisogni possono essere specifici e particolari, è dunque fondamentale garantire aiuti calibrati ai bisogni, per consentire loro di accedere agli stessi diritti degli altri minori.

La battaglia per i diritti è fondamentale, anche per quanto riguarda la disabilità, che è un concetto in continuo cambiamento ma ci terrei a fare una premessa: la legislazione nasce per consentire un bilanciamento sociale che possa garantire una migliore qualità della vita per le persone con disabilità, per i loro familiari e per le fasce più deboli in generale. È indispensabile, pertanto, essere a conoscenza di quanto stabilisce la normativa per poter avere le informazioni necessarie alla tutela, all'assistenza e all'integrazione.

In Italia, il principale riferimento legislativo per far valere i diritti delle persone con disabilità è la legge quadro N. 104 del 5 febbraio 1992, che tutela i diritti delle persone con disabilità e, a questo scopo, riguarda anche coloro che se ne prendono cura. Per esempio, la legge garantisce ai familiari che assistono una persona con handicap grave fino a 3 giorni di permesso mensile retribuito e 2 ore giornaliere se si parla di un bambino di età inferiore ai 3 anni. Sono inoltre previste agevolazioni sui trasferimenti, per avvicinarsi alla persona alla quale si presta assistenza, e relative ai turni di lavoro, oltre alla possibilità di opporsi a un trasferimento che allontani dall'assistito. È possibile chiedere di non lavorare in turni di notte e si può usufruire di un congedo retribuito di due

²⁰ G. Aly, *Zavorre: storia dell'Aktion T4: l'"eutanasia" nella Germania nazista, 1939-1945 Volume 70 di Einaudi storia*, Giulio Einaudi editore, Torino, 2017

²¹ C. Corsolini, *Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità*, Saggi Child Development and Disabilities, vol. XXVIII – n.2/2002 quarterly, pp 13-20

anni, non necessariamente consecutivi. Diverse associazioni che si occupano di diritti delle persone con disabilità chiedono la possibilità di una pensione anticipata per chi si prende cura di persone con disabilità grave, ma per il momento ciò è concesso solo a un piccolo numero di caregiver che rientrano in determinati requisiti²².

2.3 La disabilità a scuola

La prima indagine sull'integrazione scolastica presentata dal Ministero della Pubblica Istruzione nel febbraio del 2001 ha fornito dati completi sulla disabilità nella scuola: in Italia nel 2000 hanno frequentato le scuole statali e private 130.146 studenti disabili.

1. Nella scuola materna sono 12.789
2. Nelle elementari: 52.826
3. Nelle scuole medie: 43.201
4. Nelle scuole superiori: 21.130

Dal 1996 ad oggi c'è stato un incremento di 2.500 alunni disabili ma nonostante si parli spesso di inclusione, numerose sono ancora le sfide alle quali la scuola deve ancora rispondere. L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità costituisce un punto di forza della scuola italiana, che vuole essere una comunità accogliente nella quale tutti gli alunni, a prescindere dalle loro diversità funzionali, possano realizzare esperienze di crescita individuale e sociale. La piena inclusione degli alunni con disabilità è un obiettivo che la scuola dell'autonomia persegue attraverso una intensa e articolata progettualità, valorizzando le professionalità interne e le risorse offerte dal territorio.²³

2.4 Bisogni Educativi Speciali

Ad oggi, sempre più, si parla di varie forme di difficoltà di apprendimento. Come afferma Cornoldi il termine "difficoltà di apprendimento" si riferisce a qualsiasi difficoltà riscontrata dallo studente durante la sua carriera scolastica²⁴.

Nelle classi attuali, infatti, riscontriamo molti alunni con difficoltà nell'ambito dell'apprendimento e dello sviluppo di competenze: troviamo disturbi che spaziano dai più tradizionali come la dislessia, la disgrafia e la discalculia, ai disturbi da deficit attentivo con o senza iperattività, a disturbi nella comprensione del testo, difficoltà visuo-

²² L. Anna Rita, *Disabilità: diritti e sostegno per le famiglie. Come garantire i diritti dei minori con disabilità? Quali ausili sono previsti per sostenere le famiglie nel raggiungimento di questo obiettivo?*, Uppa, Roma, 2020, <https://www.uppa.it/disabilita-diritti-e-sostegno-per-le-famiglie/#Altri-diritti-tutelati-dalla-legge>

²³ Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Roma, www.miur.gov.it

²⁴ C. Cornoldi, *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, il Mulino, Bologna, 1999, p. 7

spaziale, difficoltà motorie, ritardi mentali o ritardi nello sviluppo, spettro autistico, sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento.

D'altro canto, professionalmente parlando, sono sempre di più gli insegnanti in grado di cogliere le difficoltà di apprendimento, i deficit o i disagi; dunque, le situazioni di difficoltà in parte aumentano realmente, in parte sono ora maggiormente riconosciute.²⁵

Sappiamo che per alcuni studenti affrontare il percorso di apprendimento scolastico può risultare più complesso e più difficoltoso rispetto ai compagni, in casi come questi, i bisogni educativi “normali” diventano bisogni educativi “speciali” che fanno riferimento all'attenzione speciale richiesta dagli alunni e alunne che per varie ragioni possono presentare condizioni di disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, disturbi specifici di apprendimento, disturbi evolutivi, difficoltà o svantaggi legati a condizioni ambientali, culturali, linguistiche o socioeconomiche. Per ognuno la scuola si organizza in modo da offrire una pluralità di risposte attente ai bisogni di ciascuno attraverso percorsi individualizzati e/o personalizzati.

Un tentativo di definizione originale potrebbe dunque essere il seguente:

Il Bisogno Educativo Speciale (Special Educational Need) è qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in un funzionamento problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata.

Un bisogno educativo speciale è una difficoltà che si deve manifestare in età evolutiva, cioè entro i primi 18 anni di vita del soggetto. In questa definizione si sente una continuità tra bisogno educativo speciale normalità, un continuum tra normalità e patologia.

L'obiettivo ultimo è la realizzazione di una scuola inclusiva, una scuola capace di accogliere le specificità di ognuno, proponendo modalità educative e didattiche funzionali ai diversi bisogni, rendendo ciascun alunno protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti.

2.5 L'educazione all'autonomia: dal bisogno alla soluzione

²⁵ D. Ianes, *Bisogni Educativi Speciali e Inclusione*, Erickson, Trento, 2005, p. 15-31

Cosa significa essere autonomi? La parola “autonomia” proviene dall'etimo greco autòs (stesso) e nòmos (legge). L'autonomia è dunque la condizione di chi detta legge a sé stesso, fa da sé le proprie leggi, si governa con regole proprie²⁶.

Autonomia, per le persone disabili, non vuol dire solo acquisire alcune competenze, ma riconoscersi adulti e sentirsi tali. Non significa “ fare tutto da soli ”, ma integrare le proprie competenze con quelle degli altri e saper chiedere aiuto. È fondamentale capire che la disabilità non descrive la persona, ma il contesto in cui essa vive, determinato dalla sua condizione di salute e dai fattori sociali e ambientali che la circondano. L'obiettivo principale di una persona disabile è, dunque, trovare il giusto equilibrio tra autonomia personale, aiuto esterno e accessibilità ambientale: solo in questo modo potrà ridimensionare la sua disabilità e sentirsi appagata dalla propria vita.

Ci sono diversi comportamenti, però, che potrebbero limitare l'autonomia di una persona con disabilità e a tal proposito la Dott.ssa Emilia Napolitano, nel suo studio *L'autonomia come processo di crescita*, individua tre comportamenti tipici:

1. l'iperprotezione, caratterizzata da una preoccupazione eccessiva nei confronti della persona disabile, che finisce per creare una sorta di guscio che le impedisce di acquisire autonomamente gli strumenti per comprendere e affrontare la realtà esterna;
2. la sostituzione, in cui altre persone intervengono per risolvere i problemi quotidiani della persona disabile, impedendole di acquisire autonomia e sviluppare capacità di risoluzione;
3. la mortificazione di capacità, ossia un comportamento conseguente alla paura di riconoscere le reali capacità della persona disabile, che porta a ingigantirne i limiti e sottovalutarne le abilità.

Questi comportamenti apprensivi, seppur comprensibili, possono avere delle gravissime conseguenze sulla crescita e sullo sviluppo di autonomia della persona disabile. Per questo motivo è fondamentale saperli individuare e correggere.²⁷

2.6 Strategie didattiche per l'autonomia

Per sviluppare una maggiore autonomia, è fondamentale che la persona con disabilità cominci un percorso di crescita, nel quale riconoscere sia i propri limiti, sia le proprie

²⁶ F. Caretto, G. Dibattista, B. Scalse, *Autismo e autonomie personali. Guida per educatori, insegnanti e genitori*, Erickson, Trento, 2012

²⁷ E. Lirusso, *Disabilità e autonomia: come comportarsi?*, ContattoCare, Udine, 2022, <https://contattocare.it/autonomia-disabili/>

capacità. Occorre che la persona prenda coscienza della propria disabilità, e da questa consapevolezza costruisca il progetto che regge la sua vita.

Uno strumento fondamentale per accrescere l'autonomia di una persona disabile è il lavoro. Far parte di un sistema lavorativo significa infatti²⁸:

- essere parte di un gruppo in cui riconoscersi;
- essere parte di un processo produttivo;
- sviluppare capacità specifiche;
- trovare senso e scopo nella propria vita;

Nella prospettiva della strutturazione di un lavoro educativo mirante alla promozione dell'autonomia, tre sono gli elementi che vanno considerati²⁹:

- La valutazione delle abilità della persona rispetto al compito che si deve proporre
- Una conoscenza precisa delle abilità richieste per lo svolgimento del compito ed una conoscenza della sequenza con la quale si devono presentare nel corso dell'attività
- Una attenta organizzazione del modo in cui l'attività va svolta in modo che i miglioramenti della persona con DI siano risultanti dalle variabili inerenti all'attività e non alle possibili interferenze del personale educativo.

²⁸E. Lirusso, *Disabilità e autonomia: come comportarsi?*, ContattoCare, Udine, 2022, <https://contattocare.it/autonomia-disabili/>

²⁹E. Micheli, M. Zacchini, *Verso l'autonomia La metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio dell'handicap*, Vannini, Brescia, 2001, p. 51

□ CAPITOLO 3

ASPETTI RELAZIONALI

3.1 La famiglia

“Caregiver” è un termine mutuato dall’inglese, che indica “colui o colei che si prende cura di”, vale a dire chi si assume, in prima persona, il principale carico di assistenza di una persona malata o con una disabilità. Si tratta di un ruolo spesso silenzioso e nascosto, ma irrinunciabile per chi ha perso, o non ha mai potuto sviluppare appieno, la propria indipendenza e autonomia. La ricchezza del loro agire comprende un ampio insieme di atti assistenziali, che possono variare lungo un continuum che va dalla sorveglianza passiva (presenza, controllo e prevenzione) all’assistenza diretta (in integrazione o sostituzione completa alla persona), e che si contestualizzano in una dinamica relazionale, emotiva e affettiva³⁰.

La vita del caregiver è diversa dalle altre, come è diversa dalla sua stessa vita prima di diventarlo. Poco importa se avviene gradualmente, prendendosi sempre un po’ più cura di un genitore che sta invecchiando o di un proprio caro con una malattia degenerativa, oppure improvvisamente, a causa di un grave incidente oppure un ictus o una patologia improvvisa che lasciano il familiare con un’invalidità. In ogni caso il caregiver si troverà a fronteggiare fatiche e difficoltà emotive immerso in una realtà complessa, richiestiva e difficile, carica di responsabilità gravose alle quali per affetto e per senso del dovere è quasi impossibile sottrarsi. Il caregiver deve imparare in fretta, e ripetere poi ogni giorno, manovre assistenziali (dall’imboccare all’aiutare con le funzioni fisiologiche), procedure mediche (dal cambiare medicazioni al posizionare cateteri), funzioni e posologie di diversi farmaci, e in tutto questo superare paure, disgusto e frustrazioni. Energie fisiche quindi ma anche mentali ed emotive: pensieri e attenzioni costanti da dedicare, un affetto che diventa un vincolo, il prendersi cura di una vita che richiede di mettere da parte la propria. A volte così l’affetto per il proprio familiare si scontra con il desiderio che tutto questo finisca per poter tornare ad una propria libertà, accompagnandosi a dolorosi sensi di colpa. Infatti, con le energie, se ne va anche il tempo del caregiver, e con esso i propri momenti, i propri interessi, le proprie realizzazioni e spesso anche le proprie amicizie. Diventa molto più difficile frequentare gli amici che nel tempo cominciano a diradarsi, riducendosi così ulteriormente, le occasioni per rigenerarsi attraverso eventi sociali, di

³⁰ R. Biella, J. Casiraghi, G. G. Valtolina, D. Invernizzi, *Disabilità e caregiver familiari: vita, vissuti, diritti e strumenti*, Ordine Degli Psicologi della Lombardia, Milano, pag.13

divertimento e svago, e a contrastare l'isolamento rimangono spesso soltanto le relazioni con altri caregiver e, in alcuni casi, con operatori³¹.

In generale con l'arrivo di un figlio si devono rivedere i ruoli all'interno della famiglia, rimodulare i compiti e le responsabilità tra i coniugi, nonché operare una redistribuzione delle risorse economiche. È dunque necessario adattarsi a una nuova routine per soddisfare i bisogni del nuovo arrivato. Fino a che il bambino è piccolo, l'esperienza genitoriale con un figlio disabile non è molto differente da quella con un figlio senza disabilità. Il divario con i coetanei aumenta con l'avanzare dell'età, anche se risulta diverso in base ai differenti tipi di disabilità e il loro grado, più o meno grave, il che richiede un'attenzione specifica dei genitori per far fronte ai bisogni del proprio figlio. L'ingresso a scuola è un altro momento molto delicato, in particolar modo quando l'alunno disabile non è in grado di seguire i programmi scolastici insieme agli altri anche in presenza di sostegni specifici (personale specializzato, utilizzo di materiali e strumenti adeguati) perché affetto da disabilità gravi che glielo impediscono. Il sopraggiungere dell'età adulta, poi, crea un insieme di problematiche cruciali che incidono fortemente sulle dinamiche familiari. Affiora nei genitori il desiderio di vedere i propri figli autonomi, che si inseriscano nel mondo del lavoro, che escano con i propri amici, che facciano una famiglia. Ma questi desideri non vengono quasi mai soddisfatti, spesso a causa della gravità della disabilità, che impedisce al figlio di emanciparsi dai propri familiari. Altre volte, invece, i giovani disabili tendono a stare in casa o a contatto solo con persone con disabilità, cui consegue un restringimento della loro rete sociale, limitando la loro vita e le loro passioni. Infine, con il passare degli anni, i genitori di un figlio disabile devono fare i conti con il proprio invecchiamento, l'affievolimento delle loro energie, il sopraggiungere di malattie o disabilità legate all'anzianità. Tutto questo rende ancora più difficoltoso prendersi cura del proprio figlio³².

3.2 Integrazione ed inclusione

Ai docenti della scuola italiana oggi si richiede di rispondere ai diversi e specifici bisogni di ogni singolo alunno. La diversità, ad oggi, viene identificata come risorsa per l'intero gruppo classe, in grado, attraverso la valorizzazione delle potenzialità di ciascuno, di diventare una classe inclusiva. Una scuola inclusiva è una scuola che pensa e progetta tenendo a mente proprio tutti, partendo dalla modifica del contesto, trovando strategie

³¹ Idem, p.14

³² Ceteco ti migliora la vita, *Come cambia la vita con un disabile in famiglia*, Pisa, 2019, <https://www.ceteco.it/come-cambia-la-vita-con-un-disabile-in-famiglia/#>

specifiche, adatte alla disabilità. Nella scuola inclusiva hanno diritto e dignità di personalizzazione e individualizzazione «tutti gli studenti intesi come persone»³³.

Nel XXI si parla di inclusione, ma precedentemente venivano usati termini come inserimento e integrazione. Qual è la differenza?

Negli anni Settanta, in Italia, la chiusura delle scuole speciali (L. 517/1977) ha portato all'inserimento degli alunni disabili nelle classi comuni ma con l'avanzare della ricerca pedagogica, il termine "inserimento" venne considerato troppo statico e incapace di esprimere il lavoro di co-educazione esistente tra gli alunni. Per questo motivo si è passati a parlare di "integrazione", termine che meglio esprimeva l'idea che il compagno disabile non solo era fisicamente presente in classe, ma condivideva l'attività didattica dei compagni, integrandosi, al lavoro della classe con le dovute modifiche, riduzioni, e il supporto dell'insegnante di sostegno.

A partire dalla metà degli anni Novanta, il termine "integrazione" rischiava di assumere connotati negativi, puramente compensatori, dimenticando aspetti unici legati alla persona umana (l'originalità, l'autenticità e la libertà). In quest'ottica è nato il termine "inclusione", con l'intento di evidenziare una reciproca permeabilità e scambio tra alunni con potenzialità diverse all'interno di una stessa classe.

L'inclusione è un fenomeno biunivoco, in cui non solo il compagno disabile si adatta al comportamento dei compagni non disabili, ma anche l'intera classe deve sforzarsi di adattarsi e comprendere la disabilità del compagno, imparando e cambiando mediante l'esperienza con le persone con disabilità e viceversa³⁴.

Con il nuovo termine di "inclusione", quindi, si intende un processo, una filosofia dell'accettazione, ossia la capacità di fornire una cornice dentro cui gli alunni possano essere ugualmente valorizzati, trattati con rispetto e forniti di uguali opportunità. Si tratta di un approccio globale, non unicamente centrato sul singolo disabile, ma che si rivolge a tutti gli alunni e a tutte le loro potenzialità³⁵.

3.3 L'inclusione scolastica

³³ L. 53/2003; L. 104/1992; L. 170/2010; C.M. 06/03/2013.

³⁴ F. Pramaggiore, P. Vicari, *L'inclusione degli alunni disabili*, Loescher Editore, Torino, 2019, <https://laricerca.loescher.it/l-inclusione-degli-alunni-disabili/>

³⁵ P. Vicari, *Attività fisica adattata. Buone prassi per l'inclusione*, Firenze, 2017; *Legge quadro 104/1992, MIUR 2009-Linee guida per l'integrazione scolastica e degli alunni con disabilità, ONU 2006-Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità ratificata con legge 18/2009, Legge 107/2015 La Buona Scuola-Inclusione e equità.*

L'importanza dell'inclusione degli alunni con disabilità all'interno dei percorsi scolastici e educativi deriva dal più esteso diritto di inclusione e partecipazione delle persone con disabilità nella società: tema che ha assunto grande rilevanza grazie alla ratifica della Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità (2009). La Convenzione rappresenta infatti un elemento cardine per l'inclusione, poiché promuove una nuova cultura riguardo alla condizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie, prefiggendosi lo scopo di "proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità" (art.1, comma 1).

In quest'ottica la disabilità viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.

Pensare ai contesti come luoghi di inclusione porta quindi a porre attenzione agli ambienti fisici e sociali, a partire anche dal sistema educativo e scolastico. I sistemi scolastici esistenti sono, però, eterogenei (presentano al loro interno differenze formali), spaziando dalla presenza di classi speciali all'interno di scuole ordinarie, alla coesistenza dell'educazione normale con una speciale, fino al sistema inclusivo del modello italiano, che prevede la massima inclusione degli alunni con disabilità nel sistema scolastico.

Porre quindi l'inclusione al centro delle politiche e delle prassi educative, come accade nel nostro Paese, significa concentrare l'attenzione sulle esigenze diversificate di tutti gli allievi, nel rispetto del principio di pari opportunità e di partecipazione attiva di ognuno. Anche se rilevare e monitorare il fenomeno dell'inclusione scolastica rappresenta un compito complesso considerato che gli elementi e le aree da indagare sono numerose e non sempre facilmente osservabili, l'Istat conduce annualmente un'indagine in cui esplora alcune di queste dimensioni, cogliendo i punti di forza e le criticità, in modo da fornire elementi utili per una programmazione mirata all'inclusione.

Una scuola inclusiva deve offrire un sistema scevro da barriere permettendo agli studenti con disabilità di accedere liberamente agli edifici scolastici e di muoversi al loro interno. In Italia il dato sull'accessibilità mostra ancora un grave ritardo ed una elevata presenza di barriere: soltanto il 32% delle scuole risulta accessibile per le persone con ridotta capacità motoria, il quadro peggiora se si considera la presenza di barriere senso-percettive che ostacolano gli spostamenti delle persone con limitazioni sensoriali; in questo caso la percentuale di scuole accessibili scende al 18%. Un dato poco confortante con cui sempre più studenti sono costretti a confrontarsi.

Il quadro sull'inclusione degli alunni con disabilità nelle scuole italiane che emerge dall'indagine Istat, afferma che, se dal punto di vista normativo la via italiana sembra essere all'avanguardia sui temi dell'inclusione scolastica, dal punto di vista operativo, invece, appare ancora lunga e colma di ostacoli la strada da percorrere per poter affermare una reale inclusione dell'alunno con disabilità nella vita scolastica³⁶.

3.4 Che ruolo ha l'educatore speciale?

La complessità di questo tema impone la presenza di figure competenti, capaci di gestire situazioni anche molto complesse e in grado di progettare interventi pedagogici adeguati alle diverse situazioni. L'obiettivo finale è il recupero delle potenzialità dell'allievo e il raggiungimento di livelli sempre più avanzati, collaborando con la famiglia e il sociale.

L'educatore, attraverso l'osservazione e la conoscenza, si occupa di formulare un progetto educativo individuale che prevede la strutturazione di attività con lo scopo di favorire una condizione di benessere per il disabile. Da un punto di vista strutturale, il PEI altro non è che un progetto educativo calibrato sulle esigenze del singolo alunno con disabilità certificata; ogni scuola deve adottare un PEI diverso per ciascuno studente diversamente abile. All'interno del PEI devono essere indicati gli obiettivi educativi che si vogliono raggiungere, gli strumenti e i criteri di valutazione³⁷.

Le famiglie sono un anello fondamentale, hanno bisogno di non sentirsi sole, giudicate, e con la vita programmata da altri; ricercano una guida che dia loro sicurezza per poter operare scelte consapevoli. L'educatore, a tal proposito, deve sforzarsi di guardare oltre le parole dei genitori, oltre la loro apparente assenza, oltre il loro silenzio, comprendendo che alle spalle di ogni soggetto disabile vive una famiglia con una storia, con le sue difficoltà e le sue paure, con il bisogno di essere accolta. Il lavoro con la famiglia diventa l'elemento cardine della professionalità dell'operatore, è indispensabile costruire "un'alleanza" che abbia come obiettivo un fine prioritario che coinvolge il disabile, la sua famiglia e il servizio. La collaborazione con la famiglia è un'operazione psicologica molto delicata che vede l'operatore disposto "all'ascolto", solo in questo modo si potrà creare un'alleanza basata sulla stima, considerazione reciproca e fiducia.

³⁶ S. Corradini, C. Di Priamo, L. Martinez, *Gli alunni con disabilità nella scuola italiana: la lunga strada verso l'inclusione*, Associazione Etica ed Economia, Lazio, 2019, <https://eticaeconomia.it/gli-alunni-con-disabilita-nella-scuola-italiana-la-lunga-strada-verso-linclusione/>

³⁷ D. Ianes, S. Cramerotti, F. Fogarolo, *Il nuovo PEI in prospettiva bio-psico-sociale ed ecologica*, Erickson, Trento, 2021

Nelle scuole del primo ciclo, gli insegnanti di sostegno sono più di 97 mila: il rapporto previsto dalla Legge 244/2007 è di due alunni ogni insegnante per il sostegno, tale rapporto risulta pienamente soddisfatto su tutto il territorio nazionale, tuttavia, a causa della carenza di insegnanti specializzati, una grossa quota di questi docenti viene selezionata dalle liste curriculari (37%), ciò vuol dire che più di un insegnante su tre non ha la formazione adeguata per supportare l'alunno nel percorso scolastico. A questo elemento di criticità si aggiunge la difficoltà per gli insegnanti di portare avanti un percorso formativo secondo una logica di sviluppo progressivo a causa dei frequenti cambi di docente che avvengono, non solo nel corso dell'anno, ma durante l'intero ciclo scolastico. Nell'ultimo anno la quota di alunni che ha cambiato insegnante per il sostegno rispetto all'anno precedente supera il 41%. In questi casi per il docente risulta difficile instaurare un rapporto di fiducia con l'alunno e svolgere la propria attività nell'ambito di un progetto educativo più ampio finalizzato all'inclusione e alla valorizzazione delle attitudini. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dallo scarso utilizzo di tecnologie educative che potrebbero, invece, essere un elemento di grande aiuto per l'abbattimento degli ostacoli³⁸.

3.5 Organizzare le risorse per una didattica inclusiva

L'educazione inclusiva comporta la trasformazione della scuola per poter incontrare e rispondere alle esigenze di tutti, viene vista come un costante processo di miglioramento, volto a sfruttare tutte le risorse esistenti (specialmente le risorse umane). È opportuno, quindi, che gli insegnanti conoscano molti strumenti didattici, molti metodi, molti modi di lavorare e di organizzare la classe. Le principali linee d'azione, attraverso cui costruire una didattica realmente inclusiva, possono essere, secondo M. Tarabusi, le seguenti³⁹:

- Sviluppare un clima positivo in classe
- Costruire percorsi di studio partecipati
- Partire dalle conoscenze e dalle abilità pregresse degli studenti
- Contestualizzare l'apprendimento, favorire la ricerca e la scoperta
- Attivare interventi didattici personalizzati nei confronti della diversità
- Realizzare attività didattiche basate sulla cooperazione
- Potenziare le attività di laboratorio

³⁸ S. Corradini, C. Di Priamo, L. Martinez, *Gli alunni con disabilità nella scuola italiana: la lunga strada verso l'inclusione*, Associazione Etica ed Economia, Lazio, 2019

³⁹ L. Povia, *Le principali strategie didattiche inclusive*, Didattica Persuasiva, 2023, <https://didatticapersuasiva.com/didattica/strategie-didattiche-inclusive>

- Sviluppare negli studenti competenze metacognitive

Queste metodologie/strategie devono essere volte a:

1. Ridurre al minimo i modi tradizionali di fare scuola (ad esempio lezioni frontali, completamento di schede che richiedono ripetizione di nozioni o applicazione di regole memorizzate, ecc.)
2. Sfruttare punti di forza degli alunni, adattando i compiti agli stili di apprendimento degli studenti
3. Minimizzare i punti di debolezza (errori ortografici, mancata autonomia, ecc.)
4. Facilitare l'apprendimento attraverso il canale visivo (organizzatori grafici come schemi mappe, immagini) e il canale uditivo (audiolibri, registrazioni, libri di testo formato digitale)
5. Far leva sulla motivazione ad apprendere
6. Favorire un dialogo in tutte le attività con i compagni di classe
7. Sviluppare l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità

Secondo uno studio realizzato da Leonardo Povia, pedagogo e psicologo clinico, possiamo affermare che le metodologie didattiche più appropriate per il potenziamento degli apprendimenti negli alunni con BES e non solo, sembrano essere le seguenti:

1. Cooperative Learning (sviluppa forme di cooperazione e di rispetto reciproco fra gli allievi e veicola le conoscenze/abilità/competenze)
2. Peer-Tutoring (apprendimento fra pari)
3. Problem Solving (favorisce la centralità del bambino, realizzando la sintesi tra sapere e fare, sperimentando in situazione)
4. Didattica multisensoriale (uso costante e simultaneo di più canali percettivi: visivo, uditivo, tattile, cinestesico)
5. Tecnologie Didattiche (uso di computer, notebook, tablet, LIM, software specifici, ecc.).

□ CAPITOLO 4

IL CASO STUDIO

4.1 Presentazione del caso

Il mio caso studio parte da un'esperienza affrontata durante il tirocinio del primo anno, che ho svolto presso un'associazione di Promozione Sociale che si occupa di bambini disabili, che aiuta a promuoverne l'integrazione sociale. Questa associazione prende il nome di "Gocce nell'Oceano Onlus". L'associazione abbraccia diversi progetti per la formazione e per l'integrazione: uno tra questi denominato "Scegli il tuo Sport". Un progetto che ha come beneficiari bambini con autismo, con l'obiettivo di affrontare e risolvere alcuni problemi comportamentali e di comunicazione attraverso l'attività motoria e il gioco, esercitati con il rapporto 1:1. In questo scenario vorrei concentrare la mia riflessione su Lorenzo, un bambino di quattro anni affetto dallo spettro dell'autismo. I disturbi dello spettro autistico sono condizioni nelle quali le persone hanno difficoltà a stabilire relazioni sociali normali, usano il linguaggio in modo anomalo o non parlano affatto e presentano comportamenti limitati e ripetitivi⁴⁰.

Lorenzo, infatti, la prima volta in cui l'ho conosciuto era molto diffidente nei miei confronti e non riusciva a mantenere il contatto visivo: sono stata attenta e coerente nell'interagire con lui, provando a non sollevare comportamenti problema e rimanendo in disparte durante il primo incontro, concedendomi solo l'osservazione.

Lo scopo delle attività di questo progetto è di creare un momento divertente, in cui condividere qualcosa di piacevole con il bambino che miri all'autonomia e se possibile incentivando anche l'ambito della comunicazione perché il primo scoglio da superare rispetto all'autismo è proprio quello della comunicazione. Comunicare con un bambino affetto da autismo potrebbe rivelarsi difficoltoso: nei casi più gravi i bambini non imparano mai a parlare e al contrario, quelli che imparano, lo fanno molto più tardi rispetto alla norma, utilizzando le parole in modo insolito. La conversazione può non essere interattiva, e, ove presente, è utilizzata per indicare o richiedere, piuttosto che per condividere idee o sentimenti.

4.2 Valutazione e analisi dei dati

⁴⁰ Stephen Brian Sulkes, *Disturbi dello spettro autistico*, MD, Golisano Children's Hospital at Strong, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Manuale MSD, Rahway, NJ, USA, 2022, <https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/disturbi-evolutivi-e-dell-apprendimento/disturbi-dello-spettro-autistico#:~:text=I%20disturbi%20dello%20spettro%20autistico,e%20relazione%20con%20gli%20altri.>

Prima che Lorenzo arrivasse in associazione per l'attività, cercavamo dei modi per indirizzarlo direttamente nella palestra, per esempio, posizionavamo le parallele ai lati del tavolo per bloccare il passaggio verso i bagni, la cucina, il ripostiglio... consapevoli che le persone con disturbi dello spettro autistico sono spesso molto restie ai cambiamenti, ad esempio a nuovi alimenti o giocattoli, a una diversa disposizione dei mobili e a nuovi indumenti. Inizialmente, infatti, non c'è stato modo: preferiva stare seduto sul pavimento con i suoi animaletti in plastica da cui non riusciva a separarsi, per giunta aveva il costante bisogno di avere un contatto fisico/visivo con la sua mamma, a volte anche nelle mura della palestra stessa. Le attività erano frettolose poiché l'attenzione di Lorenzo calava rapidamente, aveva subito fretta di scappare dai suoi oggetti o di constatare la presenza della mamma in associazione; altre volte, invece, faceva attività con gli animaletti stretti a sé o tenendo la mamma per mano.

4.3 Protocollo di lavoro

Lorenzo, pochi mesi dopo, ha iniziato il percorso ABA (Analisi applicata del comportamento), subito dopo le prime attività, per un'ora al giorno per quattro giorni.

L'ABA mira a ridurre le abitudini comportamentali problematiche e disfunzionali attraverso la costruzione di rituali comportamentali adattivi. Si tratta di una tecnica 'evidence-based', ossia basata sull'evidenza. Ciò significa che si basa soltanto sulle procedure la cui efficacia è stata comprovata dalle ricerche scientifiche.

Le tecniche di intervento seguono un'applicazione metodologica estremamente rigorosa, nell'ambito della quale è previsto un monitoraggio costante dei risultati raggiunti.

Il fulcro intorno al quale ruota la metodologia è il comportamento, l'elemento che viene analizzato in base agli stimoli ambientali che lo provocano e le conseguenze che da esso scaturiscono. Dai risultati dell'analisi emerge il quadro comportamentale che consente di produrre gli stimoli in grado di modellare e influenzare il comportamento del soggetto autistico. Il principio sul quale è impostato l'ABA è quello del rinforzo, utilizzato per sviluppare nuovi apprendimenti e per consolidare o ridurre determinati comportamenti.

Per quanto riguarda l'efficacia della metodologia, essa è strettamente legata all'ampliamento dell'ambiente educativo. In altre parole, l'ABA garantisce risultati migliori quando le persone che quotidianamente interagiscono col bambino (genitori, fratelli, insegnanti, amici, ecc.) collaborano in maniera attiva alla messa in atto dell'intervento⁴¹.

⁴¹ M. Lynch Barbera, *Verbal Behavior Approach*, Jessica Kingsley, London, 2007

4.4 Risultati e discussione finale

Ho seguito Lorenzo da maggio a giugno in associazione e successivamente l'ho rivisto a settembre fino alla fine del mio tirocinio, vivendolo come se fosse un altro bambino.

Lorenzo ad oggi entra in associazione, si toglie il giubbottino e le scarpe, si fa misurare la temperatura, viene aiutato nell'igienizzazione delle mani, saluta sua madre e si dirige autonomamente verso la palestra, sistemandosi sul divano nell'attesa di iniziare l'attività. Lori segue perfettamente Marika, la chinesologa dell'associazione, nei percorsi da noi ideati, come: esercizi alla spalliera, alla trave, esercitazioni nel salto, nel calcio, nel canestro, nell'attesa (non scontata in queste situazioni), nella relazione con gli altri, nella comunicazione e nel sano divertimento.

Alla fine di questi incontri ho discusso con Marika, con Roberta (psicoterapeuta dell'associazione) e con la mamma di Lorenzo sui traguardi raggiunti in meno di un anno. È stato stimolante, oltre all'efficacia dell'ABA dimostrata scientificamente nell'ambito dell'educazione, percepire come i genitori vivono l'ABA. Abbiamo rilevato una grande soddisfazione tra i genitori, i quali, si dichiarano più coinvolti nel trattamento del figlio, più speranzosi per il futuro e maggiormente in grado di gestire i comportamenti, essendo in possesso di diversi strumenti per far fronte alle situazioni di vita quotidiana. Ecco perché, per me, parlare dell'ABA come metodo/tecnica di cura per l'autismo è riduttivo, fuorviante e concettualmente sbagliato. Non bisogna avere paura di fare domande a chi offre ogni tipo di intervento per questa problematica, sia essa l'ABA o qualsiasi altro.

Il punto cardine di un buon intervento educativo è la collaborazione tra genitori e operatori, condizione necessaria per realizzare un intervento programmato ed efficace, grazie allo scambio reciproco di esperienze e conoscenze. I genitori sono gli esperti del proprio bambino da cui noi operatori abbiamo tutto da imparare; viceversa, l'educatore, essendo una figura professionale, è l'esperto circa le tappe di sviluppo del bambino, i relativi disturbi e le tecniche di abilitazione e riabilitazione. Come tale, i genitori potranno imparare dall'operatore le giuste modalità con cui rapportarsi con il proprio bambino.

Essere genitore di un bimbo autistico può essere difficile: gestire una quotidianità pesante, tollerare le rigidità, la ripetitività, rispettare le sue fragilità, proteggerlo dalle angosce di un mondo per lui troppo complesso, incomprensibile e rumoroso, fronteggiare la sua ansia, i turbamenti per situazioni banali o piccoli cambiamenti, accettare il suo silenzio infinito, le sue distanze impossibili. Imbarazzo, rabbia, tristezza, paura: sono molte le emozioni coinvolte ma condividerle rende la difficoltà nell'affrontarle meno pesante ed è questo che ho riscontrato nel vivere questa realtà.

CONCLUSIONI

La mia primissima esperienza a contatto con la disabilità ha fatto crescere in me sentimenti come ansia, timidezza, paura di non farcela perché il cambiamento e le sfide non mi sono mai piaciute ma non possiamo impedire al cambiamento di arrivare: o ci adattiamo o rimaniamo indietro. Da questo tirocinio ho voluto trarre solo il meglio: mi sono ripetuta giorno dopo giorno, varcando la soglia dell'associazione, di dover vincere sempre le paure che mi bloccavano, anche se di volta in volta, con piccoli passi.

Ho constatato che crescendo bisogna prendere decisioni, ascoltarsi, prepararsi discorsi, capire che strada si vuole intraprendere ed è proprio per questo che la vita ci mette davanti a sfide che possiamo solo accettare con tutta la forza e il coraggio che abbiamo, anche se a volte vengono completamente a mancare. Per questo motivo ho affrontato il tirocinio come una sfida, abbracciando nuove opportunità e nuovi inizi.

Ancora oggi, risulta difficile parlare di disabilità: quando si affronta questo tema ci si trova di fronte all'imbarazzo e al disagio, quasi che, anche solo pronunciando la parola "disabilità", si potesse attrarre su di sé la sfortuna. Per secoli è stata un'opinione diffusa che la disabilità fosse una colpa di chi ne era affetto, una sorta di stigma per indicare qualcuno da cui stare larga. Questa convinzione prende forma soprattutto dai ragazzi e dal mondo del pettegolezzo, ragion per cui ne deriva la completa emarginazione sociale nei confronti delle persone disabili: nascosti dai familiari/amici come se si trattasse di una "macchia" da nascondere agli occhi della società.

Credo che sia fondamentale, invece, seguire una strada diversa. Per tale motivo, qualsiasi tirocinio nel mondo della disabilità, è un'opportunità che bisognerebbe sfruttare al meglio perché grazie a questo tipo di iniziativa si può fare esperienza e acquisire delle competenze aggiuntive che dovrebbero caratterizzare tutti, senza alcuna distinzione.

Tuttavia, il tirocinio, come tutte le esperienze rispettabili, può riservarci pro e contro: uno dei primissimi vantaggi riguarda la possibilità di crescere in termini di esperienza, trascorrere un periodo prolungato a contatto con una realtà diversa aiuta ad arricchirsi, ad imparare competenze nuove e ad assaporare interamente la carriera che vogliamo intraprendere per il resto della nostra vita.

Nel corso del tirocinio ho potuto trascorrere molte ore a contatto con nuove persone, ascoltandole, osservandole, parlando con loro e vedendole crescere anche in pochissimi mesi. È stato incredibilmente gratificante essere in grado di aiutarle in diversi ambiti,

dall'autonomia allo sport e avendo avuto l'opportunità di lavorare su diverse varietà di progetti, ho avuto la possibilità di osservare numerosi aspetti nel campo della disabilità. Questa esperienza è stata per me cambiamento, scoperta, gioia, difficoltà, scontro e crescita. Ho capito che lo specchio più profondo di noi, sono gli altri. Ho imparato a riconoscere l'errore, ad apprezzarlo e a leggere il feedback che ricevevo sotto un altro punto di vista. Ho imparato a cambiare prospettiva, ad avvicinarmi o ad allontanarmi. Ho imparato che dentro le persone, sono nascosti mondi da tirar fuori.

E adesso tirando le somme, non sto vivendo come volevo ma posso essere fiera di portare avanti quello che credo: da quando ero bambina, solo un obiettivo, dalla parte degli ultimi per sentirmi primo.

Il messaggio conclusivo lo racchiudo nel motto degli atleti Special Olympics:

“Che io possa vincere, ma se io non riuscissi, che possa tentare con tutte le mie forze”

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. American Psychological Association (APA), Washington, 2023
2. Aly G., *Zavorre: storia dell'Aktion T4: l'"eutanasia" nella Germania nazista, 1939-1945* Volume 70 di Einaudi storia, Giulio Einaudi editore, Torino, 2017
3. Biella R., Casiraghi J., Valtolina G. G. , Invernizzi D., *Disabilità e caregiver familiari: vita, vissuti, diritti e strumenti*, Ordine Degli Psicologi della Lombardia, Milano, pag.13
4. Canevaro A., *Pedagogia Speciale. La riduzione dell'Handicap*, B. Mondadori, Milano, 1999, p.14-15-16
5. Caretto F., Dibattista G., Scalese B., *Autismo e autonomie personali. Guida per educatori, insegnanti e genitori*, Erickson, Trento, 2012
6. Cornoldi C., *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, il Mulino, Bologna, 1999, p. 7
7. Corsolini C., *Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità*, Saggi Child Development & Disabilities, vol. XXVIII – n. 2, 2002 quarterly, pp 13-20
8. Greco A., *Per una pedagogia inclusione a partire da Vygotskij*, Progedit, Bari, 2015, pag. 1-2
9. Ianes D., *Bisogni Educativi Speciali e Inclusione*, Erickson, Trento, 2005, p. 15-31
10. Ianes D., Cramerotti S., Fogarolo F., *Il nuovo PEI in prospettiva bio-psico-sociale ed ecologica*, Erickson, Trento, 2021
11. Lynch Barbera M., *Verbal Behavior Approach*, Jessica Kingsley, London, 2007
12. Micheli E., Zacchini M., *Verso l'autonomia: La metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio dell'handicap*, Vannini , Brescia, 2001, p. 51
13. Organizzazione Mondiale della Sanità, ICIDH. International Classification of Impairments Disabilities and handicaps. A manual of classification relating to consequences of diseases, Ginevra, 1980
14. Organizzazione mondiale della sanità (Oms, in inglese world health organization – Who): agenzia delle Nazioni unite specializzata in questioni sanitarie, Ginevra, 1948

15. Organizzazione Mondiale della Sanità (1997), ICDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation. A manual of dimensions of disablement and functioning, Ginevra
16. Pasqualotto L., *La valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato*, Erickson, Trento, 2016, pag. 17
17. Pesci G., *Fondamenti di Difettologia di Lev S. Vygotskij*, Bulzoni, Roma, 2016
18. Vicari P., *Attività fisica adattata. Buone prassi per l'inclusione*, Firenze, 2017; Legge quadro 104/1992, MIUR 2009-Linee guida per l'integrazione scolastica e degli alunni con disabilità, ONU 2006-Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità ratificata con legge 18/2009, Legge 107/2015 La Buona Scuola-Inclusione e equità.

NOTE

1. <https://www.treccani.it/vocabolario/difettoso/>
2. G. Giuliani, *Disabilità: definizione, cos'è e chi è considerato disabile*, Accessiway, Torino, 2022,
3. <https://www.accessiway.com/blog/disabilita-definizione-cos-e-chi-e-considerato-disabile>
4. Membri dell'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities Terminology and Classification Committee, *Nuova dicitura per il ritardo mentale: comprendere il passaggio verso il termine disabilità intellettiva*, AMICO-DI, Sospiro, <https://www.amicodi.org/ricerca-scientifica/pubblicazioni/47-nuova-dicitura-per-il-ritardo-mentale-comprendere-il-passaggio-verso-il-termine-disabilita-intellettiva>
5. M. Bertelli, *Etiopatogenesi della disabilità intellettiva*, Crea, Firenze, 2009, <http://www.crea-sansebastiano.org/IT/articolo.php?id=6&t=etiopatogenesi-della-disabilita-intellettiva>
6. Gruppo di Studi Cognitivi, *Ritardo mentale o disabilità intellettiva*, Metodo inTherapy, Milano, 2023, <https://www.intherapy.it/disturbo/ritardo-mentale-o-disabilita-intellettiva/>
7. Redazione, *Diagnosi funzionale cos'è e a cosa serve*, Ability Channel, Roma, 2015, <https://www.abilitychannel.tv/diagnosi-funzionale-cose-e-a-cosa-serve/>
8. Redazione, *La storia della disabilità: un riassunto per capire il presente*, Accessiway, Torino, 2021, <https://www.accessiway.com/blog/la-storia-della-disabilita-un-riassunto-per-capire-il-presente#:~:text=La%20disabilit%C3%A0%20non%20%C3%A8%20rimasta,creare%20un%20mondo%20pi%C3%B9%20inclusivo>
9. L. Anna Rita, *Disabilità: diritti e sostegno per le famiglie. Come garantire i diritti dei minori con disabilità? Quali ausili sono previsti per sostenere le famiglie nel raggiungimento di questo obiettivo?*, Uppa, Roma, 2020, <https://www.uppa.it/disabilita-diritti-e-sostegno-per-le-famiglie/#Altri-diritti-tutelati-dalla-legge>
10. Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Roma, www.miur.gov.it

11. E. Lirusso, *Disabilità e autonomia: come comportarsi?*, ContattoCare, Udine, 2022, <https://contattocare.it/autonomia-disabili/>
12. Ceteco ti migliora la vita, *Come cambia la vita con un disabile in famiglia*, Pisa, 2019, <https://www.ceteco.it/come-cambia-la-vita-con-un-disabile-in-famiglia/#>
13. L. 53/2003; L. 104/1992; L. 170/2010; C.M. 06/03/2013.
14. F. Pramaggiore, P. Vicari, *L'inclusione degli alunni disabili*, Loescher Editore, Torino, 2019, <https://laricerca.loescher.it/1-inclusione-degli-alunni-disabili/>
15. S. Corradini, C. Di Priamo, L. Martinez, *Gli alunni con disabilità nella scuola italiana: la lunga strada verso l'inclusione*, Associazione Etica ed Economia, Lazio, 2019, <https://eticaeconomia.it/gli-alunni-con-disabilita-nella-scuola-italiana-la-lunga-strada-verso-linclusione/>
16. L. Povia, *Le principali strategie didattiche inclusive*, Didattica Persuasiva, 2023, <https://didatticapersuasiva.com/didattica/strategie-didattiche-inclusive>
17. Stephen Brian Sulkes, *Disturbi dello spettro autistico*, MD, Golisano Children's Hospital at Strong, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Manuale MSD, Rahway, NJ, USA, 2022, <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/disturbi-evolutivi-e-dell-apprendimento/disturbi-dello-spettro-autistico#:~:text=I%20disturbi%20dello%20spettro%20autistico,e%20relazione%20con%20gli%20altri>