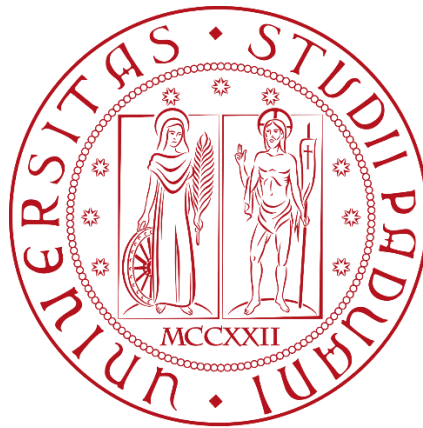


UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)
Direttore Prof. Raffaele De Caro

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE
PRESIDENTE PROF. SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

IL SEGRETO DEGLI AVENGERS

**Lo sport come strumento di inclusione sociale
per persone con disabilità acquisita**

Relatore: Prof.ssa Alessandra Cesaro

Laureanda: Stefani Marilisa

Matricola: 1229641

Anno accademico 2021/2022

*“Lo sport ha il potere di cambiare il mondo.
Ha il potere di ispirare,
di unire le persone in maniera che pochi di noi possono fare.
Parla ai giovani in un linguaggio che loro capiscono.
Lo sport ha il potere di creare speranza dove c'è disperazione.
È il più potente dei governi nel rompere le barriere razziali,
è capace di ridere in faccia a tutte le discriminazioni.”*

Nelson Mandela, 2000

RIASSUNTO

I fili conduttori del presente lavoro sono la disabilità acquisita e il mondo dello sport paralimpico. A partire da queste tematiche si è intrapreso un percorso molto simile e parallelo a quello che molti di questi famosi atleti e campioni hanno sperimentato in prima persona nella loro esperienza di vita. Conducevano la loro vita tranquillamente, avevano dei propri sogni, desideri, aspettative per il futuro e un modo di guidare la propria esistenza. Poi, improvvisamente tutto è cambiato... senza poterlo controllare, gestire, prevedere hanno perso una parte di loro stessi – tramite malattia, incidente stradale o sul lavoro – che ha portato queste persone a ritrovarsi in una condizione di disabilità. Tema molto importante per il nostro stato italiano, tant'è che attraverso l'emanazione e la promulgazione di leggi, regolamenti e decreti si è assunto l'impegno di tutelare questi individui con lo scopo di salvaguardarli dall'emarginazione ed esclusione dalla comunità, incentivando quindi l'inclusione sociale. Il ruolo dell'educatore professionale in questo lavoro mira a supportare, promuovere e migliorare la condizione nuova in cui si sono ritrovati, per farlo incrementerà uno tra i più potenti strumenti e mezzi di accettazione come lo sport: ambito in cui le differenze vengono abbattute molto più velocemente.

Parole chiave: educatore professionale, disabilità acquisita, sport paralimpico, evento traumatico, resilienza.

ABSTRACT

The common threads of this work are the disability acquires and the world of Paralympic sport. Starting from these themes, a path has been undertaken very similar and parallel to what many of these famous athletes and champions have experienced firsthand in their life experience. They led their lives quietly, had their own dreams, desires, expectations for the future and a way of guiding their lives. Then, suddenly, everything changed... Without being able to control, manage, predict it, they have lost a part of themselves – through illness, car accident or at work – which has led these people to find themselves in a condition of disability. A very important issue for our Italian state, so much so that through the enactment and promulgation of laws, regulations and decrees we have undertaken the commitment to protect these individuals with the aim of safeguarding them from marginalization and exclusion from the community, thus encouraging social inclusion. The role of the professional educator in this work aims to support, promote, and improve the new condition in which they have found themselves, to do so it will increase one of the most powerful tools and means of acceptance such as sport: an area in which differences are broken down much faster.

Keywords: professional educator, acquired disability, Paralympic sport, traumatic event, resilience.

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. LA PERSONA COMINCIA DAL CORPO	5
1.1 Il corpo come mezzo di comunicazione	10
1.2 Dal corpo alla mente	11
1.3 La costruzione del proprio sé	13
1.4 L'identità: ciò che rende unica la persona	16
2. ALL'IMPROVISO QUALCOSA È CAMBIATO	19
2.1 Classificazioni del trauma	20
2.2 Il trauma fisico	23
2.2.1 L'amputazione di arto	23
2.2.2 La disabilità acquisita	25
2.3 Il trauma psicologico	26
2.3.1 Esiti positivi del trauma	27
2.3.1.1 La crescita post-traumatica	27
2.3.2 Esiti negativi del trauma	29
2.3.2.1 Il disturbo post-traumatico da stress	29
2.4 L'elaborazione della perdita	33
3. LA DISABILITA' PER LO STATO ITALIANO	37
3.1 Evoluzione della terminologia	38
3.2 Classificazione della disabilità	42
3.2.1 ICIDH – Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap	43
3.2.2 ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute	45
3.3 Differenze tra ICIDH e ICF	46
3.4 Tutela giuridica delle persone con disabilità	48
3.5 Incontrare la disabilità	50
4. L'EDUCATORE PROFESSIONALE	55
4.1 Chi è l'educatore professionale?	56
4.2 Che cos'è il progetto educativo?	59
4.3 Gli aspetti su cui lavora l'educatore professionale con la persona che acquisisce la disabilità	61
4.3.1 L'autostima, l'autoefficacia e il locus of control	62
4.3.2 Lo stato di benessere	63
4.3.3 La qualità di vita	67
4.3.4 Le strategie di coping	69
5. LO SPORT TRA DISABILITA' E INCLUSIONE SOCIALE	73
5.1 La resilienza	74
5.2 Lo sport per le persone con disabilità	75
5.3 Le Paralimpiadi: un incentivo per l'inclusione sociale	80
5.4 Conosciamo alcuni tra i protagonisti del mondo paralimpico	83
5.4.1 Beatrice "Bebe" Vio	85
5.4.2 Giusy Versace	87
CONCLUSIONI	89
BIBLIOGRAFIA	93
RIFERIMENTI NORMATIVI	103
SITOGRAFIA	105
MATERIALE GRIGIO	107

INTRODUZIONE

La scelta di approfondire le tematiche della disabilità acquisita e dello sport nasce in seguito ad un mio infortunio alla caviglia avvenuto durante un match molto importante per me e la mia squadra di pallavolo: ci stavamo giocando l'accesso alla fase finale del campionato. Il dolore che ho provato al momento dell'infortunio è stato atroce, ma la parte peggiore è stato "accettare" di non poter continuare a giocare il match e dover correre al pronto soccorso per fare accertamenti medici. L'esito dei raggi era buono: non c'erano microfratture, ma altrettanto non è stato il referto della risonanza magnetica: grave stiramento dei legamenti. L'ortopedico ha quindi deciso di prescrivere l'utilizzo giornaliero di un tutore per la caviglia e l'uso delle stampelle. Il tutto, accompagnato da un periodo molto lungo di stop dalla pallavolo, un susseguirsi di terapie e visite dal fisioterapista. Durante quel periodo, non potendo andare agli allenamenti, le sere erano quasi sempre libere da impegni e il tempo libero era quasi sempre eccessivo. Ho dovuto reinventare quel tempo che prima passavo in palestra in altro modo, ad esempio guardando qualche serie tv, documentario o riprendere la lettura dei libri che da tempo avevo lasciato fermi sul comodino. Una sera ho avuto l'occasione di vedere il documentario "Rising Phoenix – La storia delle paralimpiadi". Il cortometraggio racconta la storia dei giochi paralimpici a partire dal secondo dopo guerra fino a diventare, oggi, uno degli eventi sportivi più importanti e seguiti a livello internazionale. Un movimento globale che sprona l'intera umanità a cambiare la propria visione in merito alla disabilità, alla diversità e il potenziale umano, intervistando alcuni tra i più rilevanti e noti atleti paralimpici. Durante la visione di quel documentario qualcosa dentro di me è cambiato: prima ero arrabbiata con il destino, mi chiedevo perché in un momento così delicato della partita e del campionato, fosse dovuto capitare a me di infortunarmi, contavo i giorni che mancavano per rientrare in palestra e l'attesa si faceva sempre più snervante. Vedere con quanta forza di volontà, con quanto coraggio e determinazione gli atleti paralimpici intervistati hanno ripreso in mano la loro vita in seguito alle conseguenze provocate da malattie e/o incidenti ben più gravi rispetto al mio infortunio mi ha permesso di considerare in modo diverso

il tempo di stop. Loro, hanno perso per sempre una o più parti di loro stessi, hanno dovuto reimparare a compiere le azioni che prima facevano senza difficoltà – camminare, guidare, mangiare, vestirsi, lavorare, fare attività fisica o sportiva – e soprattutto imparare ad accettare di vivere una vita differente, vedersi in modo diverso da prima, cambiare gli obiettivi e i traguardi precedentemente definiti, imparando ad accogliere il dolore che hanno provato trasformandolo in forza di volontà, spinta propulsiva a volersi realizzare. Questa loro caparbia, capacità, forza d'animo mi ha fatto molto riflettere.

Dalla riflessione è nata l'idea di questo elaborato: unire l'ambito della disabilità acquisita, il mondo dello sport accessibile a tutti e quella che spero un giorno sarà la mia futura professione lavorativa, l'educatrice professionale.

L'elaborato porta come titolo "Il segreto degli Avengers. Lo sport come strumento di inclusione sociale per persone con disabilità acquisita". Avengers riprende il modo in cui gli stessi atleti si sono autodefiniti all'interno del docufilm; in italiano significa vendicatori, ma per loro questa parola porta il significato di giustizieri. Giustizia nei confronti di un destino che non prevedevano, volenterosi di avere un riscatto, una rivincita nei confronti dei torti e delle parti di loro stessi che la vita gli ha sottratto.

Il presente lavoro è organizzato in cinque capitoli dove si è cercato di ricreare il percorso che queste persone hanno vissuto. Nel primo capitolo si è analizzato il processo tramite cui l'essere umano diviene una persona dotata di una propria identità e personalità, iniziando dal corpo in carne e ossa che ognuno possiede, il modo con cui permette di comunicare ed entrare in relazione con gli altri, acquisendo consapevolezza del proprio sé e della persona che si vuole diventare. Il secondo capitolo avrà come tema principale l'evento traumatico, violento che senza preavviso irrompe nella vita delle persone portandole ad una radicale modifica della propria esistenza. Cambiamento che ha comportato una perdita, un'amputazione considerevole di una parte o più parti di loro stessi costringendoli ad abituarsi ad una limitazione di vita, una condizione di persone con disabilità. Questo cambiamento non è facile da accettare e ogni persona può scegliere se imparare a convivere vedendo gli aspetti positivi o cadere vittima dello

sconforto di quello che è accaduto. Nel terzo capitolo il focus è la disabilità regolamentata e tutelata dallo stato italiano, tramite l'emanazione di leggi che regolamentano tale condizione e promuovono l'inclusione di queste persone. Il quarto capitolo analizzerà il ruolo, le competenze che l'educatore professionale metterà a disposizione della persona con disabilità acquisita affidata a questa figura professionale. Aiuterà gli individui a migliorare, incentivare la loro autostima e autoefficacia, lo stato di benessere globale, la qualità di vita e le strategie di coping indispensabili per far ritornare la persona a sentirsi inclusa all'interno della comunità in cui vive. Nell'ultimo capitolo si analizzerà la caratteristica fondamentale che queste persone possiedono: la resilienza, applicandola al ruolo inclusivo dello sport accessibile a tutti. Lo sport più di qualsiasi altra metodologia di intervento che l'educatore professionale può fornire alla persona è risultata essere la migliore per implementare gli aspetti fondamentali di vita, facendole riacquisire una dignità e una vita degna di essere vissuta.

L'elaborato vuole dunque essere, in un primo momento, un mezzo volto a creare un nuovo punto di vista alle notizie di incidenti stradali o sul lavoro, disastri o attacchi che ogni giorno vengono comunicate da giornali, radio o telegiornali; ma di cui quasi mai si conoscono le condizioni di chi sopravvive a questi eventi. Chi resta ferito non fa notizia, non si conoscono le condizioni in cui poi questa persona vive, le difficoltà che essa dovrà affrontare nel caso in cui l'accaduto lasci cicatrici indelebili nella persona. In secondo luogo, il mezzo con cui far comprendere che lo sport può essere un potente canale inclusivo, di benessere fisico e mentale, miglioramento delle proprie capacità per le persone con disabilità poiché così come nella vita aiuta a superare i limiti imposti dagli altri o che noi stessi creiamo.

Capitolo 1

LA PERSONA COMINCIA DAL CORPO

Uno specchio mostra delle immagini, dei riflessi, ma essi non sempre corrispondono alla realtà. Uno specchio sa mentire meglio dei più bravi imbroglioni, perché lo fa in modo sottile e attraente, perché ti mostra quello che vuoi vedere o quello che detesti, e a volte le due cose sono molto più simili di quanto si possa pensare¹.

Guardarsi allo specchio è un'attività che ognuno di noi compie quotidianamente, nei diversi momenti della giornata per valutare il proprio aspetto: prima di uscire di casa, al concludersi della giornata, durante la preparazione per un evento importante o solo per una sbirciatina vanitosa e veloce.

In queste occasioni il tempo che si dedica davanti allo specchio di solito non è sufficientemente lungo per soffermarsi ad analizzare nel dettaglio ogni millimetro del proprio corpo o tutti i minimi particolari di quel riflesso. Ci si concentra sulla visione d'insieme dell'immagine, auto valutando quello che si vede come bello o brutto.

Quell'immagine che vediamo è il nostro biglietto da visita: la prima cosa che le altre persone vedono di noi, il come noi ci mostriamo al mondo.

Ma perché ci guardiamo allo specchio?

Per noi stessi, per riconoscerci, per ampliare le conoscenze sulla nostra mappa corporea, per analizzare il riflesso che rimanda lo specchio.

Ed è in quell'immagine riflessa che conosciamo noi stessi, impariamo a conoscere quell'involucro esteriore formato di pelle che comunemente chiamiamo corpo. Ma

il corpo non è semplicemente un insieme di organi e funzioni che determinano e rendono possibile la vita, la sopravvivenza di un individuo e la sua salute. Ma il corpo è ciò che siamo. Non abbiamo un corpo, ma siamo il nostro corpo. Il corpo ci rappresenta e ci presenta nei nostri aspetti più personali. Il corpo è il luogo della nostra identità fisica e psichica. L'idea che abbiamo del nostro corpo si modifica per tutta la vita e varia nelle condizioni di salute e di malattia. [...] Il corpo racconta di noi, della nostra storia².

¹ Astone M., *La bambina dietro allo specchio*, Cocquio Trevisago (VA): 0111edizioni, 2014.

² Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione sportiva*, Roma: Armando, 2012, p. 12.

La storia, la consapevolezza della persona comincia dalla rappresentazione del proprio corpo.

Cosa si intende?

Nell'ottobre 2013 Consoli³ afferma che quando si fa riferimento alla rappresentazione del corpo umano, sarebbe giusto differenziare i due costrutti che la compongono: schema corporeo e immagine corporea.

Il primo – schema corporeo – è stato descritto per la prima volta nel 1905 da Bonnier⁴ come la consapevolezza del senso dello spazio e l'orientamento soggettivo del proprio corpo rispetto al mondo esterno, in grado di occupare un luogo definito e specifico nello spazio che è solo nostro.

Il secondo termine – immagine corporea – essendo più elaborato, complesso e ricco di interpretazioni ha affascinato neurologi e comportamentisti per oltre un secolo. Infatti, nel corso del tempo si sono susseguite diverse definizioni.

Nel 1935 Schilder⁵ definì l'immagine corporea come l'immagine e l'apparenza del corpo umano che ci formiamo nella mente, e cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare.

Nel 1988 Slade⁶, invece, la definì come “l'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo”.

Successivamente, nel 1994 Slade⁷ ampliò la sua definizione aggiungendo quattro diverse componenti che spiegavano in maniera più approfondita le modalità di formazione dell'immagine corporea:

- Percettiva: come la persona visualizza la taglia e la forma del proprio corpo;
- Attitudinale: quello che la persona pensa e conosce del proprio corpo;

³ Consoli P.A., *Schema corporeo o Immagine corporea? Tra psicologia e neuropsicologia*, in State of Mind.

⁴ Bonnier P., L'aschematic, *Revue Neurologique*, 12, 1905, p. 605-609.

⁵ Schilder P., *Immagine di sé e schema corporeo*, traduzione italiana Milano: Franco Angeli, 1973.

⁶ Slade P.D., Body Image in Anorexia Nervosa, *Journal of Psychiatry*, 153, 1988, pp. 20-22.

⁷ Slade P.D., What is Body Image?, *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1944, pp. 497-502.

- Affettiva: i sentimenti che la persona nutre verso il proprio corpo:
- Comportamentale: riguardante l'alimentazione e l'attività fisica.

In tempi più recenti anche altri autori hanno fornito il loro contributo nel dare una definizione a queste terminologie, ad esempio Tavella ha definito l'immagine corporea come: “[...] il modo in cui una persona sperimenta e considera il proprio corpo. È il modo in cui il corpo appare. È strettamente correlata alla relazione con la figura significativa del mondo esterno e alla storia personale di ciascuno”⁸.

Mentre Scarpa⁹ ha definito lo schema corporeo come:

la definizione di schema corporeo trova la sua origine in ambito neurologico, [...] costituisce un requisito basilare per la persona affinché possa avere la capacità di spostarsi da una posizione all'altra in modo coerente, [...] può essere considerato come una “mappa” contenente i diversi elementi presenti nel corpo umano, nella giusta posizione e sequenza.

Perché è così importante la rappresentazione del nostro corpo?

Per permettere alla persona di conoscere il proprio orientamento nello spazio e la localizzazione delle diverse parti del proprio corpo, quindi essere in grado di riconoscere quali movimenti è in grado di eseguire e con quale modalità, fluidità e capacità essi vengono eseguiti.

Per comprendere prima di chiunque altro se c'è qualcosa che non funziona come dovrebbe, comprendere la gravità del malfunzionamento, parziale o globale del corpo ed essere in grado di compensare o risolvere tale difetto.

Ma quindi se volessimo circoscrivere questa capacità, come la potremmo definire?

Prendersi cura della propria persona.

Che cosa significa?

Prendersi cura della propria persona vuol dire anche prestare attenzione al processo di formazione del proprio io culturale che concorre a farci essere

⁸ Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione sportiva*, Roma: Armando, 2012, p. 45.

⁹ Scarpa S., *Il corpo nella mente. Adolescenza, disabilità, sport.*, Torgiano: Calzetti Mariucci Editore, 2011, p. 19.

quello che siamo, oltre a guidarci nella comprensione del mondo e di noi stessi¹⁰.

Anche conoscere quello che il nostro corpo ci provoca alla vista, ad esempio emozioni, sentimenti, riconoscere quali sono i nostri punti di forza e di debolezza, saper come potenziarlo sono aspetti importanti per la persona che lo vive perché può incidere sul valore che sente di possedere.

Se torniamo ad immaginarci davanti allo specchio, è interessante soffermarsi sulla figura che ci mostra.

In quello specchio ci siamo noi esseri umani gettati in questo mondo.

Forse la parola “gettati” non è proprio la migliore da utilizzare ma riprendendo una frase di Heidegger acquista il senso che si vorrebbe trasmettere:

l'essere umano si scopre gettato nel mondo, ossia trova e riconosce quelle condizioni che non sono state da lui scelte. L'aspetto fisico (femmina/maschio, nero/bianco, bello/brutto, disabile/non disabile ecc.); la sua famiglia (conflittuale/armoniosa, ricca/povera, lacerata/integra ecc.), la sua città (vivibile/rischiosa, disumanizzante/umana, lussuosa/misera, ospitale/ostile ecc.), la sua nazione (guerreggiante/pacifica, industrializzata/rurale, florida/improduttiva ecc.), l'epoca nella quale vive (moderna/antica, evoluta/statica ecc.) risultano elementi di casualità che segnano, precisamente, il punto di partenza del nostro esistere¹¹.

Una volta che l'essere umano si ritrova gettato in questo mondo, così come afferma Tessari¹², può compiere le sue scelte:

ma se [...] siamo gettati nel mondo, il come della nostra gettatezza non risulta già prescritto e organizzato, ma dipende da quella possibilità che obbedisce a noi e alle nostre scelte progettuali. La progettualità – come dimensione pedagogica – è intimamente legata alla categoria della possibilità che si considera.

L'essere umano, per questo motivo, è libero di intraprendere le scelte che sente più affini, che lo gratificano e che lo rendono orgoglioso di quello che egli sta facendo. E se durante il cammino – che nel linguaggio comune viene definito vita – inciampa o commette errori è accettabile, occorre però essere in grado di analizzarli e di apprendere tutti i possibili insegnamenti che ne derivano.

¹⁰ Cunti A., *La rivincita dei corpi: movimento e sport nell'agire educativo*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 12.

¹¹ Heidegger M., *Essere e tempo (1927)*, Milano: Longanesi, 1976.

¹² Tessari P., *Disabili & Abili. Manuale per Educatori Professionali*, Padova: Cleup, 2005, pp. 117-118.

Importante è ricordare che prima di dover dimostrare agli altri quanto si vale, bisogna dimostrarlo a sé stessi.

Se non valorizzi tu la persona che sei, nessuno lo farà per te!

Ma cosa significa valorizzare?

Valorizzare¹³ viene definito come quell'azione che viene compiuta con lo scopo di far aumentare il valore, rendere più importante, mettere in evidenza.

Applicando tale concetto al corpo umano significa, quindi, consentire alla persona di esprimere completamente le proprie qualità e capacità ponendole in rilievo, dandogli il giusto risalto perché vengono ritenute importanti.

Il modo in cui la persona è in grado di valorizzare il proprio corpo può essere interpretato come la modalità tramite cui si è in grado di migliorare il proprio aspetto, rendendolo più piacevole ai propri e altrui occhi.

Come o cosa bisogna fare per valorizzare il nostro corpo?

Valorizzare il corpo può essere fatto in due differenti modalità: la prima avviene in modo fisico, praticando modifiche oggettivamente osservabili nel corpo; la seconda tipologia di valorizzazione può essere intesa come un miglioramento mentale degli aspetti più cognitivi.

La valorizzazione tramite modifiche fisiche può avvenire tramite tre diverse tipologie di pratiche¹⁴:

1. Pratiche del corpo violato (anoressia, bulimia, obesità, uso di droghe e alcol): gli individui rendono il proprio corpo luogo di espressione di un disagio che testimonia probabilmente un disorientamento ed una difficoltà nell'espressione del sé.
2. Pratiche del corpo standardizzato (interventi chirurgici, plastiche, liposuzioni, abuso dell'esercizio fisico): gli individui modellano il proprio corpo, attraverso le tecniche e gli strumenti più avanzati, in virtù di un allineamento a modelli di bellezza ed efficienza fisica che negano il valore individuale del corpo come parte del sé e dimensione privilegiata del sentire.
3. Pratiche del corpo mutato (tatuaggi, piercing, scarificazioni, innesti di protesi estetiche): gli individui intervengono sul proprio corpo, rendendolo espressione di orizzonti estetici antagonisti, tendenzialmente in opposizione ai modelli tradizionali, ricadendo tuttavia, allo stesso modo in forme di adesione acritica ad ideali estetici.

¹³ Il Nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

¹⁴ Cunti A., *La rivincita dei corpi. Movimento e sport nell'agire educativo*, i territori dell'educazione, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 76.

Il secondo tipo di valorizzazione, quello mentale coinvolge gli aspetti più cognitivi perché le modiche non sono visibili agli occhi di chi osserva, ma riguardano la sola persona che le attua: “[...] valorizzare la mente *nel* corpo, quindi una mente anche capace di dialogare con corpo, con le sue emozioni, passioni, affetti, con le sue spinte all’agire, al comunicare, al socializzare”¹⁵.

Il corpo è il punto centrale della persona, anche La Russa¹⁶ ribadisce come il corpo sia il punto di partenza, di inizio per la costruzione del nostro vissuto, della nostra esperienza: “il corpo oggi è al centro della scena del mondo che abitiamo costituendo la base materiale e sociale della nostra esistenza, in quanto luogo dove emerge la nostra soggettività e dove si vanno tessendo le trame della nostra esperienza”.

Il corpo quindi diviene il mezzo con il quale la persona è in grado di interfacciarsi con il mondo esterno tramite il dialogo con altre persone, l’incontro e la relazione.

1.1 Il corpo come mezzo di comunicazione

Per comunicazione¹⁷ si intende la trasmissione, la diffusione, il portare a conoscenza altre informazioni.

Nel 1967 Mehrabian¹⁸ durante una propria ricerca ha osservato e analizzato le modalità, i gesti compiuti e le particolarità con cui il campione di persone preso in esame conversavano, dialogavano e si scambiavano informazioni tra loro. Al termine ha avuto modo di differenziare ed evidenziare tre diversi livelli di trasmissione:

- Verbale: la trasmissione delle informazioni avviene attraverso l’uso della parola, costituendo il 7% della comunicazione.
- Paraverbale: fa riferimento al tono, al ritmo e al volume della voce, costituendo il 38% della comunicazione.

¹⁵ Ivi, p. 24.

¹⁶ La Russa B., *Il corpo in psicologia: riflessioni sull’unità corpo-mente-relazione*, in *State of Mind*.

¹⁷ Il Nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

¹⁸ Mehrabian A., Wiener A.M., Decoding of Inconsistent Communications, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1967, pp. 109-114.

- Non verbale: comprende tutti i movimenti involontari che compie il corpo; ad esempio: espressioni del volto, postura, gestualità.

Costituisce il 55% della comunicazione.

La comunicazione permette di esprimere la nostra individualità, connettendoci agli altri.

Come rilevato dalla precedente ricerca la maggioranza delle informazioni viene trasmessa attraverso la comunicazione non verbale perché è tramite quel canale comunicativo che si trasferiscono all'interlocutore le nostre emozioni, necessità, limiti, istinti, opinioni e intenzioni, stati d'animo...

Il mezzo privilegiato per l'attuazione di tale modalità di comunicazione è la presenza del corpo umano, senza il quale non sarebbe possibile la realizzazione.

La comunicazione non verbale esprime la nostra parte più inconscia.

Anche quando non usiamo la voce per dialogare, il corpo lo fa al posto nostro.

La comunicazione non verbale del nostro corpo non è consapevole, avviene senza che noi siamo in grado di rendercene conto e trasmette molte più informazioni di quante noi siamo in grado di comprendere.

Essere consapevoli di cosa ci comunica il nostro mondo interiore permette di comunicare con e verso l'esterno in modo più efficace, più profondo e significativo.

Ma il corpo essendo un'entità fisica svolge anche il ruolo di confine, di demarcazione e di separazione tra noi e l'altro.

Importante perché permette di mantenere la giusta distanza: non essere invadenti nei confronti dell'altro e non lasciare che l'altro invada il nostro spazio.

1.2 Dal corpo alla mente

La mente è un elemento importante nella costruzione della propria identità, da essa originano l'immagine e i sentimenti che essa prova nei confronti della "casa" che abita.

Ma cosa si intende per mente? La mente è il nostro cervello?

[...] non è il cervello, perché rappresenta il substrato anatomico-fisiologico della mente, ossia dell'attività cognitiva-psichica. La mente è l'insieme dei processi cognitivi superiori di cui si ha consapevolezza: linguaggio, volontà, ecc., la mente è lo strumento che media continuamente tra soma e psiche, tra esperienza fisica ed esperienza psichica. Da qui la sua funzione di mediazione¹⁹.

La funzione di mediatore serve per trovare il giusto equilibrio tra il nostro mondo interiore – conoscenze, convinzioni, attitudini – e tutto quello che riceve dal mondo esteriore – opinioni, giudizi, impressioni.

La mediazione tra queste due parti permette alla persona di aumentare la propria consapevolezza, il proprio valore e gli permette di essere in grado di adattarsi ai diversi contesti e ruoli che è chiamata a svolgere.

Questa mediazione ci aiuta a creare la nostra immagine di sé.

Ma che cos'è?

Con l'espressione "immagine di sé" indichiamo la percezione e la rappresentazione cognitivo-affettiva che ognuno ha di sé stesso. Cioè come ognuno percepisce, valuta e vive sé stesso a livello totalmente o parzialmente cosciente. Alla formazione dell'immagine di sé si arriva attraverso la formazione dello schema corporeo e dell'immagine corporea, a cui si aggiunge la percezione e l'autovalutazione della propria entità psichica, nonché la introiezione, consapevole e non, di valutazioni implicite o esplicite, esatte o inesatte, vere o presunte che gli altri fanno di noi²⁰.

L'immagine di sé non è statica, infatti, può essere modificata nel corso del tempo, tramite le esperienze che la persona si trova a vivere – sia quelle vissute in prima persona che da quelle in cui ci si trova coinvolti – i cambiamenti fisici che il corpo subisce con l'avanzare degli anni o eventi esterni (malattie, incidenti, traumi) che possono capitare a chiunque.

Ma la persona che si trova la sua figura davanti allo specchio, come dovrebbe descrivere ciò che vede? Da quale punto di vista è meglio osservarlo? Da dentro o da fuori il corpo?

Parlare da dentro il corpo o da fuori? È bene chiarire che con il termine "parlare da dentro il corpo" intendiamo far riferimento al corpo che si sente di essere, reso da aggettivi come *sensuale, impacciato, violato, morbido, confuso* o da sostantivi come *benessere, relazione, comunicazione, cura, pazienza*; con "parlare da fuori" si rimanda invece al corpo che si sente di

¹⁹ Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione sportiva*, Roma: Armando, 2012, p. 54.

²⁰ Ivi, p. 44.

avere, che si guarda e commisura: pensiamo in tal caso ad aggettivi come *pallida, alto, sportivo, grassa, scolpito*, o a sostantivi come *bellezza, fisicità, gambe, testa, movimento*²¹

La maggior parte di noi quando si trova di fronte allo specchio e vede la propria figura o quella di un'altra persona, la descrive in base a quello che i propri occhi vedono, in base a quello che percepisce.

In parole semplici, descrive ciò che vede.

Descrivere²² significa tracciare i confini, delineare, rappresentare a parole o per iscritto cose o persone indicandone tutte le caratteristiche di quello che si sta osservando, in modo da darne un'idea.

Questo modo di osservare crea una distinzione di espressione, esperienza soggettiva. Quella di "essere corpo" e di "avere un corpo".

Il corpo che ho: possiedo un corpo, abito un corpo. Sono un corpo e posso osservarmi nel mio aspetto fisico. Un corpo attraverso cui vedo me e tutta la realtà. In questa prima dimensione, la corporeità è colta nella sua funzione riflessiva: posso fare del mio corpo un oggetto plastico, manipolabile; un corpo da disciplinare e da modellare²³.

Il corpo che sono: esprime l'istanza che fa del corpo l'esperienza primaria ed essenziale del sentirsi vivi, del percepirsi presenti nel mondo, dell'appartenere al mondo. In quest'altro lato, il corpo è esso stesso specchio²⁴.

È la mente il mezzo che permette di osservare il corpo da queste due diverse angolature, ma essere in grado di staccarsi dalla visione esterna dell'avere un corpo per connettersi alla nostra visione interiore di essere un corpo. Questo binomio è la base su cui poggia la costruzione della nostra identità, il nostro Sé.

E tu da che punto di vista descrivi il tuo corpo?

1.3 La costruzione del proprio sé

²¹ Cunti A., *La rivincita dei corpi. Movimento e sport nell'agire educativo*, I territori dell'educazione, Franco Angeli, 2011, p. 33.

²² Il Nuovo Zingarelli, Vocabolario della lingua italiana, Zanichelli, 1983.

²³ Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione sportiva*, Roma: Armando, 2012, p. 48.

²⁴ *Ivi*, p.49.

Definito il modo con cui la persona percepisce e definisce sé stesso, l'altro importante passo per giungere alla costruzione dell'identità della persona è la conferma del proprio sé.

Che cos'è? Come si costruisce e si consolida questo concetto?

Il sé viene riconosciuto, accettato ed è in grado di essere modificato nel momento in cui la persona riconosce di essere un'entità fisica distinta e con proprie caratteristiche; un po' come quando il bambino cresce e non ha più bisogno delle continue cure materne.

Il concetto di sé può essere definito come la struttura centrale che racchiude una serie di componenti personali, consentendo di autodefinirci.

Nel corso degli anni alcuni tra i più grandi studiosi del settore hanno avuto modo di poter esporre la propria idea, modificando e ampliando tale concetto. James²⁵ fu il primo nel 1890 ad esporre la propria teoria sul concetto di sé, lo fece distinguendolo in due componenti: l'Io e il Me.

L'Io rappresenta l'istanza di consapevolezza, in grado di conoscere, organizzare l'esperienza, agire e riflettere sul Sé. Esso conferisce unicità e continuità all'individuo. Il Me rappresenta il modo in cui l'individuo si vede, quanto del Sé è conosciuto dell'Io. Esso si articola in tre sottocomponenti:

- Me materiale: include il me corporeo e fisico in senso largo, la rappresentazione e la definizione di come appariamo.
- Me sociale: esso si definisce nelle relazioni ed interazioni sociali, nei rapporti con le persone e nei differenti contesti sociali nei quali siamo immersi.
- Me spirituale: essa è l'istanza capace di riflessione. Definito anche Me consapevole.

Sulla scia di James anche Tavella²⁶ si trova concorde nella definizione di Sé, ma aggiunge:

il sé è il risultato della mente che diventa consapevole di sé stessa. [...] Il sé non è unico, ma si avvale di due funzioni: "l'io e il me". L'Io è intuitivo. È soggetto e pronome possessivo. È chi compie l'azione ed è la fonte dell'iniziativa; è anche oggetto di qualcosa che qualcuno fa. Insomma, è

²⁵ James, W., *Principi di psicologia*, traduzione italiana Milano: Società editrice libraria, 1901.

²⁶ Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione sportiva*, Roma: Armando, 2012, p. 54.

quella istanza di personalità che gestisce l'esperienza di sé in quel tempo e in quello spazio. Il me, invece, è l'insieme di sensazioni, percezioni e sentimenti che derivano da ciò che gli altri fanno. Il me è poi un oggetto/bersaglio che gli altri sanno secondo il mio punto di vista. Il sé non è soltanto "come tu mi vuoi, ma anche come io mi voglio".

Con il passare del tempo anche molti altri studiosi hanno approfondito la tematica di definizione del sé, proponendo una propria teoria.

Nel 1902 Cooley²⁷ sviluppa la teoria del "looking glass self" (il Sé rispecchiato), affermando che il modo in cui noi ci vediamo e ci presentiamo agli altri non dipende solo dalle riflessioni, dai sentimenti personali che proviamo verso le nostre caratteristiche fisiche, ma anche dalla percezione, da come siamo percepiti dagli altri che ci guardano e si relazionano con noi.

Il contributo fornito da Cooley ha unito, per la prima volta, la visione e la concezione propria della persona a quella di chi la osserva e si relaziona.

Questa modalità ha permesso alla persona di poter ampliare la propria concezione e conoscenza di sé, tramite le informazioni che riceve.

Un altro importante contributo è stato fornito nel 1934 da Mead²⁸, il quale concordò con Cooley ma aggiunse che non tutti gli individui con cui si interagisce hanno un ruolo nella formazione del sé.

Solo le interazioni con le persone più significative, ad esempio i genitori, amici più stretti o modelli a cui si fa riferimento o ci si ispira hanno la capacità di influenzare il proprio concetto di sé.

Mead ha quindi permesso di discriminare le impressioni fornite e di dargli il giusto valore: se a fornire l'opinione è una persona particolarmente rilevante, ad esempio un genitore, avrà un peso un valore maggiore rispetto all'opinione di una persona non particolarmente significativa, come può essere il vicino di casa.

A seconda di chi fornisce l'opinione anche la persona che la riceve bilancerà l'informazione ottenuta in base alla rilevanza e all'importanza per compiacere o meno a fonte dell'opinione.

²⁷ Cooley C.H., *Human Nature and the Social Order*, New York, Charles Scribner's Sons, 1902.

²⁸ Mead G.H., *Mente, sé e società*, traduzione italiana Firenze: Giunti-Barbera, 1966.

Nel 1976 Shavelson²⁹ coerentemente con i suoi predecessori definì lo sviluppo del sé come la somma tra la propria percezione e quella che gli altri hanno di noi. Ma definisce come il proprio sé sia multidimensionale e gerarchico.

Vale a dire che esiste un sé globale che si diversifica a seconda del contesto in cui ci si trova: lavoro, scuola, sport, amici, famiglia; gerarchico vale a dire che il proprio sé globale è riconosciuto e primeggia rispetto a tutte le diverse frammentazioni che occupano una posizione più bassa.

Il contributo di Shavelson permette di comprendere le modalità con cui la persona a cui viene posta la domanda “chi sei?” risponde. La risposta, nella maggioranza dei casi, sarà la descrizione del proprio sé globale unito alle diverse sfaccettature che il se multidimensionale offre, proponendo quindi la visione più ampia e completa della persona.

Particolarmente rilevante per il percorso che si sta articolando sulla creazione dell'identità è il contributo di Harter³⁰ in quanto ha unito il concetto di sé all'autostima.

La studiosa definisce l'autostima come il modo con cui noi ci valutiamo, quale valore attribuiamo al nostro sé globale e ai nostri sé nelle diverse aree della vita: quanto l'individuo si senta competente nel ricoprire un determinato ruolo in funzione del sé che utilizza.

Importante in questo momento è sottolineare l'importanza di come questi diversi sé non debbano essere troppo diversi e scollegati tra loro, pena la creazione di una distonia dell'essere: non essere più in grado di riconoscersi e auto valutarsi positivamente.

1.4 L'identità: ciò che rende unica la persona

Come più volte ribadito, l'identità della persona comincia dall'immagine che la persona ha e vede di sé stessa, dalla consapevolezza e valutazione del proprio sé mediante le proprie emozioni, sensazioni più profonde e dal modo in cui le persone la definiscono.

²⁹ Shavelson R.J., Hubner J.J., Stanton G.C., *Self-concept: Validation of construct interpretations*, Rev. Educ. Res., 1976, 46, p. 407-441.

³⁰ Harter S., *Causes and consequences of low-self esteem in children and adolescents*, New York: Plenum, 1993.

La formazione del sé trova la sua conclusione nella concretizzazione dell'identità, intesa come

[...] l'insieme delle concezioni di sé basate sulle posizioni sociali, che sono agite nell'ambito delle relazioni di ruolo e sono impiegate per descrivere sé stessi (in pratica, si tratta delle identità che emergono in risposta alla domanda "chi sono io?" in termini di posizioni o ruoli ricoperti dall'individuo, ad esempio madre, insegnante, giocatore di tennis ecc.). Poiché le identità definiscono chi si è, esse sono la fonte di significato esistenziale e forniscono uno scopo e un senso di direzione nella vita. Inoltre, poiché esse sono accompagnate da aspettative normative circa i comportamenti appropriati per il ruolo, esse rappresentano una guida per il comportamento³¹.

È quindi possibile concludere che l'identità della persona si consolida nei ruoli che essa possiede ed interpreta.

Immaginiamo di essere all'interno di un teatro dove la persona fisica è seduta in platea e sul palco, disposti uno accanto all'altro, ci sono tutti i ruoli che essa interpreta. A seconda del contesto che si è chiamati a interpretare il faro del palco illuminerà un solo ruolo per volta.

Ma è meglio che in quel palco ci siano tanti o pochi ruoli?

Secondo la teoria dell'accumulo di ruoli³² coloro che ricoprono più ruoli sociali possiedono un più elevato livello di benessere, poiché meno vulnerabili nei confronti di disturbi psicologici (ansia, depressione ecc.).

Essendo l'identità³³ la qualificazione di una persona per cui essa è tale, questo concetto include diverse componenti che la renderanno unica ma che allo stesso tempo permetteranno alla persona di essere inserita all'interno di un gruppo con le medesime caratteristiche.

Ma quali sono le componenti che fanno sì che la persona rientri all'interno del gruppo?

Le componenti principali di appartenenza possono essere: orientamento sessuale, etnia, età, genere, aspetto fisico, cittadinanza, credenze religiose, sfondo socioeconomico, abilità, capacità, esperienze e convinzioni.

³¹ Thoits, 1983 in Cicognani Elvira, Zani Bruna, *Le vie del benessere: eventi di vita e strategie di coping*, Roma: Carocci Editore, 1999, p. 36-37.

³² *Ibidem*

³³ Il Nuovo Zingarelli, Vocabolario della lingua italiana, Zanichelli, 1983.

L'appartenenza al gruppo è importante per la persona, ma non deve prevaricare rispetto all'unicità che essa possiede.

L'unicità di ogni persona è possibile grazie alle qualità, determinate caratteristiche che solo lui possiede o che sa esprimerle in un modo differente rispetto ad altri. Tra queste ci può essere: il modo di comportarsi, le diverse sfaccettature del carattere e della propria personalità, il modo di compiere determinati compiti o gli atteggiamenti in risposta ad una determinata situazione.

Così come il processo di formazione del sé anche il concetto di identità non è statico. Evolve nel tempo a seconda degli eventi, dei cambiamenti che l'individuo attua o subisce nel corso della sua esistenza.

Nonostante si cerchi di vivere la propria vita al meglio, l'imprevisto è sempre dietro l'angolo... non si sa mai quando esso deciderà di entrare a far parte della nostra vita.

Capitolo 2

ALL'IMPROVISO QUALCOSA È CAMBIATO...

Chiamiamo “traumatici” quegli eccitamenti che provengono dall'esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. Penso che il concetto di trauma implichi quest'idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi³⁴.

Nella parte precedente è stata analizzata l'importanza del corpo, comprendendo il suo rilevante ruolo per la creazione dell'identità e personalità della persona.

In seguito, l'individuo si appropria e crea una propria visione di sé, del mondo e contemporaneamente comincia a definire quali sono le aspettative per il futuro, i desideri da raggiungere e quali mezzi adoperare per arrivare fino a lì. Ma cosa accade se all'improvviso capita qualcosa di incontrollabile, imprevisto e talmente tanto violento da provocare una rottura – fisica e psichica – profonda?

È l'obiettivo del seguente capitolo: analizzare cosa accade nel momento in cui il corpo, storia della persona, entrano in relazione con una ferita inaspettata. Nel nostro linguaggio quotidiano questo avvenimento viene definito in moltissimi modi: incidente, avvenimento improvviso o avverso, disgrazia... quasi a voler evitare di definirlo con il proprio nome per cercare di mantenere una certa distanza tra la persona e l'avvenimento.

Sembra quasi che la parola trauma faccia paura, quasi sia una bruttissima parola che non si può pronunciare, a cui subito si associa la morte. È vero, ma non sempre...

Imparare a conoscerne il significato può aiutare a comprendere e a diminuire la paura legata ad essa; infatti, se si vuole definire questo avvenimento lo si può fare con il termine di trauma: “il termine deriva dal verbo greco τραῦμα, che significa ferire, ledere, danneggiare e fa riferimento esplicito a una ferita con lacerazione e agli effetti di un urto o di uno shock violento sull'organismo³⁵”.

³⁴ Sigmund F., *Al di là del principio di piacere*, Torino: Bollati Boringhieri, 2012.

³⁵ Didonna F., Herbert C., *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*, Trento: Erickson, 2011, p. 17.

La definizione di trauma sopra riportata è in linea con quella che si trova nei comuni vocabolari della lingua italiana, ma non è la sola.

Il trauma è “[...] un evento (tensione negativa) della vita del soggetto caratterizzato dalla sua intensità, dall’incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente. L’lo soccombe per l’azione degli effetti e della sofferenza prodotta³⁶.”

Una definizione più approfondita e scientifica di che cos’è il trauma viene fornita dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5):

il trauma è un evento che implica l’esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all’integrità fisica, o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all’integrità fisica di un’altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione³⁷.

Compreso e definito cosa s’intende con il termine trauma, si proseguirà con la classificazione delle diverse forme di trauma con cui la persona si può relazionare durante la propria esistenza.

2.1 Classificazioni del trauma

Una prima distinzione di trauma la si può fare distinguendo il trauma di tipo I e di tipo II³⁸:

Il trauma di tipo I fa riferimento a un singolo evento traumatico eclatante, poiché non è possibile prevederlo e/o controllarlo.	Il trauma di tipo II fa riferimento a una condizione violenta ripetuta e prolungata nel tempo. Questa tipologia viene definita trauma cumulativo.
--	---

³⁶ Tavella S., *Psicologia dell’handicap e della riabilitazione nello sport*, Roma: Armando, 2012, p. 67.

³⁷ American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Quinta edizione. DSM-5*, Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2015.

³⁸ Laguzzi S., Marconetto F., *Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico*, Rivista Psicologia Individuale, n. 83, 2018, p. 9-36.

Il trauma di tipo I si può a sua volta distinguere in tre diversi gruppi³⁹:

<p>Traumi prodotti da azioni umane volontarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guerre, combattimenti, guerre civili, lotte di resistenza. • Atti di terrorismo. • Bombardamenti. • Atti di abuso, inclusi atti di violenza domestica, ad esempio: A) abuso sessuale B) abuso fisico C) abuso psicologico ed emotivo. • Aggressioni criminali • Assistere a un omicidio, aggressioni sessuali, maltrattamenti o torture. • Sparatorie o attacchi da parte di un cecchino. 	<p>Traumi ad azioni umane involontarie, cioè il danno causato non è dovuto a un intento deliberato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidenti automobilistici, inclusi incidenti con motocicletta, bici o pedoni. • Disastri su mezzi di trasporto pubblico come treni, metropolitane o pullman. • Incendi, esplosioni, fuoriuscite accidentali di petrolio o sostanze chimiche. • Disastri nucleari. • Incidenti medici: danno chirurgico a qualche parte del corpo, 	<p>Disastri naturali, avvengono senza che l'uomo possa in alcun modo intervenire o essere in grado di controllarli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terremoti. • Tsunami o maremoti. • Alluvioni e nubifragi. • Tempeste, tornado, uragani. • Incendi boschivi. • Eruzioni vulcaniche. • Carestie. • Attacchi da parte di animali, come serpenti, cani, pesci o felini.
--	---	--

³⁹ Didonna F., Herbert C., *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*, Trento: Erickson, 2011, p. 31-34.

<ul style="list-style-type: none"> • Risse. • Atti di disumanità. 	perdita (amputazione o mutilazione) di una parte del corpo.	
---	---	--

Come evidenziato nella tabella, “il trauma ha dunque due aspetti, uno legato all’evento che produce la rottura dell’omeostasi delle dinamiche interne all’organismo, l’altro connesso alla rappresentazione soggettiva dell’evento e delle sofferenze che ne derivano, con ripercussioni sulle dinamiche relazionali.⁴⁰”

Si può quindi distinguere in trauma fisico, somatico e trauma psicologico:

- A. Il trauma somatico colpisce il corpo, sono quelle lacerazioni e/o lesioni causate da agenti esterni che producono una compromissione e/o rottura dei tessuti cutanei o degli organi poiché l’urto è maggiore della resistenza dei tessuti.
- B. Il trauma psicologico colpisce la mente della persona poiché la violenza dell’urto è talmente intensa, incontrollabile e non prevedibile che il soggetto non è in grado di elaborarla.

Nonostante sia presente questa differenziazione, gli esiti del trauma colpiscono la persona nella sua interezza.

La persona che incontra un trauma, un qualche disagio sul corpo si confronta con un’esperienza forte che lo attacca, lo disorienta, lo fa sentire minacciato ed esposto – come fosse nudo – alle sue fragilità, al suo senso di impotenza e di incapacità. Quest’esperienza sul corpo attacca il suo equilibrio psichico, [...] quest’equilibrio tra mente e corpo, tra pensiero e azione⁴¹.

Gli elementi colpiti – corpo e mente – influenzano a vicenda l’esito dell’elaborazione del vissuto. Infatti, entrambi devono essere guariti e curati tramite in differenti modalità, ma con il medesimo obiettivo: il benessere della persona.

⁴⁰ Cyrulnik B., *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell’infanzia*, Milano: Frassinelli, 2000.

⁴¹ Tavella S., *Psicologia dell’handicap e della riabilitazione nello sport*, Roma: Armando, 2012, p. 13.

Giunti a questo punto, il capitolo seguirà due percorsi paralleli: da un lato si procederà ad analizzare il trauma fisico permanente come l'amputazione di un arto e la conseguente acquisizione di disabilità, mentre dall'altro si procederà analizzando il trauma psicologico; il quale a sua volta si biforcherà in esiti positivi (resilienza, crescita post-traumatica e strategie di coping) ed in esiti negativi (disturbo post-traumatico da stress, dismorfofobia, disturbo d'ansia e depressivo).

Al termine, entrambe le tipologie verranno ricongiunte per analizzare la modalità con cui avviene l'elaborazione della perdita.

2.2. Il trauma fisico

Il trauma fisico – definito anche somatico – colpisce il corpo della persona. Gli esiti, a seconda dell'entità e della gravità della lesione, possono essere ben evidenti sulla pelle lasciando anche a distanza di tempo dall'accaduto la cicatrice o segni indelebili di ciò che è accaduto, è il caso dell'amputazione di uno o più arti.

2.2.1 L'amputazione di arto

Si è scelto di prendere in considerazione questa tipologia di trauma – l'amputazione di uno o più arti – poiché è quella ferita che più qualsiasi altra compromette la persona nel corpo e nella mente.

Nel corpo, in particolare è quella ferita che rispetto alle altre è più visibile agli occhi di chi la possiede e di chi osserva la persona.

Il termine amputazione⁴² viene definito come l'atto di asportare un organo o parte di esso.

Le cause principali che hanno come esito l'amputazione degli arti sono⁴³:

- Traumi: rappresentano circa il 30% delle cause di nuove amputazioni.

Nei paesi sviluppati, i traumi generalmente avvengono come risultato

⁴² Il Nuovo Zingarelli, Vocabolario della lingua italiana, Zanichelli, 1983.

⁴³ World Health Organization, *The rehabilitation of people with amputations*, United States Department of Defense MossRehab Amputee Rehabilitation Program MossRehab Hospital, 2004. Traduzione italiana a cura di Prof. Tancredi Moscato A. e Dr.ssa Gazzotti V., *La riabilitazione nel paziente amputato*, 2005.

di incidenti industriali, agricoli o con veicoli (automobili, motociclette e mezzi di trasporto pubblico)

- Malattie: rappresentano circa il 60% dei casi, nella maggior parte dei casi avvengono a causa di una complicazione di patologie vascolari, diabete o tumori che limitano il flusso sanguigno agli arti.
- Malformazioni congenite: rappresentano la più bassa percentuale delle amputazioni, circa il 3%.

L'immagine⁴⁴ qui riportata illustra le percentuali dei diversi livelli di amputazione più frequenti:

Disarticolazione di spalla 1,5%

Transomerale 4%

Disarticolazione di gomito 0,5%

Transradiali 8%

Amputazione di mano 2%

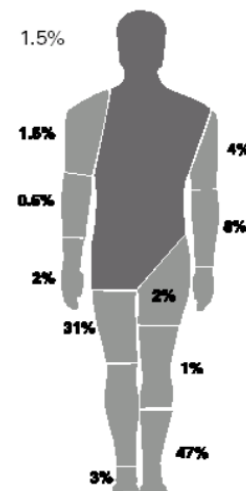
Disarticolazione d'anca 2%

Transfemorale 31%

Disarticolazione di ginocchio 1%

Transtibiale 47%

Disarticolazione della caviglia 3%



L'amputazione essendo un trauma fisico provoca nella persona dolore, il quale la porta a ri-focalizzare la propria attenzione sul corpo che possiede, un corpo che ora "urla" per avere la giusta attenzione:

quando ci si ammala o si subisce un trauma, il dolore fisico è come se il corpo uscisse fuori da uno stato di silenzio, paragonabile alla salute. La malattia (disabilità) è come un rumore, il "rumore degli organi". Ma non è soltanto il "rumore" degli organi; c'è anche quello dei pensieri che si accavallano e che tormentano (non sono utile, temo di essere di peso agli altri, ecc.). Nella malattia (disabilità) la persona è costretta a riflettere sulla propria esistenza, è indotta a ripensare l'immagine che si era fatta di sé nel tempo in cui era in forma e in buona salute. La malattia (disabilità) è qualcosa che tocca la carne, è l'evento in cui ci accorgiamo delle esigenze prepotenti e delle grida del nostro corpo che è stato, fino a un certo punto, un servitore devoto, silenzioso, e discreto. Ora sta male e vuole essere servito. La malattia (disabilità) è parte della vita, non come crescita e soddisfacimento, bensì come molestia, sospensione, peso, interruzione. Non è un incidente ma la rivelazione della condizione normale di limite

⁴⁴ *Ibidem*

in ogni soddisfazione umana, è qualcosa che definisce l'individuo nel suo essere fragile, debole, incerto e mancante⁴⁵.

Il corpo amputato ora necessita di tempo per comprendere e accettare la nuova condizione che si trova a dover convivere.

2.2.2 La disabilità acquisita

L'ambito della disabilità acquisita molto spesso è sconosciuto o molto meno considerato rispetto alla disabilità congenita⁴⁶.

Gli organi di stampa (quotidiani), media (telegiornali, radio, siti Internet) riportano e mettono a conoscenza il cittadino comune di incidenti che si verificano e delle vittime dei medesimi.

L'incidente stradale o sul lavoro fanno notizia, ma spesso non si sa cosa accade "dopo". Cioè, non si sa più nulla di quali sono le condizioni di vita di chi si salva, del modo in cui si è salvato.

La persona ferita, colui che porta su di sé i segni permanenti dell'evento verificatosi non fa notizia, diventa protagonista del proprio malessere fisico e psicologico, entrando in un proprio mondo sommerso ed in una realtà minore costituita da servizi sociali e/o sanitari.

Negli ultimi anni sono in aumento il numero di casi di incidenti stradali⁴⁷ il cui esito è la presenza di feriti gravi che creano una persona nuova, che non ha nulla a che fare con il nuovo corpo in cui vive; trovandosi anche a dover re-

⁴⁵ Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione nello sport*, Roma: Armando Editore, 2012, p. 60-61.

⁴⁶ L'ambito della disabilità congenita fa riferimento a tutti quei difetti congeniti, che riguardano le alterazioni dello sviluppo umano che si verificano al momento del concepimento o durante la gravidanza, determinando problemi nello sviluppo corporeo o nel funzionamento di organi e molecole biologiche. Essi comprendono malformazioni, disabilità congenite (motorie, sensoriali, cognitive), malattie genetiche. Si stima che circa 5-6% dei nati presenta una condizione un difetto congenito, interessando all'incirca 8 milioni di bambini nel mondo ogni anno, oltre 20-25.000 in Italia. I difetti congeniti possono essere A) strutturali: cardiopatie congenite, ipospadia, piede torto, sindrome di Down, labioschisi (labbro leporino), spina bifida B) interessare il funzionamento di organi o molecole biologiche: malattie metaboliche ereditarie, ipotiroidismo congenito, sordità/ipovisione, malattie neurologiche dell'infanzia C) causate da alterazioni genetiche o cromosomiche determinate da fattori ambientali come stile di vita non salutare, alterato stato di salute dei genitori, esposizione a sostanze tossiche o farmaci. – Ministero della Salute, *Difetti congeniti*, area salute del bambino e dell'adolescente, 2023

⁴⁷ Nel 2021 sono 2.875 i morti in incidenti stradali in Italia (+20,0% rispetto all'anno precedente), 204.728 i feriti (+28,4%) e 151.875 gli incidenti stradali (+28,4%) – Istat, *Incidenti stradali in Italia. Anno 2021*, Roma: servizio editoria Istat, luglio 2022.

imparare ad utilizzare, maneggiare e convivere con ausili (sedie a rotelle, stampelle, protesi) e accettare l'aiuto degli altri per compiere azioni quotidiane (alzarsi, vestirsi, sedersi o sdraiarsi).

Un nemico non facile da affrontare, un corpo che ora viene ritenuto ostile.

Il sopravvissuto; quindi, si trova a dover fare i conti con la dura realtà: ricostruire ex-novo la propria vita, spesso condizionata da modifiche permanenti delle proprie condizioni fisiche.

In nessun caso una persona con disabilità acquisita può essere equiparata a una persona con disabilità congenita, poiché a causa di quest'improvviso cambiamento si ritrova proiettata in un altro mondo.

La persona, infatti, conosceva molto bene com'era la sua vita passata e inevitabilmente la confronta con il suo stato attuale.

In seguito all'incidente si trova a dover rimettere in discussione tutto: rapporto con familiari e amici, posto di lavoro, hobby e attività del tempo libero, eventi a cui partecipava, abitudini.

Le domande più frequenti che la persona si pone sono: dove sono? Qual è il problema? Cosa mi è accaduto? Perché non posso muovermi? Rimarrò per sempre così? La malattia progredirà? Ci saranno dei miglioramenti e/o peggioramenti?

Questa proiezione comporta nella persona il dover ritrovare una nuova posizione rispetto alla sua precedente vita:

[...] quando la disabilità si presenta in età adulta, porta ad uno sconvolgimento generale delle sicurezze che finora la persona aveva gradualmente acquisito: [...] incontra difficoltà nell'accettare la nuova situazione, [...] si percepisce inadeguata perché ritiene che gli altri la considerino tale. [...] Non accetta la propria condizione perché si percepisce giudicato negativamente dalle altre persone (soprattutto colleghi, amici, conoscenti)⁴⁸.

Questa percezione, unita a quello che gli altri pensano o non pensano, fanno comprendere alla persona ferita che la sua vita non sarà più la stessa.

2.3 Il trauma psicologico

⁴⁸ Dettori F., *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 40, 45.

Cosa s'intende per trauma psicologico?

Quando si parla di trauma psichico ci si riferisce all'esperienza di sopraffazione che subisce un individuo da parte di uno stimolo eccessivo e straordinario, che lo rende privo di difese e incapace di reagire. Le persone vittime di trauma vivono per definizione un'esperienza improvvisa, travolgente e spesso incomprensibile nei suoi effetti e conseguenze⁴⁹.

Tanto più l'evento è stato improvviso, ad alto impatto emotivo, la persona non è stata in grado di controllarlo o evitarlo, tanto più sarà difficile riuscire ad accettare le conseguenze di tale evento.

A differenza delle conseguenze sul corpo, questa ferita può essere temporanea o permanente; dipende dalla soggettività della persona, dal sostegno sociale e dalle strategie che è in grado di mettere in atto.

Ecco perché uno stesso evento può avere conseguenze diverse sui soggetti coinvolti. Queste conseguenze possono essere distinte in esiti positivi o negativi.

2.3.1 Esiti positivi del trauma

Per esiti positivi si intendono tutti quei risultati che permettono alla persona di poter riprendere in mano la propria esistenza, poiché il trauma che hanno subito è stato elaborato, accettato ed entrato a far parte della storia di vita della persona.

In questa categoria rientrano la crescita post-traumatica, l'attivazione delle strategie di coping e l'incremento della resilienza.

2.3.1.1 La crescita post-traumatica

La crescita post-traumatica viene definita come "la tendenza, in seguito a un trauma, a riportare cambiamenti in positivo in tre aree principali: cambiamento nella percezione di sé, nelle relazioni interpersonali e nella filosofia di vita⁵⁰."

⁴⁹ Didonna F., Herbert C., *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*, Trento: Erickson, 2011, p. 17.

⁵⁰ Tedeschi R. G., Park C. L., Calhoun L. G., *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1998.

Nel 2006 è stato condotto uno studio⁵¹ dove venivano analizzate 61 soggetti vittime di traumi o lutti inattesi con lo scopo di verificare se e quanto queste persone hanno riportato cambiamenti in positivo dopo il trauma subito.

È stato preso in considerazione questo studio in particolare per la moltitudine di aspetti che ha preso in esame: tipologia di evento traumatico (incidente stradale con gravi conseguenze fisiche), sostegno sociale, emozioni e strategie di coping sperimentate.

Il questionario utilizzato nell'analisi del campione, previa traduzione in italiano da parte degli autori, è stato il Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI) poiché è risultato essere lo strumento di misura più diffuso e completo per analizzare tale costrutto. Le aree analizzate al suo interno sono: relazione con gli altri, nuove possibilità, forza personale, cambiamento nella spiritualità e apprezzamento per la vita.

A seguito dello studio condotto si è evidenziato: A) la crescita post-traumatica è poco condizionata dall'età anagrafica del soggetto, anche se viene evidenziato il fatto che minore è l'età in cui è avvenuto l'evento traumatico maggiori sono le probabilità di riuscire a creare nuove aspettative di vita; B) il tempo trascorso dall'evento ha un'influenza maggiormente positiva sulla crescita: maggiore è il tempo trascorso dall'evento più i soggetti riescono ad apprezzare i cambiamenti avvenuti; C) le donne tendono ad avere maggiori livelli di crescita post-traumatica rispetto agli uomini, in quanto la donna è maggiormente orientata a processi emotivi e relazionali; D) il sostegno sociale risulta essere particolarmente rilevante per il miglioramento della propria condizione. Il supporto fornito dagli amici risulta essere più adeguato e di valore perché essendo persone esterne al nucleo familiare offrono un aiuto meno vincolante alle dinamiche familiari e possono essere meno sconvolti dall'evento; E) la strategia di coping con risultati migliori è quella orientata alla ricerca e alla conoscenza della nuova condizione sviluppata.

⁵¹ Pietrantoni L., Prati G., Crescita post-traumatica: un'opportunità dopo il trauma?, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Trento: Erickson, vol. 12, n. 2, 2006, p. 133-144.

Particolarmente suggestive sono le parole di Hellen Keller perché sono un chiaro esempio di come si possa imparare ad osservare da una nuova prospettiva le avversità, gli ostacoli che la vita pone:

Solo nel contatto con il male avrei potuto imparare a sentire, per contrasto, la bellezza della verità, dell'amore e della bontà. L'uomo deve comprendere il male e conoscere il dolore prima di dirsi ottimista e pretendere che altri credano giustificata la fede che lo anima. Io so cosa è il male. Un tempo ho sentito il suo gelido tocco sulla mia vita e ho lottato contro di esso; [...] ed è appunto perché sono stata in contatto col male che sono sinceramente ottimista. Posso dire con convinzione che la lotta che il male impone è una delle più grandi benedizioni. Essa fa di noi degli uomini e delle donne forti, pazienti e pronti al reciproco aiuto. Ci fa penetrare nell'anima delle cose, e ci insegna che il mondo è pieno di dolore ma anche di vittorie sul dolore⁵².

2.3.2 Esiti negativi del trauma

Per esiti negativi si intendono tutte quelle conseguenze che non permettono alla persona di potersi distaccare dall'esperienza che hanno vissuto. Con la mente rimangono fermi all'accaduto mentre intorno a loro la vita continua.

Il passato è presente: l'esperienza traumatica non è un semplice ricordo ma è un vissuto continuo.

L'evento traumatico comporta una rottura spazio/temporale, in cui una parte della personalità rimane ferita, lesa, *offesa* e un'altra conserva delle capacità e delle risorse. Si è soliti, di fronte a un evento traumatico, focalizzarsi e intervenire solo sulla parte lesa, a prescindere da una lettura globale; una simile "parcellizzazione" porta a riduzioni pericolose che rischiano di compromettere ulteriormente la condizione traumatica⁵³.

Uno degli esiti negativi principali è l'insorgenza di una patologia psicopatologica causata dalla non elaborazione del trauma subito. I disturbi che si manifestano con particolare frequenza sono: il disturbo post-traumatico da stress, la dismorfofobia e la depressione.

2.3.2.1 Il disturbo post-traumatico da stress

Il disturbo post-traumatico da stress diventa una categoria diagnostica nel 1980, nel DSM III, all'interno della sezione dei disturbi d'ansia. All'epoca il disturbo veniva diagnosticato principalmente ai reduci della guerra civile americana, tramite soli tre componenti: aver subito un evento traumatizzante,

⁵² Keller H., *La storia della mia vita*, Modena: Edizioni Paoline, 1963.

⁵³ Cyrulnik B., Malaguti E., *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Gardolo (Tn): Erikson, 2005, p. 236.

il ricordo di tale evento in quanto non integrato nelle reti mnesiche, i sintomi comportamentali – dolori toracici e palpitazioni – e psicologici come conseguenza di tale danno.

Con le successive revisioni da parte dell'Associazione Psichiatri Americana è stato particolarmente rilevante il cambiamento attuato al criterio A della sindrome:

[...] il criterio A è l'unico indice non solo della tipologia del trauma, ma anche della reazione del soggetto di fronte ad esso. Nel DSM-III il criterio A specificava che la natura dell'evento doveva essere tale da produrre "significativi sintomi di stress nella maggior parte degli individui"; la sua successiva evoluzione, ottenuta con l'edizione DSM-III-R, prevedeva inoltre che l'evento traumatico "esulasse dalle esperienze umane comuni". Il DSM-IV prevede, che la "persona abbia *vissuto, assistito* o si *sia confrontata* con un evento o con eventi che hanno implicato *morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica* propria o di altri" e che la "risposta della persona comprenda *paura* intensa, sentimenti di *impotenza* o di *orrore*". [...] L'evento traumatico, pertanto, non corrisponde più ad un evento "fuori dall'esperienza umana comune... in grado di provocare significativi sintomi di stress nella maggior parte degli individui", ma a quella rosa di eventi in grado di mettere gravemente a rischio l'incolumità di un individuo provocando sentimenti di paura intensa, impotenza od orrore, come, per esempio, avviene in caso di incidenti stradali o aggressioni fisiche⁵⁴.

In questa sindrome rientra anche la casistica dell'amputazione di uno o più arti come conseguenza di grave trauma: incidenti stradali o sul lavoro, malattie o complicazioni mediche.

Nell'ultima edizione del DSM-5 il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) cambia categoria e viene fatta rientrare nella sezione di disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

I criteri diagnostici⁵⁵ di tale patologia sono:

Criterio A: esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento traumatico.
2. Assistere direttamente a un evento traumatico accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o

⁵⁴ Annese P. M. et al., Il Disturbo Post-Traumatico da Stress, *Rapporti tra life events e patologia psichiatrica*, 3, 2004, p. 216.

⁵⁵ American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Quinta edizione. DSM-5*, Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2015.

minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento dev'essere stato violento o accidentale.

4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento traumatico (ad esempio: i primi soccorritori coinvolti nel recupero di resti umani, agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

Criterio B: presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, che hanno inizio successivamente all'evento traumatico accaduto:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento traumatico. Nota: nei bambini di età superiore ai 6 anni può verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento traumatico)
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento traumatico. Nota: nei bambini, possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
3. Reazioni dissociative (per esempio flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando. Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante. Nota: nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

Criterio C: evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, iniziato dopo l'evento traumatico, come evidenziato da entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.
2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

Criterio D: alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe)
2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri, o al mondo (per esempio, "io sono cattivo", "non ci si può fidare di nessuno", "il mondo è assolutamente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato").
3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico che portano l'individuo a dare la colpa a sé stesso oppure agli altri.

4. Persistente stato emotivo negativo (per esempio: paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna).
5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per esempio: incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti di amore).

Criterio E: marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
3. Ipervigilanza.
4. Esagerate risposte di allarme.
5. Problemi di concentrazione.
6. Difficoltà relative al sonno (per esempio: difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

Criterio F: la durata delle alterazioni (criteri B, C, D, E) è superiore a 1 mese.

Criterio G: l'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito, sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Criterio H: l'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio: farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica.

Specificare se con sintomi dissociativi: i sintomi dell'individuo soddisfano i criteri per un disturbo da stress post-traumatico e, inoltre, in risposta all'evento stressante, l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

- Depersonalizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato dal corpo o come se fosse un osservatore esterno dei propri processi mentali o dal proprio corpo (per esempio: sensazione di essere in un sogno, sensazione di irrealtà di sé stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo).
- Derealizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (per esempio: il mondo intorno all'individuo viene da lui vissuto come irrealistico, onirico, distante o distorto).

Nota: per utilizzare questo sottotipo, i sintomi dissociativi non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio: blackout, comportamento durante un'intossicazione da alcol) o a un'altra condizione medica (per esempio: crisi epilettiche parziali complesse).

Specificare se con espressione ritardata: se criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro sei mesi dall'evento (l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possono non essere immediate).

Lo studio di Desmond e Lachlan⁵⁶ ha evidenziato come il 25% delle persone che hanno subito un'amputazione a seguito di eventi traumatici presenti una sintomatologia coerente con il disturbo post-traumatico da stress, mentre il 34% presenti sintomi depressivi.

Altri studiosi⁵⁷ hanno dimostrato che una persona su due è esposta ad eventi traumatici, in particolare il 40% delle donne e 60% degli uomini.

Risulta che non tutti sviluppano un DPTS, il 60% dei soggetti ritorna ad una funzionalità psichica nella norma o uguale a quella precedente il trauma, entro un anno dall'evento.

La sintomatologia del DPTS fa sentire la persona in costante senso di allarme, causata da un'attivazione del proprio corpo deregolata, portandola a rispondere a stimoli comunemente non ritenuti minacciosi come se lo fossero, reazioni corporee ed emotive automatiche e costanti in linea con quanto accaduto, memorie intrusive dell'avvenimento, continue convinzioni negative su sé stessi e sul mondo circostante.

2.4 L'elaborazione della perdita

Con il termine elaborazione⁵⁸ s'intende quel processo con cui si cerca di creare una nuova struttura di significato, per trovare una nuova modalità di senso nell'organizzazione dell'esperienza che ci si è trovati ad affrontare.

Comunemente il termine elaborazione viene associato ad un lutto, a una perdita di una persona cara come un familiare, un amico o un animale domestico.

"In psicologia con il costrutto di lutto si identificano tutti i forti sentimenti e stati mentali derivati da accadimenti più o meno improvvisi che generano sofferenza o che hanno un forte impatto psicologico e/o che presuppongono una modifica nella vita della persona⁵⁹:"

⁵⁶ Desmond D. M., Mac Lachlan M., Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputation, *Journal of Pain Symptom Management*, 31, 2006, p. 362-368.

⁵⁷ Kessler R. C. et al., Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 52, 1995, p. 1048-1060.

⁵⁸ Pesci S., Il lutto e la sua elaborazione, *Nuovi orizzonti*, vol. 13, 2015, p. 13.

⁵⁹ Pesci S., Sostegno psicologico e psicoterapia con il lutto e il lutto complicato, *Psicottà*, 2014.

È grazie a questa definizione che è possibile far rientrare l'amputazione post-traumatica e la conseguente acquisizione di disabilità nel percorso di elaborazione del lutto.

Nel caso di un'elaborazione del lutto per la perdita di un affetto, è possibile lasciar andare l'altro nel momento in cui si conclude un livello del processo di elaborazione del lutto, invece nella disabilità fisica il corpo mancante è presente sempre. Si tratta di un *lutto permanente* a ripetizione costante, che comporta la continua esposizione alla disabilità oggettiva, senza poterne uscire, se non con profonde scissioni.

[...] Attraverso la presenza continua della disabilità non solo il lutto non si conclude, è impossibile lasciar andare, ma si differenzia dall'elaborazione del lutto dove concretamente l'altro non è più esperibile dalla coscienza. Nel caso della disabilità fisica questo non può accadere, perché è impossibile separarsi e lasciar andare⁶⁰.

Diversi sono stati gli studiosi che hanno affrontato il tema dell'elaborazione del lutto, tra questi ricordiamo: Elisabeth Kübler-Ross nel 1969 e Bowlby nel 1980. Bowlby⁶¹ tramite gli studi sui modelli di attaccamento⁶² ha individuato quattro fasi non lineari che caratterizzano in maniera universale il percorso psicologico di elaborazione del lutto:

1. Stordimento: la persona ha riconosciuto oggettivamente e mentalmente l'entità della ferita ma emotivamente la rifiuta; alterna fasi in cui è innaturalmente calma a scoppi intensi di dolore o rabbia.
2. Struggimento: la realtà della perdita viene riconosciuta grazie alle pratiche (riabilitazione, fisioterapia nel caso dell'amputazione, organizzazione e partecipazione al funerale nella perdita di una persona cara) messe in atto. Tipicamente la persona in questa fase alterna scoppi di pianto a scoppi di rabbia contro sé stessi, gli altri o la perdita subita.
3. Disorganizzazione: ci si rende conto della perdita subita e che non è più possibile tornare indietro nel tempo per far sì che non accada,

⁶⁰ Brunialti C., Riflessioni analitiche sulla disabilità fisica, *Studi Junghiani*, vol. 23, n. 2, 2017, p.8-9.

⁶¹ Bowlby J., *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*, Torino: Boringhieri, 1980.

⁶² Per attaccamento si fa riferimento al mantenimento del legame affettivo con una persona particolarmente significativa, ad esempio il bambino con la propria madre. Maggiore è il pericolo della perdita, più intenso e multiforme è il tipo di azione attivata per impedirla che può portare ad un recupero della capacità di stabilire e mantenere legami affettivi o, al contrario, ad una menomazione di tale funzione.

questa fase comporta una revisione di sé stessi e della situazione. Molto spesso la persona ha bisogno di un periodo di tempo variabile da amici e familiari per ricostruirsi.

4. Riorganizzazione: la persona uscita dal proprio stato depressivo inizia a ricostruire il proprio nuovo modello di vita; particolarmente rilevante in questa fase è il cambio di narrazione di vita e il sostegno sociale.

A differenza di Bowlby, Kübler-Ross⁶³ ha evidenziato come le fasi di elaborazione non siano necessariamente consequenziali ma si possano alternare, presentarsi più volte nel tempo o verificarsi con maggiore o minore intensità.

Rilevante nel modello a cinque fasi di Kübler-Ross è la terza: “contrattazione o patteggiamento” poiché è in questa fase che la persona si trova a dover fare un bilancio della propria vita, analizzando quali sono le risorse che ancora ha a disposizione perché funzionano come prima, quali sono andate perse e quali attraverso delle modifiche possono ancora essere svolte tramite l’applicazione di modifiche o sostegno.

Secondo Dettori⁶⁴ la persona che si trova ad acquisire una disabilità si trova a vivere tre differenti fasi di elaborazione:

la prima è la fase della *disperazione*, spesso accompagnata alla rabbia o alla depressione. Generalmente questa è la fase immediatamente successiva alla notizia che si rimarrà disabili e che, le problematiche fisiologiche, magari ritenute temporanee, saranno permanenti.

La seconda è quella dell’*accettazione*, [...] è un processo lento che non tutti raggiungono pienamente neppure dopo anni.

La terza fase è quella della *riorganizzazione*, in cui il disabile, elaborato, più o meno profondamente lo shock iniziale, riprende a dare un senso alla propria vita impegnandosi nel lavoro, nell’attività ludica e sportiva, nelle relazioni interpersonali.

La nuova condizione di vita che ora la persona si trova ad affrontare sarà particolarmente dura e difficile, con alti e bassi che segneranno il susseguirsi dell’apprendimento di nuove conoscenze, competenze e opportunità.

⁶³ Kübler-Ross E., *On death and Dying*, New York: Macmillan, 1969.

⁶⁴ Dettori F., *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 148.

Non è possibile quantificare il tempo necessario alla riuscita di tale impresa, ma particolarmente rilevante è la giusta vicinanza di familiari e amici, professionisti sanitari, scelta di attività consone alla nuova condizione che lo facciano sentire ancora utile ad esempio il lavoro, l'attività fisica o le associazioni di volontariato.

Arrivati a questo punto dell'elaborato si procederà su come lo Stato italiano ha l'onere di proteggere e tutelare tutte quelle persone – sopravvissute ad un evento traumatico e non – che si trovano a dover affrontare, convivere con una condizione diversa dalla maggior parte della popolazione.

Capitolo 3

LA DISABILITA' PER LO STATO ITALIANO

L'arte da imparare in questa vita
non è quella di essere invincibili e perfetti,
ma quella di saper essere come si è,
invincibilmente fragili e imperfetti⁶⁵.

Da un giorno all'altro ci si è trovati a convivere con una condizione differente, diversa dalla precedente. Il percorso che l'individuo ha dovuto intraprendere per imparare a definirsi persona con disabilità non è stato facile, si viene considerati agli occhi della maggioranza diversi... è complicato abbandonare il proprio vissuto e abituarsi all'idea di dover reimparare a svolgere mansioni, attività ma anche accettare di doversi far accompagnare e affiancare quotidianamente da familiari, amici o persone specializzate nel sostegno.

Le risorse a disposizione non sono soltanto umane o economiche, ma fortunatamente possono giungere anche dallo Stato, regione e provincia di residenza. L'attenzione di chi "tiene le redini" dello stato italiano negli anni si è impegnato a promuovere, promulgare ed emanare leggi, regolamenti in favore di queste persone con disabilità.

Lo scopo principale è uniformare le condizioni di vita, le opportunità tra chi presenta una disabilità e chi invece non ne dimostra una; favorendo loro di vivere una vita dignitosa e tutelata dallo stato in cui vivono.

Inoltre, si vuole analizzare quali passi sono stati attuati per andare incontro alle esigenze che le persone con rilevanti difficoltà incontrano nell'arco di tutta la propria vita. Ogni tappa di vita possiede dei propri bisogni specifici congrui e consoni al momento che sta attraversando. Le necessità di un bambino saranno differenti da quelle di un adolescente, i quali a propria volta saranno diversi da quelli dell'adulto, fino a diversificarsi ulteriormente con l'avanzare dell'età.

Saranno anche differenti i bisogni della famiglia della persona disabile, per questo motivo ogni Stato, regione, comune ha l'obbligo di impegnarsi per

⁶⁵ D'Avenia A., *L'arte di essere fragili. Come Leopardi può salvarti la vita*, Milano: Mondadori, 2016.

fornire una molteplicità di interventi che possano fornire sostegno direttamente alla persona con disabilità e alla famiglia.

Ma attraverso quale tipologia di azioni?

Per la famiglia tramite l'attivazione di interventi di sollievo, di residenzialità temporanea e di aiuto economico per l'assistenza a domicilio per la realizzazione di progetti di vita indipendente per le persone con disabilità.

Per la persona con disabilità si attuano azioni dirette volte all'integrazione, inserimento scolastico o lavorativo e sociale per favorirne lo sviluppo, la creazione di una rete di servizi nel territorio e la realizzazione di progetti individuali e personalizzati per rispondere alle esigenze e ai bisogni che la persona possiede.

3.1 Evoluzione della terminologia

Invalido? Handicappato? Disabile? Diversamente abile? Persona con disabilità?

Con il passare degli anni questi sono stati i termini con cui venivano etichettati tutti i soggetti ritenuti diversi.

Ma cosa significa essere diversi?

Diverso⁶⁶ significa non essere uguale, tanto meno essere simile, cioè differente per natura, aspetto o qualità rispetto a qualcosa. Quindi si potrebbe dire chi non rientra, è fuori da una determinata categoria.

Rispetto a chi si è considerati diversi?

A tutti quegli individui "normodotati" o "sani" che all'apparenza non dimostrano di avere particolari anomalie, quelli che rappresentano la maggioranza della popolazione.

Ma se proprio è presente questa necessità di catalogarli, qual è il modo più dignitoso, rispettoso per farlo?

Il progetto italiano Parlare Civile⁶⁷ è un'opera di servizio, di documentazione e formazione con lo scopo di fornire un aiuto pratico a giornalisti e comunicatori

⁶⁶ Il Nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

⁶⁷ Parlare Civile è il primo progetto in Italia che affronta in un'unica raccolta diversi temi: disabilità, genere e orientamento sessuale, immigrazione, povertà ed emarginazione, prostituzione e tratta degli esseri umani, religioni, rom e sinti, salute mentale.

per trattare con linguaggio corretto temi sensibili e a rischio di discriminazione. Le schede delle parole sono state redatte a partire dall'etimologia del termine, l'uso quotidiano con cui esse vengono utilizzate, esempi di buono e/o cattivo utilizzo nei mezzi di comunicazione – quotidiani, giornali, riviste, telegiornali – e le alternative più dignitose, scientificamente certificate e accreditate, accettabili in cui non è presente una possibile discriminazione o offesa.

Invalido o mutilato indica chi a causa di malattia – congenita o acquisita – ferita grave, mutilazione o per vecchiaia ha perso la capacità di compiere il proprio lavoro. Fece il suo ingresso nel linguaggio comune al termine del Primo conflitto mondiale, per indicare i reduci non più in grado di svolgere servizio al fronte. Divenendo un fardello per la società vennero esclusi e/o rinchiusi in centri specializzati, allontanati da chi invece era ancora sano.

Un importante contributo per la sostituzione di questo termine è stato fornito da Luigi Pintor:

non si dice più mutilato ma disabile o handicappato. Mutilato è una parola che si riferisce a una persona e al suo corpo, a un bambino con le stampelle, a un uomo con un braccio solo, a una donna storpiata, che fanno pensare alla guerra o a un infortunio sul lavoro o a una sventura individuale. Handicappato è invece una parola d'importazione che non designa una persona ma segnala una funzionalità ridotta e una categoria fuori dai parametri della produttività. È una variazione lessicale che non ha nulla a che vedere con la filologia e molto con l'ideologia. Anche dire non vedenti e non udenti invece di ciechi e sordi non è un modo rispettoso di esprimersi ma un artificio socialmente rassicurante. Solo i muti restano muti⁶⁸.

Esso si può considerare come uno dei primi apporti in materia di non discriminazione e non etichettamento delle persone che presentano una qualche deformità fisica evidente.

Pintor ha voluto provare a far cambiare modalità di osservare, stare e soprattutto il modo di atteggiarsi nei loro confronti: molto spesso quando si incrocia lo sguardo o una persona con disabilità evidente la prima risposta che viene attuata è distogliere lo sguardo, per evitare di far captare all'altra persona la nostra espressione di tristezza o di vergogna nei loro confronti. Un'azione questa che trasmette all'altra persona il nostro timore immotivato, la difficoltà di accettazione o la mancanza di comprensione nei suoi confronti.

⁶⁸ Pintor L., *Il nespolo*, Torino: Bollati Boringhieri, 2001.

Prima di proseguire con il secondo termine mi sembra doverosa una breve spiegazione – per evitare, come spesso accade, di confonderli – dei termini handicap e deficit: il primo fa riferimento al contesto – ambiente e persone - in cui la persona è inserita. È un dato oggettivo, per questo motivo è possibile identificarlo e misurarlo nelle situazioni di vita quotidiana che la persona si trova a svolgere.

Il secondo termine è proprio della persona, poiché evidenzia l'essere affetti da un danno oggettivo – identificabile in egual modo da chiunque. Deficit deriva dal latino e significa mancare, essere carente di un qualcosa. Questa carenza può essere causata da patologia – acquisita o congenita – evento traumatico o già presente dalla nascita. Infatti, a differenza della malattia il deficit non può essere curato e rimane invariato nel tempo.

Handicappato è stato introdotto all'inizio del Novecento. Inizialmente usato nell'ippica: al cavallo più forte veniva aggiunto l'handicap – un peso aggiuntivo – in modo da rendere la gara più equilibrata, così che tutti i partecipanti avessero le stesse possibilità di vittoria.

Successivamente, il termine ha acquisito una connotazione negativa.

Si definisce handicappato⁶⁹ la persona affetta da handicap; quindi, chi per condizioni fisiche o psichiche ha difficoltà a adattarsi all'ambiente circostante, trovandosi in condizioni di minore validità, di svantaggio o ingiusta emarginazione all'interno della società.

Ma quindi essere handicappato o essere svantaggiato sono la stessa cosa?

In un certo senso si potrebbe rispondere sì, perché lo svantaggio dell'individuo non è statico; quindi, deriva dal contesto in cui è inserito e dalle capacità che la persona ancora possiede ed è in grado di utilizzare.

Esistono diverse forme di agevolazioni⁷⁰: A) le agevolazioni che riguardano direttamente l'handicap della persona B) le agevolazioni che aiutano chi assiste o si prende cura della persona con disabilità a svolgere gli atti quotidiani della vita C) agevolazioni di tipo fiscale, monetario ed economico

⁶⁹ Il Nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

⁷⁰ Per agevolazioni vengono intesi tutti quegli ausili – sedia a rotelle, stampelle, protesi, aiuti e risorse economiche, umane o materiali – che aiutano, facilitano lo svolgimento di una determinata mansione quotidiana. (Il nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983).

per l'acquisto di strumentazioni in grado di aiutare nel superamento delle barriere sensoriali e/o fisiche o per l'acquisto di medicinali prescritti⁷¹.

Questo termine porta con sé un sentimento di rifiuto, di esclusione verso il soggetto; per questo motivo si è cercato un termine meno stigmatizzante.

Disabile nella lingua italiana è un aggettivo indicante la qualità del nome associato, ma nel linguaggio comune è spesso usato per identificare l'individuo portatore di un deficit. Potrebbe sembrare meno stigmatizzante rispetto al precedente, ma possiede ugualmente un'accezione negativa poiché pone l'attenzione sulla parte non funzionante. Infatti, a livello etimologico il prefisso dis- connota alla parola che segue una sottrazione, un togliere valore, in questo caso alla condizione umana.

Passano, quindi, in secondo piano le caratteristiche, le capacità, le abilità ancora esistenti e funzionanti che la persona possiede.

Diversamente abile è entrato in uso appunto con lo scopo di sottolineare l'abilità, invece della disabilità, per mettere il deficit in chiave positiva. Nella lingua italiana diversamente è un avverbio che sottolinea, in questo caso, come con modalità differenti tutti – indistintamente – possano ottenere i medesimi risultati nell'uso delle proprie abilità.

È il termine più contestato nell'ambito della disabilità poiché ognuno di noi è diversamente abile, tutti possediamo capacità e abilità migliori o peggiori, punti di debolezza e di forza differenti rispetto all'ambito in esame.

Tutti questi diversi termini fin ora proposti hanno però una costante: mettono in secondo piano la persona. Non ne danno il giusto valore poiché quello su cui si concentrano maggiormente è la disabilità, la parte lesionata che fa sentire il soggetto diverso dagli altri, etichettandolo o stigmatizzandolo.

Bisogna ricordare che chiunque sia portatore di un deficit è prima di tutto una persona!

Per questo esige rispetto, la giusta riconoscenza e il giusto valore.

Infatti, è entrata in uso la definizione di persone con disabilità.

⁷¹ Pigliacampo R., *Nuovo dizionario della disabilità, dell'handicap e della riabilitazione*, Roma: Armando editore, 2009, p. 17-18.

Questi soggetti sono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri⁷².

Questo termine mette in primo piano la persona e solo successivamente entra in gioco la disabilità di cui è portatrice.

Nel 2019 con l'approvazione dell'European Accessibility Act (EAA) – Atto europeo sull'accessibilità – si è cercato di compiere un altro passo importante verso le persone con disabilità, definendole **persone con limitazioni funzionali**: persone con qualsiasi tipo di disabilità fisica, mentale, intellettiva o sensoriale, con limitazioni dovute all'età o ad altre cause legate a prestazioni del corpo umano, permanenti o temporanee.

A rimarcare tale concetto anche l'atleta paralimpica Bebe Vio⁷³ scrive: "C'è differenza tra dire disabile e persona con disabilità?" "Sì, c'è una grossa differenza, perché nel primo caso si identifica la persona con la sua disabilità, nel secondo si mette l'attenzione sulla persona a prescindere dalla sua disabilità."

E quindi che cos'è la disabilità?

La disabilità, ad oggi, non possiede ancora una definizione univoca ma è la condizione di chi, dopo aver subito una o più menomazioni strutturali o funzionali, possiede una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a chi è considerato nella norma; quindi, risulta essere meno autonomo nello svolgere attività quotidiane e spesso si trova in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale⁷⁴.

3.2 Classificazioni della disabilità

La disabilità per essere compresa e categorizzata è stata classificata nel corso degli anni in differenti modi:

⁷² Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità*, art. 1, comma 2, 2006.

⁷³ Vio B., *Mi hanno regalato un sogno: la scherma, lo spritz e le Paralimpiadi*, Milano: Rizzoli, 2015.

⁷⁴ Istituto dell'Enciclopedia Italiana. *Dizionario di economia e finanza*. 2012.

- 1893: Classificazione delle cause di morte.
- 1946: modello dell'ICD (International Classification of Diseases), modello di classificazione internazionale delle malattie.
- 1980: modello ICIDH (International Classification Of Impairments, Disabilities and Handicap), proposto dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) che è il modello di classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità e handicap. Ora arrivato alla sua decima edizione, ICIDH-10.
- 2001: modello ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) anch'esso proposto dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU). Tradotto in italiano è la classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute.

3.2.1 ICIDH – Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap

L'ICIDH coniato nel 1980 ha come modello di riferimento quello medico: il soggetto viene identificato con la disabilità di cui è portatore, lo stato di salute⁷⁵ è assente poiché intaccato da uno stato morboso esterno.

È la prima classificazione che ha spiegato la differenza tra i tre termini più ricorrenti nell'ambito della disabilità:

- Menomazione: perdita, anormalità, difetti a carico di arti, organi, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali;
- Disabilità: restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo e nei limiti ritenuti normali per un essere umano;
- Handicap: condizione di svantaggio vissuta da una persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o

⁷⁵ Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute come: "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità".

impedisce la possibilità di ricoprire un ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, sesso, fattori socioculturali.

In questo modello ogni condizione è conseguenza della successiva: non è presente menomazione senza causa esterna – incidente, malattia congenita o acquisita, malformazione, trauma – che a sua volta facilita l'instaurarsi di una disabilità divenendo poi esito diretto dell'handicap.

Se si dovesse rappresentare in successione apparirebbe così:

persona sana ➡ fattore esterno ➡ menomazione ➡ disabilità ➡ handicap.

Ma spiegato con un linguaggio comune, comprensibile anche a persone che non hanno familiarità con queste definizioni specifiche, cosa significa?

Com'è possibile riconoscere visivamente queste differenze?

Aiutiamoci con un esempio: pensiamo ad una persona che in seguito ad un incidente stradale ha perso la mobilità degli arti inferiore. La perdita degli arti inferiori è la menomazione perché chiunque incrocia il suo sguardo può notare che non deambula, non cammina e non è più sorretto dalle proprie gambe.

La menomazione non è per forza conseguenza di una perdita oggettiva o fisica, come nel caso dell'amputazione, dove le gambe sono state rimosse dal corpo ma più semplicemente anche la perdita della normale funzionalità.

La conseguenza della perdita della funzionalità degli arti inferiori è che questa persona ha perso la capacità di deambulare, camminare: questa è la disabilità personale che questa persona possiede. La disabilità subentra nel momento in cui le precedenti capacità cessano di essere svolte a causa della menomazione.

Allo stesso tempo non significa che la persona non sarà mai più in grado di spostarsi in maniera autonoma e indipendente. Lo potrà fare, in modo diverso da prima, con una modalità nuova tramite l'utilizzo di agevolazioni o ausili⁷⁶, ad esempio: sedia a rotelle, scooter elettrico, protesi artificiali degli arti.

⁷⁶ Gli ausili sono strumenti tecnici utili a superare i concreti problemi quotidiani posti dalla disabilità, ovvero le tecnologie che aiutano a vivere, muoversi, comunicare, lavorare, studiare, partecipare in prima persona alla vita della società. (Tessari P., *Disabili & Abili. Manuale per educatori professionali*, Padova: Cleup, 2005, p. 367.).

Supponiamo che decida di utilizzare la sedia a rotelle per muoversi o comunque per aiutarlo a vivere la propria vita.

Un giorno questa persona si deve recare in un luogo in cui non è mai stato prima per degli affari personali. Quando arriva alla porta nota che l'unica via di accesso sono tre gradini, e nient'altro.

Non è presente la pedana elevatrice per le sedie a rotelle. A quel punto nella sua condizione gli è impossibile poter entrare nella struttura e svolgere la propria commissione. Questi tre scalini che per noi possono essere facilmente superabili, per la persona con disabilità diventano l'handicap peggiore che possa incontrare. Quel posto non è a prova di disabile, non è per lui/lei di facile accesso, impedisce il soddisfacimento dello scopo con cui si è recato lì.

3.2.2 ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute

Realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per misurare e classificare la salute e la disabilità, consentendo di avere una descrizione del funzionamento umano e delle restrizioni presenti.

Lo scopo generale dell'ICF è fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione comprensibile da tutti i professionisti del settore⁷⁷.

La disabilità, nel modello ICF, diventa il termine ombrello che racchiude al suo interno tutte le difficoltà di funzionamento che la persona possiede. La disabilità viene quindi vista come il risultato dell'interazione dinamica tra le condizioni di salute e altri fattori (sesso, età, personalità o livelli di istruzione) da un lato, e fattori sociali ed ambientali dall'altro.

L'approccio che l'ICF utilizza è la l'intreccio del modello medico – la disabilità è un problema della persona, causato da malattia, traumi o altre condizioni – e il modello sociale – la disabilità dipende dalla società e dal livello di integrazione della persona all'interno della stessa – e come la persona che

⁷⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Trento: Erickson, 2001, p. 11.

presenta queste difficoltà le affronta nel suo quotidiano, come a livello psicologico affronta la condizione.

Questo intreccio prende il nome di modello biopsicosociale.

Le precedenti definizioni vengono modificate in:

- Funzioni corporee: funzioni fisiologiche dei sistemi corporei.
- Strutture corporee: le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti quindi il corpo è inteso come organismo umano nella sua interezza, includendo anche il cervello e le sue funzioni mentali o psicologiche.
- Menomazioni: i problemi nella funzione o nella struttura del corpo, cioè deviazione o perdita significativa.
- Attività: l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte dell'individuo.
- Partecipazione: il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Limitazioni dell'attività: difficoltà dell'individuo che può incontrare nell'eseguire delle attività.
- Restrizioni della partecipazione: problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento di situazioni di vita.
- Performance: la descrizione di ciò che un individuo fa nel suo ambiente attuale, reale di tutti i giorni.
- Capacità: la descrizione dell'abilità di un individuo nell'eseguire un compito o un'azione in un ambiente standardizzato.

Se si volesse rappresentare tramite schema, risulterebbe così:

Funzioni e strutture corporee ↔ Attività ↔ Partecipazione

Ogni fattore interagisce con tutti gli altri e nessuno è più o meno importante degli altri.

3.2.3 Differenze tra ICIDH e ICF

Per rendere più semplice e intuitivo quali sono le principali differenze che si riscontrano tra i due modelli di classificazione è stata creata una tabella in cui sono riportate le principali differenze⁷⁸.

Esse sono:

	ICIDH	ICF
Prospettiva	Organicistica	Multidimensionale
Punto di partenza	Stato morboso	Abilità residue
Ambito di applicazione	Disabilità intesa come assenza di salute	Stato di salute e gradi di funzionamento
Visione della disabilità	Statico: solo stati patologici	Dinamico: stati patologici + fattori psichici e sociali
Aspetti presi in considerazione	Solo la parte lesionata	Tutti gli aspetti della salute umana
Valore di disabilità	Negativo, categoria differente rispetto ai "sani"	Persone con un diverso grado di salute

Tra queste due diverse classificazioni quella che ad oggi viene utilizzata nelle organizzazioni che si occupano di persone con disabilità per la compilazione di progetti educativi individualizzati (PEI) e le schede di valutazione multidimensionale del disabile (SVAMDI) è la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, l'ICF. L'applicazione di questi codici alfanumerici⁷⁹ ha rivoluzionato la metodologia di descrivere la salute, la disabilità ma anche di esprimere un giudizio sulla persona che all'apparenza non presenta particolari deficit visibili. Infatti, questa particolare descrizione può essere utilizzata con qualsiasi soggetto non solo con i portatori di una

⁷⁸ Dettori Filippo, *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 21. - Scarpa S., *Il corpo nella mente. Adolescenza, disabilità, sport.*, Torgiano: Calzetti Mariucci Editore, 2011, p. 59-60. – Mariani V., *La disabilità come questione antropologica, etica e pedagogica*, in Cairo M., Mariani V., Zoni Confalonieri R., *Disabilità ed età adulta: qualità della vita e progettualità pedagogica*. Milano: V&P, 2010, p. 3-4.

⁷⁹ Ad ogni codice alfanumerico corrisponde un particolare costruito.

sindrome diagnosticata. Questo metodo ha permesso ai professionisti che lavorano con le persone di avere un linguaggio comune, comprensibile a tutti così da ottimizzare i tempi di condivisione tra l'équipe multiprofessionale. Ogni codice alfanumerico fa riferimento ad una particolare funzione dell'organismo umano.

Ad esempio, il codice alfanumerico s7302.202 corrisponde a: s alla dimensione delle strutture corporee, 7 al capitolo delle strutture correlate al movimento, 30 identifica il 2° livello di identificazione in questo caso gli arti superiori, 2 al 3° livello le strutture della mano, i numeri dopo il punto sono i qualificatori. Il primo 2 corrisponde al primo qualificatore che identifica la natura della menomazione (in questo caso nessun cambiamento nella struttura), 0 è il secondo qualificatore ed indica l'estensione della menomazione (media), l'ultimo 2 è il terzo e ultimo qualificatore che indica la collocazione della menomazione (mano sinistra).

All'inizio può essere complicato applicare questi codici alfanumerici, ma con la pratica e l'utilizzo costante diviene sempre più semplice e soprattutto snellisce i tempi di verifica poiché basta modificare la gravità dei domini.

3.3 Tutela giuridica delle persone con disabilità

La legge più conosciuta e più importante per il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità e di chi vive con loro è la Legge quadro n. 104 del 5 febbraio 1992 denominata "Per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

All'articolo 1 della legge troviamo le finalità con cui la Repubblica italiana si impegna a:

Comma 1: garantire alla persona con disabilità il pieno rispetto della propria dignità umana, i diritti di libertà e di autonomia promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.

Comma 2: previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali.

Comma 3: persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata.

Comma 4: predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata⁸⁰.

Questo primo articolo è fondamentale per la società dov'è inserita la persona con disabilità poiché la comunità, gli enti pubblici e privati si assumono la responsabilità e si impegnano ad intervenire attivamente sull'ambiente.

Come lo fanno?

Tramite l'abbattimento delle barriere architettoniche (marciapiedi, scalini, porte strette, eccessive pendenze o spazi ridotti) che potrebbero impedire la corretta circolazione, migliorare o ampliare le strategie per l'integrazione in contesti sociali come la scuola, l'ambiente lavorativo e sociale quali attività del tempo libero come volontariato o associazioni sportive, al fine di promuovere un corretto inserimento nella società di appartenenza.

Lo scopo di quest'articolo è cercare di equiparare la condizione di vita di una persona con disabilità a quella di un individuo che non presenta questi impedimenti.

Le accortezze messe in atto dall'ambiente e dalle altre persone che non si trovano a dover affrontare queste difficoltà fanno sì che si instauri un incontro positivo e funzionale tra queste due realtà: "l'integrazione non è solo l'accoglienza da parte della 'normalità' del 'diverso', ma è anche il 'diverso' che accoglie la normalità. Entrambi si accettano con i propri limiti⁸¹."

Accettare i limiti di entrambe le parti è importante per un'armoniosa convivenza, rispetto e per la creazione di relazioni bidirezionali: entrambi gli attori danno e ricevono in cambio qualcosa che li accresce come persone.

È grazie a questa doppia direzionalità che la disabilità diventa una risorsa:

⁸⁰ Mariani V., *La disabilità come questione antropologica, etica e pedagogica*, in Cairo M., Mariani V., Zoni Confalonieri R., *Disabilità ed età adulta: qualità della vita e progettualità pedagogica*. Milano: V&P, 2010, p. 7.

⁸¹ Cairo M., *La promozione della qualità della vita nell'esperienza del disabile adulto*, in Cairo M., Mariani V., Zoni Confalonieri R., cit., p. 39.

la disabilità non è solo fonte di depressione, frustrazione, dispiacere, insoddisfazione, non è solo un male, da curare o da contenere per poterne portare il peso troppo angosciante, ma è anche una fonte di sollecitazione al confronto, alla riflessione, alla ricerca di risposte possibili attorno a ciò che conta per la nostra vita, a ciò per cui vale la pena desiderare, sperare, soffrire, lottare, gioire. [...] Essa riporta l'attenzione su temi come la semplicità del quotidiano e la centralità della vicinanza, della comunanza tra persone, dello "stare con" oltre che del "fare con": la persona disabile sollecita atteggiamenti di accudimento per l'aspetto di persona un po' indifesa e in difficoltà, per la quale è prezioso anche il piccolo gesto e la vicinanza amichevole⁸².

All'articolo 3, comma 1 viene fornita la prima definizione di persona handicappata: "è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione⁸³."

Risulta quindi essenziale al fine di comprendere chi è la persona con disabilità, far capire e uniformare quali sono le caratteristiche psico-fisiche che l'individuo deve possedere per far sì che venga riconosciuta come persona affetta da handicap e quindi meritevole delle agevolazioni previste. Gli aiuti forniti alle persone con disabilità o di chi se ne occupa possono essere: la riduzione del ticket di accesso per visite specialistiche, la certificazione di disabilità per parcheggiare l'automobile propria o dei loro familiari negli appositi spazi, di solito posti in prossimità o nelle vicinanze dell'entrata così da garantire un più veloce e semplice accesso, poter accedere a corsie preferenziali senza dover affaticare ulteriormente la propria salute, agevolazioni di tipo economico per l'acquisto di beni o medicinali.

3.4 Incontrare la disabilità

Un altro grande passo verso le persone con disabilità è stato fatto nel 2003 con l'istituzione da parte del Consiglio dell'Unione Europea dell'Anno Europeo delle Persone Disabili.

⁸² Colleoni M., *Costruire biografie nella disabilità: luoghi sociali aperti alla disabilità*, Torino: Gruppo Abele, 2006, p. 21-22.

⁸³ Dettori F., *Perdersi e ritrovarsi: una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*. Milano: Franco Angeli, 2011, p. 25.

Il motto del documento di quell'anno era *“non discriminazione più azione positiva uguale integrazione sociale”*⁸⁴.

Perché è stato scelto l'anno 2003?

Perché quell'anno ricorreva il decimo anniversario dell'adozione, da parte dell'assemblea generale delle Nazioni Unite, delle regole standard sulla parità di opportunità per i disabili, che hanno consentito di compiere progressi importanti in un approccio di disabilità conforme ai principi dei diritti dell'uomo. La decisione rispetta i diritti fondamentali e i principi riconosciuti dalle carte dell'Unione Europea. In particolare, per promuovere l'applicazione dei principi di non discriminazione e di integrazione dei disabili⁸⁵.

Gli obiettivi che il Consiglio dell'Unione europea hanno prefissato per quell'anno sono:

- Sensibilizzare i cittadini sui temi legati alla non discriminazione e all'integrazione;
- Sostenere azioni concrete per favorire le pari opportunità e l'inclusione sociale;
- Informare sulle buone prassi a livello locale, nazionale ed europeo;
- Intensificare la cooperazione tra tutti gli attori delle politiche a favore delle persone con disabilità;
- Diffondere un'immagine positiva delle persone con disabilità;
- Promuovere i diritti dei bambini e dei giovani con disabilità ad un pari trattamento nell'insegnamento.

Per mettere in pratica gli obiettivi prefissati durante l'anno sono state previste molte iniziative diverse, con lo scopo di far conoscere e di far aprire gli occhi sul mondo della disabilità.

Le persone con disabilità, le loro famiglie, gli enti pubblici e privati che lavorano o fanno parte di associazioni di disabili quell'anno si sono mobilitati per creare incontri ed eventi, campagne promozionali e di informazione, collaborare con i media, fare indagini e relazioni a livello comunitario per portare la loro realtà

⁸⁴ Scarpa S., *Il corpo nella mente: adolescenza, disabilità, sport*. Torgiano: Calzetti Mariucci, 2011, p. 61.

⁸⁵ Tessari P., *Disabili & Abili. Manuale per educatori professionali*, Padova: Cleup, 2005, p. 12.

a conoscenza di tutti. Hanno avuto la forza di scendere nelle piazze per raccontare chi sono, come vivono e dimostrare che anche loro sono persone.

I temi principali sono stati:

- A) la modifica della visione da medico-scientifica a sociale;
- B) l'integrazione scolastica e/o lavorativa;
- C) l'associazionismo tra disabili e non;
- D) il concetto della non discriminazione verso queste persone sia tramite strumenti legislativi che culturali;
- E) l'autodeterminazione dei disabili.

Un altro passo importante nei confronti delle persone con disabilità è stato fatto nel 2006.

In quell'anno è stata promulgata la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD); un trattato internazionale che ha lo scopo di combattere le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani.

Questa è stata redatta per essere in linea con la "Dichiarazione universale dei diritti umani" precedentemente promulgato nel 1948.

La scelta che entrambe le pubblicazioni siano in linea tra loro ha lo scopo di equiparare quanto più possibile le condizioni di vita delle persone con disabilità alle persone che non presentano tali difficoltà.

Per farlo però non crea nuovi diritti ma mira ad assicurare alle persone con disabilità di poter godere di tutti i diritti riconosciuti agli altri cittadini, grazie alla promozione di nuove tecnologie – informazione e comunicazione – e della disponibilità di quelle già precedentemente utilizzate.

La Convenzione è composta da 50 articoli: i primi 30 fanno riferimento ai diritti fondamentali, gli altri 20 trattano le strategie operative atte a promuovere la cultura della disabilità.

L'articolo 1, comma 1 fa riferimento allo scopo della Convenzione, il motivo per cui è stata promulgata: "promuovere, 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"⁸⁶.

⁸⁶ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Roma, 2006, p. 8.

L'esempio che maggiormente evidenzia la messa in atto di questo articolo è stato eseguito nell'ambito scolastico: alunni con disabilità che frequentano e stanno nella medesima classe dei loro coetanei, senza più la necessità di una diversificazione del programma ma prevedendo l'aggiunta di un insegnante di sostegno per aiutare lo studente con disabilità nell'apprendimento delle conoscenze.

L'articolo 3⁸⁷ della Convenzione mette in luce quali sono i principi generali:

- Il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- La non discriminazione;
- La piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- Il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- La parità di opportunità;
- L'accessibilità;
- La parità tra uomini e donne;
- Il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

Grazie a questo articolo la persona con disabilità diventa una risorsa importante per la società in cui è inserita poiché è in grado di sollecitare domande e fare in modo che anche le altre persone possano attivarsi per aiutarle.

⁸⁷ Ivi, p. 9-10.

Capitolo 4

L'EDUCATORE PROFESSIONALE

L'educazione è importante nel modo in cui ci comprendiamo gli uni gli altri, sulla base del mutuo rispetto. "Rispetto" significa un atteggiamento di gentilezza verso le persone per cui nutriamo considerazione e stima. "Mutuo" significa che questo non è un processo a senso unico, ma qualcosa che si condivide da entrambe le parti⁸⁸.

Fino a questo momento si è posto l'accento sui diversi momenti che una persona si è trovata ad affrontare, mettendo l'accento sul conseguimento di una disabilità che gli ha resi diversi agli occhi di chi non la conosce.

Ci sono però figure professionali che quotidianamente e soprattutto per scelta propria e volontaria hanno deciso di aiutare, mettersi in gioco nell'affiancare chi si trova in situazioni di vulnerabilità.

Tra le tantissime figure professionali, quella che si è deciso di analizzare e sulla quale porre una maggiore attenzione è l'educatore professionale.

Perché?

Oltre ad essere una tra le figure più a stretto contatto con l'utente è anche quella che sa apprezzare, accogliere e accettare così com'è l'utente e la storia che possiede. Per farlo, deve saper cogliere tutti gli aspetti che lo contraddistinguono, che lo rendono la persona che appare e quali ostacoli o risorse è in grado di mettere in gioco.

In definitiva chi è l'educatore professionale? Quale ruolo ricopre all'interno dei diversi ambiti in cui può operare? E soprattutto come svolge il suo lavoro?

Per rispondere a tutte queste domande, si partirà dalla normativa di riferimento – Decreto Ministeriale n. 520 del 1998 – che ha permesso a questa professionalità di venir riconosciuta come professione sanitaria e sociale indipendente.

Il termine educatore deriva dal latino *educere*, allevare, nutrire sia fisicamente sia moralmente e quindi con chiare affinità ai verbi *edocēre*, insegnare qualche cosa in modo documentato, e *educere*, tirar fuori

⁸⁸ Papa Francesco, *messaggio del Santo Padre ai Musulmani per la fine del Ramadan*, pronunciato il 02/08/2013.

dall'uomo sia i difetti per liberarsene, sia le potenzialità positive per sfruttarle ai fini del suo miglioramento⁸⁹.

Con che modalità l'educatore professionale può tirar fuori dall'educando le capacità che ancora possiede per implementarle, migliorarle?

Tramite l'educazione.

Educazione intesa come insegnamento, trasmissione di conoscenze e saperi?

Non esattamente, quella che mette in pratica l'educatore è:

protesa verso la possibilità di realizzare cambiamenti, di produrre maturazione, di trasformare e trasformarsi; è un evento dinamico, di costruzione, di evoluzione, di sviluppo, di processo che si colloca nella temporalità ed è rivolto principalmente alla dimensione nel futuro. L'educatore è sempre nel suo tempo presente, ma è anche sempre proiettato nel futuro. La struttura essenziale del fenomeno educativo è un evento temporale che si colloca nel presente, è sempre nel "qui e ora", e le sue risposte non sono procrastinabili, ma il futuro è la dimensione temporale a cui è rivolta l'azione educativa che tende, accogliendo il passato, a modificare la situazione presente gettandosi "avanti" (progettandosi) nel futuro⁹⁰.

4.1 Chi è l'educatore professionale?

Alla domanda "che lavoro fai?" comunemente chi ricopre questo ruolo risponde "Sono un educatore o un'educatrice professionale", a seconda che la domanda sia rivolta ad una persona di genere maschile o femminile.

Fornita la risposta, in chi ha posto la domanda sorgono degli interrogativi.

La risposta ricevuta lascia quasi sempre la persona che lo ha chiesto con un sorriso imbarazzato poiché non sa definire bene la mansione, il luogo di lavoro o lo scopo di tale figura professionale. Oppure più semplicemente perché non hanno mai sentito nominare prima di allora questa professione. È in quel momento che pur di zittire quel silenzio imbarazzato, cominciano a fare delle ipotesi: "Ma quindi sei un'animatrice con lo scopo di far divertire, far fare i giochi e organizzare le uscite per intrattenere gli ospiti?" oppure

⁸⁹ Genovesi G., L'educatore. Riflessioni sulla sua identità, *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, vol. 8, n. 11, 2016, p. 6.

⁹⁰ Iori V, *Educatori e pedagogisti. Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*, Trento: Erickson, 2018, p. 23.

“Diventerai insegnante? Certo che per lavorare con i bambini dovrai avere molta pazienza” o ancora “Diverrai un insegnante di sostegno?”

No!

Non siamo nessuna di queste, siamo educatori professionali!

La definizione precisa e corretta per spiegare la figura dell'educatore professionale è stata fornita all'interno del Decreto Ministeriale (DM) n. 520 dell'8 ottobre 1998.

Tale decreto si è reso necessario in seguito alla promulgazione del precedente Decreto Legislativo (DL) emanato il 30 dicembre 1992, n. 502 riguardante il “Riordino della disciplina in materia sanitaria”.

Il DL n. 502/92 ha previsto la conversione degli enti ospedalieri in aziende ospedaliere. Questo cambiamento ha portato le aziende ad acquisire una propria personalità giuridica pubblica, un'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

A seguito di tale regolamento il Ministero della Salute si è quindi trovato a dover riorganizzare il personale presente all'interno delle strutture, individuando le figure professionali da formare, i relativi profili all'interno delle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

L'articolo 1, comma 1 del DM n. 520/98 delinea qual è il ruolo dell'educatore professionale:

[...] è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti allo sviluppo equilibrato della personalità, con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà⁹¹.

Ma quindi qual è il compito che l'educatore professionale svolge?

L'educatore professionale⁹²:

⁹¹ Art. 1, comma 1, Decreto 08 ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

⁹² *Ivi*, comma 2.

- a) Programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;
- b) Contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;
- c) Programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture sociosanitarie riabilitative e socioeducative, in modo coordinato e integrato con le altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
- d) Opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;
- e) Partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

E dove lavora?

L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi sociosanitari e socioeducativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale⁹³.

Questi ambiti lavorativi residenziali, semi-residenziali, territoriali a cosa fanno riferimento?

Si definiscono strutture residenziali quelle realtà in cui l'utente è accolto e assistito durante l'intero arco della giornata inserito, 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana; si definiscono semi-residenziali quelle strutture che accolgono gli utenti in modalità diurna poiché al termine dell'orario di servizio faranno ritorno alle proprie abitazioni e servizi territoriali quelle strutture in cui la persona in difficoltà si può recare in cerca di supporto, aiuto o sostegno.

Le realtà residenziali sono: comunità alloggio, comunità terapeutiche riabilitative, centri vacanze, centri di reclusione come le carceri o gli istituti penitenziari, case di riposo, residenze sociosanitarie protette.

Le strutture territoriali e semi-residenziali, invece, sono: centri di aggregazione, di accoglienza, di ascolto e orientamento; centri diurni, ricreativi, socioeducativi, servizi e centri di formazione volti all'implemento dell'autonomia, dell'integrazione sociale e professionale, servizio di

⁹³ *Ivi*, comma 4.

integrazione lavorativa (SIL), cooperative sociali, unità operative e/o mobili, educativa di strada, consultorio familiare.

Tornando alla domanda iniziale – “che lavoro fai?” – quando rispondiamo non citiamo leggi, decreti e regolamenti, rispondiamo in maniera più semplice.

L’educatore professionale, un professionista sanitario e sociale che si occupa delle persone in difficoltà⁹⁴ e le loro famiglie tramite la creazione di un progetto educativo, individuale e personalizzato.

Lo scopo è aiutare l’utente in uno o più ambiti della vita – lavoro, istruzione, tempo libero, attività ricreative e/o sportive – per curarne il corretto reinserimento o inserimento all’interno della comunità di appartenenza. Per farlo si creano con la persona e la famiglia, se presente, una relazione di fiducia ed insieme si decidono quali obiettivi raggiungere.

Definiti i traguardi l’educatore si occupa di creare, mettere nero su bianco e attuare tramite attività create ad hoc dei progetti educativi e riabilitativi specifici, pensati appositamente per quell’ospite. L’obiettivo è andare ad incentivare, mantenere o potenziare le capacità residue che ancora possiede o eventualmente come poterne creare di nuove così da permettere alla persona di essere autonoma. Per rendere possibile il raggiungimento dell’obiettivo l’educatore professionale è inserito all’interno di un’équipe multidisciplinare dove tutti sono coinvolti, collaborando – ognuno con il proprio ruolo – alla buona riuscita del progetto.

4.2 Che cos’è il progetto educativo?

L’etimologia del termine progettare trova la sua origine nella lingua latina: *pro* significa avanti e *iacere* significa gettare fuori o avanti, proiettare. Quindi, progettare possiamo definirlo come l’ideazione di qualche cosa e proporre il modo d’attuarla⁹⁵

⁹⁴ Le persone in difficoltà con cui l’educatore professionale lavora possono essere: anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone con patologie psichiatriche e/o di dipendenza patologica, minori non accompagnati, pazienti con sindromi croniche, oncologiche, degenerative e famiglie in condizioni di difficoltà.

⁹⁵ Costa A., Le nuove competenze dell’educatore. Come cambia una professione, *Animazione sociale*, n. 4, 2001, p. 80.

Il progetto educativo è quello strumento che permette all'ospite in prima persona, alla sua famiglia, all'educatore professionale e a tutta l'équipe multidisciplinare di tenere traccia di quali sono gli obiettivi, le mansioni da svolgere, da perseguire con lo scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati. In altre parole "il progetto si realizza nel proiettarsi in ciò che *non è ancora*, nell'incessante dialettica azione di significazione produttiva che orienta le attività, gli incontri, le procedure di monitoraggio, di valutazione e le ipotesi di crescita, maturazione e cambiamento⁹⁶."

La creazione del progetto educativo prevede delle tappe fondamentali per la realizzazione di tale strumento:

1. Analisi della situazione e diagnosi educativa⁹⁷;
2. Definizione degli obiettivi personali dell'utente che vuole raggiungere;
3. Scelta dei metodi di intervento⁹⁸ per il raggiungimento degli obiettivi;
4. Ricerca delle risorse⁹⁹ e programmazione dell'intervento;
5. Attuazione dell'intervento tramite attività create ad hoc;
6. Valutazione¹⁰⁰ del progetto.

⁹⁶ Gasperi P., Il nuovo identikit professionale dell'educatore socio-pedagogico in prospettiva inclusiva, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, anno VI, n. 2, 2018, p. 32.

⁹⁷ La diagnosi educativa è la procedura tramite cui si fa ricondurre ad un fenomeno o un gruppo di fenomeni, dopo averne considerato ogni aspetto, a una categoria. Quindi, è il giudizio con cui si definisce un fenomeno, analizzandone i sintomi e gli aspetti con cui si manifesta. In Bobbo N., *La diagnosi educativa in sanità*, Roma: Carocci Faber, 2020, p. 103.

⁹⁸ I metodi di intervento sono le teorie, le attività e gli interventi creati ad hoc che l'educatore professionale utilizza come mezzo insieme alla persona affidatole per raggiungere l'obiettivo concordato. A seconda della tipologia di utenza, i metodi di intervento possono essere diversi, ma tutti ugualmente adattabili al contesto. Per esempio per l'ambito dell'anzianità si potrà pensare ad interventi che riguardino la stimolazione cognitiva, le terapie occupazionali; per l'ambito della disabilità e minori la token economy, la comunicazione aumentativa alternativa (CAA).

⁹⁹ Le risorse sono le competenze, le conoscenze e le metodologie messe in campo dall'équipe multidisciplinare (risorse umane); tutti i finanziamenti, i materiali, luoghi e dispositivi che aiutano, facilitano e/o mediano il lavoro del professionista (risorse non umane).

¹⁰⁰ La valutazione del progetto può essere svolta prima, durante e dopo l'intervento; con l'obiettivo di verificare l'efficacia di quello che è stato compiuto, cioè non soffermandosi solo sul cambiamento che è avvenuto nella persona protagonista dell'intervento ma il completo processo di trasformazione che è compiuto.

Ogni fase del progetto prevede che tra educatore ed educando ci sia una relazione di fiducia tra le parti che si crea mediante il dialogo, la comunicazione, lo scambio e la condivisione di informazioni.

Questo consente che in entrambi i ruoli ci sia un abbassamento dei livelli di ansia, consentendo l'accettazione e la graduale organizzazione reciproca dell'intervento.

La complessità del "progettare diviene la condizione *sine qua non* per comprendere e rivalutare la persona a 360°, le cui dimensioni e risorse tessono una complessa unità reticolare dove mente, corpo, emozioni e relazioni si intrecciano dialetticamente, nel reciproco impegno di ricercare nuove forme di adattamento e di equilibratura dinamica, immergendosi nel più vasto tessuto sociale¹⁰¹

4.3 Gli aspetti su cui lavora l'educatore professionale con la persona che acquisisce la disabilità

Quando irrompe la disabilità, l'individuo è sconvolto nel profondo della sua soggettività. L'ingombrante presenza dell'handicap impone la radicale trasformazione dell'identità personale e delle relazioni con gli altri. Sull'handicap si focalizza il complicato processo di ridefinizione e di ricostruzione delle coordinate fondamentali che contraddistinguono lo stare al mondo degli esseri umani: il rapporto con sé stessi, con il proprio corpo, con il tempo e lo spazio, le relazioni con gli altri. Al punto che chi è disabile si considera prima di tutto disabile¹⁰².

Così come Scianchi ha descritto la persona che si trova ad affrontare una nuova condizione di vita si ritrova ed essere spaesata, a non sapere più in quale direzione la sua vita sta procedendo. È come se in un attimo la persona che prima aveva sogni, ambizioni, speranze per il futuro ora davanti a lei avesse solo tantissimi interrogativi che non le permettono di scegliere con precisione, coraggio quale sia la destinazione giusta.

È esattamente in questo momento che la figura dell'educatore professionale, supportata anche dalla presenza di un'équipe multidisciplinare, trova lo spazio e le modalità per aiutare la persona a ridefinire una propria strada.

¹⁰¹ Gasperi P., Il nuovo identikit professionale dell'educatore socio-pedagogico in prospettiva inclusiva, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, anno VI, n. 2, 2018, p. 28-29.

¹⁰² Scianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili fra pregiudizio e realtà*, Milano: Feltrinelli, 2009.

Quali sono, quindi, gli aspetti su cui maggiormente l'educatore professionale lavora e collabora con la persona con disabilità acquisita per aiutarla a ritrovare un proprio ruolo all'interno della società?

1. L'autostima, l'autoefficacia e il locus of control;
2. Il suo stato di benessere
3. La qualità di vita;
4. L'implementazione delle strategie di coping.

4.3.1 L'autostima, l'autoefficacia e il locus of control

Con il termine autostima¹⁰³ si definisce il giudizio – positivo o negativo – che la persona ha di sé stessa, attraverso la conoscenza del proprio valore, delle capacità, dei limiti e delle debolezze che possiede.

Mettendo in relazione il giudizio che la persona ha di sé stessa con quello che le persone significative per lei hanno, si distinguono due diversi livelli di autostima:

Alta autostima quando la differenza tra percezione proprie e intuizione degli altri è minima, bassa autostima quando la disuguaglianza è ampia.

Con il termine autoefficacia Bandura¹⁰⁴ fa riferimento alla consapevolezza di essere capace di compiere determinate e specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico o sociale; quindi, è la percezione di essere in grado di fare, sentire, esprimere, essere o diventare qualcosa.

L'autostima ruota attorno alla percezione complessiva, globale che una persona ha di sé stessa, mentre l'autoefficacia fa riferimento ad un solo dominio dell'individuo alla volta: rendimento lavorativo o scolastico, attività sportive o ricreative...

Dettori, infatti, evidenzia come “non è importante la qualità del risultato che si raggiunge, ma la percezione che la persona possiede sull'abilità di svolgere con successo quel determinato compito. È un fattore più che pratico, psicologico, perché coloro che hanno un forte senso di autoefficacia

¹⁰³ Il nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

¹⁰⁴ Bandura A., *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento: Erickson, 2000.

si impegnano a fondo e non indugiano in ripensamenti né in esitazioni, si impegnano e perseverano per il raggiungimento dell'obiettivo¹⁰⁵.

Così come evidenziato da Dettori questa percezione può essere riassunta da un terzo concetto, che connette e unisce tra loro i precedenti: il locus of control¹⁰⁶.

Fa riferimento al modo in cui gli individui attribuiscono la responsabilità delle loro azioni e decisioni: gli individui che possiedono una forte sicurezza di sé e fiducia nelle proprie capacità sono inclini a credere che sono loro a controllare la propria vita, il merito per il conseguimento di risultati è interno; al contrario, le persone che mancano di fiducia e mostrano insicurezza tendono ad attribuire la responsabilità dei propri fallimenti o successi al caso, al destino o alla fortuna momentanea.

L'autostima forse più di ogni altro fattore può essere influenzata, basti pensare a social network, i mass media che ogni giorno ci bombardano di suggestioni sull'aspetto fisico, ultime tendenze di moda, livello di popolarità, canoni di bellezza.

L'autostima, infatti, ricopre un ruolo importante e fondamentale per la persona, poiché influenza ogni momento, in modo consapevole e inconsapevole, tutto quello che la persona vive; di conseguenza influenzando anche gli altri due concetti ad essa connessi.

A seconda del valore e dell'importanza che l'autostima ricopre la persona si sentirà più sicura, di essere in grado o meno di affrontare un determinato compito, mansione o di raggiungere i propri obiettivi poiché l'affronterà con più coraggio e motivazione.

4.3.2 Lo stato di benessere

¹⁰⁵ Dettori F., *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 43.

¹⁰⁶ Rotter J. B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs: general and applied*, n.80, 1, 1966.

Con il termine benessere¹⁰⁷ si fa riferimento allo stato di soddisfazione interiore generato da giusto equilibrio dei fattori psico-fisici, possedere un buono stato di salute¹⁰⁸.

Successivamente, il concetto di salute è stato modificato poiché l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è resa conto che la condizione di completa assenza di malattia era irraggiungibile. Nel 1998 è stata così ridefinita: “la salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia.”

Attraverso questa modifica la salute non è più considerata come un fine da raggiungere ma il mezzo tramite cui consentire alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

Il concetto di salute diviene quindi interconnesso a quello di benessere. Può essere distinto in: 1) benessere soggettivo 2) benessere psicologico 3) benessere sociale.

- 1) Il benessere soggettivo¹⁰⁹ fa riferimento al modo in cui le persone sperimentano e valutano la propria vita; a sua volta costituito da tre aspetti:
 - a) Soddisfazione, giudizio globale della vita;
 - b) Affetti positivi;
 - c) Affetti negativi.

Il primo aspetto si riferisce alla valutazione che le persone attuano in relazione alle proprie circostanze di vita, ad esempio: le aspettative, i desideri, gli ideali, il reddito economico percepito e lo stato occupazionale, il supporto sociale, l'istruzione ricevuta.

Gli affetti – positivi e negativi – fanno riferimento alle emozioni che gli individui sperimentano nel corso della propria vita. Si intendono affetti positivi le emozioni positive che si sperimentano: entusiasmo, gioia, voglia di vivere,

¹⁰⁷ Il nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

¹⁰⁸ Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute come: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; non soltanto come assenza di malattia o di infermità”.

¹⁰⁹ Diener E., Guidelines of national indicators of subjective well-being and ill-being, *Applied research quality life*, n. 1, 2006, p. 151-157.

orgoglio; gli affetti negativi sono le emozioni negative: rabbia, depressione, nervosismo, insoddisfazione.

Gli affetti positivi e negativi vengono analizzati in modo distinto perché influenzano il benessere soggettivo della persona: “un soggetto avrà un benessere soggettivo elevato se proverà soddisfazioni e gioie frequenti e solo raramente emozioni negative [...]. Un basso livello di soddisfazione, accompagnato da poche emozioni piacevoli e molte emozioni spiacevoli è considerato indice di basso benessere soggettivo¹¹⁰”.

Conoscere il livello percepito di benessere soggettivo della persona affidatole è rilevante per l'educatore professionale per conoscere il punto di partenza della persona e per prevedere quali saranno gli esiti del progetto ideato: risultati migliori, solidi e duraturi nel tempo si avranno se il livello di benessere soggettivo percepito sarà elevato, al contrario una percezione di benessere soggettivo non elevato sarà monito di una difficoltà del soggetto a mantenere nel tempo od ottenere risultati soddisfacenti.

- 2) Il benessere psicologico è rappresentato da una moltitudine di diversi fattori che insieme vanno a costituire la base su cui la mente della persona consolida le sue radici per evitare o diminuire gli effetti che una condizione avversa può provocare. Diversi autori, in merito a tale costrutto, hanno proposto i fattori che per loro sono rilevanti nel mantenimento di questo requisito:
 - a) Jahoda¹¹¹ propone: avere atteggiamenti positivi verso sé stessi, capacità di crescita, di svilupparsi e di autorealizzarsi, l'autonomia, la padronanza o controllo ambientale, la capacità di avere relazioni sociali soddisfacenti, l'integrazione e la percezione veritiera della realtà.
 - b) Jourard e Landsman¹¹² hanno proposto: opinione positiva di sé, abilità di prendersi cura degli altri e di preoccuparsi di ciò che accade nel mondo, l'apertura nei confronti di nuove idee ed esperienze, la

¹¹⁰ Cicognani E., Zani B., *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Roma: Carocci editore, 2006, p. 22.

¹¹¹ Jahoda M., *Current concepts of positive mental health*, New York: Basic Book, 1958.

¹¹² Jourard S. M., Landsman T., *Health personality: an approach from the viewpoint of humanistic psychology*, New York: Macmillan, 1980.

creatività, la capacità di lavorare produttivamente, la capacità di amare e avere percezioni di sé realistiche.

- c) Taylor e Brown¹¹³ hanno definito criteri del benessere psicologico: la felicità, la capacità di prendersi cura degli altri, lavorare in modo creativo e produttivo, avere atteggiamenti positivi verso sé stessi.

L'insieme di tutti questi aspetti può essere pensato come a dei piccoli mattoncini che rinforzati o ricostruiti tramite l'intervento dell'educatore professione costituiscono le fondamenta e l'appoggio su cui sviluppare le attività create, proposte ad hoc per la persona con disabilità. Maggiori sono i mattoncini, maggiore sarà il livello di benessere psicologico percepito dal soggetto; soprattutto sarà molto più resistente agli urti e meno incline a crolli al verificarsi di eventi avversi.

- 3) Il benessere sociale viene definito come “quella dimensione del benessere di un individuo che riguarda le sue relazioni con gli altri, come le altre persone reagiscono nei suoi riguardi e come egli interagisce con le istituzioni sociali e le norme della società¹¹⁴.”

Anche questa tipologia di benessere viene differenziata dagli autori in:

- a) Adattamento sociale;
- b) Sostegno sociale.

Gli autori definiscono l'adattamento sociale come la soddisfazione per le relazioni, la prestazione che si svolge nei diversi ruoli della vita e l'adattamento all'ambiente circostante. Il sostegno sociale, invece, fa riferimento alla disponibilità che dimostrano le persone di fiducia, su cui può contare nei confronti del soggetto che richiede aiuto, supporto. Questa tipologia si basa sia sul numero che sulla qualità delle relazioni sociali che la persona intesse nell'arco della propria vita.

Tutte e tre le tipologie di benessere – soggettivo, psicologico e sociale – concorrono, aiutano la persona con disabilità acquisita a ritrovare o costruire

¹¹³ Taylor S. E., Brown J.D., Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health, *Psychological bulletin*, n. 103, vol. 2, p. 193-210.

¹¹⁴ Mc Dowell I., Newell C., *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*, New York: Oxford university Press, 1987.

ex novo una qualità di vita positiva, anche nella condizione in cui ora si trova a vivere.

Avere la capacità di trovare ancora il lato positivo dell'accaduto è una delle risorse che l'educatore professionale dev'essere in grado di trasmettere, aiutando il soggetto ad osservare la situazione da un punto di vista differente e una visione più globale senza soffermarsi solo sulla condizione sfavorevole o infausta.

Per farlo dovrà instaurare una relazione di condivisione, fiducia tra lui, l'individuo e chi rientra nella sua rete sociale; servirà tempo, costanza e forza di volontà ma anche i piccoli passi fatti alla fine risulteranno essere parte di una grande scalata che porta nella direzione giusta.

4.3.3 La qualità di vita

Il concetto di qualità di vita può essere sintetizzato in sette punti¹¹⁵. Ognuno di essi fondamentale per comprenderne il significato globale in relazione alla persona con disabilità acquisita:

- 1) Multifattoriale: è composto da aspetti diversi ma tutti interconnessi tra loro. Ad esempio: il benessere, soddisfazione per la vita, integrazione nella comunità, il reddito economico posseduto...
- 2) È costituito da domini e relativi indicatori¹¹⁶: i domini sono gli aspetti fondamentali di cui è composta la vita delle persone; gli indicatori sono le condizioni specifiche da considerare per ogni dominio. Ad esempio, il dominio dell'autodeterminazione fa riferimento agli indicatori di poter compiere ed esporre la propria opinione e preferenza personale, avere la possibilità di decidere e compiere delle scelte, avere un controllo sulla propria condizione.
- 3) Può essere articolato in aree trasversali per orientare al meglio la progettazione e gli interventi educativi: significa che l'educatore professionale deve prendere in considerazione come la persona è in

¹¹⁵ Giaconi C., *Qualità della vita e adulti con disabilità: percorsi di ricerca e prospettive inclusive*, Milano: Franco Angeli, 2015, p.27-28.

¹¹⁶ Schalock R, Verdugo Alonso M. A., *Manuale della qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento*, traduzione italiana, Brescia: Vannini editore, 2006.

quel momento, come essa appartiene al contesto in cui è inserita e soprattutto come può diventare in futuro. Tenendo presente questi tre aspetti – essere, appartenenza e divenire – la progettualità si pone l'obiettivo di incentivare il miglior grado di qualità di vita per la persona con disabilità.

- 4) È influenzato da fattori individuali della persona come il temperamento, la personalità, il carattere e contestuali, la società, l'ambiente di cui è parte. Aspetti che bisogna considerare per assicurarsi la buona riuscita dell'intervento.
- 5) Comprende sia componenti soggettive rilevanti solo per la persona che oggettive rilevanti per il contesto; i bisogni che la persona manifesta direttamente o indirettamente, ma anche i bisogni che il contesto necessita per includerla all'interno della società.
- 6) È applicabile a tutte le persone: indipendentemente dalla condizione in cui si trovano a vivere, l'età, il genere a cui appartengono.
- 7) Viene valutato e personalizzato da persona a persona, in base al momento di vita che sta trascorrendo e ai contesti in cui è inserito. Ogni persona è diversa, per questo motivo una progettualità o intervento non può andare bene a più persone nonostante esse possano presentare la medesima condizione, sindrome o patologia.

Questi sette punti fanno sì che il concetto di qualità di vita possa essere compreso, analizzato e implementato da tutti i professionisti allo stesso modo. Così facendo tutti gli attori che collaborano per il raggiungimento dell'obiettivo di migliorare la qualità di vita, sanno che il punto di arrivo è costituito da questi elementi.

Avere una qualità della vita soddisfacente può fare riferimento a possedere un buon reddito e lavoro, una situazione abitativa confortevole e sicura, avere un livello di salute soddisfacente, avere avuto la possibilità di acquisire una formazione scolastica, vivere in un ambiente civile e sicuro, riuscire a conciliare l'attività lavorativa al tempo libero, avere accesso a servizi come ambulatori, mostre o attività ricreative e sociali.

4.3.4 Le strategie di coping

Le strategie di coping sono tattiche mentali e comportamentali che la persona mette in atto per gestire e/o fronteggiare situazioni problematiche. L'attivazione di queste strategie prevede che il soggetto si adoperi per modificare la condizione che l'evento improvviso ha provocato, poiché l'evento o la situazione ha superato o sfidato le risorse, il livello soglia di tollerabilità, la capacità di rispondere in modo adeguato alle situazioni stressanti che l'individuo possiede.

Ma in che modo la persona può adoperarsi per fronteggiare una situazione? Tramite l'acquisizione di conoscenze legate alla sua nuova condizione di vita, conoscendo i vantaggi e gli svantaggi che essa comporta; imparando a superare le difficoltà che la modificazione ha prodotto; adattando le conoscenze che già possedeva e che sono rimaste illese per applicarle ai momenti di vita quotidiana come cucinare, lavorare, svolgere mansioni domestiche.

Il coping viene considerato come una caratteristica relativamente stabile di personalità, con differenze individuali nella vulnerabilità e nelle reazioni a eventi di vita traumatici¹¹⁷.

Tra la moltitudine di studiosi che hanno analizzato e proposto una loro teoria in merito alle strategie di coping, si è scelto di approfondire il modello dello stress psicosociale di Barbara Dohrenwend poiché è risultato essere quello maggiormente affine al percorso che si sta declinando.

Il modello di Dohrenwend¹¹⁸ fa riferimento alle modalità messe in atto da una persona per rispondere ad una situazione di crisi. In questo schema il processo inizia con il verificarsi di uno o più eventi stressanti e termina con un cambiamento psicologico – positivo o negativo – o con il ripristino della situazione psicologica iniziale.

Gli episodi di vita stressanti si verificano in seguito a eventi ambientali o situazionali oppure dal sovraccarico delle caratteristiche psicologiche di

¹¹⁷ Eckenrode J., *The social context of coping*, New York: Plenum, 1991.

¹¹⁸ Dohrenwend B. S., Social stress and community psychology, *American Journal of community psychology*, n. 6, 1978, p. 1-14.

fragilità, vulnerabilità che la persona possiede. Tutti questi eventi non possono essere previsti o controllati dal soggetto, motivo per cui l'elaborazione richiede tempo, supporto professionale e vicinanza sociale.

In questo modello l'attenzione non viene rivolta solo alla persona ma anche alle circostanze di vita, capacità psicologiche e risorse disponibili al soggetto per affrontare le richieste della situazione che si è creata. Quindi, ogni risorsa (umana e/o materiale) può diventare utile ed indispensabile per il soggetto ai fini di uno sviluppo di abilità per affrontare e risolvere i problemi che l'evento ha prodotto.

L'aspetto che maggiormente risulta interessante ai fini della presa in carico della persona divenuta disabile è la moltitudine di momenti in cui il professionista può entrare a far parte del percorso di crescita. Non deve per forza inserirsi appena avvenuto l'evento ma può attendere che la persona compia un primo passo autonomo verso l'elaborazione della nuova condizione.

Tutti questi quattro aspetti analizzati sono particolarmente rilevanti nel lavoro dell'educatore professionale nei confronti della persona con disabilità acquisita.

Perché?

Dopo l'evento traumatico la persona si ritrova a mettere in discussione tutto quello che precedentemente conosceva: relazioni, modalità di condurre la propria vita, stile di vita.

Si trova come in vortice che annebbia l'orizzonte, trovandosi quindi in balia degli eventi senza sapere quale sia la direzione giusta da intraprendere o quella che nel lungo periodo porterà i risultati più soddisfacenti.

Ora, la persona che si trova a vivere questa nuova condizione guarda con occhi diversi la vita. Questo perché si sente fortunata ad essere sopravvissuta ad un evento terribile che l'ha portata ad un passo dalla morte. È come se ora questa persona si sentisse in debito nei confronti del fato, del destino che gli ha concesso una seconda possibilità.

Una seconda vita che comincia quando ti rendi conto di averne una soltanto.

Infatti, non si accontenta più delle piccolezze: ha bisogno di persone vere, sincere vicino, ha bisogno di reimparare a fidarsi di sé stesso, delle proprie capacità, degli altri e dell'ambiente in cui vive.

Per compiere questo passaggio è necessario tempo, non avviene dall'oggi al domani, motivo per cui la vicinanza di un professionista paziente e comprensivo è una tra le migliori risorse che si possono avere a fianco in questa scalinata difficile, costellata di piccoli inciampi ma che non è mai affrontata dalla sola persona.

Capitolo 5

LO SPORT TRA DISABILITA' E INCLUSIONE SOCIALE

La differenza tra un atleta olimpico e uno paralimpico è che il primo la sua (bella) storia se la crea attraverso lo sport, il secondo prima di arrivare allo sport è partito da meno 100 perché ha dovuto lottare solo per arrivare in campo o in pista, ha una doppia storia¹¹⁹.

Sulla scia di quanto approfondito sul ruolo dell'educatore professionale, un'altra importante caratteristica e capacità che viene trasmessa alla persona che si trova ad affrontare una condizione diversa, nuova come quella della disabilità acquisita è la resilienza. Si partirà da questa peculiarità – innata e/o appresa – per approfondire il percorso di rinascita che queste persone hanno intrapreso e fortificato attraverso lo sport. Questi atleti, queste persone che noi oggi guardiamo con ammirazione alla televisione quando vengono trasmesse le paralimpiadi hanno fatto del loro limite, dolore e sofferenza la loro forza di volontà, di riscatto, di rivincita.

Hanno dimostrato che sanno essere resilienti, di saper trovare il lato positivo, la luce anche in un tunnel lunghissimo in cui non sembra esserci o sembra troppo distante da raggiungere.

Lo sport per queste persone è diventato parte importante, fondamentale di loro stessi; è stato ed è il mezzo con il quale hanno avuto modo di dimostrare a chiunque non credesse in una ripresa, in un ritorno alla vita che in realtà può essere possibile. Hanno lottato, sofferto, gioito, pianto, fatto sacrifici, sudato ore e ore in palestra per fare riabilitazione o per perfezionare i movimenti rendendoli fluidi, ma tutti con lo scopo di vedere realizzati i loro sogni, le loro aspirazioni più grandi. Sono stati in grado di ridare un senso alla loro esistenza modificata per sempre da un secondo incontrollabile che ha spazzato via la retta via che avevano in mente.

È stato scelto lo sport perché è il mezzo migliore con cui le differenze, tra chi non presenta una disabilità e chi invece ne è portatore, vengono annullate e quasi del tutto azzerate. Lo sport crea inclusione sociale, è in grado di superare difficoltà e differenze che in altri modi sarebbe più difficile. Insegna a vedere

¹¹⁹ Guerriero S., Sono una ragazza fortunata, *Sportweek*, n. 41 (958), 2019, pp. 22-35.

la disabilità così come la guarda un bambino: non vedendo il limite, ma quello che si riesce a fare.

5.1 La resilienza

Il termine resilienza deriva dal latino *resilio* che significa saltare, rimbalzare ed indica il tentativo di risalire su di una barca rovesciata¹²⁰.

Il primo ambito di applicazione di questo termine è stato quello della fisica: la resilienza indica la capacità di un metallo a riprendere la propria forma dopo aver ricevuto un colpo non abbastanza forte da causarne la rottura.

A partire dagli anni Ottanta, questo termine è entrato a far parte dei vocaboli comunemente usati anche nell'ambito delle scienze sociali, per individuare la capacità delle persone a far fronte agli ostacoli ed alle difficoltà in maniera positiva, di riorganizzare la propria vita in seguito ad eventi traumatici.

Non si è ancora giunti ad una definizione univoca di resilienza ma a fronte dei molti esperti del settore che hanno proposto una loro spiegazione quella che sembra essere più completa e più generalizzabile ai diversi contesti che l'uomo vive è:

la resilienza è la capacità di risposta positiva a un evento traumatico, dipende dalle forze biologiche e personali insite in ognuno, e dalle condizioni di contesto. L'evento traumatico non può di certo essere cancellato e nemmeno si può pensare che non rimangano segni indelebili; anzi essi sono parte integrante della storia di una persona, rappresentano il tempo che passa, le esperienze maturate e in qualche misura raccontano una parte dell'esistenza; una parte dolorosa della propria esistenza che può essere stigmatizzata e rigettata o, al contrario trasformata e riorganizzata in senso positivo¹²¹.

Per le persone che si trovano ad affrontare e a convivere con una condizione nuova, diversa dalla precedente poiché è sopraggiunta la malattia è più difficile comprendere e accettare di non essere più le persone che fino al giorno prima conoscevano.

¹²⁰ Dettori Filippo, *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 60.

¹²¹ Cyrulnik B., Malaguti E., *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Gardolo (Tn): Erikson, 2005, p. 240.

Il trauma in queste persone è un evento che rimette tutto – relazioni, vita scolastica o lavorativa, affetti e relazioni – in gioco ma che non deve confinarsi in una resa, in una rinuncia.

La prospettiva della resilienza affronta lo studio del deficit, del trauma, delle vulnerabilità con lo scopo di far dialogare la componente del limite con quella della risorsa, dell'opportunità, delle capacità.

L'educatore professionale insieme alla persona con disabilità tramite l'implementazione dei precedenti quattro aspetti collabora per instaurare un processo di ricostruzione, di riorganizzazione positiva, di ripresa.

Per farlo, può operare in due differenti direzioni¹²²:

- Interventi di riduzione degli svantaggi e delle difficoltà che l'evento traumatico comporta, secondo un modello lineare, bio-medico con azioni di riabilitazione, rieducazione, pedagogia e di didattica speciale.
- Interventi che promuovono la capacità di coping e di aumento delle capacità e delle competenze e lo sviluppo di indicatori per la costruzione della resilienza personale. Tale dimensione, originale e innovativa, chiama in causa analisi multivariate, multifattoriali e sistemiche.

È in questa seconda prospettiva che l'educatore professionale si avvarrà del movimento e dello sport poiché è la metodologia che maggiormente offre alla persona un beneficio a 360°.

Lo scopo dell'intervento è di migliorare l'accettazione della nuova condizione, migliorare la capacità di adattamento e di inclusione alla realtà socioculturale di appartenenza, scoprire ed esplorare il mondo tramite i nuovi occhi che la disabilità ha fornito, dare un senso positivo alla propria diversità sottraendosi all'esclusione, alla disuguaglianza e alla chiusura.

5.2 Lo sport per le persone con disabilità

Con il termine sport si intende "qualsiasi forma di attività fisica, attraverso una partecipazione organizzata o non, che abbia per obiettivo l'espressione o il

¹²² *Ivi*, pp. 240-241.

miglioramento della condizione fisica e psichica, lo sviluppo delle relazioni sociali o l'ottenimento di risultati in competizioni di tutti i livelli¹²³.”

Lo sport consente l'instaurarsi di relazioni, crea la possibilità di far parte di un gruppo, l'aumento della socializzazione, essere in grado di superare le difficoltà e avere la possibilità di confrontarsi con gli altri.

Lo sport può essere uno dei pochi ambiti, se non il primo, in cui il soggetto si sente realizzato, diventa consapevole che può raggiungere un obiettivo e si sente un *atleta completo*, con tutti i pregi ed i difetti, le paure, le debolezze, le risorse, le cattiverie, le sofferenze, le furbizie, le gioie e le soddisfazioni di un normodotato¹²⁴

Perché è stato pensato allo sport come metodologia?

Perché la pratica sportiva si è dimostrata essere la strategia migliore, efficiente e completa per la persona. L'applicazione di attività sportiva continuata, adattata e conforme alle capacità connota benefici nei tre livelli fondamentali dell'individuo¹²⁵:

- Livello fisico: miglioramento funzionale dell'apparato cardiocircolatorio e respiratorio, tonificazione muscolare, miglioramento delle funzioni neuro-vegetative ed endocrine;
- Livello cognitivo: migliore conoscenza del proprio corpo, dello schema corporeo, dello spazio circostante e del tempo, migliore conoscenza delle relazioni tra le varie parti del corpo e degli spazi sportivi, migliore conoscenza dell'uso degli attrezzi;
- Livello psicologico: stato di soddisfazione generale, gioia di muoversi, sviluppo dell'autocontrollo e di una solida conoscenza di sé.

A supporto di questa argomentazione troviamo le parole dell'onorevole Giusy Versace, promoters di importanti azioni – legali e sociali – a favore delle persone con amputazione degli arti e non che vogliono avvicinarsi al mondo sportivo.

Lo sport è sicuramente un importantissimo e fondamentale strumento di una più rapida inclusione sociale. Io la definisco anche “Terapia dell'Anima” perché

¹²³ Comitato per lo Sviluppo dello Sport, *Carta europea dello sport*, Roma: Coni Servizi, 1992.

¹²⁴ Montesano P., Russo C., La valenza educativa dell'attività sportiva adattata nel trattamento delle disabilità, *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva*, anno 1, n. 1, 2017, p. 70.

¹²⁵ *Ivi*, p. 65.

lo sport ti consente di alzare l'asticella, di confrontarti con i tuoi limiti, quelli che più delle volte ci poniamo noi stessi. Diventa poi una "Terapia" psicofisica, perché ti aiuta anche ad accettare la condizione fisica con la quale devi convivere, che non è facile accettare soprattutto se diventi disabile nel corso della vita per via di un incidente o malattie, come nella maggior parte dei casi purtroppo avviene¹²⁶.

Oltre alle parole della pluripremiata atleta paralimpica Versace, una visione più pedagogica viene fornita da Isidori¹²⁷; è stato uno dei primi a mettere in luce come lo sport sia un progetto valido da instaurare per la persona con disabilità, poiché collabora e introduce varie sfaccettature:

- Ludico-ricreativo in quanto progetto d'inclusione, gratificazione e libero accesso di tutti i cittadini, senza discriminazione, a pratiche che migliorano le condizioni di vita;
- Personale e di vita: azione umana che è innanzitutto personale e sociale (quindi interpersonale) per il miglioramento della propria vita e di quella degli altri;
- Istituzionale: disegno politico globalizzato che richiede impegno economico e sforzi sostenuti congiuntamente da tutti gli enti sociali ed educativi per essere attuato.

Lo sport per le persone con disabilità contribuisce a contenere e limitare i fattori negativi che il disturbo porta con sé: esclusione, disuguaglianza, stigmatizzazione ed etichettamento.

Ma attraverso quali meccanismi l'attività sportiva supporta la persona a ritrovare una qualità di vita ottimale?

Queste attività sportive *favoriscono* la socializzazione e permettono, quindi, di ampliare la rete sociale dell'individuo, consentendo la fuoriuscita dall'isolamento e dalla solitudine e creando un benefico effetto a catena che implementa le occasioni di socializzazione e la possibilità di accedere a nuove risorse umane e concrete; *incentivano* la capacità della persona di coltivare un progetto concentrandosi su qualcosa di positivo, di costruttivo e di concreto; *sviluppano* un senso di autoefficacia e alimentano quello di competenza perché permettono alla persona di dominare le situazioni e di sviluppare nuove capacità, consentendo di alimentare la storia dei propri successi e promuovendo l'autostima e la fiducia in sé stessi; *facilitano* momenti di

¹²⁶ Redazione di MR, Lo sport come strumento di inclusione sociale. Intervista all'Onorevole Giusy Versace, *Giornale italiano di medicina riabilitativa*, vol. 33, n. 1, p. 10.

¹²⁷ Isidori E., *La pedagogia dello sport*, Roma: Carocci editore, 2009.

allentamento dello stress o della pressione psichica causata da problemi personali, allontanando la fonte di stress o il ricordo dell'evento traumatico¹²⁸.

Milani in queste righe mette in luce quali sono le potenzialità educative che l'attività motoria consegna alla persona con disabilità, per permettergli un reinserimento e inclusione sociale, un innalzamento della propria autostima e autoefficacia, implementando un benessere globale.

Non è sempre facile trovare lo sport più adatto alle capacità, preferenze della persona con disabilità ma attraverso l'adattamento questo diviene possibile per migliorare la fattibilità, l'attuazione delle regole e ottenere i migliori risultati durante la competizione.

Ma è lo sport a doversi adattare alla disabilità o è la persona con disabilità a doversi adattare allo sport?

Non c'è una risposta univoca alla domanda poiché a seconda della tipologia di competizione si privilegerà un diverso attore che dovrà adattarsi alle esigenze. Sicuramente, il modo più comune di aggiustare una disciplina sportiva è modificando le regole, adeguando il peso o le dimensioni degli elementi fondamentali – palloni, attrezzature – così da andare incontro alle caratteristiche della disabilità e rendere più semplice la messa in pratica. Tutti questi arrangiamenti, però, devono mantenere il maggior numero possibile di elementi inalterati così da minimizzare le differenze tra pratiche olimpiche e paraolimpiche. Altre discipline però prevedono che siano gli stessi atleti a doversi adattare allo sport che scelgono di praticare, ad esempio una persona che ha subito un'amputazione ad uno o entrambi gli arti inferiori necessiterà delle protesi per poter gareggiare nella corsa, nel caso del basket dovranno utilizzare una sedia a rotelle sportiva se decideranno di entrare a far parte della squadra di pallacanestro.

Attuare queste modificazioni permette la creazione di uno sport integrato cioè un'attività sportiva o di altro genere rivolto a tutti gli atleti – sia disabili sia non disabili – con l'intento di costruire un gruppo o una situazione di gara che sviluppa e promuove la cultura dell'integrazione, della solidarietà, con

¹²⁸ Milani L., Le trame dell'educazione alla corporeità, in Milani L., *A corpo libero. Sport, animazione e gioco*, Milano: Mondadori, 2010, p. 35.

l'accettazione e la valorizzazione della diversità e dei limiti individuali a tutti i livelli¹²⁹.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati numerosi studi sull'impatto che lo sport ha avuto sulle persone con disabilità. Particolarmente rilevante è stato lo studio condotto da D'Egidio¹³⁰ e colleghi in cui hanno confrontato l'impatto della pratica sportiva in persone con un'amputazione e con differenti disabilità. I risultati hanno evidenziato una qualità di vita più indipendente e autonoma, un impatto psicologico minore nei confronti della propria disabilità poiché possiedono un più alto punteggio nella stima di sé, sull'immagine del corpo percepita e sul locus of control nelle persone con amputazione degli arti rispetto a individui con altre tipologie di disabilità. L'attività motoria per le persone amputate aiuta a combattere lo stress generato dal processo di accettazione della nuova condizione superando il disagio, il confronto con la disabilità che possiedono; essere circondati da altre persone nella stessa loro condizione le aiuta ad acquisire un senso di normalità, facendole sentire più a loro agio con la loro menomazione.

Da una seconda ricerca¹³¹ ha è evidenziato come lo sport, se praticato con continuità, concorre a ridurre la depressione, lo stress e la paura nei confronti del dolore. Allo stesso tempo, contribuisce all'aumento della qualità della vita, innalzando i livelli di divertimento, l'autonomia e l'indipendenza personali, miglioramenti nelle condizioni di salute – parametri cardiovascolari e respiratori – controllo motorio e forza fisica. Gli atleti con disabilità presentano, inoltre, un più alto indice di strategie di problem solving poiché più proattivi a cercare soluzioni creative e meno inclini a lasciarsi sopraffare dai fallimenti, non solo nell'ambito sportivo ma nella vita quotidiana.

In questi ultimi paragrafi sono risuonate spesso le terminologie integrazione e inclusione, ma cosa vogliono significare e perché la maggior parte delle

¹²⁹ Cusano P., Iovino S., Modelli di valutazione funzionale in uno sport integrato, *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva*, anno 2, n. 1, 2018, p. 23.

¹³⁰ D'Egidio V. et al., Pedagogia, disabilità e sport-terapia: dalle Paralimpiadi alla salute per tutti, *Formazione & Insegnamento*, anno 14, n. 1, 2016, pp. 65-74.

¹³¹ Visentin S., Facilitatori e barriere nella pratica sportiva di atleti con disabilità fisiche: uno studio esplorativo, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, anno 4, n. 1, 2016, pp. 121-135.

politiche di promozione delle persone con disabilità sono rivolte a migliorare questi aspetti?

L'inclusione sociale è la situazione in cui, in riferimento a una serie di aspetti che permettono agli individui di vivere secondo propri valori, le proprie scelte, è possibile migliorare le proprie condizioni e rendere le differenze tra le persone e i gruppi socialmente accettabili. L'integrazione sociale è, invece, qualcosa di più profondo, come l'inserimento delle diverse identità in un unico contesto all'interno del quale non sia presente alcuna discriminazione. Quindi, è intesa come il processo attraverso il quale il sistema acquista e soprattutto conserva un'unità strutturale e funzionale, mantenendo un equilibrio attraverso processi di cooperazione sociale e di coordinamento tra i ruoli e le istituzioni¹³². Per rendere ancora più chiara la distinzione tra integrazione e inclusione pensiamo di rappresentare queste due situazioni con degli insiemi.

Nel primo si avranno due cerchi: uno più grande dove all'interno ci sono le persone ritenute sane e prive di difetti fisici; il secondo più piccolo, contenuto in quello più grande, dove al proprio interno sono presenti gli individui con disabilità.

Nella seconda rappresentazione è presente un solo grande insieme con all'interno tutte le persone – con disabilità e non – che congiuntamente convivono.

5.3 Le Paralimpiadi: un incentivo per l'inclusione sociale

I giochi paralimpici sono l'equivalente dei giochi olimpici¹³³, ma specifici per gli atleti che presentano disabilità.

Il padre fondatore del movimento sportivo fu Ludwig Guttmann¹³⁴ che nel 1948 promosse lo sport come terapia riabilitativa per i veterani della Seconda guerra

¹³² D'Egidio V. et al., *Pedagogia, disabilità e sport-terapia: dalle Paralimpiadi alla salute per tutti*, *Formazione & Insegnamento*, anno 14, n. 1, 2016, p. 66.

¹³³ Evento sportivo quadriennale che prevede la competizione tra i migliori atleti nel mondo nelle discipline sportive praticate nei cinque continenti.

¹³⁴ Ludwig Guttmann tedesco di origine, successivamente naturalizzato inglese, è stato il neurochirurgo a sviluppare e promuovere la terapia sportiva per le persone con disabilità fisica. Organizzando il primo evento sportivo nel 1952 divenne il padre fondatore degli odierni giochi paralimpici. In Ricciardi R., *Un cuore da campione. Storia di Ludwig Guttmann inventore delle Paralimpiadi*, Firenze: Giuntina editore, 2021.

mondiale che presentavano danni alla colonna vertebrale o altre tipologie di menomazioni. L'intuizione fu giusta poiché egli notò che lo sport a differenza della tradizionale terapia riabilitativa produceva miglioramenti nell'equilibrio, nella conoscenza e nella consapevolezza del proprio corpo e una maggiore sicurezza di sé.

In Italia, è grazie all'esperto della riabilitazione Antonio Maglio¹³⁵ se si diffuse la sport-terapia, permettendo alle persone con disabilità di avvicinarsi al mondo sportivo potendosi mettere alla prova in differenti sport. Con l'impegno e la determinazione Maglio riuscì nel 1960 a portare a Roma la prima edizione dei Giochi paralimpici, esattamente nello stesso luogo in cui qualche giorno prima si sono conclusi i giochi olimpici.

Oggi, il Comitato Paralimpico Internazionale si sviluppa e fonda i giochi paralimpici su quattro fondamentali valori:

- Coraggio: racchiude lo spirito unico dell'atleta paralimpico che cerca di realizzare ciò che il grande pubblico ritiene inaspettato, ma ciò che l'atleta conosce come verità;
- Determinazione: la manifestazione dell'idea che gli atleti paralimpici spingono la loro capacità fisica al limite assoluto;
- Ispirazione: quando l'effetto intenso e personale è generato dalle storie e dai risultati degli atleti paralimpici, e l'effetto è l'applicazione di questo spirito alla propria vita personale;
- Uguaglianza: lo sport paralimpico funge da agente di cambiamento per abbattere le barriere sociali di discriminazione per le persone con disabilità.

Ma gli atleti paralimpici, chi sono?

Per omologare e rendere eque le competizioni il Comitato Italiano Paralimpico¹³⁶ (CIP) ha individuato e distinto in differenti categorie gli atleti, in base alla disabilità che presentano:

¹³⁵ Antonio Maglio, medico e attivista italiano che sulla scia di Guttmann introdusse lo sport per le persone in carrozzina. È grazie a Maglio se nel 1960 si è assistito all'introduzione dei giochi paralimpici in Italia. In Saitta L., *Senza barriere: Antonio Maglio e il sogno delle Paralimpiadi*, Roma: INAIL, 2018.

¹³⁶ Riconosciuto formalmente – in seguito all'approvazione del Decreto Legislativo n. 43 del 27 febbraio 2017 "Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, concernente il Comitato

- Amputazione: atleti con perdita parziale o totale di almeno un arto;
- Paralisi cerebrale: atleti con danni cerebrali non progressivi, per esempio paralisi cerebrale infantile, lesioni cerebrali traumatiche, ictus o disabilità simile che colpiscono il controllo muscolare, l'equilibrio e il coordinamento;
- Disabilità intellettive: atleti con significative disabilità a livello intellettuale e limitazioni nel comportamento;
- Sedia a rotelle: atleti con danni alla spina dorsale o che usano una sedia a rotelle;
- Cecità: atleti con problemi di vista, dalla cecità parziale a quella totale;
- Sordità: atleti con problemi di udito, dalla sordità parziale a quella totale;
- Altre disabilità: atleti con una disabilità che non ricade in nessuna delle categorie precedenti, tra questi possono rientrare quelle persone affette da nanismo, sclerosi multipla o deformità congenite agli arti.

Oltre a questa classificazione generale sono presenti altre tipologie di classificazione, specifiche per ogni disciplina sportiva paralimpica. Ad esempio, la pallavolo paralimpica si differenzia in sitting volley e volley in sedia a rotelle; ad oggi, solo la prima è riconosciuta come disciplina paralimpica. Entrambe le tipologie richiamano cercano di richiamare e mantenere gli aspetti che contraddistinguono la pallavolo tradizionale: la composizione delle squadre – 6 vs 6 giocatori – impegnate in campo, poter effettuare solo tre tocchi in un'azione, il punteggio e il quoziente set per vincere la partita.

È grazie all'influenza e all'attenzione dei mass media se oggi il movimento paralimpico ha ottenuto un così grande successo. Il boom mediatico nel nostro paese si deve grazie alla RAI che ha trasmesso in diretta le competizioni di Londra 2012: la paralimpiade più ampia mai disputata fino a quel momento,

italiano paralimpico” – come Ente Pubblico per lo sport praticato da persone disabili. Ha il compito di riconoscere le organizzazioni sportive per persone con disabilità in tutto il territorio nazionale, garantendone la massima diffusione e un proficuo avviamento alla pratica sportiva.

per numero di partecipanti provenienti da 164 paesi del mondo (ben 14 nazioni hanno fatto il loro ingresso per la prima volta nel mondo paralimpico) e la reintroduzione delle gare per gli atleti con disabilità intellettiva poiché sospese dall'edizione di Sydney 2000.

Quello che ha permesso a quest'edizione di essere così rilevante fu la scelta, fatta del parlamento inglese, di far svolgere la manifestazione nel medesimo luogo di nascita e in cui nel 1948 ebbero luogo i primissimi giochi paralimpici: il paesino di Stoke Mandeville.

Oggi il movimento paralimpico è il miglior ambasciatore e portabandiera per l'abbattimento delle barriere architettoniche e culturali, per l'inclusione e l'integrazione delle persone con disabilità all'interno della società. Si è profondamente modificata la terminologia delle paralimpiadi poiché ora si parla di sport, di abilità; i termini disabilità, incapacità di poter fare o essere poiché è grazie a questi atleti che l'essere umano si sta rendendo sempre più consapevole che impegnandosi è in grado di poter realizzare imprese che pensava irraggiungibili.

5.4 Conosciamo alcuni tra i protagonisti del mondo paralimpico

Gli atleti paralimpici sono fonte di ispirazione per chi li osserva, davanti alle imprese che compiono non si può far altro che ammirarli per la forza, la determinazione, il duro lavoro, la motivazione che dimostrano per superare qualsiasi barriera e raggiungere traguardi e podi importanti. Queste persone, o per meglio definirle così come fanno loro, questi Avengers dimostrano che non esistono scuse, impossibilità per raggiungere i propri sogni e promuovere, incentivare la possibilità di poter praticare attività sportiva, anche a livello agonistico.

La parola agonismo¹³⁷ deriva dal greco *agóne*, simboleggia l'impegno preso, mantenuto e deciso di un'atleta o di una squadra a perseguire un determinato obiettivo nello svolgimento e nell'intera durata di una gara.

¹³⁷ Il Nuovo Zingarelli, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 1983.

La maggior parte di questi atleti ha trovato nella scrittura – diretta o indiretta – e nella narrazione della propria storia un beneficio nell'accettazione della propria nuova condizione.

Un racconto è una riconciliazione con la propria storia e un'iniziativa di liberazione¹³⁸.

Millefiorini¹³⁹ afferma a sostegno dell'autobiografie delle persone con disabilità scrive “la narrazione è funzionale al recupero, all'accettazione e al superamento del trauma e contribuisce a stimolare un atteggiamento resiliente. [...] Chi narra poi deve scegliere una forma, uno stile, un lessico con cui rappresentare la propria vicenda. In tutte queste scelte l'autore crea qualcosa di nuovo e insolito, che permette di cogliere il senso della realtà vissuta e rappresentata, aiuta a proiettarsi verso il futuro con un nuovo slancio”.

La scrittura autobiografica o creativa diventa una forma di autoaiuto poiché consente a chi la scrive di ricordare, rielaborare, accettare il proprio vissuto con il tempo, per riprendere in mano la propria esistenza con consapevolezza e speranza.

Perché queste persone, atleti per lo più, hanno scritto la loro storia?

Per rispondere alla domanda si sono prese in prestito le parole di Barbara Garlaschi, paraplegica dall'età di sedici anni in seguito ad una lesione alla quinta vertebra cervicale causata da un tuffo in acque basse.

Perché non l'ho vissuta come una storia “privata”. [...] Perché ogni volta che incontro un gradino, una scala, un ascensore stretto, il tavolo di un ristorante scomodo, un posto macchina “riservato” occupato da chi non ne ha diritto, ogni volta che devo battagliaire con qualcosa che mi fa sentire “diversa” e indifesa, ogni volta c'è qualcuno insieme a me. E poi perché è questo che accade, talvolta. Che storie private divengano storie di molti¹⁴⁰.

[...]

Forse l'ho scritta perché non voglio dimenticare. Ricordare e condividere è un modo per salvarsi, per non perdersi. [...] Di sicuro scrivere è servito a liberarmi di un peso che mi portavo dentro. Perché è così che si deve fare ogni tanto: prendere ricordi, sensazioni, emozioni, farne un pacco e gettarlo a mare. Poi

¹³⁸ Antonietti A., Pizzingrilli P., Resilienza e creatività: nessi possibili, in Castelli C., *Resilienza e creatività. Teorie e tecniche nei contesti di vulnerabilità*, Milano: Franco Angeli, 2011, p. 15.

¹³⁹ Millefiorini F., Raccontarsi per “salvarsi”. Scritture dell'io e accettazione della disabilità acquisita, in Casadei A., Fedi F., Nacinovich A., Torre A., *Letteratura e Scienze*, Roma: Adi editore, 2021, pp. 1-7.

¹⁴⁰ Garlaschelli B., *Sirena. Mezzo pesante in movimento*, Milano: Tea, 2007, p. 119.

continuare a navigare. In realtà non credo ci si liberi mai da certi pesi e forse è giusto così, non saprei. Di certo, lo scrittore ha l'enorme fortuna di poter tradurre in parole ciò che sente e questo, per ciò che mi riguarda, rende la vita più sopportabile¹⁴¹.

Se ci è possibile conoscere, ammirare e imparare qualcosa da queste persone è solo grazie alle opere che si proprio pungo o grazie alla mano d'altri – genitori o parenti, amici, giornalisti – se sono giunte fino e permettono di comprendere i piccoli sforzi che mettono in pratica quotidianamente.

Conosciamone alcuni...

5.4.1 Beatrice “Bebe” Vio

Beatrice Vio, conosciuta da tutti con il soprannome di “Bebe”, è una schermitrice veneziana paralimpica italiana annata 1997.

Nel 2008 per diversi giorni soffre di forte mal di testa e febbre alta, i genitori decidono di portarla al pronto soccorso dove verrà ricoverata



d'urgenza con diagnosi di meningite fulminante da meningococco di gruppo C. Essendo questa una forma di meningite particolarmente aggressiva e rapida le sue condizioni si aggravano: cominciano a diffondersi necrosi e infezioni, i medici si trovano costretti, in un primo luogo, ad amputarle le gambe sotto al ginocchio. Successivamente, furono costretti ad amputare fino agli avambracci.

Bebe rimase 119 giorni in ospedale per ricevere le cure necessarie a bloccare e stabilizzare la propria condizione, un periodo in cui lei non si è mai arresa e che ha lasciato sul suo corpo moltissime cicatrici evidenti che lei mostra con orgoglio.

L'anno successivo alla dimissione di Bebe, la mamma Teresa Angela e il papà Ruggero fondano l'associazione Art4Sport Onlus¹⁴² il cui scopo è aiutare,

¹⁴¹ *Ivi*, p. 120.

¹⁴² La sede dell'associazione si trova a Mogliano Veneto (TV), l'utenza arriva da tutto il territorio nazionale.

incoraggiare e fornire a bambini e adolescenti con amputazione agli arti le protesi sportive¹⁴³ con l'obiettivo di avvicinarli al mondo dello sport agonistico. Nel 2010 ricomincia a gareggiare, è la prima atleta al mondo a gareggiare con protesi a tutti e quattro gli arti.

Bebe ha dimostrato che la disabilità non è un limite, non significa dover rinunciare ai propri sogni e nonostante le complicazioni si può riuscire a far avverare – o costruirne di nuovi – i propri sogni.

Grazie all'associazione Art4Sport e ai numerosi progetti che Bebe e la sua famiglia promuovono rendono accessibile lo sport a tutti, favorendo l'integrazione e aumentando il benessere fisico e psicologico che accompagna l'attività motoria; divenendo il mezzo per prendersi cura di sé e riabilitarsi.

Ma che cosa rappresentano le protesi per un giovane atleta?

Mamma Teresa Angela, nonché presidente di Art4Sport, a questa domanda ha risposto:

Le protesi e tutti gli ausili sportivi specifici sono fondamentali per la pratica di un'attività sportiva. Molto spesso i genitori stessi non conoscono le opportunità esistenti e non sanno che ci sono moltissimi sport praticabili dal proprio figlio. Considerate che per ogni disciplina olimpica corrisponde una sua corrispettiva sezione paralimpica. In questo senso, le protesi giocano un ruolo di primaria importanza e sono progettate e realizzate sul singolo ragazzo proprio in base alle sue caratteristiche fisiche¹⁴⁴.

L'associazione è nata esattamente per colmare il vuoto, divenendo un punto di riferimento per quei ragazzi, ragazze e le loro famiglie che nonostante la disabilità vogliono ancora praticare sport, che ancora inseguono il sogno di alzare una medaglia al cielo.

Perché il desiderio di voler tornare a gareggiare di Bebe, anche dopo la malattia, era così forte?

¹⁴³ Il Sistema Sanitario Nazionale in collaborazione con il centro protesi INAIL Budrio forniscono solamente un piccolo incentivo per l'acquisto di ausili (sedia a rotelle, stampelle) e solo le protesi ad uso quotidiano. Le protesi sportive non sono previste e comprese nel bilancio; per questo motivo l'acquisto di queste attrezzature ricadono sulla famiglia degli atleti.

¹⁴⁴ Tomasella A., Bebe Vio: la forza di ricominciare dallo sport, p. 18-19, in Social News, *Protesi e Robotica: quale futuro?*, anno 13, n. 5, 2016, p. 18.

“Attraverso lo sport riusciamo a far capire che una cosa vista come un difetto, come un’amputazione o una disabilità, diviene una cosa di cui noi andiamo fieri¹⁴⁵.”

È con queste parole che ancora una volta si vuole porre l’accento sull’importanza che lo sport ha sul benessere fisico e mentale di ogni persona.

5.4.2 Giusy Versace

Giusy nasce nel 1977 nella provincia di Reggio Calabria, figlia d’arte di una famiglia di stilisti d’alta moda. Nel 1999 la città di Milano l’adotta e le permette di lavorare nel medesimo campo della famiglia d’origine. Il 22 agosto 2005, durante una trasferta di lavoro,



sull’autostrada Salerno-Reggio Calabria perde il controllo della propria autovettura a causa delle condizioni atmosferiche, urtando contro il guardrail. È a causa di quell’incidente che perde entrambe le gambe, nel quale lei lotta fino all’arrivo dei soccorritori contro la perdita di coscienza nel tentativo disperato di non far appoggiare le proprie gambe all’asfalto, così da evitare infezioni o danni peggiori. Seguono anni difficili per lei e la famiglia, in cui viene seguita da équipe di medici, fisiatristi, fisioterapisti, ortopedici ed esperti di protesi con lo scopo di poter tornare a camminare. Nel 2010, con il supporto dei medici, inizia a correre con le protesi in fibra di carbonio, diventando la prima atleta italiana della storia a correre con un’amputazione bilaterale agli arti inferiori.

Nel 2011 fonda l’associazione Disabili No Limits Onlus per aiutare altri ragazzi ad avvicinarsi allo sport; nel gennaio 2018 si candida per le elezioni politiche nelle liste di Forza Italia. In seguito all’elezione uninominale di Varese e le viene assegnata la delega del gruppo alle Pari Opportunità e Disabilità, divenendo membro della Commissione Bicamerale per l’Infanzia e l’Adolescenza. In questa sua candidatura si è impegnata attivamente per far

¹⁴⁵ Rogolino L., Intervista a Bebe Vio: bisogna essere fieri di essere speciali, *Bigodino.it*, 2016.

aggiornare il Nomenclatore tariffario così da poter includere le protesi sportive all'interno delle forniture fornite dal Sistema Sanitario Nazionale; obiettivo però non ancora del tutto raggiunto.

CONCLUSIONI

Per svolgere questo lavoro di ricerca bibliografica si è partiti dalla riflessione sviluppata in seguito alla visione del documentario “Rising Phoenix – La storia delle paralimpiadi”. Al termine della visione del docufilm sono sorti diversi interrogativi, a cui ho cercato di dare una risposta ricercando un elenco delle pubblicazioni inerenti ai fini della stesura dell’elaborato:

- Come cambia la vita e il futuro di chi sopravvive ad un grave incidente, ma ne conserva le indelebili cicatrici?
- Può lo sport aiutare queste persone, diventate disabili da un giorno all’altro, a riappropriarsi della propria vita?
- Attraverso quali strategie l’educatore professionale può sostenere e aiutare il cambiamento?

La trasformazione di questi individui arriva come un fulmine a ciel sereno, senza preavviso, lasciando segni indelebili o addirittura portandosi via per sempre parti di loro. È in questi momenti, confinati in un letto di ospedale e attornati da un profondo senso di sconforto, che viene ricercato disperatamente un colpevole, un capro espiatorio in cui far ricadere la colpa dell’accaduto, anche se non sempre è presente. In quei giorni tutti uguali, dove il tempo sembra non passare mai e il ticchettio dell’orologio è una delle poche costanti compagnie, il futuro non appare limpido, prevedibile. Tutti i progetti, desideri e obiettivi prefissati sono stati spazzati via; il passato ritorna prepotentemente facendo riaffiorare nella mente ricordi, esperienze e vissuti che non potranno più ripresentarsi. Il presente appare confuso e pieno di domande a cui si cerca disperatamente una risposta, augurandosi che sia quella che sperano. Ora a causa delle condizioni in cui ci si trova ogni singola certezza viene rimessa in discussione, dalla più semplice e banale alla più complicata e articolata. È difficile pensare alla parte rimanente, alle capacità e possibilità residue, alla fortuna di essere sopravvissuti perché richiede uno sforzo che in un momento come quello, di tristezza, è complicato attuare. Risulta molto più comodo e semplice trovare il lato negativo, guardare la perdita e tutto quello che è andato smarrito con essa. La visione della disabilità

nella maggior parte di chi la osserva da fuori, è di compassione, di pietà. Come se si preferisse girarsi dall'altra parte per non osservare e per non far sentire in difetto chi si trova ad avere delle menomazioni. Infatti, la disabilità più spaventosa e debilitante che può affliggere una persona è incorrere in un'amputazione poiché in quella menomazione si perde la propria identità, la propria persona, ci si sente incompleti.

Ma anche incontrando una simile disabilità la vita non finisce, continua. Poter ritornare a condurre un'esistenza dignitosa e di valore è ancora possibile. Alla luce della bibliografia esaminata è possibile dedurre che applicando le giuste strategie, affidandosi al supporto e aiuto di professionisti e alla vicinanza delle persone care si è in grado di poter condurre o addirittura migliorare il proprio modo di vivere.

L'analisi svolta ha permesso di affermare che lo sport può essere il mezzo, lo strumento migliore tramite cui la disabilità viene osservata da una prospettiva differente, anche grazie all'incentivo e interesse dei mass media nel trasmettere nei canali in chiaro – non a pagamento – le competizioni di questi campioni permette alla maggioranza di non voltare più lo sguardo dall'altra parte ma vederli con occhi nuovi e imparare qualcosa da loro. Tutti noi possiamo imparare gli uni dagli altri, basta avere la volontà di farlo. Lo sport inteso come strumento di riabilitazione, volto alla riconciliazione o ricostruzione della propria identità colma questa sensazione di incompletezza. Ritornare a guardarsi allo specchio e guardare con orgoglio le proprie ferite dà quella spinta motivazionale a mostrarsi al mondo così come si è, senza il timore del giudizio ma orgogliosi di essere stati più forti, più resilienti. Se si dovesse rappresentare questi atleti o comunque ogni persona che ha subito questa metamorfosi, la più appropriata sarebbe la fenice: simbolo arabo di morte e resurrezione al sopraggiungere della morte – in questo caso si fa riferimento all'evento traumatico violento, improvviso ed incontrollabile – si ritira in un luogo solitario – il momento di elaborazione della perdita – e dalle proprie ceneri è in grado di risorgere, di ritrovare la forza, la volontà, la spinta motivazionale ad affrontare con coraggio la seconda possibilità che la vita ha donato. Nella moltitudine di articoli, storie di vita di atleti che si è preso in

esame per la stesura dell'elaborato, lo sport per loro poi è diventato il modo tramite cui celebrare la loro vittoria, l'essere riusciti ad essere più forti e resilienti dell'ostacolo. E poter alzare al cielo quella medaglia fa appianare le differenze che purtroppo ancora oggi ci sono.

In conclusione, sulla base degli studi fin qui svolti emerge che la figura professionale dell'educatore, oltre ad essere una risorsa per la persona e la sua famiglia perché sa creare un aggancio emotivo, professionale e di fiducia nei loro confronti, può diventare un punto di riferimento per l'implementazione dello sport come strategia riabilitativa, di inclusione sociale e implementazione dell'autonomia grazie alla rete di conoscenze e opportunità che il territorio può offrire; lottando per abbattere le barriere che ancora fanno sì che sia necessaria una differenziazione o una divisione tra opportunità per le persone con disabilità e vantaggi per chi ha difficoltà.

Chissà se mai un giorno si potrà pensare di unificare olimpiadi e paralimpiadi così da far competere insieme questi campioni...

BIBLIOGRAFIA

Allievi S., Vivere dopo un incidente stradale: i servizi per disabilità post-traumatiche, *Studi e ricerche sul welfare*, n. 2, 2004, pp. 323-330.

American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- Quinta edizione. DSM-5*, Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2015.

Annese P. M., Bossini L., Calossi S., Castrogiovanni P., Lombardelli A., Pieraccini F., Traverso S., Il Disturbo Post-Traumatico da Stress, *Rapporti tra life events e patologia psichiatrica*, 3, 2004, pp. 215-238.

Antioco Zurru L., La dimensione identitaria nella persona disabile: il focus di un dialogo tra Pedagogia Speciale e Medicina, *University & Research*, 2018, pp. 199-202.

Ascione A., Di Palma D., Peluso Cassese F., Tafuri D., Educare con lo sport: una risorsa multi-valoriale, *Formazione & Insegnamento*, anno 16, n. 2, 2018, pp. 173-180.

Astone M., *La bambina dietro allo specchio*, Cocquio Trevisago (VA): 0111edizioni, 2014.

Bandura A., *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento: Erickson, 2000.

Belmonte G., *Il linguaggio del corpo e la comunicazione non verbale nello sport*, State of Mind, giugno 2017.

Bernegger G., Traum(a): trauma, sogno, racconto, *Rivista per le Medical Humanities*, n. 28, 2014, pp. 13-21.

Bisagno E., Vezzali L., *BeSport. Sport e benessere a 360 gradi*, UNIMORE Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, 2020.

Bobbo N., *La diagnosi educativa in sanità*, Roma: Carocci Faber, 2020.

Bobbo N., Moretto B., *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*, Roma: Carocci editore, 2020.

Bolzan F., Cioni L., Magnanini A., Educazione alla genitorialità e sport. Uno studio esplorativo su un campione di genitori di figli con disabilità, *Annali online della didattica e della formazione docente*, vol. 10, n. 15-16, 2018, pp. 491-503.

Bonnier P., *L'aschematie*, Revue Neurologique, 12, 1905.

Bowlby J., *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*, Torino: Boringhieri, 1980.

Brunialti C., Riflessioni analitiche sulla disabilità fisica, *Studi Junghiani*, vol. 23, n. 2, 2017, pp. 5-19.

Cairo M., Mariani V., Zoni Confalonieri R., *Disabilità ed età adulta: qualità della vita e progettualità pedagogica*. Milano: V&P, 2010.

Castelli C., *Resilienza e creatività. Teorie e tecniche nei contesti di vulnerabilità*, Milano: Franco Angeli, 2011.

Cesarano V. P., Striano M., Dal prendersi cura all'aver cura dei pazienti in condizione di disabilità, *L'integrazione scolastica e sociale*, vol. 19, n. 4, 2020, pp. 24-39.

Cicognani E., Zani B., *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Roma: Carocci editore, 2006.

Coco D., Lo straordinario valore educativo dello sport, *Formazione & Insegnamento*, anno 12, n. 3, 2014, pp. 119-132.

Colleoni M., *Costruire biografie nella disabilità: luoghi sociali aperti alla disabilità*, Torino: Gruppo Abele, 2006, pp. 21-22.

Colzani E., Damiani P., Gomez Paloma F., Rugby Mixed Ability e Inclusione. Un'analisi di caso tra sport, pedagogia e neuroscienze, *Formazione & Insegnamento*, anno 16, n. 1, 2018, pp. 195-203.

Consoli P. A., *Schema corporeo o immagine corporea? Tra psicologia e neuropsicologia*, State of Mind, ottobre 2013.

Cooley C.H., *Human Nature and The Social Order*, New York, Charles Scribner's Sons, 1902.

Costa A., Le nuove competenze dell'educatore, *Animazione sociale*, n. 4, 2001, pp. 74-83.

Cozzi A., *Il Sé e lo sviluppo del Sé. Una panoramica storica sulle principali teorie*, State of Mind, settembre 2018.

Crepaz P., *Lo sport come itinerario educativo*, Comitato provinciale Trento, 2016.

Crisafulli F., Le competenze dell'educatore professionale. Buona volontà e buon senso non bastano per i bisogni complessi delle persone in difficoltà, *Welfare oggi*, n. 4, 2016, pp. 67-72.

Cunti A., *La rivincita dei corpi: movimento e sport nell'agire educativo*, Milano: Franco Angeli, 2011.

- Cunti A., Orientamento e sport: articolazioni pedagogiche, *Formazione & Insegnamento*, anno 14, n. 3, 2016, pp. 111-121.
- Cusano P., Iovino S., Modelli di valutazione funzionale in uno sport integrato, *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva*, anno 2, n. 1, 2018, pp. 22-28.
- Cutti A. G., Luchetti M., Montebrocchi O., Rossi N. C. F., Verni G., Reazioni psicologiche in soggetti con amputazione di arto: una rassegna della letteratura, *Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute*, n.1, 2013, pp. 49-70.
- Cutti A. G., Verni G., Protesi d'oro, p. 12-17, in *Social News, Protesi e Robotica: quale futuro?*, anno 13, n. 5, 2016.
- Cyrulnik B., *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Milano: Frassinelli, 2000.
- Cyrulnik B., Malaguti E., *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Gardolo (Tn): Erikson, 2005.
- D'Avenia A., *L'arte di essere fragili. Come Leopardi può salvarti la vita*, Milano: Mondadori, 2016.
- D'Egidio V., Mannocci A., Masala D., Peluso Cassese F., Pedagogia, disabilità e sport-terapia: dalle Paralimpiadi alla salute per tutti, *Formazione & Insegnamento*, anno 14, n. 1, 2016, pp. 65-74.
- De Santis C., Maccone D., L'amputato di arto inferiore con protesi: proposta metodologica per la ristrutturazione degli schemi motori e dello schema corporeo, *Chinesiologia*, n. 3, 2022, pp. 36-43.
- Desmond D. M., Mac Lachlan M., Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputation, *Journal of Pain Symptom Management*, 31, 2006, pp. 362-368.
- Dettori Filippo, *Perdersi e ritrovarsi. Una lettura pedagogica della disabilità in età adulta*, Milano: Franco Angeli, 2011.
- Di Giorgio C., Di Pierangelo C., Vecchiarini A., *Lo sport per le persone con disabilità come diritto umano fondamentale*.
- Di Nuovo S., Trauma e resilienza tra neuroscienze e aspetti psico-sociali, *Journal of Applied Ceremonial and Communication in Management*, fascicolo 1, n. 2, 2017, pp. 24-43.

Di Palma D., Impara L., Masala D., Tafuri D., La gestione della risorsa "sport" per favorire il valore educativo, *Formazione & Insegnamento*, anno 14, n. 3, 2016, pp. 55-61.

Didonna Fabrizio, Herbert Claudia, *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*, Trento: Erikson, 2011.

Diener E., Guidelines of national indicators of subjective well-being and ill-being, *Applied research quality life*, n. 1, 2006, pp. 151-157.

Digennaro S., Lo sport: un approccio multidimensionale alla disabilità, *Salute e società*, fascicolo 3, Milano: Franco Angeli, 2008, pp. 1-13.

Dohrenwend B. S., Social stress and community psychology, *American Journal of community psychology*, n. 6, 1978, pp. 1-14.

Eckenrode J., *The social context of coping*, New York: Plenum, 1991.

Feuerstein Ra., Feuerstein Re., Rand Y., *La disabilità non è un limite. Se mi ami, costringimi a cambiare*, Firenze: Libri Liberi, 2005.

Fiorletta A., Iavarone V., Madeddu F., Prunas A., Le conseguenze psicologiche a breve termine degli incidenti stradali: una ricerca empirica, *Rivista di psichiatria*, fascicolo 6, n. 44, 2009, pp. 409-417.

Garlaschelli B., *Sirena. Mezzo pesante in movimento*, Milano: Tea, 2007.

Gasperi P., Il nuovo identikit professionale dell'educatore socio-pedagogico in prospettiva inclusiva, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, anno VI, n. 2, 2018, pp. 27-41.

Gasperini I., *Crescere e divertirsi con lo sport: come aiutare i bambini a vivere meglio senza diventare campioni*, Milano: Franco Angeli, 2010.

Genovesi G., L'educatore. Riflessioni sulla sua identità, *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, vol. 8, n. 11, 2016, pp. 5-18.

Ghedin E., *Ben.essere disabili: un approccio positivo all'inclusione*, Napoli: Liguori, 2009.

Giaconi C., *Qualità della vita e adulti con disabilità: percorsi di ricerca e prospettive inclusive*, Milano: Franco Angeli, 2015, pp. 27-28.

Guerriero S., Sono una ragazza fortunata, *SportWeek*, n. 41 (958), 2019, pp. 22-35.

Harter S., *Causes and consequences of low-self esteem in children and adolescents*, New York: Plenum, 1993.

Heidegger M., *Essere e tempo (1927)*, Milano: Longanesi, 1976.

Impara L., Il gioco motorio nello sviluppo psicofisico del bambino, *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva*, anno 3, n. 1, 2019, pp. 56-66.

INAIL, *Carta dei servizi del centro protesì Inail*, 2022.

Iori V., *Educatori e pedagogisti. Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*, Trento: Erickson, 2018, pp. 15-38.

Isidori E., *La pedagogia dello sport*, Roma: Carocci editore, 2009.

Isidori E., Maulini C., Migliorati M., Sport e inclusione sociale. Tra competenze pedagogiche e lavoro di rete, *Rivista italiana di pedagogia dello sport*, n. 2, 2017, pp. 33-47.

Istat, *Incidenti stradali in Italia. Anno 2021*, Roma: servizio editoria Istat, luglio 2022.

Istituto dell'Enciclopedia Italiana. *Dizionario di economia e finanza*. 2012.

Jahoda M., *Current concepts of positive mental health*, New York: Basic Book, 1958.

James W., *Principi di psicologia*, traduzione italiana Milano: Società editrice libraria, 1901.

Jourard S. M., Landsman T., *Health personality: an approach from the viewpoint of humanistic psychology*, New York: Macmillan, 1980.

Keller H., *La storia della mia vita*, Modena: Edizioni Paoline, 1963.

Kessler R. C., Sonnega A, Bromet E., Hughes M., Nelson C. B., Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 52, 1995, pp. 1048-1060.

Küber-Ross E., *On death and Dying*, New York: Macmillan, 1969.

La Russa B., *Il corpo in psicologia: riflessioni sull'unità corpo-mente-relazione*, State of Mind, marzo 2020.

La Torre G., Mannocci A., Quaranta G., Incidenti, *Rapporto osserva salute*, 2009, pp. 95-107.

Laguzzi S., Marconetto F., Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico, *Rivista di psicologia individuale*, n. 83, 2018, pp. 9-36.

Liotti G., Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento, *Infanzia e adolescenza*, vol. 4, fascicolo 3, 2005, pp. 130-144.

Luppi A., L'educatore: aspetti normativi e contesti professionali, *Annali online della didattica e della formazione docente*, vol. 8, n. 11, 2016, pp. 44-54.

Malaguti E., *Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Gardolo: Erickson, 2005.

Manfuso I., Re L. G., Caratteristiche, valutazione e trattamento del dolore dell'arto fantasma, *Italian Journal of nursing*, n. 31, 2019, pp. 21-26.

Maulini C., *Progettare il benessere attraverso lo sport: indicazioni metodologiche e studi di casi*, Milano: Franco Angeli, 2014.

Mc Dowell I., Newell C., *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*, New York: Oxford university Press, 1987.

Mead G.H., *Mente, sé e società*, traduzione italiana Firenze: Giunti-Barbera, 1966.

Mehrabian A., Wiener Albert Morton, Decoding of Inconsistent Communications, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1967, pp. 109-114.

Milani L., *A corpo libero. Sport, animazione e gioco*, Milano: Mondadori, 2010.

Milani M. A., *Sport e inclusione. La disabilità nel contesto scolastico e sociale*, Bologna: Bononia University Press, 2020.

Millefiorini F., Raccontarsi per "salvarsi". Scritture dell'io e accettazione della disabilità acquisita, in Casadei A., Fedi F., Nacinovich A., Torre A., *Letteratura e Scienze*, Roma: Adi editore, 2021, pp. 1-7.

Moliterni P., *Didattica e scienze motorie: tra mediatori e integrazione*, Roma: Armando editore, 2013.

Montali F., *Vissuto psicologico del paziente sottoposto a rivascolarizzazione ed amputazione*, Servizio Sanitario regionale Emilia-Romagna, 2015.

Montesano P., Russo C., La valenza educativa dell'attività sportiva adattata nel trattamento delle disabilità, *Giornale italiano di educazione alla salute, sport e didattica inclusiva*, anno 1, n. 1, 2017, pp. 65-71.

Onnis S., Sport, disabilità, autobiografia, *Primapersona: percorsi autobiografici*, 15, n. 27, 2013, pp. 56-59.

Pascale A., *Trasformare il trauma in dolore*, Milano: INAIL, 2008.

Pasqualotto L., Disabilità e inclusione secondo il *capability approach*, *l'integrazione scolastica e sociale*, vol. 13, n. 3, 2014, pp. 278-284.

Pentassuglia P., Il corpo con-diviso. Scienze mediche e scienze dell'educazione a confronto, *L'integrazione scolastica e sociale*, vol. 19, n. 4, 2020, pp. 51-57.

Pesci S., Il lutto e la sua elaborazione, *Nuovi orizzonti*, vol. 13, dicembre 2015, pp. 13-20.

Pesci S., Sostegno psicologico e psicoterapia con il lutto e il lutto complicato, *Psicottà*, 2014.

Pietrantoni L., Prati G., Crescita post-traumatica: un'opportunità dopo il trauma?, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Trento: Erickson, vol. 12, n. 2, 2006, pp. 133-144.

Pigliacampo R., *Nuovo dizionario della disabilità, dell'handicap e della riabilitazione*, Roma: Armando editore, 2009.

Pintor L., *Il nespolo*, Torino: Bollati Boringhieri, 2001.

Polo P., Psicoterapia in pazienti con PTSD con esiti di amputazione traumatica, *psicoterapeuti in formazione*, n. 19, 2017, pp. 54-92.

Redazione di MR, Lo sport come strumento di inclusione sociale. Intervista all'Onorevole Giusy Versace, *Giornale italiano di medicina riabilitativa*, vol. 33, n. 1, pp. 9-11.

Ricciardi R., *Un cuore da campione. Storia di Ludwig Guttmann inventore delle Paralimpiadi*, Firenze: Giuntina editore, 2021.

Rotter J. B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs: general and applied*, n.80, 1, 1966, pp. 1-28.

Saitta L., *Senza barriere: Antonio Maglio e il sogno delle Paralimpiadi*, Roma: INAIL, 2018.

Salis F., Lo squarcio nella tela: la bellezza della diversità oltre il pregiudizio, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, fascicolo 10, n. 1, pp. 262-272.

Santillo T., *Autostima: tra life skill e strutture cerebrali*, State of Mind, novembre 2022.

Scarpa S., *Il corpo nella mente. Adolescenza, disabilità, sport*, Torgiano: Calzetti Mariucci Editore, 2011.

Schalock R, Verdugo Alonso M. A., *Manuale della qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento*, traduzione italiana, Brescia: Vannini editore, 2006.

Schilder P., *Immagine di sé e schema corporeo*, traduzione italiana Milano: Franco Angeli, 1973.

Scianchi M., *La terza nazione del mondo. I disabili fra pregiudizio e realtà*, Milano: Feltrinelli, 2009.

Shavelson R.J., Hubner J.J., Stanton G.C., *Self-concept: Validation of construct interpretations*, Rev. Educ. Res., 1976.

Sigmund F., *Al di là del principio di piacere*, Torino: Bollati Boringhieri, 2012.

Slade P.D., *Body Image in Anorexia Nervosa*, Journal of Psychiatry, 153, 1988.

Slade P.D., *What is Body Image?*, Behavior Research and Therapy, 32, 1944.

Sportmeet for a United World, *Educarsi ed educare attraverso lo sport*, Vienna: Centro Mariapoli Am Spiegeln, 2004.

Tavella S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione nello sport*, Roma: Armando, 2012.

Taylor S. E., Brown J.D., Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health, *Psychological bulletin*, n. 103, vol. 2, pp. 193-210.

Tedeschi R. G., Park C. L., Calhoun L. G, *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1998.

Tessari P., *Disabili & Abili. Manuale per Educatori Professionali*, Padova: Cleup, 2005.

Thoits P., Multiple Identities and Psychological Well-being: a Reformulation and Test of the Social Isolation Hypothesis, *America Sociological Review*, 48, 1983, pp. 174-187.

Tomasella A., Bebe Vio: la forza di ricominciare dallo sport, p. 18-19, in Social News, *Protesi e Robotica: quale futuro?*, anno 13, n. 5, 2016.

Versace G., *Con la testa e con il cuore si va ovunque: la storia della mia nuova vita*, Milano: Mondadori, 2013.

Vio B., *Mi hanno regalato un sogno: la scherma, lo spritz e le Paralimpiadi*, Milano: Rizzoli, 2015.

Vio B., *Se sembra impossibile allora si può fare*, Milano: Rizzoli, 2017.

Visentin S., Facilitatori e barriere nella pratica sportiva di atleti con disabilità fisiche: uno studio esplorativo, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, anno 4, n. 1, 2016, pp. 121-135.

Visentin S., *Progetti di vita fiorenti: storie sportive tra disabilità e capability*, Napoli: Liguori, 2016.

World Health Organization, *The rehabilitation of people with amputations*, United States Department of Defense MossRehab Amputee Rehabilitation Program MossRehab Hospital, 2004. Traduzione italiana a cura di Prof. Tancredi Moscato A. e Dr.ssa Gazzotti V., *La riabilitazione nel paziente amputato*, 2005.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Art. 1, comma 1, Decreto 08 ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

Art. 1, comma 2, Decreto 08 ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

Art. 1, comma 4, Decreto 08 ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l'individuazione del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.* Roma, 2006, p. 8.

Ministero della Salute, *Difetti congeniti*, area salute del bambino e dell'adolescente, 2023.

Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità*, art. 1, comma 2, 2006.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Trento: Erickson, 2001.

SITOGRAFIA

<https://www.torrossa.com> (ultima consultazione: marzo 2023)

<https://www.disabilinews.com> (ultima consultazione: marzo 2023)

<https://www.comitatoparalimpico.it/> (ultima consultazione: marzo 2023)

<https://www.disabili.com> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://www.anep.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://www.gazzettaufficiale.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<http://rivista-rmh.ch/index.php> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://rivistedigitali.erickson.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.educare.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://www.stateofmind.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.istat.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.inail.it> (ultima consultazione: marzo 2023)

<https://www.disablog.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://mysuperabile.inail.it> (ultima consultazione: marzo 2023)

<http://www.progettoinclusivo.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.msmanuals.com> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.disabilitaacquisita.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://www.superabile.it> (ultima consultazione: marzo 2023)

<https://www.annoeuropeodisabili.it> (ultima consultazione: febbraio 2023)

<https://www.parlarecivile.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://disabilita.governo.it> (ultima consultazione: gennaio 2023)

<https://www.abilitychannel.tv> (ultima consultazione: dicembre 2022)

<https://www.coni.it> (ultima consultazione: aprile 2023)

<https://fisip.it> (ultima consultazione: aprile 2023)

<http://www.anffas.net> (ultima consultazione: dicembre 2022)

<https://www.paralympic.org> (ultima consultazione: aprile 2023)

<https://www.art4sport.org> (ultima consultazione: marzo 2023)

MATERIALE GRIGIO

Bonhote I., Ettedgui P., *Rising Phoenix – La storia delle paralimpiadi*, Netflix, 2020.

Papa Francesco, *messaggio del Santo Padre ai Musulmani per la fine del Ramadan*, pronunciato il 02/08/2013.

Regione del Veneto, *Lo sport nel Veneto. Un'indagine a 360°*, anno 2019.

Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), *Il CONI e il ruolo sociale dello sport. Bilancio di sostenibilità 2015, 2016*.

Comitato per lo Sviluppo dello Sport, *Carta europea dello sport*, Roma: Coni Servizi, 1992.

RINGRAZIAMENTI

La realizzazione di questo lavoro di tesi è stata possibile grazie all'aiuto di alcune persone che mi preme ora ringraziare.

Un grazie speciale a Emanuele, porto sicuro in cui rifugiarmi, sempre pronto a trasformare ogni mia lacrima in una risata. La persona che più di ogni altra mi sostenuto, supportato (e sopportato) nella realizzazione e stesura, che mi ha permesso di portare a termine questo elaborato nonostante le tantissime volte in cui stavo per gettare la spugna o il destino sembrava essermi contro. Grazie perché mi hai insegnato a superare i miei limiti, a perseverare anche nelle situazioni complicate che da sola mi creo.

Un grazie a mamma Brunella e papà Stefano, coloro che da quando sono nata hanno sempre creduto in me, mi hanno appoggiato e sorretto in tutti i momenti della mia vita, belli e brutti. È grazie a voi se oggi porto a termine questo traguardo.

Un grazie a Giorgia una super amica presente fin dal primo giorno in cui ho capito che il percorso universitario da intraprendere era quello di educatrice.

Un grazie a Tommaso e Nicola, senza il vostro prezioso aiuto negli aspetti più tecnici e informatici questo elaborato non sarebbe degno di essere chiamato tale.

Un grazie a tutte le mie "Paxxerelle" nonché compagne di squadra, a tutto lo staff – allenatori, dirigenti e presidente – di Arzerello Pallavolo e alla tifoseria che in tutte le occasioni mi hanno fatto sentire accolta, permettendomi di poter giocare, allenarmi e condividere insieme momenti indimenticabili, gioie e dolori e creare un gruppo che va oltre la semplice squadra, diventando una seconda casa.

Un grazie alla scuola di ballo Explosion de Cuba in cui durante tutte le serate danzanti, gli eventi promossi e organizzati mi avete dato modo di allontanare l'ansia, la tensione per lasciare posto alla spensieratezza, al vero divertimento in vostra compagnia.

