



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MANAGEMENT DEI SERVIZI
EDUCATIVI E FORMAZIONE CONTINUA

Classe di laurea in Programmazione e gestione dei servizi educativi

DALL'ESCLUSIONE SEGREGANTE

ALL'INCLUSIONE SENZA BARRIERE.

**ANALISI STORICA DEL CONCETTO DI DISABILITÀ E DEI
SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI.**

Relatore:

Prof. Giuseppe Zago

Laureanda:

Sara Gusparo

Matricola n. 2029301

ANNO ACCADEMICO

2022/2023

La cultura dell'integrazione è rendere normale domani quel che ieri era impossibile.

Andrea Canevaro

Indice

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 – L’ETÀ ANTICA E L’ETÀ MEDIOEVALE: IL PERIODO DELL’ESCLUSIONE	9
1.1 L’ETÀ ANTICA	11
1.1.1 <i>Le prime tracce nella Preistoria.....</i>	<i>11</i>
1.1.2 <i>I babilonesi e gli egiziani: tra la magia e il divino</i>	<i>12</i>
1.2 LA CIVILTÀ GRECA E ROMANA	15
1.2.1 <i>Il regime dell’abbandono e dell’esposizione.....</i>	<i>15</i>
1.2.2 <i>La disabilità all’interno dei miti e dei poemi epici.....</i>	<i>19</i>
1.3 IL MEDIOEVO.....	23
1.3.1 <i>Demoni e farabutti</i>	<i>23</i>
1.3.2 <i>Il cristianesimo e la disabilità.....</i>	<i>24</i>
1.3.3 <i>I Servizi per i pauperes: ospedali ed orfanatrofi.....</i>	<i>25</i>
CAPITOLO 2 - L’ETÀ MODERNA: LA SEGREGAZIONE DEL DIVERSO.....	29
2.1 LA LAICIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA E I LUOGHI DI RECLUSIONE	31
2.1.1 <i>L’aumento della povertà e la repressione della mendicizia.....</i>	<i>32</i>
2.1.2 <i>Hôpital Général e i luoghi dell’istituzionalizzazione: nascondere e controllare il diverso.....</i>	<i>35</i>
2.1.3 <i>I disabili: in mezzo ai poveri, ai pazzi ed ai folli</i>	<i>41</i>
2.2 L’ILLUMINISMO: UN NUOVO SGUARDO SUL DIVERSO.....	44
2.2.1 <i>Ambito medico.....</i>	<i>44</i>
2.2.2 <i>Ambito culturale.....</i>	<i>45</i>
2.3 LA NASCITA DELLA PEDAGOGIA SPECIALE.....	48
2.3.1 <i>Victor e i bambini selvaggi.....</i>	<i>48</i>
2.3.2 <i>Itard e Séguin</i>	<i>51</i>
2.3.3 <i>Le Istituzioni specializzate</i>	<i>54</i>
CAPITOLO 3 – L’ETÀ CONTEMPORANEA: IL POTERE INVALIDANTE DELLA MODERNITÀ	57
3.1 LA DISABILITÀ TRA SPETTACOLI ED INTRATTENIMENTO	59
3.1.1 <i>I freak shows.....</i>	<i>59</i>
3.1.2 <i>Gli infermi nella letteratura e nelle fiabe.....</i>	<i>62</i>
3.2 LA RIVOLUZIONE INDUSTRIALE: GLI INFERMI E GLI INABILI AL LAVORO	65

3.2.1 <i>L'aumento degli infortuni sul lavoro</i>	65
3.2.2 <i>Provvedimenti e reinserimento sociale</i>	66
3.3 LA DISABILITÀ ALL'INTERNO DEI CONFLITTI MONDIALI	68
3.3.1 <i>La Grande Guerra e gli invalidi di guerra</i>	68
3.3.2 <i>Lo sterminio della Germania nazista: vite indegne di essere vissute</i>	70
3.4 GLI ISTITUTI E LE SCUOLE SPECIALI	79
3.4.1 <i>Le Istituzioni Totali dell'Ottocento</i>	80
3.4.2 <i>Gli Istituti in Europa</i>	80
3.4.3 <i>Gli Istituti in Italia</i>	82
3.4.4 <i>Le Scuole Speciali e le classi differenziali</i>	87
CAPITOLO 4 – IL VENTUNESIMO SECOLO: IL PARADIGMA DEI DIRITTI	89
4.1 UNA NUOVA VISIONE DELLA DISABILITÀ	91
4.1.1 <i>Leggi e diritti</i>	91
4.1.2 <i>Dopo la Legge n.108</i>	94
4.1.3 <i>Classificazione</i>	96
4.2 LA DIFFICOLTÀ DEL CAMBIAMENTO	99
4.2.1 <i>L'identità negata</i>	99
4.2.2 <i>Adultità e autodeterminazione</i>	101
4.2.3 <i>La progettazione e l'agire educativo</i>	104
4.3 INTEGRAZIONE ED INCLUSIONE	106
4.3.1 <i>La scuola</i>	106
4.3.2 <i>I Servizi sociosanitari per persone adulte con disabilità</i>	110
4.3.3 <i>L'ambito lavorativo</i>	114
CONCLUSIONI	117
BIBLIOGRAFIA	121
SITOGRAFIA	130
LEGISLAZIONE NAZIONALE ED INTERNAZIONALE	132
RINGRAZIAMENTI	137

Introduzione

La disabilità è un fenomeno complesso e differenziato, la cui definizione non dipende soltanto da menomazioni fisiche, sensoriali o mentali ma anche dai facilitatori e dalle barriere creati dal contesto: ha perciò una natura fortemente sociale e relativa, tanto che le varie forme di disabilità non sono universalmente condivise (Medeghini & Valtellina, 2006).

L'idea di disabilità è legata al modo in cui la società rappresenta sé stessa ed in base a ciò che ritiene sia normale e anormale. Tale rappresentazione definisce i criteri in base ai quali porre i vincoli per l'inclusione o l'esclusione (Medeghini & Valtellina, 2006). "L'handicap è il risultato negativo dell'impatto che una diversità ha su quella che di volta in volta viene ritenuta la normalità" (Fioranelli, p. XVI, 2011): al di fuori di determinate costruzioni sociali non esistono né la disabilità né il disabile.

Come afferma Schmitt (1980) "in ogni epoca storica esiste [...] una linea di discriminazione che decide dell'integrazione o dell'esclusione dei marginali" (p.284): line sulla quale si definisce il criterio dell'utilità sociale.

La tesi nasce con l'intento di indagare come il concetto di disabilità sia cambiato nel corso della storia e di conseguenza anche i Servizi e la società attorno ad essa: per mettere in risalto come l'interpretazione della disabilità sia fortemente influenzata dal contesto culturale in cui si ritrova.

Si è deciso di porre l'attenzione sulla storia poiché "l'essere umano spesso non impara mai dagli errori del passato, anzi li peggiora" (Serra, 2020, p.9).

Serra ricorda la necessità di guardare al passato ricordando sempre "che i diritti conquistati hanno l'obbligo di essere realizzati" (id., p.12).

Struttura e fonti

L'elaborato si suddivide in 4 capitoli, in relazione al periodo storico: l'Età antica e il Medioevo, l'Età moderna, l'Età contemporanea ed il ventesimo secolo.

Si è cercato di delineare per ogni epoca storica il modo in cui veniva percepita la figura della persona con disabilità da parte della Società e come la medesima si poneva nei suoi confronti.

La ricerca bibliografica è stata svolta tramite la consultazione del sistema bibliotecario e dei database di Journal Storage (JSTOR) e Google Scholar.

Nel primo capitolo si è posta l'attenzione sull'età Antica. La ricerca è iniziata dalle prime tracce della Preistoria, per concentrarsi poi sulla civiltà egizia e babilonese. Si è posta l'attenzione sul regime dell'esclusione e dell'abbandono, attuato nel mondo greco e romano. In seguito, un sottoparagrafo è stato dedicato al tema della mitologia e della letteratura per concludere infine con un'indagine rispetto ai trattamenti riservati ai diversi tipi di disabilità. L'ultimo paragrafo è stato dedicato all'età medioevale: in particolare all'idea di peccato e malvagità a cui era legata la disabilità ed infine, si è posta l'attenzione sull'importanza rivestita dalla Chiesa nel prendersi cura dei poveri e degli afflitti e dei Servizi presenti.

Nel secondo capitolo si è tratto il periodo dell'Età moderna. Messo in luce il problema della crescita della povertà e della mendicizia, anch'essa in forte aumento, nel primo paragrafo vengono espone le riforme sociali messe in atto dai diversi Paesi, per far fronte alle problematiche emergenti. I poveri, i pazzi, le persone con disabilità si ritrovarono coinvolte all'interno di quello che venne definito il periodo del Grande Internamento, che portò alla reclusione dei marginali. Soltanto con l'avvento dell'Illuminismo, la disabilità iniziò ad essere osservata sotto una nuova prospettiva che la portò ad essere oggetto di cure ed attenzioni. Il capitolo termina con un paragrafo dedicato alla nascita della Pedagogia Speciale partendo dal ritrovamento di Victor, il bambino selvaggio e del suo rapporto educativo con il medico Itard.

Nel terzo capitolo un primo paragrafo viene dedicato alla rappresentazione della disabilità nella letteratura e del suo utilizzo come oggetto di spettacolo e di intrattenimento. L'attenzione viene poi posta sul potere invalidante della modernità, dato dalle conseguenze della Rivoluzione Industriale e dalle Grandi Guerre: eventi che hanno portato ad un notevole aumento di diverse forme di disabilità, causato dagli infortuni sul lavoro e dall'invalidità procurata dalle guerre. Si è voluto ricordare la Germania nazista, la quale attuò l'eutanasia, nei confronti di tutte le persone considerate indegne di vivere, come strumento per il raggiungimento della purezza della razza. Infine, l'attenzione è stata posta sulle Istituzioni del tempo, in particolare sugli Istituti medico-pedagogici e sulle Scuole Speciali.

Nel quarto capitolo si è posta inizialmente l'attenzione sulle leggi a favore delle persone con disabilità e sui cambiamenti avvenuti anche in relazione alla sua classificazione, che hanno portato all'allontanamento da un modello prettamente medico verso il modello bio-

psico-sociale. Nonostante tali cambiamenti, nel paragrafo due si sono messi in luce gli ostacoli e le barriere che le persone con disabilità devono tutt'ora fronteggiare. L'ultimo paragrafo tratta il tema dell'integrazione e dell'inclusione, prendendo in riferimento l'ambito scolastico, lavorativo e dei Servizi residenziali e semiresidenziali.

Capitolo 1 – L'Età antica e l'Età medioevale: il periodo dell'esclusione

1.1 L'Età antica

Nel seguente paragrafo partendo dalla Preistoria, viene posta l'attenzione sull'età antica. Nel guardare al passato bisogna però tener presente che “la storia è una ricostruzione del passato partendo dalle tracce presenti di ciò che è stato, condizionata però da quello che siamo e da ciò che sappiamo” (Grmek & Gourevitch, 1998/2000, p.5) per tali ragioni tracciare un'immagine della disabilità nei tempi antichi veritiera, puntuale e completa appare complesso.

L'approccio alla disabilità nell'antichità appare problematico in quanto non esisteva una definizione di disabilità, come viene intesa ai giorni nostri. Inoltre, per definire il corpo anormale bisogna sempre far riferimento a ciò che veniva considerato normale in quel contesto storico (Draycott, 2015).

Nel guardare al passato si corre il rischio dell'anacronismo. “Spesso si confonde la realtà con il modello usato per analizzarla” (Schianchi, 2012/2022, p.21) quindi si guarda al passato della disabilità con una lente del presente: lente focalizzata sul rapporto esclusione-inclusione.

1.1.1 Le prime tracce nella Preistoria

Le condizioni di vita degli uomini preistorici, in continua lotta per la sopravvivenza, ci portano a credere che un individuo non in grado di provvedere a sé stesso venisse abbandonato.

Uno recente studio di un gruppo di paleoantropologi spagnoli ha però evidenziato come anche gli uomini primitivi si prendessero cura delle persone con disabilità. Gli studiosi hanno trovato i resti di un bambino di circa 12 anni, vissuto più di 500.000 anni fa, affetto da craniosinostosi, ossia una malformazione delle ossa del cranio che impediscono un normale sviluppo del cervello.

Non è possibile affermare con certezza il fatto che il bambino soffrisse o meno di disturbi cognitivi o comportamentali ma certamente doveva apparire diverso agli occhi degli altri a causa della sua deformità. Nonostante ciò, egli viveva all'interno della sua comunità e non fu abbandonato (Bolla, 2009).

Bisogna però tener presente, come ricorda Schianchi (2012/2022), che i reperti scoperti non permettono di ricostruire lo scenario completo che stava attorno a questo bambino: il modo in cui era considerato rimane a noi sconosciuto.

In queste civiltà molto antiche probabilmente la disabilità veniva spiegata attraverso la magia, la quale conferiva una spiegazione alle esperienze negative. Le deformazioni e la disabilità

potavano dipendere da una possessione da parte di uno spirito maligno (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020).

Altre testimonianze del Paleolitico superiore derivano dalla Grotta del Romito, in quello che è oggi il Parco nazionale del Pollino, in Calabria. In questa grotta sono stati ritrovati nove uomini, due dei quali con disabilità. Il primo, Romito 2, nome attribuitogli dagli studiosi, era affetto da nanismo. Essendo stato alto poco più di un metro, gli furono precluse diverse attività della vita quotidiana come, ad esempio, la caccia ma nonostante questo venne accudito fino all'età di 20 anni, età in cui morì. Romito 8 invece pare sia diventato infermo a causa di una caduta dall'alto che gli ha provocato paralisi alle braccia, vertebre schiacciate e diverse lesioni ossee. Si suppone che nonostante la sua disabilità contribuisse alla società svolgendo mansioni manuali in particolare, dall'usura dei denti, si ritiene che masticasse alcuni materiali vegetali per ammorbidirli e costruire ceste o stuoie (Delendati, 2020).

Questi due ritrovamenti fanno supporre l'esistenza di una forma di solidarietà umana, cooperazione ed aiuto tra tutti i membri della comunità (Serra, 2020).

1.1.2 I babilonesi e gli egiziani: tra la magia e il divino

Nella civiltà babilonese e più in generale in quelle mesopotamiche, si riteneva che la menomazione fosse l'esito di un castigo divino, per una colpa o un peccato commesso dalla persona e che inoltre la disabilità comportasse disordine morale (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020).

Come riporta il professore Corbellini, nel saggio dal titolo *Storia e teorie della salute e della malattia*, i babilonesi ritenevano che la condizione di sofferenza del malato dipendesse da una colpa o peccato commesso, per cui la divinità si era adirata, oppure un sortilegio di cui il malato era vittima.

“La malattia poteva anche essere dovuta alla natura maligna di qualche demone vagante e sempre in cerca di una preda (per esempio Lamashtu, un angelo caduto e divenuto insaziabile divoratore di bambini, o Lilith e Lilû, demoni assetati di sesso in cerca di uomini e donne di cui abusare furtivamente, o Kubû, feto abortito che vaga alla ricerca di un altro asilo uterino)” (Corbellini, 2014, citato in Stella, 2019, pp.95-96).

Il medico, dunque, inizialmente interrogava il malato per capire se aveva commesso qualche crimine, esclusa tale ipotesi, si indagava sulle altre possibili cause come il freddo, le polveri sollevate dai venti o il secco (ibidem.).

Prendendo in considerazione il codice di Hammurabi (che regnò dal 1792 al 1750 a.C.) emerge una considerazione ambigua della disabilità. Da un lato, stabiliva varie forme di mutilazione in relazione al reato commesso: creando così disabilità e stigma, in quanto malformazione e delinquenza finivano per combaciare. D'altra parte, imponeva che nel caso di individui colpiti accidentalmente da infermità venisse rispettato il principio per cui il forte non doveva sopprimere il debole. Inoltre, impediva ai mariti di ripudiare le mogli, se malate o inferme, e venne istituita la protezione legale delle persone con infermità. Dalla Stele di Hammurabi emerge una prima distinzione tra disabile buono e disabile cattivo (Schianchi, 2012/2022).

Nel mondo egizio cambia la concezione della malattia. A differenza dei babilonesi, gli egizi infatti non consideravano la malattia come un castigo derivante da una trasgressione. Secondo loro, infatti, ogni persona si ritrovava a fare i conti con i propri meriti e demeriti soltanto alla fine della propria vita terrena. Dunque, la malattia così come la morte erano elementi connaturati alla stessa condizione umana. La malattia non trovava origine "in un dramma personale, quanto in un dramma cosmico" (Corbellini, 2014, citato in Stella, 2019, p.96).

Nelle arti egizie si ritrovano diverse rappresentazioni della disabilità, come ad esempio persone con menomazioni, deformazioni, cecità o nanismo.

Sulla stele di Rem' del 1400 a.C. viene raffigurato un servo affetto da poliomielite. Si ritiene che il servitore fosse integrato nella società in quanto viene rappresentato mentre prende parte al corteo funebre e si occupa di trasportare cibo, oggetti ornamentali e vesti. Tale idea viene confermata anche dalle proporzioni del corpo: le dimensioni del servo nel rilievo sono uguali a quelle delle altre persone del suo rango; infatti, nella raffigurazione egiziana l'essere rappresentati più o meno alti rappresentava la considerazione sociale di cui si disponeva. In un altro bassorilievo, viene raffigurata la regina Hatchepsout, colpita da un'evidente malformazione lombare (Errani, 2000).

In diverse mummie sono state inoltre riscontrate delle malformazioni del corpo (Schianchi, 2012/2022). Un esempio è il Faraone Tutankhamon, dai quali resti è emerso che fosse piuttosto goffo, alto, esile, dai fianchi larghi e disallineati, con un piede equino, una colonna vertebrale anormale e per tali motivi zoppo. A prova di ciò, nel suo corredo funebre sono stati ritrovati centotrenta bastoni da passeggio, tutti usati (Delendati, 2020). La mummia di Siptah, risalente al XII secolo a.C., presenta una grave deformazione del piede. Oltre ai faraoni, nel mondo egizio sono presenti anche delle divinità con malformazioni come il dio Bes, raffigurato come un nano (Schianchi, 2012/2022).

“Bes ha la testa grande, dai tratti grotteschi, incorniciata da una folta criniera leonina sormontata da piume di struzzo, e ha il corpo di un nano deforme con le gambe arcuate” (Faenza, 2022). Bes, il cui nome sembra derivare dalla parola *besa* il cui significato rimanda sia a “proteggere” sia al “essere piccolo”, era il dio protettore dei bambini, delle donne e del sonno (id.).

Nei rilievi appaiono pitture di suonatori ciechi, rappresentati distanti e distinti dagli altri musicisti, in quanto si può supporre si ritenesse fossero dotati di un talento musicale non comune, conferito come forma di compensazione per la perdita della vista (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020).

Si ritiene che le persone con disabilità intellettiva venissero considerate talvolta profetiche: in quanto segnate dalla grazia divina (Schianchi, 2012/2022).

Dal mondo egizio emerge anche la prima protesi funzionale risalente all'epoca tra il 1069 e il 664 a.C. ed esposta al Museo del Cairo. Si tratta di un pollice in legno attaccato con un supporto in cuoio al piede destro della donna a cui apparteneva (Serra, 2020). Di datazione successiva sono stati ritrovati anche una gamba in bronzo dotata di un ginocchio in legno ed una mano artificiale ritrovata in una mummia del 2000 a. C. (Schianchi, 2012/2022).

Come già esposto precedentemente, anche in questo caso si tratta di testimonianze frammentarie che non possono portare alla conclusione di un'integrazione e gestione benevola della disabilità nel mondo egizio (Schianchi, 2012/2022).

1.2 La civiltà greca e romana

La società romana appariva rigidamente ordinata in classi sociali. Prevalsa un atteggiamento pratico e ideale, che riguardava tanto l'aspetto fisico quanto quello morale: atteggiamento che non favorì uno spirito di accettazione per il diverso.

Nella società greca il valore fisico e quello morale erano posti sullo stesso piano: bellezza e bontà rappresentavano gli ideali verso cui tendere. In Grecia, la disabilità implicava delle importanti restrizioni sociali, a causa dell'associazione tra malformazione, deformità fisica e l'indegnità morale.

In queste due civiltà la malvagità, la bruttezza e la deformità venivano viste come innaturali e contrarie all'ordine e per quanto possibile, si cercava di allontanarle ed evitarle (Ugolini, 2014). La disabilità, dunque, comportava pesanti limitazioni per l'inserimento sociale (Serra, 2020).

1.2.1 Il regime dell'abbandono e dell'esposizione

Seneca, nel primo libro del *De Ira* scrive: “*portentosos fetus extinguimus, liberos quoque, si debiles monstrosique editi sunt, mergimus; nec ira sed ratio est a sanis inutilia secernere*” (XV,2) ossia: soffochiamo i feti mostruosi, ed anche i nostri figli, se sono venuti alla luce minorati e anormali, li anneghiamo, ma non è ira, è ragionevolezza, separare gli esseri inutili dai sani.

Il neonato visibilmente deforme doveva essere ucciso subito, allo stesso modo in cui si uccide il toro irrequieto o la pecora ammalata affinché non contagi il gregge.

Seneca si riferisce a questi bambini utilizzando la parola *monstrum*: un essere mostruoso e allo stesso tempo un segno degli dei. I greci lo chiamano *tetras* e gli assegnano lo stesso duplice significato.

Il bambino deforme era infatti segno della collera divina, di un presagio funesto: incarnava una colpa, compiuta o ancora da commettere. La malformazione arrecava sul bambino il peso del maleficio, della colpa e dell'inutilità: per la patria, la città e la famiglia, in quanto risultavano inutili al lavoro, al servizio militare, alla carriera politica, alla procreazione (Fioranelli, 2011).

La più antica opera legislativa romana, le Dodici tavole (450 a.C.), sosteneva la necessità dell'immediata soppressione del bambino che mostrava segni di deformità. La IV tavola stabiliva: “*Cito necatus tamquam ex XII Tabulis insignis ad deformitatem puer*” ossia “sia

subito ucciso in base alle XII Tavole, il neonato mostruosamente deforme” (Stella, 2019, p.75).

Nella civiltà greca la forza e la bellezza rappresentano l’ideale verso cui tendere: per questo motivo le persone con disabilità rivestivano uno spazio limitato e marginale.

La cultura greca è legata all’ideale del *kalos kai agathos* (bello e buono): per tale motivo la malattia e la deformità venivano ripudiate, considerate quasi innaturali e contrarie all’ordine (Serra, 2020; Ugolini, 2014).

Nel mondo greco la bellezza, l’integrità fisica e psichica erano segni della grazia divina e per tale ragione la persona che presentava caratteri opposti, simbolo del castigo, veniva allontanata dalla società (Delendati, 2020).

Platone come Seneca, nel III della Repubblica raccomandava ai medici e ai cittadini tutti, di lasciare morire le persone con difetti fisici e di uccidere quelle che presentano malattie invalidanti e incurabili: “quando si trattava di un individuo naturalmente malaticcio e intemperante, credevano che vivere non giovasse né a lui né agli altri; e che per persone come queste non ci dovesse neppur essere l’arte medica, e di non doverle curare” (III, XV). Platone ribadiva che “nessuno può concedersi il lusso di restare malato e di curarsi tutta la vita” (III, XIV).

Platone inoltre affermava che i figli non dovevano essere generati per sé stessi ma per la patria e per questo motivo i padri dovevano essere cercati tra i valorosi, ossia i guerrieri che si erano distinti per forza e abilità, e le madri tra le elette. Le unioni stesse dovevano ricevere il consenso dei filosofi. Platone si attendeva così che venisse fatta una selezione tra i genitori: i coniugi migliori, avrebbero generato i figli migliori, per la patria.

Per la costituzione di uno stato ideale Platone auspicava:

“prenderanno i figlioli dei buoni e li porteranno al nido d’infanzia, presso nutrici abitanti a parte in un determinato settore della città. Invece i figlioli degli elementi peggiori e anche l’eventuale prole minorata degli altri, li nasconderanno, come è bene, in un luogo segreto e celato alla vista” (La Repubblica, V, IX).

Aristotele sosteneva la necessità di una legge che impedisse ai bambini deformati di sopravvivere, perché inutili allo stato: “quanto all’esposizione e all’allevamento dei piccoli nati sia legge di non allevare nessun bimbo nato deforme” (Politica, VII, 16, 20-21).

Le nascite non dovevano essere incontrollate e tutto doveva esser fatto in vista del bene della comunità in quanto Aristotele affermava che “lo stato è anteriore alla famiglia e a

ciascuno di noi perché il tutto dev'essere necessariamente anteriore alla parte" (Politica, I, 2, 20-22).

In Grecia, così come nel mondo romano, i bambini indegni e malformati trovavano la morte o l'abbandono. I genitori ad Atene o i vecchi saggi, come nel caso di Sparta, decidevano la sorte del bambino: riconoscendolo o meno come membro della società (Penrose, 2015). Come riporta Plutarco, vissuto tra il primo e secondo secolo d.C., in *Vite Parallele*:

“Non era arbitro il padre d'allevare il figliolo, ma lo portava in certo luogo appellato Lesche (pubblico luogo destinato a riunioni), ove risiedendo i più vecchi della tribù, consideravano il bambino: e se era ben formato e robusto comandavano fosse allevato; ma se era mal fatto e sformato lo mandavano a gettare in una caverna detta Apoteta, presso il monte Taigeto, stimando che essendo mal disposto fin dalla nascita alla salute ed a forte complessione non fosse utile né a lui, né alla repubblica” (Licurgo, XVI).

Si pensa che gli spartani avessero l'usanza di condurre i bambini, considerati mostruosi, sulla cima del monte Taigeto, per farli precipitare nel vuoto.

Tale ipotesi è stata confutata da studi recenti, in particolare dell'antropologo Theodoros Pitsios dell'università di Atene, il quale ha rivelato di non aver trovato, in prossimità del monte, ossa di neonati ma soltanto di maschi adulti.

È dunque possibile che i bambini fossero accompagnati sulla cima del monte, per ordine dei magistrati cittadini, ed abbandonati, in un luogo nascosto: affinché nessuno li vedesse (Fioranelli, 2011).

Studiosi odierni si oppongono all'idea dell'esposizione e dell'abbandono come pratica diffusa nell'antichità come afferma Debby Sneed della California State University, nell'articolo di A. Curry (2021). L'autrice, infatti, afferma che Plutarco scriveva di avvenimenti accaduti 700 anni prima della sua nascita, dunque a lui lontani. Sneed inoltre evidenzia come Plutarco in una sua opera, faccia riferimento ad un capo spartano, basso e con una malformazione alle gambe, ma, nonostante ciò, definito dallo stesso Plutarco ugualmente valido. L'autrice inoltre riporta la testimonianza di un medico del 400 a.C. che forniva consigli su come assistere adulti dal corpo non integro ed infine riportata la testimonianza dei resti di un bambino con idrocefalia, accudito fino ai 6-8 mesi, momento della sua morte.

La vita di questi bambini non doveva esser comunque semplice e molto spesso i neonati malformati trovavano la morte tra le mani della propria famiglia, subito dopo esser venuti al mondo inquanto avrebbero arrecato danno all'onore del cognome e della gens.

Nella Roma antica, il bambino per legge risultava nato soltanto dopo esser stato riconosciuto dal padre. Il neonato veniva dunque portato al cospetto del padre e deposto ai suoi piedi: se non veniva preso in braccio e dunque riconosciuto, per lui c'era l'esposizione e l'abbandono.

Nel caso di un bambino nato con qualche malformazione non esisteva neppure la possibilità dell'abbandono ma soltanto la morte.

“Nel mondo romano la disabilità neonatale di tipo fisico ... [dunque visibile] è impossibile perché inammissibile” (Fioranelli, 2011, p.7).

Fiorinelli (2011) inoltre riporta il fatto che un numero ridotto di persone deformi veniva mantenuto a spese dello Stato, per essere sacrificate in caso di necessità. In una città messa in ginocchio da una guerra, da una carestia o da un'epidemia veniva scelta una persona brutta o deforme, che prendesse su di sé tutti i mali che affliggevano la comunità. Le *Leges Regiae*, emanate per tradizione dai sette re di Roma fra la metà del VIII e la fine del VI secolo a.C., imponevano che un padre dovesse allevare il proprio figlio o figlia primogeniti e non potesse uccidere nessun figlio di età inferiore ai tre anni, a meno che il nascituro non risultasse mutilato o deforme al momento del parto. L'uccisione o l'esposizione del bambino prima di esser attuate dovevano ottenere l'accordo di cinque vicini, ai quali veniva mostrato il bambino (Schianchi, 2012/2022; Stella, 2019).

Soltanto con i primi imperatori cristiani, a partire da Costantino (274-337 d.C.) venne sancito lo *ius vivendi* del neonato, senza alcuna eccezione, che decretava così l'illegalità di uccidere ed esporre i bambini, nati deformi o meno (Serra, 2020).

Nel 315 d.C. l'imperatore ordinò di pubblicare:

“su tavole di bronzo, o di legno imbiancate, o su teli di lino in tutte le città d'Italia una legge che fermi le mani dei genitori dal parricidio ... e dia un aiuto alla famiglia così che se un qualunque genitore dichiara di avere una prole che non riesce a crescere a causa della povertà, non si tardi a fornirgli cibo e abiti, perché non può porsi alcun indugio alla crescita dell'infanzia appena nata” (Stella, 2019, p.77).

Negli anni seguenti furono inoltre promulgante delle norme per condannare la vendita dei figli e la loro soppressione. Nel 374 d.C. l'infanticidio venne considerato un delitto vero

e proprio, punito da pesanti condanne che potevano comportare anche alla morte (ibidem.).

Al di fuori del regime dell'abbandono e dell'eliminazione, scarse sono le fonti per comprendere realmente come vivessero le persone con disabilità nella società greca e romana. Rimane però certo il fatto che “tutta la storia antica, in realtà, racconta di come per millenni le civiltà più diverse si siano liberate dei bambini disabili appena venivano al mondo” (ivi., p.71) per le difficoltà del doversi fare carico di un bambino “imperfetto”.

1.2.2 La disabilità all'interno dei miti e dei poemi epici

Nella tradizione letteraria, in particolare quella epica, la figura degli infermi e fisicamente deboli viene contrapposta a quella degli dèi ed eroi (Ugolini, 2014). Tra le prime rappresentazioni della disabilità spicca la figura di Efesto, il dio greco del fuoco: per i romani Vulcano e Path per gli egizi. Efesto è brutto, deturpato dal fuoco con cui lavora e zoppo ed a causa di questa malformazione è oggetto di scherno e derisione da parte delle altre divinità (Ugolini, 2014).

Nell'*Iliade* vengono riportate due possibili versioni a spiegazione della sua menomazione. Nel libro I si narra che Efesto sia stato scaraventato dal padre giù dall'Olimpo per aver preso le parti della madre durante una discussione. Successivamente Efesto racconta di essere stato spinto giù dal monte dalla madre, disgustata al momento della nascita, dalla sua deformità: “colpa della mia madre faccia di cagna, che mi voleva nascondere, perch'ero zoppo” (*Iliade*, XVIII, 396). Efesto rappresenta una trasgressione compiuta, la violazione alla regola (Stella, 2019). Egli viene però riammesso nell'Olimpo per la sua straordinaria abilità nel forgiare armi, dotate di poteri straordinari (Ugolini, 2014)

Nella mitologia appare anche la figura di Tiresia¹, l'indovino cieco, il quale ha perso la vista per una punizione inflittagli da una dea. Tiresia aveva visto ciò che non poteva vedere e per tale motivo venne punito con la perdita della vista. Tale mito rappresenta il

¹ Esistono due differenti versioni del mito. Nella prima si narra che Tiresia, passeggiando tra i monti, si imbatte in due serpi che stanno copulando. Per lo spavento uccide la femmina e si ritrova all'istante tramutato in donna. Rimase per sette anni in questa condizione, provando le gioie e i piaceri del sesso femminile. Nuovamente si imbatte nelle serpi, uccide il maschio e ritorna ad essere un uomo. Per questo sua storia, viene convocato da Zeus ed Era, intenti in una discussione riguardo a chi, fra uomo e donna provi più piacere durante l'atto sessuale. Tiresia rivela che il piacere si divide in 10 parti di cui una appartiene all'uomo e le altre nove alla donna. Era irata per il segreto svelato punisce Tiresia rendendolo cieco. Nella seconda versione Tiresia vede Atena, mentre faceva il bagno nuda. La dea adirata lo punisce togliendogli la vista (Fioranelli, 2011).

concetto di minorazione per colpa (Fioranelli, 2011). Egli perde la vista ma acquista la capacità di prevedere il futuro.

Un altro esempio deriva dai poemi epici con la figura di Tersite, soldato acheo. Nell'*Iliade* Omero presenta Tersite con le seguenti parole:

“Era l'uomo più brutto che venne sotto Ilio. Era camuso e zoppo d'un piede, le spalle eran torte, curve e rientranti sul petto; il cranio aguzzo in cima, e rado il pelo fioriva. Era odiosissimo, soprattutto ad Achille e a Odisseo, ch  d'essi parlava sempre; ma allora contro il glorioso Agamennone diceva ingiurie, vociando stridulo; certo con lui gli Achei l'avevano terribilmente, l'odiavano, per  dentro il cuore” (II, 216-223).

Le sue caratteristiche fisiche lo rendono una persona indegna: egli rappresenta l'opposto della bellezza e della forza omerica. Viene descritto come gobbo, zoppo, dalle gambe arcuate, con una voce stridula e fastidiosa (Serra, 2020; Ugolini, 2014).

La disabilit  viene dunque rappresentata come una colpa o una cosa da evitare in contrapposizione sempre al giusto e al bello.

1.2.3 Tipologia di disabilit  e relativo trattamento

Nel mondo greco-romano non tutte le disabilit  ricevevano lo stesso trattamento.

I corpi “diversi”, dunque deformi e malformati, venivano rifiutati mentre venivano accettati quelli integri seppur “indeboliti”. Esempio di ci  sono i soggetti colpiti da un handicap sensoriale come le persone cieche o sorde. Questi tipi di disabilit  sono stati a volte celebrati nella letteratura e nella mitologia per la loro capacit  di fornire poteri, come il gi  citato mito di Tiresia (Schianchi, 2009). I ciechi non vedono il mondo ma si riteneva che potessero vedere il passato ed il futuro (Fiorinelli, 2011).

Le persone colpite da un deficit mentale ricevevano un diverso trattamento. Non essendo deformi non venivano esposte alla nascita. Venivano considerati “pazzi” e suscitavano reazioni diverse: da una parte paura e timore mentre dall'altra rispetto, in quanto erano considerati dei profeti: le loro parole senza senso erano ritenute espressione di un discorso divino (Fiorinelli, 2001).

Molto spesso per  queste persone venivano nascoste ed emarginate dalla societ  poich  difficili da gestire. Raramente venivano considerati depositari di virt  profetiche (Schianchi, 2009).

Una persona che sopravviveva all'esposizione o che acquisiva una disabilit  nel corso della vita, per ferite procurate in battaglia, malattie o incidenti si presume che visse di

mendicizia, solidarietà informale, eseguendo lavori compatibili con la propria condizione o grazie a forme di sostegno da parte dello Stato (Schianchi, 2012/2022). Nella Grecia classica, tali persone disponevano di forme di assistenza pubblica. Annualmente il consiglio di Atene valutava, dopo una verifica, se concedere o meno un “obolo” alle persone inferme, impossibilitate al lavoro: ciò veniva fatto anche per prevenire la carità. Inoltre, le persone invalide venivano esentate dal servizio militare (Penrose, 2015). Si trattava di una sorta di provvidenza sociale ma come ricorda Schianchi (2009) essa non dev’essere confusa con qualche forma di integrazione della persona disabile nella società, in quanto essa ne rimaneva ugualmente ai margini.

Le persone con disabilità erano infatti oggetto di umiliazione e derisione. Draycott (2015) presenta il caso di Gaius Gemellus Horigenes, nato nel 171 a.C. e diventato, in seguito alla morte del padre e dello zio, capo famiglia e proprietario terriero, nonostante la sua disabilità visiva. A Gaius non vennero preclusi i suoi diritti di successione ma come attestano le sue parole a causa della sua cecità fù più difficile ottenere rispetto. Gaius sparse diversi reclami che dimostrano come egli fosse vittima di molestie, abusi verbali e fisici, furti ed atti vandalici alla propria abitazione da parte di membri della comunità, che lo disprezzavano per il suo aspetto. Dunque, sembra che l’umiliazione e la derisione delle persone con disabilità fosse una pratica comune ed accettata ma che non doveva eccedere determinati livelli: non era infatti consentito molestarli e vittimizzarli continuamente, derubarli, aggredirli o lanciare su di loro incantesimi.

Bisogna tener presente che Gaius proveniva però da una famiglia benestante e dunque disponeva di una condizione sociale agevolata.

Nel mondo romano veniva scoraggiato l’aiuto ai poveri tramite la carità e l’attività assistenziale, in quanto si temeva di promuovere l’ozio e l’inoperosità favorendo così il proliferare di parassiti: potenziali agitatori di disordini sociali e politici (Giardina, 1989). Per quanto riguarda i malati, nel mondo greco il dio deputato alla salute e alla cura delle malattie era Asclepio, Esculapio poi nel mondo romano.

Nel IV secolo a.C. vengono costruiti circa duecento santuari in onore del dio. I templi disponevano di apposite aree per ricevere i malati in attesa di guarigione o di una terapia. Lo stesso dormire presso il tempio era parte integrante della terapia inquanto permetteva di ricevere l’energia divina (Pisani, 2016). In parallelo alla medicina razionale si praticava la medicina sacra, legata al culto delle divinità. Il malato che dormiva presso il tempio il giorno seguente si svegliava guarito o con in mano la terapia da assumere. Si narrava che le persone venissero liberate dai propri mali: il cieco recuperava la vista, il muto

riacquisiva la parola, lo zoppo e il paralitico guarivano dall'infermità (Ugolini, 2014). Diffusa era in oltre la pratica di offrire degli ex voto: doni offerti al Dio per ottenere la sua benevolenza. Tra i diversi doni era usuale donare delle statuette rappresentanti la parte malata del corpo.

Come ricordano Grmek e Gourevitch (1998/2000) bisogna tenere presente che le statuette potevano avere un duplice significato: ad esempio l'orecchio poteva rappresentare l'affezione di quest'organo, come la sordità, oppure la ricerca di attenzione benevola da parte della divinità, a cui si chiedeva di porgere l'orecchio in ascolto del malato. Significato simile potevano avere le mani votive: sofferenza di questa parte del corpo o preghiera verso la divinità.

Ippocrate, medico del IV secolo a.C., attraverso il *Corpus Hippocraticum* e altre opere, prescriveva diverse pratiche mediche. Riguardo al piede deforme egli riteneva che dipendesse da una compressione intrauterina o da un trauma subito nell'infanzia. Era possibile curarlo raddrizzando la gamba o il piede con fasciature o con una calzatura apposita in piombo (Serra, 2020).

Ippocrate attribuiva la nascita di un bambino con malformazioni ad un ammaccamento del ventre, dovuto a colpi violenti subiti dalla madre, oppure al fatto che l'utero non fosse sufficientemente grande da contenere il bambino, che nasceva così con malformazioni (Schianchi, 2012/2022).

Si riteneva fosse possibile guarire la paralisi grazie a pozioni aromatiche fatte di miele, latte e sale. Ippocrate inoltre riteneva che l'epilessia non avesse nulla di sacro ma che dipendesse da un deficit a livello celebrale (Serra, 2020).

Dunque, in età antica il futuro riservato alla persona con disabilità spesso era già tracciato. La persona poteva nascere in una famiglia ricca o benestante, la quale poteva permettersi di sfamarla e disponeva di uno spazio per nascondere in casa la propria vergogna, oppure la persona poteva nascere povera e per lei c'erano solo solitudine, abbandono e sofferenza (Fiorinelli, 2011).

1.3 Il Medioevo

Il termine disabilità è un concetto legato alla contemporaneità e non al Medioevo. Come ricorda Carraro (2017) bisogna dunque tener conto che sebbene la disabilità fosse riconosciuta come una menomazione ed inserita in un gruppo distinto, non fu mai considerata come un fenomeno sociale e culturale, come invece avviene oggi. Le basi dell'approccio alla disabilità furono religiose e filosofiche, non mediche-giuridiche.

1.3.1 Demoni e farabutti

Nelle culture antiche la nascita di un bambino con disabilità era considerata, come precedentemente detto, un castigo per una colpa sconosciuta mentre nella cultura religiosa medioevale questi bambini divengono un castigo per una colpa nota: il peccato, l'adulterio, una sessualità sbagliata (Schianchi, 2009). Le deformazioni vennero assimilate al disordine e al peccato (Le Goff, 2003/2005). Si riteneva che l'origine del male fisico fosse da ricercare in un atto sbagliato commesso dalla persona. La malattia veniva intesa come una punizione, per un male morale (Fiorinelli, 2011).

La deformità fisica portava con sé paura, disgusto e orrore. Le persone deformi e con patologie marcatamente invalidanti spesso venivano considerate malefiche: in quanto si credeva che l'aspetto deturpato fosse il frutto di un'azione peccaminosa (Donà, 2015).

Per l'uomo medioevale tutto ciò che non poteva esser spiegato aveva una natura divina o diabolica: i bambini nati deformi erano il segno di un rapporto incestuoso della madre con il demonio.

Lo stigma di mostro che ricadeva così sul bambino, veniva posto anche sulla madre: spesso condannata al rogo per le sue presunte colpe. Le levatrici avevano dunque un ruolo fondamentale durante il momento della nascita. Esse sapevano come comportarsi per alleviare future sofferenze al bambino e alla madre: comunicando al termine del parto al resto della famiglia che il bimbo era nato morto. Le levatrici venivano formate dal poter ecclesiastico ed istruite rispetto a quali bambini fossero degni di ricevere il battesimo: ovviamente negato ai "mostri", giudicati non umani (Fiorinelli, 2011).

Oltre all'immagine del demonio, nel Medioevo alla persona con disabilità venne attribuita anche la connotazione di farabutto e malvivente.

Le pratiche penali del tempo prevedevano la mutilazione e la deturpazione del corpo, in relazione al reato commesso. La vendetta era una pratica condivisa e diffusa: sfigurare il nemico era espressione di un atto di potenza. Frequenti erano le norme che disponevano

“il bando dalla città degli storpiati e dei mutilati, segnati nel corpo per le loro pene e infamati come persone socialmente pericolose” (Zorzi, 2015, p.133): ospitare persone sfigurate arrecava disonore alla città stessa.

La paura e la diffidenza portano al disprezzo verso i mendicanti e ad un progressivo processo di assimilazione del disabile con la figura del farabutto: in quanto era difficile distinguere i malfattori dai mutilati per onesta causa (Carraro, 2017). Molto spesso tali persone venivano fatte rientrare nella categoria dei *viles* assieme ai mendicanti, ai lebbrosi, ai folli, ai poveri e a tutte le persone segnate da una condotta immorale (Todeschini, 2007).

Inoltre, alle persone il cui corpo non era integro, non era concesso di prendere gli ordini sacri ed erano considerati inattendibili a livello giudiziario: essi, infatti, non potevano testimoniare in tribunale o davanti ad un giudice (ivi.).

1.3.2 Il cristianesimo e la disabilità

Durante il Medioevo il cristianesimo rivestì un ruolo fondamentale.

Mentre nel mondo greco-romano esisteva una distinzione tra disabilità innata e quella acquisita, tra disabilità fisica e quella psicosensoriale, il cristianesimo riuniva le persone in un'unica grande categoria: quella degli afflitti.

Gli afflitti erano tutti quei soggetti considerati “deboli”: persone colpite da qualsiasi tipo di “disgrazia”, dall’handicap fisico, mentale, sensoriale alla povertà. (Schianchi, 2009)

La cultura biblica e il cristianesimo introdussero però alcuni nuovi aspetti: l’infermità come simbolo delle umane debolezze, il concetto di peccato di cui la disabilità è un possibile esito, l’infermità come frutto della lotta tra bene e male, l’infermità superabile grazie alla fede, la carità verso chi soffre (Schianchi, 2009).

La disabilità poteva così avere due significati e motivazioni differenti: da una parte dipendeva dal peccato, dalla colpa mentre dall’altra parte rappresentava la possibilità di manifestazione della grandezza divina attraverso le opere di guarigione di Dio (Fiorinelli, 2011).

Nell’Antico Testamento la disabilità non rappresentava soltanto una debolezza, ma il male. La disabilità derivava da un peccato commesso: colui che era menomato era un peccatore.

Per tale ragione le persone disabili potevano partecipare al culto ma non potevano presentare le offerte perché vivono in una condizione di impurità e dunque erano considerate indegne verso Dio e il culto religioso. Nel Nuovo Testamento rimaneva una

concezione della disabilità ancorata all'idea del male e del peccato, che però potevano essere allontanati tramite la fede. Gesù predicava l'amore e la carità verso i deboli e gli emarginati (Serra, 2020).

La disabilità, dunque, veniva da un lato socialmente e moralmente stigmatizzata e dall'altro assistita con spirito di carità poiché oggetto della misericordia di Dio (Schianchi, 2012/2022).

“Gli handicappati erano la metafora vivente dell'uomo dopo la caduta dal paradiso terrestre a causa del peccato originale, quando Adamo perse la somiglianza con Dio, l'integrità del corpo e l'immortalità. Erano dunque testimonianza di valori e di moniti religiosi e, pur non potendo essere considerati oggetto di interventi terapeutici e di sostegno sociale, costituivano tuttavia un punto di riferimento essenziale della ideologia della sofferenza e della carità. Attraverso l'esercizio della carità l'uomo medioevale pensava infatti di poter ottenere meriti per la vita celeste” (Errani, 2000, p.202).

Nel Medioevo, infatti, sulla base del principio di carità, si svilupparono ospedali ed istituzioni religiose per accogliere gli infermi. Tali luoghi, *God's House* e *Hôtel-Dieu*, accoglievano i poveri e gli emarginati, tra i quali erano presenti anche le persone con disabilità. Coloro che invece non trovavano un rifugio negli ospedali vivevano in condizioni di esclusione e povertà, costretti a vivere di espedienti e di accattonaggio (Schianchi, 2009).

1.3.3 I Servizi per i *pauperes*: ospedali ed orfanatrofi

I *pauperes* nel Medioevo

Nel periodo medioevale le persone con menomazioni più o meno gravi furono emarginate ed incorporate spesso nella onnicomprensiva categoria dei *pauperes* (Carraro, 2017).

Il povero viene definito da Mollat (1978/1982) come colui che in una situazione temporanea o permanente si ritrovava in una condizione “di debolezza, di dipendenza, di umiliazione, contraddistinta dalla mancanza – diversa a seconda delle epoche e della società – degli strumenti di potenza e considerazione sociale: denaro, relazioni personali, capacità di influenza, potere, cultura, qualificazione tecnica, alti natali, vigore fisico, intelligenza, libertà e dignità personali” (p.7).

La società medioevale nutriva per il povero diffidenza ma d'altra parte necessitava della sua presenza: poiché in questo modo poteva esercitare la carità ed ottenere meriti per la vita celeste (Errani, 2000; Fiorelli, 2011).

A partire dal XIV si assiste ad una forte crescita della povertà che portò ad un rafforzamento delle leggi contro la mendicizia: le quali proibirono di fare l'elemosina alle persone sane di corpo ed autorizzandola così per chi non lo era.

Ad Amburgo, nel 1342 venne emanato un provvedimento che decretò il divieto di entrare in città a cinque tipologie di vagabondi, tra cui risultavano esserci anche gli infermi. In Inghilterra venne emanato nel 1351 lo *Statute of Labourers* in cui veniva proibita la mendicizia e il vagabondaggio per le persone abili mentre era concessa ai disabili, alle vedove, agli anziani e ai bambini (Serra, 2020).

La persona con disabilità, in ragione della sua condizione fisica che le impediva di lavorare, poteva ricevere cure affidandosi alle istituzioni religiose. Le persone idonee al lavoro al contrario, se colte a mendicare subivano sanzioni (Carraro, 2017).

Dunque, nei confronti delle persone con disabilità i sentimenti erano contrastanti: da una parte l'obbligo morale e religioso di assistenza, dall'altra il disprezzo, il timore e la diffidenza (Serra, 2020).

L'assistenza medioevale

I processi e le modalità di marginalizzazione e di assistenza non furono uguali per tutti i poveri e dunque neppure per tutte le diverse forme di disabilità (Carraro, 2017).

La società assistenziale medioevale si basava su due principi: la *caritas* e l'*infirmis*. La *caritas* rappresentava il simbolo dell'amore paterno tra Dio e gli uomini. L'*infirmis* era il segno della debolezza e della dipendenza: espressione corporea della fragilità dell'uomo e del suo peccato originale (Le Goff, 2003/2005).

A partire dal VI secolo iniziarono a diffondersi in Italia degli istituti, gli *xenodochia*, finanziati dalla Chiesa e dai ricchi fedeli, sorti con l'intento di accogliere pellegrini e viaggiatori ma ben presto si allargarono anche ai poveri, ai vecchi e agli orfani delle zone vicine (Peyer, 1987/1990).

Nei secoli successivi, soprattutto XI e XII secolo, la mobilità aumentò e ciò provocò una forte concorrenza tra i viaggiatori ed i poveri e malati della zona che occupavano in gran numero gli istituti della Chiesa della zona.

Il termine *xenodochium* (ricovero per forestieri) fu affiancato sempre più frequentemente da quello di *hospitale* e *hospitium* (ricovero per poveri) fino a diventare intercambiabili. Nella maggior parte dei monasteri si affermò allora successivamente la distinzione fra *hospitale hospitum* o *nobilium*, destinato agli ospiti aristocratici a cavallo, e l'*hospitale pauperum* per i poveri e gli ospiti a piedi. Nelle città più grandi avvenne una sorta di

specializzazione dell'assistenza come risulta dal *Codex Justinianus*, nel quale si parla di: *orphanotròphia*, le case per orfani, *prochotròphia*, gli ospizi per poveri e *gerontocòmia* ossia i ricoveri per anziani (Peyer, 1987/1990).

A partire dal X-XI secolo la Chiesa iniziò ad occuparsi attivamente dei poveri e degli indigenti, creando ospedali per l'assistenza caritatevole: la quale missione principale era però quella di separare i malati dalle persone sane, per proteggere la comunità (Fiorinelli, 2011).

Risultava inoltre necessario distinguere i "poveri veri", i quali dovevano essere aiutati e per questo ricevevano un distintivo segno del loro privilegio, ed i "mendicanti validi" ossia coloro in grado di lavorare ma che al contrario sottraevano l'elemosina agli altri. L'assistenza prestata al primo gruppo proseguiva in concomitanza con la persecuzione dei secondi (Schmitt, 1980).

Dalle fonti del IX secolo emerge un'ospitalità ecclesiastica fiorente soltanto nei centri maggiori e fortemente differenziata in relazione alla classe di appartenenza.

All'accoglienza dei ricchi veniva infatti dedicata maggior cura rispetto a quella dei poveri, che spesso, considerando l'alto numero dei richiedenti aiuto, era vista dai monasteri come un dovere da contenere in limiti difficilmente rispettabili (Peyer, 1987/1990).

Negli istituti ospedalieri, infatti, i poveri non hanno trovato l'assistenza che avrebbero dovuto ricevere: non tanto per un problema legato al numero di strutture ma quanto per gravi deficienze di gestione, negligenza del personale e deviazioni dal ruolo degli ospizi (Mollat, 1978/1982).

Inizialmente nel XI e XII secolo gli ospedali per i pellegrini vennero costruiti grazie alle donazioni di sovrani, nobili o monasteri. A partire dal XII secolo queste istituzioni vennero fondate, soprattutto da laici caritatevoli, consapevoli del problema emergente della diffusione della povertà, i quali poi ne affidavano la gestione a ordini religioso-cavallereschi o a confraternite pie. In questi istituti trovavano accoglienza i pellegrini ed i poveri dei dintorni.

A partire dalla metà del XIII secolo fino al XIV, l'assistenza si occupò sempre più esclusivamente dei bisognosi del luogo. Gli ospedali inoltre vennero sostenuti e gestiti sempre più dalle città o altre entità comunali (Peyer, 1987/1990).

Per quanto riguarda i bambini con disabilità l'orfanotrofio rappresentava la via più sicura. I bambini, infatti, spesso venivano abbandonati presso gli orfanotrofi o gli ospedali oppure per le strade, in cui si ritrovavano poi a mendicare. Spesso i genitori consegnavano

i figli adolescenti con problemi mentali assieme ad una dote all'ospedale, affinché venissero nascosti (Carraro, 2017).

Le figlie con deformità e che non potevano essere offerte in sposa così come i figli che non avevano la possibilità di accedere alla vita militare o ecclesiastica, venivano offerti nei monasteri come oblati (Fiorinelli, 2011).

Tra la fine del XIV secolo e l'inizio del XV in Germania era diffusa la pratica di imbarcare i folli su dei battelli per il trasporto delle merci: le *Narrenschiffe* o "navi dei folli" dovevano trasportare le persone in porti lontani dai quali non era possibile fare ritorno. Spesso però i marinai si liberavano del carico sgradito molto prima di arrivare alla meta (Fiorinelli, 2011).

Nel XV secolo nascono anche le prime istituzioni psichiatriche, con un carattere più religioso che medico e deputate all'assistenza e alla cura di tutti i poveri (Serra, 2020).

Il re Luigi IX realizza in Francia la "Casa dei Trecento", la cui costruzione termina nel 1260. Si tratta di una delle prime istituzioni debuttate ad accogliere persone con disabilità e rappresenta inoltre un'eccezione agli ospedali del tempo, gestiti dalla Chiesa (Schianchi, 2012/2022).

Si trattava di una struttura deputata ad accogliere persone cieche a condizione che: fossero autonome, con almeno sedici anni di età, previa cessione di eventuali beni e con l'obbligo di partecipare attivamente alla gestione della Casa e al sistema di carità che ruotava attorno ad essa. La principale attività che dovevano svolgere gli ospiti era infatti l'elemosina, i cui profitti dovevano essere interamente versati alla comunità. Ospiti della Casa furono oltre ai ciechi, anche i poveri, i malati, i menomati.

Per l'elemosina, le persone cieche venivano accompagnate dai membri vedenti della Casa ed indossavano un uniforme di riconoscimento che li rendeva riconoscibili e rispettati. La pratica delle uniformi era diffusa in molte città europee e rappresentava il simbolo di riconoscimento per tutti i mendicanti autorizzati a fare l'elemosina.

La carità e l'elemosina proseguirono fino al 1780, quando vennero vietate per legge, e allora agli ospiti della Casa venne assegnata una rendita pecuniaria fissa (Serra, 2020).

Soprattutto a partire dal XIV secolo, i sovrani e le Istituzioni si trovarono davanti alla necessità di attuare delle riforme, in risposta all'importante processo di pauperizzazione e di disorganizzazione sociale in atto, dalle quali prese avvio il processo di istituzionalizzazione dell'epoca moderna (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Capitolo 2 - L'Età Moderna: la segregazione del diverso

2.1 La laicizzazione dell'assistenza e i luoghi di reclusione

L'età moderna rappresentò un periodo di reclusione e segregazione per il diverso. Tra i secoli XV e XVI avvenne un importante mutamento degli atteggiamenti nei confronti della povertà, non più accettata (Geremek, 1968).

L'ordine politico e sociale del tempo si basavano su sistemi di controllo e repressione, con il fine di impedire e circoscrivere le devianze sociali.

L'infermità veniva associata in questo periodo, così come già dai secoli precedenti, alla povertà, all'emarginazione, alla criminalità e al vagabondaggio: divenne oggetto di emarginazione e reclusione.

Il propulsore dell'ospedale medioevale era un sistema religioso e culturale, basato sull'idea della carità cristiana. A partire dalla seconda metà del Seicento, la cura e l'assistenza furono motivate essenzialmente “dalla necessità di affrontare, circoscrivere e controllare i comportamenti individuali e i fenomeni sociali” (Schianchi, 2009, p.96) prodotti dall'infermità, dall'indigenza e dalla marginalizzazione.

Messina (1988) ricorda di come la fonte dell'emarginazione debba essere ricercata:

“nella coscienza di chi vuole emarginare, nei processi mentali di chi fa di tutto per allontanare, e possibilmente annullare, ogni corpo negativamente identificato come estraneo alla propria realtà, scegliendo questa drastica via come unica difesa contro le proprie paure e fobie; una fobia fissata, in questo caso, dalla polimorfa immagine del mendicante-ladro-vagabondo ciarlatano, dalla lingua segreta e iniziatica dei criminali” (p.234).

Lo stato sociale è la fonte dell'emarginazione e allo stesso tempo è esso stesso che produce le teorie, le ideologie della marginalità: definendo in maniera negativa un particolare insieme di persone, gruppi e comportamenti. Chartier (1984, citato in Messina, 1988) mette in luce come in età moderna, lo stesso sistema che produsse la povertà e fece sì che la miseria dilagasse giudicò le masse di poveri come qualcosa di sostanzialmente estraneo da sé, da emarginare: non considerando le proprie responsabilità.

2.1.1 L'aumento della povertà e la repressione della mendicizia

Come ricorda Woolf (1988) dal tardo Medioevo le ondate di pauperismo seguirono i “ritmi e le crisi delle economie agrarie e manifatturiere, preindustriali e in via di industrializzazione” (p.14). L'epoca moderna rappresentò un periodo di grandi cambiamenti: sia a livello politico con lo sviluppo dello Stato Moderno, sia religioso a seguito della Riforma Protestante e della Controriforma Cattolica. Inoltre, nel Cinquecento il fenomeno del pauperismo aveva raggiunto una situazione drammatica: coinvolgeva circa un quinto della popolazione dell'Europa Occidentale soprattutto a causa dei grandi flagelli di quegli anni: le carestie e le epidemie (Schianchi, 2012/2022). Le crisi socioeconomiche comportarono una forte contrazione dei salari ed un aumento della disoccupazione. Il pauperismo raggiunse dimensioni eccezionali e coinvolse strati molto vasti della popolazione, tanto che i meccanismi di gestione del sistema sociale non furono più in grado di gestire la situazione (Messina, 1988).

Gutton e Pullan (citati da Woolf, 1988) presentano una quantificazione approssimativa della povertà urbana in epoca moderna, suddividendola in categorie. La prima risultava formata dai poveri definiti “strutturali”: i quali, impossibilitati a guadagnarsi da vivere a causa dell'età, delle malattie o dell'invalidità, dipendevano totalmente dall'assistenza o dall'accattonaggio. Essi formavano circa il 4-8 per cento della popolazione delle città europee. Seguivano poi i poveri “congiunturali” o “di crisi”: i quali dipendevano dai bassi salari e dell'occupazione occasionale. Essi rappresentavano il 20% della popolazione. Infine, la terza categoria era formata da artigiani, piccoli commercianti e modesti funzionari, che correvano sempre il rischio di cadere al di sotto dei livelli di sussistenza: nei periodi di crisi potevano rappresentare anche il 50-70 per cento delle famiglie.

Geremek (1988) riporta che nei secoli XVI e XVII circa un quinto della popolazione urbana faceva parte della categoria dei *pauperes*, che vivevano dell'assistenza pubblica e privata. Nelle campagne la miseria rimaneva invece nascosta “anzi era inserita nella vita quotidiana” (p.101) e molte famiglie sopravvivevano grazie a lavori occasionali, giornalieri o a cottimo. Nelle città invece i mendicanti sopravvivono attraverso l'elemosina, organizzandosi in corporazioni, associazioni o confraternite.

I mezzi tradizionali della beneficenza cristiana risultavano essere insufficienti ed i conventi non erano più in grado di accogliere il sempre più elevato numero di bisognosi. Risultava allora necessaria l'elaborazione di una politica sociale efficace (Geremek, 1973) e per tale ragione, nel Cinquecento, in tutta Europa prese avvio un'operazione di

ristrutturazione e accentramento delle istituzioni caritative e degli ospedali, con una partecipazione sempre maggiore da parte dello Stato (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020). Rispetto al passato cambiò la considerazione del povero, dell'elemosina e della mendicizia.

Il povero, in relazione all'ideologia cristiana, aveva un'utilità sociale in quanto permetteva di ottenere la salvezza tramite la carità. La funzionalità ideologica del povero entrò però in forte contrasto con la sua afunzionalità economica, nel momento in cui il fenomeno del pauperismo si estese in larga misura (Geremek, 1989).

Il povero non era più colui che necessitava di assistenza caritatevole ma nell'immaginario moderno veniva accomunato alla figura del vagabondo dalle condotte antisociali (Schianchi, 2012/2022). I vagabondi ed i mendicanti erano una delle categorie più disprezzate: "lo sconosciuto mendicante vagabondo, potenziale disturbatore della pace, veicolo di malattie e verosimilmente truffatore" (Woolf, 1988, p.25). I vagabondi, infatti, non offrivano alcuna garanzia di rispetto delle regole, non avendo legami con il signore, con il padrone e con il vicinato del luogo in cui sostavano (Messina, 1988).

I marginali, nella cui categoria rientravano i diversi, i vagabondi, le streghe, dovevano essere tenuti sotto controllo e per tale motivo vennero inseriti all'intero di un regime assistenziale sempre più regolamentato (Schianchi, 2022).

Tra la fine del XV secolo e l'inizio del XVII si realizzò "un progressivo spostamento dal «sistema delle istituzioni caritatevoli» al «sistema delle istituzioni disciplinari»" (Schianchi, 2012/2022, p.105).

Il grande numero di disoccupati e poveri ebbe un forte impatto sui meccanismi di coesione e consenso sociale: innescando reazioni a livello psicologico che contribuirono a creare immagini e stereotipi (Messina, 1988).

L'accattonaggio risultava una pratica da reprimere in quanto veniva equiparata alla disonestà e alla mancanza di voglia di lavorare. Al termine del Cinquecento, il lavoro aveva una forte connotazione morale in quanto rappresentava il "mezzo per combattere e sfuggire i pericoli peccaminosi dell'ozio" (Woolf, 1988, p.34).

A Roma il numero di persone che vivevano di accattonaggio era talmente elevato che nel 1561 l'autorità papale nominò un commissario dei vagabondi, il quale aveva l'incarico di trovare tutti i mendicanti e porli davanti ad una scelta: trovare un lavoro o abbandonare la città.

Successivi bandi ottennero risultati scarsi, fino al 1587 in cui papa Sisto V con la bolla *Quamvis infirma* condannò vagabondi e mendicanti e decise di procedere alla loro reclusione forzata, poiché:

“I loro richiami e lamenti disturbavano i fedeli nelle chiese; essi andavano in giro in cerca di cibo come animali, non pensando ad altro che a soddisfare la fame e a riempirsi la pancia; molti fingevano malattie per estorcere elemosine, simulavano mutilazioni per sfuggire ad un lavoro onesto” (Geremek, 1988, p.225).

Nel 1530 Carlo V emanò un provvedimento, analogo a disposizioni del passato, che raccomandava a tutti i governi locali di vigilare sui mendicanti e sui vagabondi, permettendo di elemosinare solo ai malati e agli infermi.

Similmente agli Enrico VIII in Inghilterra, che nello stesso anno raccomandò ai sindaci delle città di fare un censimento dei poveri realmente inabili e malati, a quali sarebbe stato conferito un certificato per poter mendicare. I mendicanti validi dovevano invece esser frustati e messi al lavoro (Geremek, 1988).

“L’elogio, o persino la glorificazione del lavoro nel XVI secolo costituì un filone dominante” (Geremek, 1988, p.196).

Lo scrittore e politico del tempo Thomas More² nel suo libro *Utopia* (1981), pubblicato in latino nel 1516, lodava il lavoro e ripudiava l’ozio: testimonianza del mutamento profondo nell’atteggiamento delle persone del tempo verso il lavoro.

Nel paese ideale delineato dall'umanista, il lavoro era un obbligo generale degli abitanti e la principale funzione del governo era quella di prevenire l'ozio. Nessuno poteva astenersi dal lavoro, infatti, More riteneva che “se tutti costoro che ora sono distratti in opere inopere ... infiacchiti dal l'ozio e dal dolce far niente, ognuno dei quali dei prodotti del lavoro altrui consuma quanto due lavoratori, venissero tutti quanti assegnati ... a lavori utili” (p.66) in breve tempo si potrebbe ottenere l’equilibrio economico e sociale. More auspicava inoltre il ricorso ai lavori forzati, come punizione per i ladri ed i vagabondi, desiderando l’estirpazione della mendicizia e degli ordini mendicanti.

² Roberti (2011) mette in luce come Thomas More fu portavoce di idee innovative per il tempo producendo concetti inediti e di particolare interesse. More immaginava un'isola, possibile metafora della Gran Bretagna, governata dalle pari opportunità: in cui anche la persona che presentava difficoltà nei movimenti potesse fruire di un territorio adattato alle sue necessità. L'autore fu a suo modo portavoce di ideali verso l'abbattimento delle barriere architettoniche. Utopia rappresentava infatti qualcosa che non esisteva, ma avrebbe dovuto esistere: More fece uno slancio provocatorio verso il mutamento.

Per i vecchi, i disabili ed i malati si aprivano le porte dell'ospizio, simile però ad una galera: l'ospizio divenne sinonimo di carcere e il verbo rinchiudere di soccorrere (Fioranelli, 2011). La soluzione al pauperismo crescente venne infatti trovata nelle organizzazioni di internamento e di lavoro forzato, nella razionalizzazione dell'istituto di carità: il povero si ritrovava così sempre più rilegato ai margini della società (Geremek, 1989).

2.1.2 *Hôpital Général* e i luoghi dell'istituzionalizzazione: nascondere e controllare il diverso

L'età moderna viene ricordata come il periodo della segregazione (Serra, 2020).

La società del tempo si basa sui concetti di lavoro e proprietà privata: coloro che non ne disponevano, venivano circoscritti nelle istituzioni totali, come ospedali, manicomi, carceri oppure venivano esclusi dalla società (Milanesi, 1982).

Come ricorda Schmitt (1980) è soltanto alla fine del Medioevo e soprattutto nell'età moderna “che la marginalità viene veramente respinta alla periferia. Non vi è più posto, in mezzo al corpo sociale, per quelle frange d'incertezza che il Medio Evo aveva ammesso” (p.286).

L'espulsione dei mendicanti dalle città non era più sufficiente per scongiurare la paura del crimine, né a soddisfare il desiderio di igiene sociale: essi dovevano essere rinchiusi (Schmitt, 1980, pp.275-276).

Il movimento che prese avvio in questi anni si pose due grandi obiettivi. Da una parte l'esclusione e l'occultamento del diverso tanto a livello mentale quanto fisico, con la creazione di luoghi appositi. Dall'altra parte la moralizzazione, che comportava un'accentuata divisione delle persone tra coloro che seguivano la norma ed i suoi trasgressori. La norma era rappresentata dal lavoratore dotato di capacità, volontà e rispetto. Tutto ciò che deviava da tale norma e rischiava di corroderla e corromperla, doveva essere “chiuso, recintato, reso innocuo, disciplinato dalle Istruzioni totali” (Milanesi, 1982, p.926).

Le Istituzioni deputate all'assistenza si polarizzarono verso due diverse dimensioni. Da una parte si trovavano le Istituzioni deputate ai poveri, per offrire loro sollievo. Dall'altra parte si trovavano tutte quelle che vennero definite *dispositivi di controllo*: strutture nate sulla base dei lebbrosari diffusasi nel Medioevo, che cominciarono a diffondersi con il nome di *case di correzione*.

I *Bridewells* inglesi

Le case di correzione sorsero in Inghilterra nel 1576 con il fine di controllare tutte le persone socialmente pericolose: mendicanti, vagabondi, malati di mente ed oziosi (Schianchi, 2012/2022).

La prima casa di correzione londinese fu realizzata a Bridewell e divenne un'istituzione pionieristica: in breve tempo nel Pease sorsero circa duecento case di lavoro, tutte con il nome di *Bridewell* (Geremek, 1989).

Il *Bridewell* si fondava su una disciplina di tipo penitenziario, basata sulla vigilanza ed il controllo. Un giudice di pace della contea di Somerset affermava, in un documento indirizzato ad un membro del Consiglio:

“Onorevolissimo e mio eccellente Signore,
dopo aver osservato a lungo le rapine e i furti commessi nella contea nella quale sono in servizio ..., penso che sia mio dovere presentare alla vostra onorevole e grave considerazione i registri allegati, relativi ai prigionieri giustiziati e liberati nel corso di quest'anno nella contea di Somerset, nei quali Vostra Signoria può vedere come sono stati liberati 184 degli individui più malvagi e disperati. E, di questi, pochissimi sono arrivati sulla buona strada, dal momento che nessuno li vuole prendere a servizio. E, per la verità, essi non vogliono lavorare se non a salari esorbitanti ... Così preferiscono rischiare la vita piuttosto che lavorare ..., ho inviato alla casa di Correzione diverse persone errabonde e sospette, e generalmente tutti mi supplicavano piangendo amaramente di risparmiarli loro ciò e mandarli alle galere piuttosto che in queste case; alcuni mi confessavano di avere commesso reati per cui rischiavano la vita, e tutto allo scopo di non essere mandati alle case di Correzione, dove sarebbero stati forzati a lavorare” (Geremek, 1989, p.81).

Compito originario di queste case era quello di impiegare i mendicanti validi: obiettivo difficile da raggiungere a causa della disoccupazione e della mancanza di posti di lavoro. All'inizio del XVII secolo “gli amministratori di Bridewell di Londra avevano a che fare con circa un migliaio di vagabondi; non erano in grado di impiegarli, e allora li mettevano sotto processo, li punivano e li mandavano via” (Geremek, 1988, p.229). All'interno di questi luoghi si ritrovavano giovani, ex soldati e validi disoccupati insieme a vagabondi e ladri. I *Bridewells* non rappresentavano un luogo di correzione dei costumi e dei modi di vivere, ma più dei luoghi di depravazione (Geremek, 1988).

Gli *Hôpitaux Généraux* di Parigi

Nel 1611 a Parigi venne promulgata una legge che impediva l'accattonaggio in ogni sua forma: iniziò così il periodo noto come *grand renferment*, la grande reclusione. Alla base di tale approccio c'era l'idea che i nullafacenti, in buona parte disabili, dovessero esser allontanati dalle strade: la soluzione era rinchiuderli in luoghi appositi per metterli al lavoro con la forza (Fioranelli, 2011). L'isolamento dei poveri si unì così alla costrizione al lavoro (Geremek, 1988).

I poveri dovevano essere indirizzati al lavoro e alla produzione, per essere moralizzati ed educati cristianamente (Chartier, 1984, citato in Messina, 1988).

Un'evoluzione analoga si registrò anche nell'resto dell'Europa: le *Zuchthäuser* o case di correzione in Germania, le *workhouses* in Inghilterra erano espressione della medesima politica. Queste forme di reclusione si proponevano di garantire la pace sociale ma nello stesso tempo anche di riformare i poveri tramite il lavoro forzato: visto come strumento di punizione e correzione (Schmitt, 1990; Woolf, 1988).

Il lavoro forzato si impose con il rimedio principale contro la piaga del vagabondaggio e divenne la strada principale seguita dai governi del tempo (Geremek, 1989).

A Parigi il progetto di isolamento dei poveri trovò una realizzazione nei tre ospizi, designati dal nome di *Hôpital des Pauvres Enfermez*, Ospedale dei Poveri Rinchiusi, destinati ad accogliere: uno gli uomini, uno le donne e i bambini fino agli 8 anni ed uno i malati gravi.

Nei primi due il lavoro era un obbligo: gli unici esentati dal lavoro erano i malati gravi e gli invalidi totali. Nei mulini, nelle segherie, nelle filande, nelle fabbriche, tutti dovevano lavorare. Il titolare di un'impresa faceva richiesta di manodopera, che veniva fornita dall'ospedale, che riceveva i tre quarti del compenso, lasciando il restante al lavoratore.

Colui che non portava a termine il lavoro della giornata veniva punito: prima con il dimezzamento della razione di cibo, la seconda volta con il carcere. Tutti erano obbligati ad indossare la divisa con il logo dell'ospedale ed un numero identificativo.

I rinchiusi consideravano un privilegio essere ricoverati e lavorare alla pari degli schiavi, poiché l'alternativa era rappresentata dalla prigione o dall'espulsione dalla città: tanto che quando a Parigi venne fondato l'Ospedale Maggiore, la maggior parte dei ricoveranti si presentò spontaneamente (Fioranelli, 2011; Geremek, 1988).

Nel 1656 venne fondato a Parigi l'*Hôpital Général*, con l'obiettivo di raccogliere tutti i miserabili della società, in numero sempre crescente. Tale iniziativa venne imitata

successivamente nel resto del regno (Schianchi, 2009). Nell'Ospedale Generale “si ritrovano insieme vagabondi, mendicanti, storpi e pazzi” (Schmitt, 1980, pp.276).

Con il tempo gli ospedali e gli ospizi facenti parte dell'Ospedale Maggiore, si specializzarono. All'suo interno si trovava l'ospedale *Pitié*, che accoglieva principalmente le ragazze ed i bambini. L'ospedale *Salpêtrière*, nel 1663 contava 463 letti in cui ospitava 628 mendicanti, ed era destinato esclusivamente alle donne. In seguito, furono aggiunti nuovi locali ed il numero di ricoverati nel 1666 raggiunse circa i 2300 poveri e nel 1679 circa quattromila. Il *Bicêtre*, costruito inizialmente come ricovero per gli invalidi di guerra, divenne successivamente un ospizio per gli uomini, il cui numero oscillava fra i 1000 e i 1400. Nella *Savonnerie* venne organizzato un ospizio per i ragazzi in età scolare mentre la Casa di Scipione era destinata alle donne in stato di attesa ed ai neonati. Il numero dei poveri, rinchiusi nelle varie istituzioni dell'Ospedale Maggiore parigino, ammontava, alla fine del XVII secolo, a circa diecimila persone (Geremek, 1988).

Come ricorda Schmitt (1980), non si trattava di un luogo di cura bensì di costrizione. “Il disoccupato viene nutrito, ma perde la sua libertà” (p.276).

Nel 1676, un editto del re prescriveva l'istituzione di un *Hôpital Général* in ogni città del regno (Foucault, 1961/1963). Gli *hôpitaux généraux* rappresentavano uno strumento di controllo dei poveri e dei mendicanti, per la tutela dell'ordine pubblico, per prevenire conflitti e rivolte. Erano strumenti di educazione, di contenimento dell'immoralità e dell'inosservanza delle pratiche religiose (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Sempre il re Luigi XIV nel 1670 ordinò la fondazione di un ricovero per i soldati anziani e gli invalidi di guerra, affinché dopo aver rischiato la vita per la patria potessero trovarvi un luogo di serenità e tranquillità. Tale visione sembrava discostarsi dallo spirito iniziale del Grande Internamento ma l'idea di fondo dell'Istituto appare simile: radunare per controllare. Gli uomini che trovavano accoglienza presso l'*Hôtel des Invalides* venivano assistiti e ripagati per i propri sacrifici ma con l'intento di privarli di ogni spirito di rivalsa e rivolta, volendo tutelare la stabilità dell'ordine sociale e politico (Fiorinelli, 2011).

“L'obiettivo di queste due istituzioni è la gestione di soggetti e di fenomeni sociali devianti attraverso sistemi di controllo, internamento e rieducazione” (Schianchi, 2009, p.96).

Gli Ospedali per i Poveri di Roma

Il papa Sisto V con la Bolla *Quamvis infirma* del 1568 aveva vietato l'accattonaggio e ordinato la costruzione dell'Ospedale dei Poveri, vicino al Ponte Sisto, primo esempio di assistenza istituzionalizzata, nel quale furono accolte oltre mille persone (Geremek, 1988). Un collegio apposito aveva il compito di giudicare i poveri, per stabilire se avessero o meno il diritto a poter mendicare. Ai poveri considerati degni veniva consegnato un nulla osta cartaceo e un distintivo da esibire sulla spalla (Fioranelli, 2011). Tale iniziativa non ebbe però una grande durata e alla morte di Sisto V, la situazione ritornò allo stato precedente e nell'ospizio rimasero appena 150 persone (Geremek, 1988).

Sul finire del XVII secolo, l'eliminazione della mendicizia tornò ad essere un elemento importante per l'amministrazione pontificia. Il papa Innocenzo XII fondò l'Ospizio Generale de' Poveri, destinandogli il palazzo pontificio del Laterano.

Venne creata un'apposita congregazione, con il compito di controllare la vita nell'ospizio. I poveri furono riuniti, condotti all'ospizio e destinati al lavoro. Il provvedimento, fin da principio, venne realizzato con la violenza: i mendicanti consideravano la reclusione nell'ospizio un'incarcerazione (Geremek, 1988).

Nel 1679 venne istituita, un'opera assistenziale per “pover invalidi dell'uno e dell'altro sesso, quanto i fanciulli e le zitelle povere” e nel 1684 prese avvio la costruzione di un ospizio presso l'orto dei francescani, nel quale i giovani dovevano essere avviati a diverse attività artigianali. Tale Istituto venne in seguito ampliato, divenendo un Complesso composto da più parti.

Nel 1693 il papa Innocenzo XII decise infatti di riorganizzare l'assistenza pubblica di Roma raccogliendo in un'unica istituzione l'infanzia abbandonata ed i poveri che all'epoca erano collocati a Ponte Sisto e al Palazzo Lateranense, riunendoli tutti nel Complesso di San Michele a Ripa.

Il Complesso accoglieva così quattro categorie di persone: “dé poveri vecchi”, “delle miserabili vecchie”, “dei poveri ragazzi” ed infine “delle povere zitelle orfane”.

L'Istituto inizialmente destinato ad accogliere e rieducare i giovani orfani e bisognosi, venne in seguito inteso come una struttura polifunzionale con funzione di orfanotrofio, ospizio e carcere minorile: al suo interno si ritrovarono dunque l'infanzia abbandonata e diverse categorie di poveri (Direzione Generale Archeologia Belle Arti e Paesaggio [DG ABAP], n.d.; Schianchi, 2009).

Nonostante tali disposizioni per le vie della città si continuavano a trovare mendicanti e vagabondi, come testimonia un decreto pontificio del 1774. L'idea della reclusione dei poveri era però diventata un elemento stabile della politica pontificia (Geremek, 1988). A Milano venne invece creata nel 1784 la *Pia Casa per poveri schifosi, impotenti e incurabili*, che insieme alla *Casa di lavoro forzato* di Pizzighettone, doveva servire da contrasto al fenomeno dilagante della mendicizia. La Pia Casa era deputata ad accogliere gli afflitti da “malattie schifose ed incurabili o mala conformazione di corpo od imbecillità di mente”, la cui assistenza non poteva essere garantita dalle famiglie e dagli ospedali ordinari (Sassi, n.d.; Schianchi, 2009).

La nascita dei manicomi

Nel Cinquecento il manicomio esisteva per accogliere i folli indigenti: forte era il legame tra povertà e pazzia. Le persone che procuravano scandali e dimostravano una serie di comportamenti precisi, i *signa furoris*, venivano ricoverate a titolo gratuito negli ospedali. Il concetto di carità era presente ma legato alla paura e al timore.

Le persone ricche o benestanti che disponevano dei fondi necessari internavano invece il malato nella propria casa, pagando un'assistenza a domicilio.

Secondo Fioranelli (2011), il manicomio si differenziava dall'ospedale per quattro caratteristiche. La prima era che i ricoverati appartenevano tutti alla categoria dei disturbati mentali. La seconda era il numero ridotto dei posti, che non superava il centinaio, a differenza degli ospedali in cui venivano rinchiusi migliaia di persone a vario titolo. La terza differenza era la dichiarazione intenzionale del voler curare il malato in quanto la follia era considerata una malattia del cervello. Molteplici furono i rimedi somministrati ai folli per cercare di liberarli dai propri mali: rimedi uniti spesso a varie forme di contenimento. La quarta differenza infine era la durata dei ricoveri, circoscritta nel tempo. Il ricovero poteva infatti durare anche solo un mese: le persone considerate guarite spesso uscivano dal manicomio per poi farvi ritorno, in breve tempo.

L'arrivo del Seicento portò con sé l'idea che guarire la follia fosse impossibile. La soluzione migliore era dunque l'isolamento, la separazione e la reclusione associate a severe regole di vita che prevedevano: disciplina, lavoro, preghiera.

Il considerare l'internamento come una cura riportò i manicomi a riallinearsi agli ospedali della grande reclusione, in cui la detenzione veniva considerata la terapia.

Nel Seicento è importante ricordare che le modalità di ingresso nei manicomi cambiano. Un padre, un fratello o un marito potevano pagare per ottenere l'internamento di un

familiare: in questo modo, tra i folli veri “troviamo la figlia che non accetta il matrimonio impostole dal padre, il quale giudica opportuno redimerla con un paio di mesi di internamento; oppure il cugino con il quale si è in lite per un'eredità, il cognato che dilapida il patrimonio, la moglie infedele” (Fioranelli, 2011, p.58).

Dei cambiamenti arrivarono soltanto nel 1793, quando il medico Philippe Pinel liberò i pazzi, dell'ospedale di Bicêtre, dalle loro catene (Fioranelli, 2011). Pinel modificò l'impostazione dell'Ospedale Generale passando dall'idea di contenitore indistinto di tutte le patologie a quella di organizzazione e dai concetti di reclusione ed ineducabilità a quelli di assistenza e cura. Non avvenne però una liberazione reale della follia ma essa venne nascosta sotto la definizione di malattia mentale, sulla quale il potere medico-specialistico aveva ancora totale potere (Medeghini & Valtellina, 2006).

Michel Foucault (1961/1963) afferma: “È fra le mura dell'internamento che Pinel e la psichiatria del XIX secolo incontrano i folli, è là - non dimentichiamolo - che li lasceranno non senza gloriarsi di averli liberati” (p.81).

2.1.3 I disabili: in mezzo ai poveri, ai pazzi ed ai folli

Le persone con disabilità si ritrovarono all'interno di una duplice polarità, ritrovandosi a gravitare tra l'assistenza e la repressione: la loro percezione si fece così più opaca e difficile da interpretare (Schianchi, 2012/2022).

Nell'età moderna, mentre il castigo dei criminali doveva esser pubblico, come monito e dimostrazione del potere dello Stato, quello per il folle prevedeva l'allontanamento dalla vista. La persona considerata folle non era più un soggetto ma diventava un oggetto su cui esercitare un potere: il potere dei medici (Schmitt, 1980, p.277)

Con l'inizio della psichiatria si iniziò a fare una prima distinzione tra l'handicap e la pazzia. In quegli anni infatti iniziarono a svilupparsi due distinti filoni: da una parte quello della psichiatria e della malattia mentale, dall'altra parte quello dell'invalidità fisica, mentale e sensoriale (Schianchi, 2009).

Nonostante ciò “queste categorie resteranno ancora a lungo concretamente e scientificamente indistinte” (Schianchi, 2009, p.97) e “gli handicappati, soprattutto quelli mentali, rimarranno a lungo chiusi nei manicomi” (Goussot, 2000, p.36).

Fino ai primi anni del Novecento, infatti, le persone con diversi tipi di infermità, sia mentale che fisica, continuarono a convivere negli stessi Istituti, accomunate da povertà e marginalizzazione.

Nel XIX secolo si affermò la convinzione per cui i malati mentali fossero irrecuperabili, poiché incurabili: bisognava internarli per renderli inoffensivi. Rispetto alle persone invalide, anche esse marginalizzate, assistite ed internate, c'era invece l'idea che potessero essere rieducate per poter svolgere delle funzioni utili, all'interno degli Istituti (Schianchi, 2009).

Testimonianze dell'epoca arrivano dal *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale* di Pinel (1800/1830) il quale riporta di come gli idioti costituissero “una specie numerosissima negli ospizi” (p.145). Pinel riteneva che l'idiotismo fosse dovuto ad una mancanza più o meno totale delle funzioni intellettive ed affettive, di cui le cause potevano essere molteplici.

Il medico riporta nei suoi scritti il caso di una bambina di circa undici anni, che definisce, per le sue abitudini simile a una pecora.

“Nello spazio di due mesi e mezzo che all'ospizio rimase della Salpêtrière, provava una particolare ripugnanza per la carne, e mangiava con avidità le sostanze vegetabili ... ; non beveva ella che acqua, ed attestava alla sua foggia una viva riconoscenza per le cure tutte che la figlia di servizio prodigavale; queste dimostrazioni di sensibilità limitavansi ad articolare questi due vocaboli, *bè, mia zia*, poichè dessa altre parole proferire non potea, e mutola interamente appariva pel solo difetto d'idee ... Giammai non si è potuto pervenire a farla sedere su di una sedia onde prender riposo o per fare i suoi pasti, e dormiva col corpo voltolato e steso sulla terra giusta il costume delle pecore. Tutto il suo dorso, i lombi e le spalle erano coperti d'una sorta di pelo flessibile e nericcio, lungo un pollice e mezzo, o due, e che alla lana approssimavasi per la sua finezza; lochè formava un aspetto spiacevolissimo. Così dè ... [giocolieri] che aveano conoscenza dello stato di questa giovinetta idiota, proposto aveano alla madre di loro permettere di mostrarla nelle fiere e ne' vicini mercati come un oggetto rarissimo di curiosità; lo che fu loro rifiutato, quantunque i parenti fossero poverissimi. Questa fanciulla idiota, pel loro allontanamento; finì cadendo in uno stato progressivo di languore, dopo due mesi e mezzo di soggiorno nell'ospizio della Salpêtrière pagò l'ultimo tributo alla natura: serbai accuratamente il di lei cranio, che è notevolissimo per le sue dimensioni e per la sua forma” (ivi., pp.146-147).

Emerge l'attenzione e la curiosità di Pinel nei confronti della bambina, assieme al suo sguardo classificatorio da medico (Goussot, 2000).

Lo psichiatra Esquirol parla dell'ospizio di Tolosa come un quartiere di forza, in cui gli epilettici, gli alienati di entrambi i sessi, i cattivi soggetti, le prostitute, i pazzi ed i

condannati erano rinchiusi e vivevano in celle, sopra dei letti di mattoni ai quali erano incatenati (ivi.).

Lo psichiatra distingue la pazzia dall'idiozia, in quanto non riteneva quest'ultima una malattia ma uno stato mentale in cui le facoltà intellettive non si sono mai manifestate o sviluppate. Secondo lo psichiatra gli imbecilli per aspetto differivano poco dalle persone normali, ma godevano di facoltà intellettive ed affettive di un livello minore.

Gli idioti invece erano rachitici, epilettici, deformi, paralizzati sordi o semisordi.

Per Esquirol appariva ovvio che l'educazione non potesse rimediare ai tanti e diversi svantaggi che colpivano i ciechi e i sordomuti (Galzigna, 1982, citato in Goussot, 2000).

Lo psichiatra, infatti, affermava: “incapaci di attenzione, gli idioti non possono orientare i loro sensi, sentono, ma non ascoltano, vedono, ma non guardano; senza idee, non pensano, non hanno niente da desiderare, non hanno bisogno dei segni, non parlano. La parola è inutile per colui che non pensa, che non desidera” (ivi., p.40).

2.2 L'Illuminismo: un nuovo sguardo sul diverso

Nell'età dei lumi, grazie anche ad una riforma del sapere medico e scientifico iniziò a diffondersi un interesse per la disabilità (Serra, 2020) e per l'uomo, sotto ogni punto di vista: naturalistico, etnologico, biologico, psicologico ed educativo (Cannao & Moretti, 2009). Il corpo umano iniziò ad essere studiato con attenzione e senza condizionamenti di tipo dogmatico. Prese avvio la lotta alla superstizione e si affermò l'idea che il morbo e la malattia dipendessero da fattori non connessi al peccato e alla volontà divina. Negli ospedali, fino ad allora luoghi di reclusione, iniziò ad essere presente il concetto di cura (Fiorinelli, 2011).

La scienza di fronte alla disabilità si poneva un duplice obiettivo. Da una parte cercava di comprenderla nelle sue cause. Dall'altra parte c'era lo sforzo per cercare di annullarla, mirando a far adottare alla persona i comportamenti ritenuti normali e conformi alle usanze del modello europeo (Canevaro & Gaudreau, 2002).

Con l'Illuminismo le persone considerate devianti divennero oggetto di studi, cura ed assistenza. Si cercò di riaccudirli e rieducarli per poterli reinserire nella società.

La persona però che per patologie gravi ed incurabili non poteva essere rieducata veniva reclusa e allontanata dal mondo normale, affinché non potesse nuocergli (Schianchi, 2009).

2.2.1 Ambito medico

I filosofi dell'illuminismo francese si posero come avversari della superstizione e delle credenze popolari (Gentilcore & Fiume, 2000).

L'illuminismo favorì la diffusione degli studi in ambito medico e portò all'aumento della conoscenza del funzionamento del corpo, delle malattie e dei metodi per alleviarne il dolore (Serra, 2020). Le malattie, colpa di peccati o volontà di Dio, ottennero una causa scientifica e medica: potevano essere curate e controllate dai medici (Milanesi, 1982).

Avvenne dunque un progressivo affermarsi della Medicina, che si sostituì alla religione. La morte divenne un problema più medico che religioso: al capezzale del morente, la figura più importante tendeva ad essere quella del medico, non più quella del prete (Milanesi, 1982).

Le idee dell'Illuminismo aiutarono "a rendere la medicina più razionale, empirica, sperimentale" (Porter, 1979, p.157). Si abbandonarono le pratiche popolari, basate sulla magia e sui sortilegi, in favore di cure maggiormente scientifiche, come le vaccinazioni,

anche se molti trattamenti restarono fortemente tradizionali, come ad esempio l'utilizzo dei salassi.

Aumentò la sensibilità verso la sofferenza e le cure divennero meno impietose. Queste idee portarono ad un incremento delle istituzioni sanitarie ed alla necessità di norme più adeguate al loro funzionamento e alla loro gestione (Porter, 1979).

In Inghilterra medici come il dottor John Coakley, misero in evidenza la necessità di curare e provvedere agli infermi con un ambiente sano e pulito. Il dottor Battie mise in luce come la pazzia dovesse essere curata in modo completamente diverso rispetto alla criminalità: era necessaria una buona gestione, non restrizioni fisiche e crudeltà (Porter, 1979).

Lo sviluppo medico ebbe una forte ripercussione sullo sviluppo delle scienze umane (Schianchi, 2009).

Pinel viene ritenuto il fondatore della psichiatria moderna in quanto accostò il metodo scientifico alla malattia mentale, separando le persone che ne erano affette da tutti gli altri marginali. Nel 1799 fondò la *Société des Observateurs de l'homme* e avviò i primi studi per ricercare le connessioni tra la malattia e possibili alterazioni anatomiche (Serra, 2020).

Porter (1979) mette in luce come durante l'Illuminismo inglese avvenerò tre importanti cambiamenti, rispetto alla considerazione della medicina e della salute.

Come precedentemente esposto, avvenne un allontanamento dalle pratiche spirituali: la fede e le preghiere persero la loro efficacia curativa. “Il Settecento vedeva insomma la salute dove le precedenti generazioni vedevano la santità” (Porter, 1979, pp.164-165).

I devianti del Seicento, secondo ideologia religiosa, venivano stigmatizzati in indemoniati, streghe e posseduti, mentre nel secolo successivo vennero classificati secondo delle categorie pseudo-mediche, come quelle di pazzi e di epilettici.

Cambiò il modo di intendere l'infermo: il malato povero meritevole doveva ricevere le cure necessarie, basate sulla logica del paternalismo.

Infine, cambiò lo sguardo sulla salute. L'obiettivo non era più prettamente quello di assistere ma si mirava alla guarigione, all'eliminazione delle sofferenze tramite la cura.

2.2.2 Ambito culturale

Durante il Settecento si diffusero gli studi sull'educazione. In Francia nel 1762 Rousseau pubblicò l'*Emilio*. Rousseau viene considerato il precursore del rispetto assoluto del bambino e dei suoi bisogni: ma non sembra ritenere tutti i bambini degni di tali principi (Canevaro & Gaudreau, 2002).

Nel primo libro dell'*Emilio*, Rousseau stabilì i criteri in base ai quali scegliere il proprio allievo, per poter ottenere dei buoni risultati.

Il giovane, di sesso maschile, doveva provenire da una zona temperata (europea) e preferibilmente essere di nazionalità francese, inoltre doveva discendere da una famiglia ricca o borghese. Il giovane doveva essere considerato un orfano: infatti non importava che avesse dei genitori in quanto: “assunti su di me i loro doveri, eredito tutti i loro diritti. Egli deve onorare i genitori, ma obbedire esclusivamente a me. Questa è la mia prima o meglio unica condizione” (Rousseau, 1762/2017, p.31).

Il giovane infine doveva essere di buona salute fin dalla nascita: “bisogna che il corpo abbia sufficiente vigore per obbedire all'anima” (ivi., p.33).

Rousseau non ripudiava l'esistenza di bambini imperfetti, infatti afferma che il “padre non ha scelta e non deve aver preferenza nella famiglia che Dio gli assegna: tutti i suoi figli sono egualmente suoi figli, a tutti egli deve eguali cure ed egual tenerezza. Siano storpi o ben fatti, gracili o robusti” (ivi., p.32) ma egli ritiene che un educatore non debba assumersi “un dovere non impostagli dalla natura” (ibidem.).

Rousseau riteneva infatti che “chi si accolla un allievo infermo e malaticcio muta l'ufficio di educatore in quello di infermiere” (ibidem.) dunque afferma:

“Io non mi lascerei mai accollare un bambino malaticcio e cachettico, dovesse pur campare ottant'anni. Non ne voglio sapere di un allievo sempre inutile a se stesso e agli altri, unicamente occupato nello sforzo di sopravvivere, e il cui corpo pregiudichi l'educazione dell'anima. Che otterrei prodigandogli invano le mie cure, se non raddoppiare la perdita della società e sottrarle due uomini al posto di uno? Che altri venga in vece mia a occuparsi di questo infermo; lo approvo, e lodo la sua carità; ma io non posso farlo, non son capace di insegnare a vivere a chi è costantemente assillato dalla preoccupazione di sottrarsi alla morte” (ivi., pp.32-33).

Diderot, filosofo illuminista, nel 1749 pubblicò *Lettera sui ciechi ad uso di quelli che ci vedono*: opera che gli costò l'incarcerazione con l'accusa di aver diffuso idee sovversive. La tesi dell'autore, partendo dalla disabilità sensoriale utilizzata come pretesto, rovesciava il concetto stesso di normalità (Schianchi, 2009).

Dalla Lettera emerge la concezione del filosofo riguardo alla disabilità. Egli ritiene che non sia indispensabile la vista per il formarsi di un'idea: la capacità di ragionare rimane integra, nonostante la diversità e questo fa della persona non vedente un uomo perfettamente normale.

Il concetto stesso di normalità per il filosofo non è assoluto ma relativo alla cultura, allo spazio e al tempo. “La normalità è figlia delle convenzioni sociali di cui una comunità si nutre” (Fioranelli, 2011, p.64). È la società stessa a porre i confini rispetto a quanto considerare giusto o meno: “la questione degli *anormali* attiene anzitutto ai *normali*” (Roberti, 2011, p.153).

Se infatti “in una città di uomini senza gambe comparisse un bipede, egli sarebbe guardato con orrore e farebbe gridare allo scandalo” (Fioranelli, 2011, p.64).

Dunque, emerge l’idea che la disabilità, sia essa fisica o sensoriale, dovesse essere considerata una diminuzione, possibile di miglioramento, grazie ad interventi rieducativi (Schianchi, 2009). La presunta diversità, dovuta ad una qualsiasi deformità fisica, non rendeva inferiore ad altri un essere umano (Fioranelli, 2011).

Uscito dal carcere, nel 1751 Diderot pubblicò la *Lettera sui sordi ad uso di quelli che ci sentono*, affrontando il problema del linguaggio e della sua formazione: ponendosi in contrapposizione a millenni di credenze e superstizioni.

Il filosofo affermò l’esistenza di molteplici modi di comunicare: tra i quali, quello verbale risultava esser il più semplice. Per tale ragione non poteva essere definito linguaggio soltanto quello di chi era in grado di usare la voce e di ascoltare ciò che dicevano gli altri (Fioranelli, 2011).

A livello legislativo, nella *Dichiarazione dei diritti dell’uomo e del cittadino* del 1789 si affermava che tutti “gli uomini nascono e rimangono liberi ed uguali nei diritti”. Pochi anni prima con *La Dichiarazione di indipendenza americana* del 1776, si affermava che “tutti gli uomini sono stati creati uguali, che essi sono stati dotati dal loro Creatore di alcuni diritti inalienabili, che tra questi sono la vita, la libertà e la ricerca della felicità”.

Tali dichiarazioni posero delle basi solide per un nuovo modo di pensare: uguaglianza e libertà dovevano riguardare tutti gli uomini. Le persone con disabilità non furono però da subito comprese, dovettero aspettare il secolo successivo per veder riconosciuti i propri diritti, doveri e possibilità (Fiorinelli, 2011).

2.3 La nascita della Pedagogia Speciale

Quella che oggi viene denominata Pedagogia Speciale³ nacque solamente dopo il XVIII secolo, quando l'attenzione per i diversi passo da semplice curiosità a desiderio di comprenderli: non solo nella loro fisicità, ma anche nella loro possibile educabilità. (Gelati, 2004).

Convenzionalmente la nascita della Pedagogia Speciale viene attribuita al medico Jean-Marc Gaspard Itard (1775-1838), che insieme al suo allievo Edouard Séguin (1812-1880) rappresentarono due figure particolarmente importanti per quanto riguarda dell'educazione dei diversi (Dal Toso & Gecchele, 2019; Gelati, 2004).

Dunque, alla fine del periodo dell'Illuminismo emerse con forza l'idea della possibile educabilità delle persone con disabilità. Tale idea venne applicata soprattutto alle categorie dei non vedenti e non udenti e vide la nascita di diverse istituzioni specializzate (Medeghini & Valtellina, 2006). Le persone con disabilità sensoriali furono le prime ad essere considerate in grado di apprendere, sulla base di metodologie basate sull'idea di compensare il senso mancante con un altro invece presente (Errani, 2002).

2.3.1 Victor e i bambini selvaggi

Nel gennaio del 1800, ai limiti della foresta dell'Aveyron un gruppo di tre cacciatori incontrarono un bambino dell'apparente età di undici-dodici anni, completamente nudo, solo ed incapace di parlare.

Il *sauvage* al momento della cattura venne condotto all'ospizio di Saint-Afrique, dal quale tentò di fuggire numerose volte. La notizia ritrovamento si diffuse in pochi giorni, attirando l'attenzione del governo e degli studiosi. Il primo a chiedere di esaminare il fanciullo fu Pierre Joseph Bonnaterre, abate e zoologo, che nell'istituto di Rodez studiò il giovane conducendo su di lui un esame prettamente anatomico (Canevaro & Gaudreau, 2002).

³ La Pedagogia Speciale rappresenta la branca della Pedagogia che interviene in tutte le aree riguardanti la disabilità. Gelati (2004) nel definire la Pedagogia Speciale utilizza le seguenti parole: essa “non cambia l'oggetto di ricerca rispetto alla pedagogia dal momento che si sviluppa come pedagogia speciale, mantiene come focus del suo studio il rapporto educativo, ma specifica il tipo di popolazione che nell'evento educativo è attore, studiandone i problemi relativi all'educazione e considerando i metodi specifici per rispondere in modo speciale ai bisogni educativi speciali di soggetti presentanti menomazioni, deficit o condizioni di salute che li possono portare a disabilità se i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo non sono adeguatamente monitorati” (p.18).

Il giovane, denominato in seguito Victor, non fu il primo e il solo bambino ritrovato (Moravia, 1972). Inizialmente le vicende di questi bambini generavano prevalentemente curiosità, mentre con il Settecento l'interesse per questi bambini aumentò, poiché generavano interrogativi ai quali gli studiosi del tempo volevano trovare una risposta (Dal Toso & Gecchele, 2019).

“Cosa accadrebbe se non ci fosse l'educazione? E ancora: cosa si può ottenere grazie all'educazione? Sono queste le due domande e alle quali le storie dei bambini selvaggi giunti fra gli uomini volevano dare una risposta” (Richter, 1987/1992, p.142).

A partire dal XVII in Europa occidentale le notizie storiche su questi bambini si moltiplicarono, tanto che le cronache del tempo parlavano del ritrovamento di numerosi fanciulli selvaggi (ivi.).

Il diverso, il bambino selvaggio, trovava la strada per uscire dal bosco ma molto spesso il bosco si trasformava in una gabbia (Mannucci, 1999): “le gabbie nelle quali i piccoli venivano custoditi si chiamavano brefotrofi, istituti per poveri, orfanotrofi e case di lavoro: per la loro correzione e sottomissione” (Richter, 1987/1992, p.156).

In quest'epoca però il fenomeno inizia ad essere considerato secondo una nuova prospettiva: si guarda alla diversità non più come qualcosa da nascondere ma come qualcosa da studiare e comprendere (Mannucci, 1999).

Nel 1694 venne ritrovato in Lituania un bambino, presumibilmente allevato dagli orsi, per cui prese il nome di *Juvenis Ursinus Lithuanus*. Scrive Condillac (1754/1970):

“un fanciullo di circa dieci anni che viveva insieme agli orsi nelle foreste di confine tra la Lituania e la Russia, dove fu trovato nel 1694. Egli non dava nessun segno di ragione, camminava con le mani e i piedi, non parlava e mandava suoni bestiali. Ci volle molto tempo prima che imparasse a proferir qualche parola, sebbene nel più barbaro modo, e quando lo si poté interrogare sul suo stato precedente non se ne ricordava più di quel che ci ricordiamo noi di ciò che ci avvenne nella culla” (pp.213-214).

Nel 1756 viene pubblicato a Lipsia e a Francoforte un libretto *La strana vita e gli eventi di una ragazza di dieci anni cresciuta allo stato brado*⁴ in cui si parla del ritrovamento di una bambina nei boschi dello Champagne. Il Conte di Epinoy aveva dato ordine di catturarla, esaminarla e addomesticarla (Richter, 1987/1992).

⁴ *Merkwürdiges Leben und Begebenheiten eines in der Wildniß aufgewachsenen Mädchens von zehn Jahren, welches vor kurzem im Wald gefunden und hernach eine Nonne geworden*, pubblicato da Frau H...t a Francoforte nel 1756.

Della bambina “non si conosceva la provenienza, ... nuotava come una foca, ... pescava i pesci con la bocca (sic!) e non riusciva ad assoggettarsi agli esercizi di buona creanza ai quali la gente che l'aveva trovata voleva costringerla” (Canevaro & Gaudreau, 2002, p.23). La giovane venne inizialmente tenuta in castello come oggetto di esibizione. “Così come oggetto della curiosità della corte, la bambina sarebbe stato presto dimenticata. La sua storia però continua” (Richter, 1987/1992, p.127).

La ragazza, collocata in convento, venne cercata da diversi studiosi che scrissero della sua vita. La ragazza divenne dunque un caso di studio e la sua storia raggiunse i lettori europei, destando l'interesse di naturalisti, antropologi e scrittori (ivi.).

Si pensava che la bambina provenisse dalla Groenlandia o dalla Nuova Zelanda. Alla giovane venne data una nuova identità francese: prese il nome di Mademoiselle le Blanc. Le storie di Victor e Mademoiselle le Blanc, vicine nel tempo e nello spazio, acquisirono importante valore poiché i due giovani ricevettero un nome ed un'identità: con essi nacque la Pedagogia Speciale (Mannucci, 1999).

Victor, il *sauvage* de l'Aveyron non fu dunque un caso eccezionale ma fu la cultura tardo-illuminista ad approcciarsi al giovane in una nuova ottica. I *sauvages* generavano allora stupore ed interesse (Canevaro & Gaudreau, 2002).

Del caso di Victor si fecero carico alcuni studiosi dell'istituto per sordomuti di Parigi. (Dal Toso & Gecchele, 2019). L'idea diffusa era che il ragazzo fosse irrecuperabile e i medici pensavano che fosse “molto inferiore, sotto il profilo delle capacità di discernimento, al più intelligente dei nostri animali domestici” (Itard, 1970, p.48)

Pinel riteneva che il ragazzo fosse irrimediabilmente leso negli organi cerebrali, condizione che lo rendeva ineducabile (Dal Toso & Gecchele, 2019). Secondo Pinel infatti “il povero trovatello era nell'impossibilità di elevarsi a un qualche grado di socievolezza e di istruzione” (Itard, 1970, p.29). Per Pinel, dunque, la condizione di svantaggio di Victor, non dipendeva dalla società o dall'ambiente ma dalla natura: la quale gli aveva procurato un deficit organico, causa delle sue minorate capacità affettive ed intellettive (Goussot, 2000).

Il giovane medico Itard al contrario non credeva che il ragazzo fosse un malato mentale o un idiota ma era convinto che la sua condizione fosse dovuta alla mancanza di relazioni sociali e si pose come obiettivo quello di risvegliare nel ragazzo la sensibilità, l'amore e di sviluppare in lui le capacità comunicative, intellettive e morali proprie dell'uomo (Dal Toso & Gecchele, 2019; Goussot, 2000).

Il giovane “non comprendeva né pronunciava parola alcuna, era di una disgustosa sporcizia, appariva incapace di compiere movimenti armoniosi e perfino di camminare, e non esprimeva alcun sentimento che non fosse di diffidenza, talvolta di odio” (Moravia, 1972, p.8).

La storia di Victor è però, come ricorda Canevaro (2017), una storia di violenza “la violenza dell'abbandono; la violenza della solitudine; la violenza del ritrovamento da parte dei cani dei contadini cacciatori; la violenza della cattura; la violenza dell'esposizione; la violenza delle visite mediche; la violenza dei ricoveri; la violenza dell'ingresso all'Istituto dei sordomuti” (pp.19-20).

2.3.2 Itard e Séguin

Il caso di Victor, il ragazzo selvaggio dell'Aveyron, rappresenta l'anticamera dell'ideologia dei nostri tempi e comportò l'inizio degli studi sull'educazione e la nascita della Pedagogia Speciale (Cannao & Moretti, 2009; Dal Toso & Gecchele, 2019).

Itard fu precursore dei metodi per l'educazione dei deficienti e viene inoltre ricordato come il fondatore del ramo medico dell'otoiatria. Egli durante il suo lavoro nell'Istituto per sordomuti di Parigi, fu il primo a tentare una metodica educazione del senso dell'udito, “riuscendo a rendere udenti i sordastri” (Montessori, 2018, p.32). In seguito, negli otto anni in cui ebbe in cura il fanciullo selvaggio, “estese a tutti i sensi quei metodi educativi che gli avevano dato per l'udito eccellenti risultati” (ibidem.).

Il medico Itard non agì come uno sperimentatore distaccato ma instaurò con Victor una relazione e da questa relazione nacque il concetto di rapporto educativo. Per poter parlare di educazione è necessario che ci sia un maestro. Risulta però essenziale porre l'attenzione alla relazione che si instaura tra i protagonisti di tale processo, l'allievo e l'educatore, nonché al ruolo che rivestono la natura e la cultura (Cannao & Moretti, 2009). Grazie a questa relazione, il *sauvage* diventò Victor ed ebbe una sua identità. Con il formarsi e il crescere dell'identità di Victor, si formò e si sviluppò anche l'identità di Itard, che ne ebbe cura (Canevaro, 2017): “Itard è divenuto *qualcuno* aiutando un essere che non era *nessuno* a diventare *qualcuno*” (Canevaro & Gaudreau, 2002, p.62). Canevaro (2017) ricorda l'importanza della relazione, inquanto:

“L'identità è nella ricerca e quindi nel contatto; è nel farsi relazionale e non è pensabile come un tesoro che debba rimanere incontaminato: il suo valore è nello scambio o non è. E lo scambio contiene degli obiettivi da raggiungere, e non può realizzarsi unicamente per constatazioni scontate” (p.32).

Itard dispose uno dei principi fondamentali della Pedagogia speciale: il concetto di educabilità ed il potere educativo della civiltà, che comporta la superiorità della vita sociale sulla vita naturale. Itard, infatti, conferiva grande valore alle relazioni sociali, uniche in grado di contrastare gli effetti deleteri dell'isolamento (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Il procedimento di Itard pose le basi dell'agire educativo in quanto il suo operato si basava su un'attenta progettazione educativa condotta con metodo scientifico ed un'accurata valutazione. Egli partì dalla conoscenza del soggetto, definì gli obiettivi, identificò i metodi e gli strumenti necessari, effettuò delle valutazioni in itinere e finali (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Itard (1970) stabilì per la rieducazione di Victor cinque obiettivi: 1) fargli apprezzare la vita sociale, 2) risvegliare la sua sensibilità nervosa, 3) estendere la sfera delle sue idee suscitando in lui nuovi bisogni, 4) condurlo all'uso della parola, 5) attraverso i suoi bisogni fisici avviarlo alle più semplici operazioni mentali, base per l'istruzione successiva.

Itard riteneva che un elemento indispensabile per un efficace agire fosse una conoscenza approfondita, quotidiana e prolungata del ragazzo (Moravia, 1972). Montessori (2018) ritiene infatti che Itard “fu il primo educatore a praticare l'osservazione dell'allievo, similmente a quanto si faceva negli ospedali per l'osservazione dei malati, specialmente per i malati del sistema nervoso” (p.32).

Il medico visse momenti di crisi e di sconforto, non riuscendo ad ottenere da Victor i progressi sperati. Non incolpava per questo il ragazzo, ma sé stesso: se “l'allievo non mi aveva capito la colpa era piuttosto mia che sua” (Itard, 1970, p.105). Questo lo spingeva a cercare nuovi metodi ed approcci: “questi risultati mi imbalanzirono a tentare nuove combinazioni, sempre più difficili. Ogni giorno aggiungevo, toglievo, modificavo, provocando nuovi confronti e nuovi giudizi” (Itard, 1970, p.70).

In alcuni casi la delusione si ridusse però a rassegnazione:

“Tuttavia tenni duro e lottai a lungo contro l'ostinatezza dell'organo [della parola], fino a quando, vedendo che la costanza delle mie cure e il passar del tempo non operavano alcun mutamento, mi rassegnai a terminare a quel punto i miei ultimi tentativi per insegnare a Victor l'uso della parola, e abbandonando così il mio allievo ad un mutismo incurabile” (pp.124-125).

Itard (1970) mette in luce l'importanza dell'individualità: “per poter valutare lo stato attuale del giovane selvaggio dell'Aveyron sarebbe necessario richiamare alla mente la

sua condizione iniziale. Perché si possa esprimere un valido giudizio su di lui, questo giovane non può essere confrontato che con sé stesso” (p.86).

È necessario porre attenzione sulla persona, le sue origini e contesto. Victor, ad esempio, conferiva un valore diverso alla realtà quotidiana del medico Itard, in quanto non sua.

“Che importava a lui di essere ben vestito, ben riscaldato, in un buon alloggio, con un morbido letto, a lui che, avvezzo a sopportare le intemperie delle stagioni, insensibile ai vantaggi della vita sociale, non conosceva altro bene che la libertà e vedeva soltanto una prigione nella più comoda delle case? Per suscitare la riconoscenza, ci volevano cortesie d’altro genere, atte ad essere apprezzate da questo straordinario ragazzo cui erano rivolte; bisognava dunque venire incontro alle sue inclinazioni, renderlo felice alla sua maniera” (Itard, 1970, pp.128-129).

Come ricorda Moravia (1972), un errore fondamentale fu il fatto di considerare il ragazzo del tutto ineducabile, avendolo studiato sulla base di criteri non pertinenti.

Itard (1970), è conscio dei propri successi ed insuccessi, ma afferma che si possa cogliere “nelle diverse esperienze da me tentate e nelle numerose osservazioni raccolte una collezione di dati atti ad illuminare la storia della filosofia medica, lo studio dell’uomo non civilizzato e la strada da seguire in talune forme di educazione speciale” (p. 86).

Allievo di Itard, Eduard Séguin portò avanti le idee del maestro, ponendo al centro della sua riflessione l’educazione e il tema della presa in carico educativa dei disabili mentali, in maniera quasi globale: sottolineando l’importanza del contesto affettivo, culturale e sociale. Séguin, rifiutando il paradigma medico, si occupò dell’educazione degli “idioti” ponendo particolare attenzione al contesto socioculturale (Serra, 2020).

Fondò una scuola per l’educazione degli idioti, in cui si impegnò quotidianamente.

A lui va il merito di aver fabbricato una grande varietà di giochi educativi, tuttora utilizzati come ad esempio le tavole ad incastro a difficoltà crescente (Canevaro & Gaudreau, 2002)

Il programma educativo di Séguin si basava su tre obiettivi complementari: sviluppare il potere, il sapere ed il volere.

Secondo Séguin l’educazione globale della persona con un handicap mentale doveva sia mirare allo sviluppo delle funzioni sensoriali ed intellettuali, sia sviluppare la volontà e la socievolezza. Bisognava aiutare il bambino a sviluppare le nozioni basilari, riguardanti le cose e le persone, che il bambino, tramite induzione e deduzione, poteva mettere in relazione, raggiungendo così la capacità di ragionare.

Séguin preferiva la natura alla classe e ai libri: l'educazione doveva avvenire nel concreto, attraverso il ludico. Inoltre, bisognava procedere sempre dal semplice al complesso, dal conosciuto all'ignoto, dal concreto all'astratto (Canevaro & Gaudreau, 2002).

Itard e Séguin vengono ritenuti da Maria Montessori i maestri e gli ispiratori della sua azione educativa. Montessori (2018) evidenzia che il merito di aver completato “un vero sistema educativo per fanciulli deficienti spetta a Eduard Séguin, dapprima maestro poi medico: il quale, partendo dall'esperienza di Itard, le applicò modificandole e completando il metodo, durante dieci anni di esperienze su fanciulli che erano stati tolti dai manicomi, e riuniti in una piccola scuola” (p.33).

“Per la prima volta nella storia dell'umanità, due medici permettono all'educazione di prevalere sulla medicina e sulle concezioni di incurabilità espresse da uomini potenti quali Pinel ed Esquirol” (Canevaro & Gaudreau, 2002, p.89).

2.3.3 Le Istituzioni specializzate

Durante il Settecento si crearono e svilupparono le prime istituzioni specializzate. Si iniziarono a distinguere i manicomi ed i centri educative di cura per alcune tipologie di disabilità (Serra, 2020).

Nel 1771 venne avviata a Parigi dall'abate Charles-Michel de l'Epeè, la prima scuola pubblica per l'educazione dei sordomuti, che ricevette appoggio e collaborazione (Serra, 2020).

In *L'istitution des sourds et muets par la voie de signes méthodiques* del 1776, l'abate espose il metodo mimico-gestuale da lui formulato ossia una sorta di alfabeto composto da segni. Alla sua morte, nel 1789, il governo affidò la direzione dell'istituto all'allievo dell'abate R. A. Sicard e dichiarò l'istituto un *Institution Nationale*, conferendogli un assetto stabile.

Sempre in favore dei sordomuti, venne fondato a Lipsia da S. Heinicke, nel 1778 un istituto per l'insegnamento tramite l'uso della parola.

Si trattava di due metodi opposti, quello mimico e quello orale, che furono alla base di numerosi confronti (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Il sacerdote italiano Tommaso Silvestri, dopo una formazione a Parigi, fondò a Roma nel 1784 la prima scuola per sordomuti in Italia (Serra, 2020).

I primi tentativi pedagogici a favore dei ciechi sono da ricondurre a Valentin Haüy, il quale nel 1785 aprì a proprie spese la prima scuola per non vedenti e sperimentò il sistema a caratteri in rilievo e mobili (Serra, 2020).

Qualche anno dopo L. Braille mise a punto un alfabeto, diffusasi poi in tutto il mondo, che pose le basi per la strada delle persone cieche dall'esclusione all'inclusione (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Nel 1722 Jean Verdier creò a Parigi un istituto in cui vennero accolti bambini con alcune deformità (Serra, 2020).

Come precedentemente esposto a Séguin va il merito di aver aperto la prima scuola per ragazzi "idioti". Victor venne educato da solo dal dottor Itard e da Madame Guerin. Gli allievi di Séguin invece trovarono uno spazio ad essi dedicato: una scuola in cui si incominciò a vedere "l'inizio della libertà e dell'integrazione sociale degli handicappati mentali" (Canevaro & Gaudreau, 2002, p.89).

Gelati (2004) mette in luce come il modello educativo proposto da Séguin rimandi all'importanza odierna che la Pedagogia Speciale conferisce al far acquisire alla persona con disabilità il più alto grado possibile di autonomia. Séguin inoltre conferiva notevole importanza al fatto che la formazione avvenisse all'interno di un gruppo: gruppo che oggi, in un'ottica inclusiva, è da intendersi allargato all'intera società.

Capitolo 3 – L'Età Contemporanea: il potere invalidante della modernità

3.1 La disabilità tra spettacoli ed intrattenimento

Nel corso dell'Ottocento si diffuse, in Europa e negli Stati Uniti, la pratica di esibire sul palco, davanti ad un pubblico pagante, quelli che vennero definiti i *freak shows* o fenomeni da baraccone (Schianchi, 2019). Le persone con disabilità o menomazioni evidenti iniziarono così ad essere le protagoniste della nascente industria dello spettacolo di piazza (Roberti, 2011).

Le persone con disabilità, inoltre, si ritrovano come personaggi di diversi racconti e novelle. Schianchi (2019) ritiene che la letteratura possa essere esaminata dalle scienze sociali come un supporto pragmatico per analizzare l'immaginario collettivo. Prendendo in riferimento la narrativa è dunque possibile ottenere una possibile concezione dell'infermità, rispetto al tempo.

3.1.1 I *freak shows*

Nei primi anni del Ottocento, con il propagarsi del circo moderno, si affermò la moda di esibire a pagamento quelli che venivano considerati esseri deformati o bizzarri: i *freaks*, i fenomeni da baraccone. Si trattava di esseri umani segnati da diverse deformità, vere o talvolta frutto di camuffamenti (Montesano, 2015).

Dei *freak shows* appariva lecito poter ridere: erano posti su un palco per divertire e stupire (Schianchi, 2019).

Il contributo più sistematico fu dato da Phineas T. Barnum (1810-1891), fondatore dell'omonimo circo, che per decenni gli procurò enorme successo su entrambe le sponde dell'Atlantico. Nel 1841, Barnum fondò a New York, l'American Museum che per circa 20 anni, fino al 1868 in cui venne distrutto a causa di un incendio, accolse un pubblico complessivo di circa 41 milioni di persone. Le famiglie potevano trascorrere il proprio tempo libero prendendo parte a conferenze, a dimostrazioni scientifiche, a spettacoli teatrali e di magia. Tra le attrazioni del museo erano presenti anche i *freak shows*, messi in mostra per le proprie deformazioni fisiche (Schianchi, 2009).

Barnum raccoglieva i *freaks* dalla strada o dagli istituti, offrendogli un lavoro ed un tetto sotto cui poter alloggiare. Il circo di Barnum rappresentava la cima dell'iceberg: con folle di spettatori pronte ad accorrere, godeva di fama e notorietà. Nei circhi più piccoli la realtà era differente. I *freaks* si ritrovavano a vivere tra miseria e squallore, quasi in catene, in viaggio per le fiere di paese esibendosi per un piatto di minestra (Fioranelli, 2011). Alcuni di loro:

“soffrono le pene dell’inferno, prigionieri di un corpo malato, la cui condizione peggiora di giorno in giorno nel fango, nell’umidità, sotto la pioggia o nel caldo micidiale dell’estate. Non diventeranno famosi, tutt’al più susciteranno qualche risata o moti di orrore; forse un po’ di pietà. Quando la malattia o la vecchiaia avranno la meglio faranno ritorno al buio e alla solitudine da cui provengono” (ivi., p.75).

Le curiosità umane vennero poste al centro degli spettacoli. È il caso di Fyodor Yevtishchev, un adolescente russo che venne portato nel 1884 negli Stati Uniti per esibirsi con il nome di Jo-Jo, soprannominato *il ragazzo con il viso di cane* a causa della folta peluria che gli ricopriva il viso.

Stephen Bibrowski venne invece venduto dalla madre ad un impresario tedesco con il quale si esibì in Germania ed in seguito raggiunse il celebre Barnum negli Stati Uniti. Il giovane divenne Lionel, l’uomo dal viso di leone (Montesano, 2015).

Nel 1883 Battista Tocci, di origine lucana, dopo aver sostato in Italia, Austria e Svizzera raggiunse la capitale francese per portare agli occhi del pubblico Giacomo e Giovanni, i suoi fenomeni: due gemelli siamesi di 5 anni con un unico tronco, due teste, quattro braccia e due gambe. Dopo la tappa a Parigi, i Tocci partirono per andare alla ricerca di fortuna oltre Oceano (Schianchi, 2009).

“La mostruosità, il *disordine umano*, diventa un prodotto commerciale e con esso vengono mercificati il tempo libero, lo svago, i sentimenti, la paura, il ribrezzo, la pietà, il bisogno di sentirsi normali, la necessità di essere rassicurati della propria normalità” (ivi., p.81).

Uno dei casi più celebri è quello di Joseph Merrick. Devid Lync nel 1980 diresse il film biografico *The Elephant men*, di cui Joseph è protagonista. “*I am not an animal, i am a men*”: non sono un animale, sono un uomo. Con queste parole Joseph urla la propria umanità ad un mondo non in grado di vederla.

Joseph Merrick nacque in Inghilterra nel 1862, affetto da una malattia che gli causò la deturpazione del corpo conferendogli delle sembianze che ricordavano un elefante. La malattia si manifestò nei primi anni di vita e il ragazzo venne abbandonato. Trovato per la strada da un impresario, che lo accolse nel proprio circo, iniziò ad apparire di fronte al pubblico come *l’uomo elefante*.

Joseph trovò così un alloggio ed una paga ma nel 1886 quando l’Inghilterra vietò i *freak shows*, cadde in un periodo di miseria. Joseph riuscì però a mettere da parte dei risparmi e a tornare a Londra, dove venne accolto dal medico Fredrick Treves, il quale trasformò

Joseph da fenomeno da baraccone ad oggetto di osservazione scientifica. Joseph trovò una dimora e un po' di dignità, per i pochi anni che gli restarono da vivere. Joseph morì nel 1890 all'età di 28 anni.

Joseph fu soltanto uno dei tanti uomini sfortunati e sofferenti, la cui vita prevedeva soltanto il far ridere o spaventare le altre persone (Fioranelli, 2011).

Il declino dei freak shows

Dalla metà dell'Ottocento emersero le prime voci contrastanti alla pratica di tali spettacoli.

Il posto più adeguato per queste persone, come sosteneva ad esempio il medico Treves, doveva essere un ospedale, non il tendone di un circo: doveva essere un medico ad occuparsi di loro non un impresario senza scrupoli.

Nel 1886 la Gran Bretagna vietò i *freak shows*. Tale provvedimento non impedì però il proseguimento degli spettacoli, richiesti a gran voce dal pubblico, che proseguirono infatti fino a tempi recenti (Fiorinelli, 2011).

I *freaks* cominciarono a diventare oggetto sia di scrupolo morale sia di un crescente interesse scientifico e medico (Schianchi, 2019).

Lo sguardo medico si poggiò su tali persone che diventarono oggetto di studio, rieducazione e osservazione. Negli stessi anni si svilupparono politiche sociali a favore delle persone inferme, da un punto di vista sanitario e lavorativo. Si implementarono i luoghi di cura e “internamento” a opera dello stato e degli istituti caritatevoli (Schianchi, 2009).

In Europa la riduzione di tali spettacoli fu più veloce rispetto agli Stati Uniti prevalentemente a causa della Prima Guerra Mondiale, che comportò un altissimo numero di persone mutilate e invalide: ciò introdusse violentemente nella società la presa di coscienza della vulnerabilità dei corpi normali che potevano perdere improvvisamente la propria integrità.

A partire da questo periodo in Europa l'esibizione dei corpi anormali per riso e spettacolo si contrappose alla compassione provocata dai corpi sfigurati in battaglia, menomati per servire il proprio Paese.

La forza attrattiva di questa forma di divertimento andò così ad esaurirsi.

La risposta nei confronti di queste persone fu di duplice natura. Da una parte si assistette ad uno sviluppo delle misure di provvidenza sociale, dall'altra parte si svilupparono

sentimenti di commiserazione che portarono a donazioni dirette da parte di istituzioni pubbliche e religiose ma soprattutto da parte di associazioni e soggetti privati (ivi.).

3.1.2 Gli infermi nella letteratura e nelle fiabe

Di seguito vengono riportate alcune opere di Italo Calvino e Giovanni Verga. Trattandosi di un repertorio notevolmente vasto non è possibile esaminare in questa sede ulteriori autori: vengono perciò presentate delle opere utili a delineare la figura dell'infermo rispetto al tempo, a titolo di esempio.

Le Fiabe italiane di Calvino

Italo Calvino riunì in una raccolta di fiabe italiane della tradizione popolare con l'intento di mettere per iscritto tutti quei racconti che fino ad allora venivano tramandati oralmente. Nel 1955 pubblicò *Fiabe italiane raccolte dalla tradizione popolare durante gli ultimi cento anni e trascritte in lingua dai vari dialetti*.

Nei racconti l'infermo provoca spesso riso e viene associato ad una condizione di miseria e malvagità.

Nell'*Il gobbino che picchia*, l'infermo è un essere malvagio che viene ucciso. Stessa sorte accede all'*assassino senza mano*, rappresentato come il cattivo ed ucciso al termine della storia.

La menomazione corporea viene rappresentata come il frutto di malattie oppure l'esito di un castigo o un maleficio da parte di una strega.

Nel caso del racconto *Gobba, zoppa e coltorto*, l'infermità è un castigo.

Il Re si burla di una vecchietta, la quale era zoppa, gobba ed aveva il collo torto. La vecchietta era in realtà una Fata, che punì il Re rendendo le sue tre figlie: una gobba, una zoppa ed una con il collo torto.

Nel racconto *Il dimezzato* il protagonista è un fanciullo che per incantesimo di una strega si ritrova diviso a metà. Un giorno mentre era a pescare, passò nelle vicinanze la figlia del Re, che si prese gioco del suo aspetto fisico. Il dimezzato per vendicarsi della ragazza la mise incinta a sua insaputa. Nacque il bambino ma la fanciulla non era in grado di spiegare chi fosse il padre. Il Re, padre della fanciulla, non riusciva a darsi pace non conoscendo la verità e decise di rivolgersi ad un Mago, il quale gli rivelò che il padre del bambino era il dimezzato.

Vennero allora celebrate le nozze tra il dimezzato e la principessa. Al termine della cerimonia però non c'era una carrozza ad attenderli bensì una botte. Il dimezzato, la

fanciulla e il bambino vennero gettati in mare. Per magia il dimezzato riuscì a portare la famiglia in salvo ed in seguito a recuperare la propria integrità.

Il ritorno alla normalità e dunque la sparizione dell'infermità rappresenta il lieto fine (Schianchi, 2019).

Un ulteriore esempio è rappresentato dalla protagonista del racconto *La tacchina*. La protagonista è una fanciulla che per ordine del Re, viene portata in un bosco per essere uccisa ma i sicari hanno di lei compassione e le tagliano solo le mani. La giovane sventurata con protesi di cera alle mani ritroverà la felicità solamente grazie ad un mago che le restituirà la propria integrità fisica.

Nel racconto *I due gobbi* uno dei due fratelli, entrambi con la gobba, riesce grazie ad un incantesimo delle streghe a liberarsi del suo fardello. Il secondo fratello non ottiene lo stesso lieto fine poiché per volere delle streghe acquisisce la gobba del fratello, ritrovandosi così con una gobba per dietro ed una per davanti.

La benevolenza nei confronti dell'infermo si ritrovano soltanto nella storia *Il gobbo Tabagnino*.

Il gobbo, un povero calzolaio, si mette al servizio del Re che gli ordina di derubare l'Uomo Selvatico ed infine ucciderlo, liberando in tal modo il Paese dal mostro. Viene nominato così dal Re suo segretario e tenuto da lui poi per sempre in grande considerazione.

Schianchi (2019) ritiene che la morale attorno all'infermità sia implicita ma chiara. Per le persone inferme non è possibile spesso alcuna evoluzione: nonostante le diverse prove ed avvenimenti per le loro non c'è possibilità di riscatto, la loro posizione sociale è cristallizzata. Al contrario il riscatto sociale avviene soltanto nel momento in cui l'infermità scompare.

La letteratura verista

Giovanni Verga, tra i maggiori esponenti del verismo, pone al centro dei suoi racconti personaggi e scene umili della vita quotidiana.

Nei suoi racconti le persone inferme vengono considerate individui negativi, sventurati, infelici ed improduttivi.

Nel romanzo *I Malavoglia* (1881/1981), tra i diversi personaggi, c'è quello di Piedipapera, nome derivatogli dall'infermità ai piedi, dipinto come astuto ed approfittatore.

In una sua novella *Il canarino del n.15* (Verga, 1883/2017). la protagonista è Malia, una fanciulla rachitica che i genitori non facevano mai uscire di casa. La fanciulla passava le sue giornate davanti alla finestra, come un canarino nella gabbia. Un giovane vedendola si innamorò di lei ma scoperta la sua infermità la rifiutò, scegliendo invece la sorella. Malia per la sofferenza finirà per morire nell'indifferenza generale.

3.2 La Rivoluzione industriale: gli infermi e gli inabili al lavoro

In riferimento alla disabilità di tipo corporeo, nel corso del Novecento essa ha cambiato le proprie fisiologie e fisionomie: si potevano infatti osservare menomazioni corporee che in epoche passate non si presentavano o non permettevano la sopravvivenza della persona.

I fattori stessi, origine della menomazione, cambiarono. La modernità, con i suoi sviluppi tecnologici, ebbe un forte potere invalidante, dato dalla Rivoluzione Industriale e dalle Guerre Mondiali (Schianchi, 2019).

3.2.1 L'aumento degli infortuni sul lavoro

La Rivoluzione Industriale comportò una notevole crescita delle persone colpite da disabilità o da malattie invalidanti.

In Italia i dati storici raccolti, seppur parziali, riferiscono che tra il 1884 e il 1915, ci furono 54.787 casi di invalidità permanente (Schianchi, 2019).

Le condizioni dei lavoratori nelle fabbriche erano spesso precarie. L'elevato numero di incidenti sul lavoro e le condizioni lavorative malsane contribuirono allo sviluppo di diverse patologie.

Goffman (1961/1968) parla delle filande inglesi e delle condizioni disumane in cui si ritrovavano i lavoratori. I dirigenti ritenevano che gli operai non necessitassero né di aria fresca e né di acqua da bere, tanto che coloro che venivano sorpresi nel tentativo di soddisfare tali bisogni, durante l'orario lavorativo, venivano multati. Gli operai venivano giudicati in termini di resistenza e costretti a lavorare seguendo ritmi estenuanti e prolungati, per molte ore al giorno.

Ai margini delle città sorsero fabbriche e quartieri-dormitorio per la classe operaia che si ritrovò a vivere in condizioni di sovraffollamento, miseria, sporcizia, violenza, alcolismo e malattie. Si trattava di luoghi da dover tenere sotto controllo, sociale e sanitario (Schianchi, 2009). Questi quartieri si riempirono presto di operai invalidi, la cui inabilità gettava nella disperazione e nella miseria l'intera famiglia (Fioranelli, 2011).

L'infermità continuò perciò a rappresentare una questione sociale in quanto rimase sinonimo di devianza, vagabondaggio e pericolosità sociale (Schianchi, 2009).

La rivoluzione industriale e il forte impatto del sistema di fabbrica comportarono un aumento delle persone inferme e sancirono l'idea dell'"infermità come prodotto della società" (Schianchi, 2019, p.207).

Il corpo menomato, infatti, non era più soltanto un esito delle circostanze naturali oppure di una colpa o di una devianza ma era il risultato di specifici meccanismi sociali, in quanto le pessime condizioni lavorative provocavano e facilitavano il diffondersi della disabilità e di situazioni di emarginazione sociale (Serra, 2012/2020).

Le autorità si trovarono dunque davanti alla necessità di occuparsi dell'assistenza sanitaria, della cura e del sostentamento di un numero sempre maggiore di persone, di cui facevano parte: i lavoratori invalidi del mondo industriale e agricolo, i mutilati di guerra, i malati accolti negli istituti di assistenza, gli esclusi e gli emarginati (Schianchi, 2009).

In questi anni si verificò la creazione della prima forma di provvidenza sociale e pubblica, che seppur in maniera limitata e primitiva, si pose come obiettivo quello di aiutare e assistere i lavoratori e le loro famiglie (Schianchi, 2019).

3.2.2. Provvedimenti e reinserimento sociale

In linea con gli altri paesi europei, in Italia la nascita di istituzioni deputate a coprire gli infortuni sul lavoro, avvenne soltanto negli ultimi due decenni dell'Ottocento-

Precedentemente i lavoratori avevano iniziato ad organizzarsi in *Società operaie di mutuo soccorso*, le quali ottennero il riconoscimento giuridico nel 1886, potendo così rappresentare in giudizio i propri soci colpiti da infortuni (Schianchi, 2019).

In parallelo allo sviluppo del mutuo soccorso, nacquero anche i primi progetti di legge riguardanti gli infortuni sul lavoro.

Nel 1883 nacque la *Cassa nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni*, con sede a Milano. Venivano però offerte quote minime di copertura, data dalla bassa adesione di iscritti alla Cassa e forme di riparazione minime: molti infortunati infatti rimanevano privi di qualsiasi indennizzo o forma di risarcimento e per coloro che riuscivano ad ottenerlo si trattava di un risarcimento esiguo (Schianchi, 2019).

I primi interventi provvidenziali in Italia ottennero reale concretezza nel 1898, con la Legge n.350 e la creazione della *Cassa nazionale di provvidenza per la validità e la vecchiaia degli operai* (Fioranelli, 2011).

Precedentemente nel 1890 era stata promulgata la Legge n.6972 che istituiva le Opere Pie e gli Istituti di beneficenza a prestare assistenza ai poveri che si trovavano in cattive condizioni sanitarie e ad offrire forme di reintegro lavorativo.

Per i bambini con alcune disabilità fisiche e per le persone con disabilità sensoriali esistevano, seppur non in tutto il territorio italiano, istituti appositi, mentre il restante

mondo della disabilità era giuridicamente governato dalle leggi di pubblica sicurezza, per la repressione della mendicizia.

Il Regio decreto n.6144 del 1889 prevedeva infatti il divieto alla mendicizia e l'internamento nei ricoveri di mendicizia per tutte quelle persone riconosciute come inabili al lavoro dalle autorità locali (Schianchi, 2012/2022).

La mendicizia, i poveri ed i falsi invalidi rimanevano un problema pubblico importante come emerge da una circolare del Ministro dell'Interno del 1896 in cui si metteva in luce la necessità di: promuovere la creazione di luoghi pii ed Istituti, reprimere l'accattonaggio ed i falsi invalidi, rimpatriare gli invalidi nei propri comuni di origine se essi disponevano di Istituti per il loro ricovero (Schianchi, 2012/2022).

Schianchi (2012/2022) evidenzia come la questione dell'inabilità rimanesse un grave problema sociale e di come le persone coinvolte vivessero in una condizione di anomia.

Il concetto stesso di invalidità era dubbio ed opaco, in balia di valutazioni giuridiche e medico-legali.

Il concetto di invalidità permanente assoluta venne sancito dalla Cassa Nazionale nel 1884 e successivamente formalmente ripreso anche da leggi successive. Essa riguardava la perdita di entrambi gli occhi, le braccia, le mani, i piedi oppure un braccio e una mano, un braccio e un piede o i disturbi mentale non guaribili.

Si distinsero poi forme di invalidità permanente parziale di secondo grado (comparate per esempio alla perdita totale di un braccio, di una mano, di un piede o forme di perturbazione mentale) e di terzo grado (come la perdita di un occhio, di due o più dita) (Schianchi, 2019).

Nel 1919, con il D.L.L. 603/1919, divenne obbligatoria *l'Assicurazione pe l'invalidità e per la vecchiaia* (Schianchi, 2009).

Nello stesso anno nacque l'*Organizzazione internazionale del lavoro* (OIT) che portò all'approvazione di norme, anche se limitate, volte a proteggere i diritti delle persone con disabilità congenita o acquisita ed alla promozione di programmi di riabilitazione.

Nel 1955 la OIT pubblicò la R.99 "*Raccomandazione sull'adattamento ed il riadattamento professionale degli invalidi*" in cui metteva in luce la necessità di offrire alle persone con disabilità, indipendentemente dall'origine e dalla natura della menomazione, i mezzi di adattamento e riabilitazione professionale necessari (Serra, 2020).

3.3 La disabilità all'interno dei conflitti mondiali

Le Guerre Mondiali furono una fucina di un numero elevatissimo di morti e mutilati. Come ricorda Collacchioni (2016) è necessario formare la memoria personale e quella collettiva, per ricordare i fatti e gli eventi storici e socialmente importanti, poiché bisogna ricordare per non dimenticare, affinché eventi come quelli avvenuti nei campi di sterminio non si ripetano.

3.3.1 La Grande Guerra e gli invalidi di guerra

La Prima Guerra Mondiale comportò un notevole aumento della disabilità. La situazione si prospettava talmente grave che già nel 1917 nacque *l'Associazione nazionale mutilati ed invalidi di guerra* (Fioranelli, 2011).

Nel 1918, terminato il conflitto in Europa si contavano circa 10 milioni di persone tra morti, disabili, ciechi, sordi, mutilati ed invalidi (Serra, 2020; Schianchi, 2009).

Si formò dunque una nuova categoria di persone con disabilità. Alla categoria degli *infermi* per malattie congenite, a cui si erano aggiunti gli *invalidi* del lavoro, aumentati di numero a causa dei forsennati ritmi di produzione richiesti dallo sforzo bellico, si aggiunse la categoria dei *mutilati di guerra* (Schianchi, 2009).

Questi ultimi, considerati eroi di guerra per i sacrifici compiuti in battaglia, venivano maggiormente accettati dalla società ma l'antico e diffuso sentimento di orrore dovuto alle deformazioni corporee continuava a persistere: infatti non si registrò una risposta univoca rispetto ai corpi offesi. Persistevano atteggiamenti di avversione e derisione, riservati maggiormente alle persone con disabilità, associati a sentimenti di compassione ed empatia (Fioranelli, 2011).

Grazie anche ad opere propagandistiche, i corpi offesi e le ferite di guerra diventarono il segno del patriottismo e del sacrificio nazionale (Debè, 2016). Esempio fu il caso del soldato Enrico Toti⁵.

⁵ Enrico Toti era un operaio delle ferrovie italiane, che nel 1908 perse una gamba in un incidente sul lavoro. Nel 1911 decise di compiere il giro del mondo in bicicletta. Dopo aver attraversato diversi paesi europei l'anno successivo fece ritorno in Italia. Agli inizi della Grande Guerra, cercò di arruolarsi come volontario nell'esercito. La sua richiesta venne rifiutata più volte, a causa della sua disabilità. Toti non cedette e nel 1916 riuscì ad unirsi ai bersaglieri ciclisti del terzo battaglione. Morì il 6 agosto 1916 a Monfalcone, durante la sesta battaglia dell'Isonzo. A Toti venne conferita la medaglia d'oro al valore militare (Debè, 2016).

Ausili e provvidenza sociale

Precedentemente il problema delle persone inferme non aveva rappresentato una specifica questione sociale, se non all'interno del più ampio e generale tema del pauperismo.

Il quadro cambiò profondamente negli anni della Prima Guerra Mondiale, quando si pose il problema di assistere i soldati, diventati invalidi in battaglia, i cui numeri raggiungevano nel 1918 gli oltre 450 mila in Italia.

L'infermità diventò così un problema sociale, pubblico ed ufficiale. Si modificarono i termini stessi per rivolgersi a tali persone, intrudendo espressioni come *mutilati* ed *invalidi di guerra* (Schianchi, 2019).

“Il numero crescente di disabili e la loro diffusione in ogni ceto sociale ha l'effetto di creare una certa familiarità con l'handicap” (Fioranelli, 2011, p.93)

Il fatto che molti soldati avessero perso la propria integrità fisica o sensoriale in difesa del proprio Paese comportò un forte interesse pubblico nei riguardi della reintegrazione di queste persone, portando inoltre ad un'importante accelerazione nelle misure di provvidenza sociale e sul fronte degli ausili (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020).

Fino agli inizi del Novecento gli unici ausili disponibili erano le macchine ortopediche del tempo, ossia carrozzine, grucce e gambe di legno. Con la Grande Guerra si introdusse l'utilizzo della protesi che rappresentava la possibilità di poter sostituire quanto andato perduto (Schianchi, 2009).

L'utilizzo delle protesi permise ancor di più la reintegrazione delle persone con menomazioni all'interno della società (Schianchi, 2009).

Negli anni successivi al conflitto si diffuse anche la pratica di affiancare il cane guida alle persone cieche (Schianchi, 2012/2022).

Tra i primi a porre la questione dei mutilati e degli invalidi di guerra come specifico tema pubblico ci fu l'ortopedico Riccardo Galeazzi, volontario al fronte e direttore dal 1903 dell'Istituto dei rachitici di Milano. Galeazzi pubblicò un opuscolo in cui sosteneva l'obbligo morale e il dovere da parte dello Stato di provvedere alla riparazione e al reintegro degli invalidi del fronte (Schianchi, 2019).

In seguito alla guerra la previdenza sociale si sviluppò con misure di collocamento obbligatorio per gli invalidi di guerra.

Come precedentemente esposto, nel 1919 venne sancita l'obbligatorietà dell'*Assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia*. Nel 1917 con la Legge n.481 vennero introdotte delle misure riguardanti il collocamento obbligatorio degli invalidi causati dal

conflitto. Successivamente nel 1924 con la Legge n.1132 vennero stabilite le quote di invalidi di guerra che i datori di lavoro erano tenuti ad assumere obbligatoriamente (Schianchi, 2019).

3.3.2 Lo sterminio della Germania nazista: vite indegne di essere vissute

La Seconda Guerra Mondiale procurò 55 milioni di morti, 24 milioni di feriti militari, 32 milioni di feriti civili: numeri spaventosamente aumentati rispetto alla precedente Grande Guerra ed in cui le vittime civili sovrastavano quelle militari.

I civili che si trovarono nei territori oggetto di conflitto vennero “massacrati dalle bombe, decimati dalle deportazioni, affamati, torturati ed eliminati nei campi di concentramento e di sterminio” (Fiorinelli, 2011, p.94). Al termine del conflitto la disabilità divenne una condizione di massa che riguardava le persone di tutti i continenti, teatro del conflitto (ibidem.).

Mentre in Europa ed in Italia al termine del primo conflitto mondiale al tema della disabilità si era iniziato ad accostare quello della provvidenza sociale, in Germania l’approccio alle persone che si trovavano in varie forme di disagio fu caratterizzato da brutalità e disumanizzazione (Schianchi, 2012/2022).

Il nazismo e la propaganda per il raggiungimento della purezza della razza

“*Ausmerzen* ha un suono dolce e un’origine popolare. È una parola di pastori, sa di terra, ne senti l’odore. Ha un suono dolce ma significa qualcosa di duro, che va fatto a marzo. Prima della transumanza, gli agnelli, le pecore che non reggono la marcia vanno soppressi.

Alla fine della Bella Époque, meno di un’centinaio di anni fa, i dottori dell’Eugenetica prendono due strade: per gli inglesi si tratta di *to eradicate illness*, sradicare la malattia; per i tedeschi diventa *ausmerzen*, sopprimere i deboli” (Paolini, 2012, p.3).

Il nascente pensiero eugenetico si divideva in eugenetica positiva, mirante a selezionare i caratteri genetici ritenuti positivi e l’eugenetica negativa, volta a fermare la trasmissione dei caratteri negativi e delle malattie. Quest’ultima divenne uno strumento politico per l’eliminazione delle persone considerate indegne, tramite leggi sulla sterilizzazione e l’eliminazione (Schianchi, 2012/2022).

Henry Friedlander, venne internato nei campi di concentramento durante la Seconda Guerra Mondiale poiché ebreo. Nel suo studio *Le origini del genocidio nazista. Dall'eutanasia alla soluzione finale* (1995/1999) Friedlander mette in luce come il

termine eutanasia, il cui significato rimanda all'atto di procurare una morte indolore ad una persona che soffre per una malattia terminale e incurabile, abbia visto cambiare il proprio significato durante il nazismo. I nazisti infatti "impiegarono la parola «eutanasia» (nonché «morte pietosa») come eufemismo per dissimulare quello che in realtà era l'assassinio di individui portatori di handicap" (p.XXI).

Noto è l'intento di Adolf Hitler volto a garantire l'integrità della razza ariana e della purezza del sangue. Nel suo libro *Mein Kampf* (1925/1991) afferma: "lo Stato nazionale deve riacquistare ciò che nel presente riguardo è tralasciato da tutte le parti. Deve porre la razza alla base dell'esistenza generale. Deve preoccuparsi di mantenerla incontaminata" (pp.30-31).

Sulla base di tale ideale vennero presi provvedimenti contro gli ebrei, minoranze etniche e persone con disabilità: tutte accusate di contaminare la razza e di gravare sullo Stato, sia a livello sociale che economico.

Tra gli obiettivi del Governo c'era quello di eliminare la disabilità tramite la sterilizzazione forzata e le operazioni di eutanasia (Serra, 2020).

Il regime svolse un importante programma propagandistico in favore dell'igiene della razza. Venne fondato un Ministero specifico, il *Ministero per la propaganda e l'educazione del popolo*, retto da Paul Joseph Goebbels, che disponeva del controllo assoluto della stampa e di ogni forma di spettacolo.

Numerosi furono gli opuscoli, i manifesti, i cortometraggi diffusi in tutto il Paese, in cui si evidenziava il costo che gli istituti medici e l'intera popolazione doveva sostenere per la cura delle persone disabili e con malattie mentali (Serra, 2020).

Un manifesto del 1938 dal titolo *60mila marchi del Reich* mostrava un "disabile mentale sorretto da un infermiere in cui sotto appariva la scritta: «Ecco quanto questa persona che soffre di una malattia ereditaria costa alla comunità del popolo durante la sua vita. Compagno, è anche il tuo denaro»" (Stella, 2019, p. 131).

In un altro manifesto venivano messi a paragone una persona malata, il cui costo per lo Stato era di 5,5 marchi al giorno, ed una bionda e sana famiglia tedesca, composta dai genitori e tre bambini, il cui costo per lo Stato era sempre pari 5,5 marchi al giorno: cinque persone equivalevano ad una sola persona con disabilità (Stella, 2019).

Il peso economico delle persone considerate inutili era oggetto di forte propaganda.

"L'eredità terribile di un alcolista. 894 discendenti in 83 anni. 40 dormono all'albergo dei poveri, 67 sono criminali, 7 assassini, 181 prostitute, 142 mendicanti, 437, circa il 50 per

cento, sono asociali e sono costati allo Stato 5 milioni di Reichsmark” (Stella, 2019, pp.131-132).

I cortometraggi miravano a riprodurre immagini di una deformità gravissima e ripugnante, accolta in istituti sovraffollati e privi di assistenza: per mettere in luce come per tali persone le risorse utilizzate fossero inutili, poiché non potevano esserci miglioramenti. Il denaro, perciò, poteva essere impiegato in forma migliore per il benessere dello stato tedesco (Serra, 2020).

La propaganda veniva svolta anche tra i più giovani all’ interno delle scuole. In un testo di matematica del 1935 per studenti tedeschi si legge:

“Un pazzo costa 4 marchi al giorno, uno storpio 5,50, un criminale 3,50. In moltissimi casi un funzionario guadagna appena 4 marchi al giorno per ogni componente della sua famiglia, un impiegato appena 3,50, un operaio specializzato neppure 2 marchi. Queste cifre devono far pensare. Da un calcolo prudenziale risulta che in Germania i pazzi, gli epilettici, ecc. ricoverati sono 300.000. A) Quanto costano giornalmente questi individui, data una quota giornaliera di 4 marchi? B) Quanti prestiti di 1000 marchi alle coppie di giovani sposi si ricaverebbero all'anno (rinunziando anche alla restituzione) di quella somma?” (Schianchi, 2012/2022, p.192).

Ancor prima del *progetto eutanasia* che prese avvio nel 1939, esistevano tutte le basi culturali, ideologiche e propagandistiche che sottendevano sia la sterilizzazione che la vera e propria eliminazione di tutte le persone con disabilità (Schianchi, 2012/2022).

Vigeva l’idea che fosse necessario eliminare tutti coloro che rallentavano lo Stato, eliminare tutte le vite considerate indegne di essere vissute (Paolini, 2012).

Il programma di eutanasia Aktion T4

Il progetto *Aktion T4*, la cui sede era in via *Tiergartenstraße 4* a Berlino, è il nome con cui si designa il programma di eutanasia nazista che portò all’uccisione di circa 300.000 persone classificate come *vite indegne di essere vissute*: tra queste 70.000 erano persone con disabilità (Paolini, 2012; Serra, 2020).

“Oltre trecentomila persone uccise senza diritto di essere, e senza probabilità di essere ricordate una per una” (Paolini, 2012, p.175).

Le persone con disabilità “cominciarono a morire prima dei campi di concentramento, prima degli zingari, prima degli ebrei, prima degli omosessuali e degli antinazisti e continuarono a morire dopo, dopo la liberazione, dopo che il resto era finito” (Paolini, 2012, p.5).

Il 14 luglio del 1933 il ministero degli interni del Reich emanò la prima legge a favore della salute genetica tedesca che prevedeva la sterilizzazione obbligatoria per tutti i soggetti con malattie ereditarie come ad esempio l'epilessia, la schizofrenia, le infermità fisiche congenite e tutte le disabilità sensoriali (Friedlander, 1995/1999; Serra, 2020).

La richiesta poteva esser fatta dalla persona stessa, dai medici del servizio pubblico o nel caso di persone ricoverate o internate dai direttori di ospedali, prigioni, istituti o ricoveri. Il numero delle denunce fu elevato: 388.400 casi tra il 1934 e il 1935, di cui per il 75% erano stati formulati da membri della categoria medica. Circa il 90% delle denunce diede luogo alla sterilizzazione.

Le persone che maggiormente subirono la sterilizzazione furono per il 52,9% frenasteniche, 25,4% schizofreniche e per il 14% epilettiche (Friedlander, 1995/1999).

Le persone incluse nel progetto di sterilizzazione variavano a seconda della flessibilità della definizione della malattia attribuitagli. La definizione stessa di frenastenia che dipendeva fortemente da criteri sociali e mancava di precisione scientifica, poteva essere applicata ad un numero sempre maggiore di persone. “La categoria di coloro a cui venivano diagnosticate malformazioni poteva essere estesa indefinitivamente se si riteneva che il labbro leporino, il talismo e altri analoghi difetti costituissero causa sufficiente di sterilizzazione” (Friedlander, 1995/1999, p.43).

Si stima che vennero sterilizzate almeno 300.000 persone, negli anni precedenti all'inizio del secondo conflitto mondiale (ibidem.) ma tale soluzione risultò insufficiente: “psicopatici, ritardati mentali e altre persone inferiori dovevano essere isolati e uccisi” (Lifton, 1986/2004, pp.76-77).

Gli ospedali psichiatrici divennero così un importante centro per lo sviluppo dell'ideale dell'eutanasia. Dal 1934 gli ospedali vennero incoraggiati a trascurare i propri pazienti: ciò venne facilitato dai finanziamenti ridotti di anno in anno e dai controlli statali divenuti sbrigativi o aboliti del tutto.

Nel 1935 al raduno del Partito di Norimberga Hitler parlò per la prima volta apertamente della propria intenzione di eliminare i malati incurabili (Lifton, 1986/2004).

L'occasione per dare avvio al programma di eutanasia, progettato nei primi mesi del 1939 e avente come obiettivo l'eliminazione di tutti i bambini con disabilità, si ebbe con la richiesta dell'uccisione pietosa di Knauer (Schianchi, 2012/2022).

Knauer era un bambino nato cieco, con un importante ritardo mentale e delle deformazioni agli arti. Fu il padre del bambino a chiedere la soppressione del figlio al dottor Catel, direttore della clinica infantile di Lipsia. Il medico negò la richiesta e il padre rivolse le proprie suppliche al capo di Stato.

Del caso si occupò Karl Brandt, medico di fiducia e stretto collaboratore di Hitler, che si diresse a Lipsia per occuparsi personalmente del bambino. A Knauer venne così concessa la *Gnadentod*, la morte ricevuta per grazia (Friedlander, 1995/1999; Paolini, 2012).

Anni dopo nel 1973, il padre del bambino parlò dell'evento:

“Era proprio qui. Karl Brandt era qui, in piedi vicino alla finestra. Era alto e imponente. Sembrava che riempisse tutta la stanza... Mi spiego che il Führer lo aveva mandato personalmente, e che era molto, molto interessato al caso di mio figlio. Il Führer voleva esplorare il problema delle persone prive di un futuro, la cui vita era senza valore. Da allora in poi, non avremmo più dovuto soffrire per questa terribile disgrazia, poiché il Führer ci aveva concesso l'uccisione pietosa di nostro figlio. In seguito avremmo potuto avere altri figli, belli e sani, di cui il Reich avrebbe potuto essere fiero... Si doveva costruire la Germania e c'era bisogno di ogni particella di energia. Ecco quel che mi spiego Herr Brandt. Era un uomo magnifico: intelligente, molto convincente. Fu per noi come un salvatore: l'uomo che poteva sollevarci di un peso molto grande. Lo ringraziammo e gli esprimemmo tutta la nostra gratitudine” (Aziz, 1976, citato in Lifton, 1986/2004, pp.158-159).

Il progetto di eutanasia cominciò con i bambini più piccoli: prima con i neonati, poi con quelli di età inferiore ai 3-4 anni, per poi proseguire con quelli di età maggiore (Lifton 1986/2004).

Venne richiesta una registrazione il quanto più tempestiva possibile di tutti i bambini sotto i tre anni di età, che presentassero delle malattie ereditarie gravi. Le levatrici, i medici, i pediatri sulla base di un apposito questionario dovevano fare denuncia dei bambini malati. Sulla base di tali questionari veniva decretato il futuro del bambino (Lifton 1986/2004). Il questionario non prevedeva lunghi commenti: un segno più comportava l'inclusione nel programma e quindi la morte, un segno meno ne indicava l'esclusione e la possibilità di poter continuare a vivere per il bambino (Friedlander, 1995/1999).

I genitori venivano convinti della necessità di fornire cure specifiche ai propri figli, in strutture idonee. I bambini venivano così condotti negli istituti, dove trovavano la morte per inedia o avvelenamento (Schianchi, 2012/2022).

Sheffer (2018) riporta il caso dell'*Istituto di Spiegelgrund* di Vienna che durante il periodo fascista attuò cambiamento nella propria finalità operativa: da recupero e riabilitazione ad eliminazione di tutti quei bambini considerati ineducabili ed inutili per la società.

I suoi operatori, basandosi su dati e diagnosi incerte, su decisioni individuali e criteri mutevoli, usando una terminologia confusa ed avventata, hanno determinato l'internamento e la successiva morte di 789 bambini, secondo la documentazione presente. I bambini considerati ineducabili, improduttivi, dannosi per la società: venivano eliminati. La diagnosi diventò così una prognosi dell'esistenza, un'etichetta che cancellava l'individualità del bambino.

La fase successiva del programma di eutanasia prese avvio il 15 ottobre 1939 e si concentrò sui pazienti adulti cronici (Lifton 1986/2004; Schianchi, 2012/2022).

Il progetto *Aktion T4* arruolò psichiatri e medici che avevano il compito di accertare e valutare le facoltà mentali dei pazienti, basandosi su un questionario che venne inviato dal Dipartimento di Salute del Ministero dell'Interno del Reich ad ogni istituto di cura presente sul territorio (Collacchioni, 2016).

Le visite mediche per accertare lo stato di salute della persona non furono svolte e nelle liste venne inserito un numero elevatissimo di persone: poiché il fine non era medico ma prettamente economico (Serra, 2020).

Per l'uccisione dei bambini con disabilità i medici si erano avvalsi dell'utilizzo dei farmaci, ma si trattava di una soluzione non adatta per gli adulti, di numero assai maggiore. Venne così escogitato un nuovo metodo che portò alla creazione dei campi di sterminio (Friedlander, 1995/1999).

I campi di sterminio unirono i campi di concentramento e le camere a gas:

“I campi di concentramento esistevano già con lo scopo di reprimere perseguitati politici, asociali, rom, ebrei, omosessuali, mentre l'uso del gas già era impiegato per uccidere sistematicamente gli internati ed è proprio nell'uccidere i disabili mentali che i nazisti perfezionarono questo sistema e lo poterono poi adottare nei campi di concentramento per sterminare gli internati nei campi” (Collacchioni, 2019, p.46).

Erano presenti sei centri principali di eliminazione: Hartheim, Sonnenstein, Grafenck, Bernburg, Brandeburgo e Hadamar. Si trattava di ospedali psichiatrici, ex carceri o case

di cura, la cui finalità era stata però stravolta. Si trattava di luoghi isolati e con alte mura: in modo tale che dall'esterno non si potesse vedere quanto accadeva all'interno (Lifton, 1986/2004).

“Esisteva un vero e proprio *protocollo di uccisione*” (Collacchioni, 2016, p.48). Le persone venivano prelevate dagli istituti di cura con autobus dai vetri oscurati e condotte nei centri di eliminazione. I familiari venivano informati prontamente dello spostamento del proprio caro in un altro luogo di cura, del suo arrivo a destinazione ed in seguito della sua morte per cause generiche (Schianchi, 2012/2022).

Ciascun individuo che entrava nel centro veniva fotografato, schedato e successivamente avviato verso il locale doccia. Nella stanza venivano radunate circa 70 persone, veniva aperto il gas e in circa una trentina di minuti avveniva il decesso (Schianchi, 2012/2022). Il programma di eutanasia comportò una forte opposizione: prima da parte dei familiari, poi del popolo, del clero e dell'ambiente medico. La risonanza pubblica e l'inquietudine popolare furono alla base della decisione di Hitler di sospendere il programma Aktion T4 nel 1941 (Friedlander, 1995/1999).

Il progetto non si fermò però mai completamente e le uccisioni di persone con disabilità proseguirono, seppur in maniera meno sistematica, fino al termine del conflitto (Lifton, 1986/2004; Schianchi, 2012/2022).

A seguito di un controllo centrale meno diretto, i medici agirono secondo la propria iniziativa tanto che si parla di un'*eutanasia selvaggia*. Le uccisioni dovevano infatti continuare ma in maniera meno vistosa: i pazienti venivano così uccisi per inedia o per utilizzo di farmaci, al posto della camera a gas (Lifton, 1986/2004).

Ai ricoverati negli Istituti venne applicata una dieta povera di grassi: assolutamente mortale. Tale dieta diventò la dieta ufficiale per tutti manicomi del Sud della Germania. Denominata *dieta E*, era in grado di condurre i malati alla morte in 6-12 settimane, a causa dell'edema da fame. Per le persone in cui non funzionava si ricorreva ad iniezioni o overdose di psicofarmaci e di barbiturici (Paolini, 2012).

Per quanto riguarda l'Italia due sono gli episodi più eclatanti in riferimento allo sterminio delle persone con disabilità.

Il primo caso riguarda la deportazione dei pazienti ebrei che erano ricoverati negli ospedali psichiatrici di San Servolo e San Clemente a Venezia. L'11 ottobre del 1944 vennero prelevate 11 persone dagli ospedali psichiatrici e condotte, per ordine del

comandante tedesco Stangl al campo di sterminio di Birkenau. In seguito, non si ebbero più loro notizie.

Il secondo caso riguarda l'ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana, in provincia di Trento.

Negli archivi dell'ospedale psichiatrico di Kaufbeuren, sono state ritrovate delle lettere scritte da un dipendente, testimonianza degli esperimenti medici condotti su un gruppo di bambini. Per un accordo tra l'ospedale psichiatrico di Pergine e il governo nazista, un gruppo di circa 400 pazienti tra cui anche i bambini, venne condotto nell'ospedale psichiatrico tedesco dove trovarono la morte (Serra, 2020).

Durante il processo di Norimberga Viktor Brack, capo del gabinetto e uno dei più alti responsabili per la politica dell'eutanasia, dichiarò:

“Non avevo alcun motivo di dubitare riguardo alla personalità di Hitler. Pertanto, credevo anche nella legalità della legge sull'eutanasia, dato che fu emanata direttamente dal capo dello Stato. Gli ufficiali dello Stato e i medici, che io vedevo allora come competenti, mi dissero che l'eutanasia era sempre stata un traguardo ambito dell'umanità ed era giustificata dal punto di vista morale e medico. Pertanto, non ho mai dubitato” (Stella, 2019, p.135).

A maggio del 1945, il numero delle vittime di questo programma considerato terapeutico arrivò a circa 300 mila (Schianchi, 2012/2022).

“La scienza diede il proprio avallo, la chiesa tacque, molti girarono lo sguardo altrove. Poi, fu troppo tardi” (Paolini, 2012, p.176).

Pochi anni dopo, nel 1948 venne proclamata la *Dichiarazione universale dei diritti umani* che all'articolo 22 affermava: “ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione [...] dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità.”

Nel 2006 venne siglata dalle Nazioni Unite la *Convenzione internazionale dei diritti delle persone con disabilità*, il cui scopo riportato nel primo articolo recita: “promuovere, proteggere e garantire il pieno e 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”.

L'articolo 15 recita “nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti”.

Si tratta di parole forti e in netta contrapposizione con i fatti avvenuti soltanto una settantina di anni prima. Fatti che hanno condotto alla morte innumerevoli persone, considerate indegne di vivere (Paolini, 2012).

“Conoscere le cose accadute serve a togliere alibi a quella che forse è la domanda più inquietante che pone la vicenda dello sterminio dei disabili e dei malati di mente sotto il nazismo: come è stato possibile? È una domanda che deve interrogare ogni persona e in modo particolare e diverso chi a vario titolo svolge una professione in relazione di aiuto: medici, infermieri, insegnanti, operatori del sociale. Perché ciò che accadde non accadde per mano dei cattivi con la divisa e la voce oscena, ma fu fatto da gente che di mestiere si occupava della cura di altri. Colleghi di un tempo che fu” (Paolini, 2012, p.158).

3.4 Gli Istituti e le Scuole Speciali

Per lungo tempo i disabili mentali, nel nostro Paese così come nel resto dell'Europa, furono in gran parte costretti a convivere con i folli, i delinquenti, i vagabondi ed i poveri all'interno di Istituti d'Internamento sorti nel Seicento: strutture nelle quali il *diverso* veniva rinchiuso per proteggere il resto della società.

Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento si videro dei primi tentativi di riforma dell'ambiente educativo italiano (Debè, 2017).

In Italia, così come nel resto dell'Europa, l'interesse verso le disabilità sensoriali anticipò quello per le disabilità mentali. Per le prime infatti già ad inizio Ottocento si erano sviluppate strutture apposite, mentre l'attenzione per i *deficienti* si manifestò successivamente, negli anni a cavallo del Novecento (Debè, 2020).

Il neuropsichiatra A. Verga in un articolo del 1877 definì con il termine *frenastenia* la condizione di colui che era affetto da una debolezza delle funzioni intellettive. Veniva così sottolineata la differenza tra i frenastenici ed i malati mentali: riconoscendo ai primi la necessità di essere educati in strutture idonee alle loro specifiche esigenze, liberandoli dall'ambiente dei manicomi in cui spesso si trovavano isolati. Verga evidenziava la necessità di strutture deputate alla formazione intellettuale, fisica, morale e soprattutto professionale del fanciullo, per dotarlo degli strumenti necessari affinché potesse essere utile nel proprio ambiente di vita (Debè, 2017).

Sorsero le Scuole Speciali per i bambini con ritardo mentale e le Classi Differenziali per i bambini tardivi. Il sistema delle Scuole Specializzate subì un importante sviluppo soprattutto dopo la Seconda Guerra Mondiale, in particolare tra gli anni 1930 e 1960 (Collacchioni, 2016), per poi vedere il proprio termine con la Legge n.517 del 1977 che integrava gli alunni speciali all'interno delle scuole comuni (Schianchi, 2012/2022).

Nel caso di deficit gravi la cura e l'educazione veniva invece affidata a degli Istituti medico-pedagogici (Morandini, 2020). Il bambino dopo visita medica veniva indirizzato verso l'Istituto ritenuto più idoneo (Collacchioni, 2016).

3.4.1. Le Istituzioni Totali dell'Ottocento

Per tutto l'Ottocento gli Istituti rappresentarono la normale risposta pubblica alle varie forme di bisogno (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Molto spesso negli Istituti si ritrovavano a convivere adulti e minori, ossia coloro che avevano un'età inferiore ai quindici anni: non riconoscendo a questi ultimi i propri bisogni specifici (Gentili & Raimondo, 2020).

Goffman (1961/1968) vede negli Istituti di ogni genere, una forma di istituzione totale che definisce come “il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato” (p.29).

Goffman (1961/1968) ritiene che la relazione tra il medico e il malato sia simile a quella tra un governatore ed un governato: relazione che conduce alla graduale demolizione del sé dell'internato, che si ritrova sotto il controllo altrui. L'istituzione non mirava dunque alla cura della persona ma alla sua demolizione come essere sociale.

Con l'entrata in Istituto la persona perdeva la propria identità: diveniva un numero, “un piccolo ingranaggio della struttura (Dal Toso & Gecchele, 2019, p.105). Gli infermieri miravano al controllo del paziente più che alla sua assistenza.

“Se gli internati devono avere la testa pulita ed essere facilmente individuabili, sarà utile rasarli completamente, anche se la cosa non risulta molto estetica. Su questa base alcuni ospedali psichiatrici hanno trovato utile estrarre i denti ai pazienti che mordono, fare un'isterectomia alle pazienti che vivono in promiscuità e sottoporre a lobotomia i cronici violenti” (Goffman, 1961/1968, p.107).

3.4.2 Gli Istituti in Europa

In Francia negli Istituti spesso la cura e l'educazione erano riservate ad un ristretto numero di fanciulli mentre per la maggior parte dei casi ci si limitava all'assistenza e all'ospedalizzazione. Non veniva fatta una notevole distinzione dei fanciulli secondo le menomazioni e molto spesso tali Istituti erano annessi ai Manicomi per adulti, non tenendo conto delle differenze e dei bisogni specifici dei bambini.

A Parigi era presente l'asilo di Bicêtre, una sezione del Manicomio. Venne fondato da Bourneville, allievo di Edouard Séguin. Si trattava di una struttura in grado di accogliere circa 450 fanciulli: i quali vennero rigorosamente classificati in relazione alle diverse

tipologie di deficit, partendo dalla distinzione principale tra non educabili e educabili. I giovani svolgevano diverse attività: da quelle scolastiche volte all'alfabetizzazione, a lezioni di canto, danza, ginnastica e laboratori per imparare un mestiere. Venivano inoltre proposte attività esterne alla struttura come visite a teatri, musei, orti botanici e giardini zoologici.

Con medesimi scopi venne creata la *Foundation Vallée*, nelle vicinanze dell'Ospizio di Bicêtre, che accoglieva circa 200 fanciulle, definite in maggioranza *idiote*.

In Germania l'assistenza dei bambini considerati deficienti era da sempre stata affidata a società religiose ma dal 1891 il compito venne affidato alle Congregazioni di carità provinciali, con l'obbligo di creare Strutture adatte per l'assistenza di idioti ed epilettici.

In Sassonia si ricorda l'Asilo di Nossen, destinato ad accogliere bambine frenasteniche, non epilettiche, dai 5 ai 15 anni. Accoglieva circa 160 bambine, divise in due Sezioni ognuna delle quali era sorvegliata da due infermiere. Per i bambini invece si trovava l'Asilo di Gross-Hennersdorf, che contava 250 ricoverati. I giovani erano divisi in tre dormitori: da 60, 40 e 30 posti letto.

Ad Hannover si trovavano due Istituti per idioti. Lo *Stabilimento pedagogico provinciale per idioti* di Postdam, che contava 250 ricoverati di entrambi i sessi. Al suo interno si trovavano due reparti, uno maschile e uno femminile, ognuno diviso in tre sezioni: dei bambini, dei fanciulli e degli adulti. Il secondo Istituto era l'*Asilo provinciale per idioti* di Langenhagen.

In Inghilterra si fece una distinzione tra l'Assistenza agli idioti ed imbecilli e quella ai semplici "tardivi". Per i primi esistevano sei Asili, distribuiti nel Paese.

Sulla base di quelli francesi, anche gli istituti anglosassoni miravano ad un profitto positivo nell'educazione dei sensi per passare poi a studi più complessi, come scrittura, lettura ed aritmetica per arrivare all'avvio ad una professione.

In Scozia c'erano soltanto due Istituti che provvedevano ai fanciulli considerati imbecilli: uno a Baldovan fondato nel 1853 ed uno a Larbert, fondato nel 1862. Nel 1902 venne creato un reparto apposito nel manicomio di Leuzie, per accogliere 50 idioti (Antonini, Ferrari & Tamburini, 1918).

3.4.3 Gli Istituti in Italia

Bianchini (2018) suddivide gli Istituti, notevolmente diversi tra loro, in tre generazioni: quelli che sorsero tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, quelli che sorsero dopo la Riforma Gentile (R.D. 3129) del 1923 e quelli nati al termine della Seconda Guerra Mondiale, come *Villa Azzurra* a Torino.

L'Assistenza dei deficienti prese avvio nel 1899, anno della fondazione della *Lega Nazionale per la protezione dei fanciulli deficienti*, tra i cui maggiori esponenti era presente Maria Montessori.

L'obiettivo della Lega era quello di creare nelle diverse regioni italiane degli Istituti medico-pedagogici volti ad accogliere, assistere ed educare i deficienti.

Sorsero: l'*Istituto medico-pedagogico di Bertalia* a Bologna, l'*Istituto per deficienti di Roma* (sotto le direttive del Manicomio Provinciale, accoglieva circa 80 ricoverati dai 7 ai 18 anni con una eterogeneità clinica importante), l'*Istituto per deficienti di Torino*, l'*Istituto ortofrenico di Napoli*, l'*Istituto San Vincenzo a Milano* (Antonini et al., 1918).

Per quanto riguarda le disabilità sensoriali a Milano nel corso dell'Ottocento erano sorti precedentemente due istituti per persone sorde: uno fondato nel 1805 ed il secondo nel 1854 (Debè, 2020).

Sempre a Milano, nel 1840 venne fondato da Michele Borazzi un *Istituto per ciechi*, primo sul territorio e uno tra i primi in Italia (Debè, 2020).

L'interesse per l'educazione dei soggetti rachitici si manifestò in Italia solo negli anni Settanta dell'Ottocento. Nel 1872 venne fondata a Torino la prima *Scuola per rachitici*: visitata da Gaetano Pini nel 1873, che l'anno successivo fondò un Istituto milanese a sua somiglianza (Morandini, 2020; Schianchi 2012/2022).

Il modello organizzativo dagli istituti era di tipi collegiale. I giovani alloggiavano in grandi e sovraffollate camerate. Le occasioni di rientro in famiglia erano poche ed in occasione delle feste mentre le visite dei parenti erano ridotte e con precisi orari. I tempi della giornata venivano scanditi dal susseguirsi di precise attività (Morandini, 2020).

Il Pio Istituto dei rachitici di Milano

A Milano attorno ad aziende come la *Fabbrica nazionale d'istrumenti chirurgici ed ortopedici* di Enrico Gennari e la *Fabbrica di gambe e braccia artificiali* di Ferdinando Baldinelli, sorse un polo ortopedico di valenza nazionale, attorno al quale nel 1874 venne fondata da Gaetano Pini la *Scuola dei rachitici* (Schianchi, 2019).

Tra queste mura il medico si prese cura dei bambini affetti da rachitismo e deformazioni scheletriche, tramite interventi riabilitativi ed educativi: coniugando il trattamento medico con l'intervento educativo (Debè, 2020).

Tali istituti miravano infatti ad un raddrizzamento fisico della persona, tanto quanto morale, per permettergli di riacquistare una posizione sociale (Schianchi; 2012/2022).

Grazie ai lasciti e alle donazioni, la Scuola venne ampliata nel 1881 divenendo *Pio Istituto dei rachitici*. In seguito, la direzione venne affidata a Riccardo Galazzi che ne promosse il passaggio da Opera Pia a Clinica Ortopedica postuniversitaria (Debè, 2016).

Galeazzi (1906) pose in evidenza la necessità di creare delle scuole di lavoro per giovani storpi dai 6-7 anni, da avviare ad una professione. Non si trattava di una novità in assoluto, infatti, in passato erano sorte istituzioni come la *Pia casa* di Abbiategrasso.

Galeazzi (1906) però propose un percorso completo di maturazione dell'infermo: "l'Istituzione non deve ... avere solamente lo scopo di sviluppare le qualità fisiche e mentali dell'individuo, più adatte ad assicurargli il proprio sostentamento e la propria indipendenza, ma deve pur cercare di farne un buon individuo e di formarne il carattere" (p.8).

Galeazzi mise in luce come gli storpi ed i mutilati venissero tutti raggruppati in un'unica categoria: quella degli inabili al lavoro. Egli riteneva che le persone con difetti fisici congeniti o acquisiti, se poste nelle condizioni adatte, potessero imparare a guadagnarsi da vivere, sollevando il Paese dal loro mantenimento. Infatti, egli affermò che: "molte imperfezioni, anche degli arti superiori non provocano alcuna diminuzione della capacità al lavoro, perché l'individuo, e segnatamente l'individuo giovane, possiede un grande potere di adattamento e di compenso alle funzioni abolite o compromesse" (p.9).

Nel 1907 aprì la *Scuola di lavoro Sofia Carmine Speroni* nella quale ai bambini venivano fornite le protesi necessarie e l'apprendimento di un mestiere (Debè, 2016).

I tre principi della scuola erano: la cura ortopedica, l'istruzione generale ed il tirocinio professionale. Per i maschi erano previsti lavori di officina, segheria e carpenteria mentre per le femmine erano previsti lavori casalinghi, di sartoria e di telaio.

Il fine delle case di lavoro doveva essere quello di impartire ai giovani un'educazione intellettuale e morale, basata sull'ordine ed il rispetto per formare delle persone in grado di dimostrarsi utili membri della società e garantirgli un benessere anche negli anni di avanzata età (Galeazzi, 1906).

Nel 1915 l'Istituto venne nuovamente ampliato con la creazione di un ospedale succursale, denominato *Rifugio Fanny Finzi Ottolenghi*, pensato per la cura e la riabilitazione fisioterapica degli operai infortunati ed invalidi.

In seguito, il Rifugio si occupò di accogliere anche gli invalidi di guerra. Ai soldati venivano fornite le protesi ed un impiego, secondo i propri interessi e rispetto alle proprie capacità (Debè, 2016).

L'Istituto Antonio Marro di Torino

L'*Istituto Marro* di Torino fece parte di quella che Bianchini (2018) definì la prima generazione degli Istituti medico-pedagogici.

L'*Istituto medico-pedagogico per fanciulli deficienti* venne aperto nel 1900, grazie al contributo di numerosi benefattori e nel 1925 modificò la propria denominazione in *Istituto Antonio Marro per fanciulli anormali psichici*. Rappresentò il primo Istituto in Piemonte e uno tra i primi in Italia a dedicarsi alla cura e all'educazione di fanciulli con disabilità psichiche.

Lo scopo dell'Istituto era di:

“provvedere gratuitamente, nei limiti dei propri mezzi, al ricovero, al mantenimento ed all'educazione sia fisica, sia mentale dei bambini di entrambi i sessi, nati o domiciliati nella Provincia di Torino, che presentavano anomalie di carattere o incompleto sviluppo intellettuale, ed erano considerati suscettibili di correzione e di miglioramento” (Bianchini, 2018, p.28).

Il *Marro* non era una casa di cura privata, ma un'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) che per il proprio sostentamento si affidava esclusivamente alle rette dei ricoverati e dal denaro proveniente da donazioni e lasciti.

L'Istituto, dopo attenta selezione, accoglieva minori dai 7 ai 12 anni, affetti da ritardo mentale medio-lieve. I giovani potevano soggiornare nell'Istituto fino al compimento del quattordicesimo anno di età. In casi eccezionali, la permanenza si poteva protrarre fino ai 18 anni.

Un elemento essenziale dell'Istituto fu la scuola primaria interna, aperta fin dal 1900 con l'obiettivo di permettere ai fanciulli di ottenere la licenza elementare, in condizioni agevolate rispetto a quanto sarebbe avvenuto nelle scuole comuni.

A seguito della legge riguardante la riforma del sistema scolastico promulgata dal ministro Giovanni Gentile, nel 1923, il *Marro* diventò una *scuola speciale*, per essere dichiarata in seguito, nel 1946, una *scuola speciale parificata* in quanto venivano

applicati gli stessi orari e programmi delle scuole statali e gli insegnanti erano specializzati in pedagogia ortofrenica.

Il *Marro*, così come tutte le altre scuole speciali di Italia, vide nei decenni successivi alla fine della Seconda Guerra Mondiale un'elevata crescita del numero dei propri allievi.

Le Scuole speciali e le classi differenziali, in realtà, erano diventate dei luoghi in cui collocare tutti quei bambini considerati non propriamente normali.

Nel 1977 il *Marro* venne chiuso in quanto, come dichiarò il suo direttore, con l'ammissione dei bambini con disabilità nelle classi comuni, il suo compito era terminato (Bianchini, 2018).

L'Istituto Gian Franco Minguzzi di Bologna

L'Istituto, si trovava vicino all'Ospedale Sant'Orsola di Bologna e rappresentava un importante centro preposto ad accogliere minori bisognosi di cura, spesso in assenza di ulteriori possibilità o alternative. Tale sede aveva il nome di *Spedale degli Incurabili*. Successivamente ci fu un distacco dall'Ospedale che comportò una più netta differenziazione della struttura che da quel momento non si occupò più in maniera indistinta di tutte le malattie ma si concentrò sulla cura dei deficit mentali (Gentili & Raimondo, 2020).

Attorno alla cura dei minori con disabilità, a partire dal XVIII secolo aveva iniziato a farsi largo l'idea della necessità della creazione di luoghi appositi in cui attuare una pedagogia specializzata e della necessità di distinguere i minori con disabilità dal resto degli alienati che si trovava nei manicomi.

Nel caso del Manicomio Provinciale di Bologna, dalle diagnosi di ingresso riguardanti gli anni dal 1867 al 1950, è emerso che i giovani ricoverati con deficit intellettivi furono 379, pari al 46% dei ricoverati: si trattava di un numero superiore alle ammissioni per patologie psichiatriche o da alienazione, pari a 197 (Gentili & Raimondo, 2020).

La Legge n.36 del 1904, riguardante le disposizioni sui manicomi e gli alienati, non aveva posto alcun limite all'ingresso in tali istituzioni (Gentili & Raimondo, 2020). Tale legge infatti citava all'articolo 1: “debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”.

Per tale ragione, all'interno del manicomio bolognese come in molti di quelli italiani, il numero dei ricoverati, tra i quali erano presenti bambini e i fanciulli con deficit mentale ed altre patologie, continuò ad aumentare (ibidem.).

L' Istituto Villa Azzurra di Torino

Il reparto medico pedagogico dell'ospedale psichiatrico di Collegno-Grugliasco, *Villa Azzurra* di Torino fu al centro dello scandalo scoppiato nel 1968. All'interno dell'Istituto dal 1938 venivano ospitati minori ritenuti educabili: bambini ai quali venivano però inflitte punizioni corporali, spesso utilizzando in maniera impropria strumenti come l'elettro- shock (Bianchini, 2018).

Gaino (2017) nel suo libro *Il manicomio di bambini*, afferma: “l'ospedale psichiatrico è stato nei suoi centocinquant'anni di vita a Torino e poi, via via, nelle sedi periferiche di Collegno, Grugliasco e Savonera, un'immensa discarica umana in cui sono state rovesciate, come rifiuti organici, generazioni di uomini e donne, e bambini, tutti vulnerabili” (p.33).

Tra i bambini di Villa Azzurra c'era Angelo:

“Cominciasti a essere legato al letto, o al termosifone, che avevo quattro anni. Così diventai un ribelle. Non scappavo soltanto. Rispondevo alzando anch'io la voce. Era arrivato Coda, lo psichiatra elettricista. Mi ha dato la scossa cinquantadue volte. [...] l'elettricità me la dava ai genitali, alla colonna vertebrale, ai reni, oltre che alla testa. Diceva alla suora: «Si è fatto la pipì addosso? Sì? Insegniamogli a non farla più»". Oppure bastava che lo avessi guardato storto” (Gaino, 2017, pp.17-18).

“E mi hanno avvelenato di rabbia il sangue. Tipo il contenermi per qualsiasi cosa. Neanche i cani alla catena diventano buoni. Io non sono diventato buono. L'unica cosa positiva che aveva la contenzione era evitare che i bambini epilettici, quando avevano le loro crisi sbattessero la testa contro le sbarre del letto. Come i mongoloidi, o i più gravi, che non si potevano muovere e venivano trattati come cose. Per la verità eravamo tutti cose.” (ivi., pp.19-20).

Il dott. Giorgio Coda, direttore dell'Istituto, venne condannato e Villa Azzurra chiusa nel 1970. Tale episodio portò alla luce, al di fuori delle mura di un'istituzione psichiatrica, il feroce trattamento che veniva inferto ai ricoverati: maltrattati più che curati (Bianchini, 2018).

3.4.4 Le Scuole Speciali e le classi differenziali

L'Ottocento viene considerato il secolo della scuola per il popolo: con la Legge Coppino (L. 3961/1877) venne infatti sancito l'obbligo scolastico per i primi anni della scuola elementare. Principio dal quale furono però escluse le persone affette da *deficit* di natura intellettiva e senso-motoria (Morandini, 2020).

Il pedagogista De Dominicis mise in luce come il modello educativo tradizionale non potesse essere adatto per i bambini che si trovavano in uno stato patologico ma era necessaria un'educazione speciale, specifica e separata per ciascun studente anormale (Zago, 2020).

Tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento il medico Sante De Sanctis aprì a Roma degli Asili-scuola per gli anormali dell'intelligenza e del carattere. Il primo Asilo-scuola per minorati psichici venne fondato nel 1899.

Questo modello di scuola si proponeva attraverso un'istruzione di base e l'avvio al lavoro, di promuovere un rientro attivo nella società per i propri allievi (Debè, 2020; Morandini, 2020). L'obiettivo era promuovere in ogni educando un livello di autonomia tale da permettergli di vivere dignitosamente nel proprio ambiente di vita (Zago, 2020).

De Sanctis prevede delle classi differenziali, per la prima e seconda elementare, e degli Asili scuola, ossia delle scuole ausiliare per i bambini con anomalie psichiche più gravi. I bambini prendevano parte alle classi differenziali in base al rendimento scolastico: se raggiungevano il livello richiesto per la partecipazione alle classi comuni, potevano farvi ritorno, in caso contrario dopo due anni di frequenza nella classe differenziale, venivano spostati negli Asili scuola (Zago, 2020).

Gli asili-scuola prevedevano una frequenza diurna con un orario prolungato, dalle ore 8 alle ore 17, senza interruzioni infrasettimanali o pause estive (Morandini, 2020).

Tra i pionieri della Pedagogia Speciale c'era G. Montesano. Nel 1903 fondò un Istituto medico-pedagogico e si occupò dello studio dell'infanzia mentalmente anormale. Montesano inoltre fondò a Roma, nel 1900, la prima Scuola Magistrale Ortofrenica, che diresse per diversi anni. Tale scuola aveva una durata di otto mesi. Prevedeva lo studio di diverse medicine e diverse esercitazioni pratiche (Zago, 2020).

Nel 1923 con riforma scolastica elaborata da Giovanni Gentile (R.D. 3126/1923) per la prima volta venne sancito il principio dell'obbligo scolastico anche "ai ciechi e ai sordomuti che non presentino altra anormalità che ne impedisca loro l'ottemperanza" (p.549). La riforma comportò una riorganizzazione degli Istituti presenti e un'apposita

formazione per gli insegnanti. I provvedimenti di tale riforma non comportarono però dei benefici per i bambini con altre forme di disabilità (Morandini, 2020).

Si dovettero aspettare anni e leggi successive per poter vedere attuata l'integrazione e l'inclusione dei bambini con disabilità, all'interno delle scuole comuni.

Capitolo 4 – Il Ventunesimo secolo: il paradigma dei diritti

4.1 Una nuova visione della disabilità

Schianchi (2019) per sottolineare l'impatto numerico e sociale dei fattori causa di disabilità nel mondo contemporaneo utilizza l'espressione *la terza nazione del mondo*: poiché riunite insieme tutte le persone con disabilità, esse popolerebbero uno stato di popolazione inferiore soltanto a stati come l'India e la Cina.

Dopo il *regime bellico-industriale*, in età contemporanea è il *regime degli effetti collaterali della società del rischio* ad essere causa di disabilità.

La tecnologia è causa di disabilità con le macchine da lavoro, le armi, gli incidenti stradali, i disastri ambientali e l'inquinamento ma al contempo rappresenta anche una soluzione attraverso la medicina, le biotecnologie e le protesi (Schianchi, 2012/2022).

In seguito agli anni '70 è cambiata la concezione della disabilità e si è affermata l'idea che essa non fosse una condizione dovuta soltanto a fattori personali ed individuali, ma che dipendesse soprattutto da fattori socio-ambientali (Serra, 2020).

Il termine *disabile* iniziò così ad essere sostituito da quello di *persona con disabilità*: ponendo l'attenzione prima sulla persona come portatrice di diritti ed in un secondo momento sulla sua disabilità (Serra, 2020)

La disabilità viene generata da un ambiente non in grado di ridurre gli effetti: “è qualcosa che a prima vista sembra stare nel mio corpo, però in realtà sta nel posto che la società mi permette di occupare” (Serra, 2020, p.54).

4.1.1 Leggi e diritti

“Essere liberi significa avere le opportunità di condurre il tipo di vita che apprezziamo”
(Sen, 1999, citato da Marchisio, 2020, p.147)

La *Dichiarazione universale dei diritti umani* del 1948, all'articolo 22 affermava:

“ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità”.

Attorno agli anni '70 si è vista la nascita di alcuni movimenti sociali con l'obiettivo di lottare per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità, per l'accesso agli ambienti fisici e sociali e per il diritto ad una Vita Indipendente (Serra, 2020, p.54).

Nel 1978 la Legge n.180 portò alla chiusura dei manicomi.

La Legge n.13 del 1989 prevedeva delle prescrizioni tecniche volte a garantire l'accessibilità e l'adattabilità degli edifici pubblici e privati, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche.

Nel 1992 la Legge n.104 riorganizzò complessivamente la questione riguardante la disabilità. All'articolo 3 definì *persona con handicap*: "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 tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Tale legge mirava ad un riassetto sociale per eliminare le condizioni invalidanti ad ostacolo dello sviluppo della persona con disabilità. Per realizzare tale obiettivo erano necessari interventi volti a contrastare l'emarginazione e l'esclusione sociale.

La Legge n.104 pose per la prima volta in termini legislativi la persona al centro, considerandola, indipendentemente dallo stato e dal tipo di disabilità, nel suo sviluppo unitario che riguardava: la famiglia, la scuola, il lavoro e il tempo libero (Schianchi, 2012/2022).

Nel 1996 con il Decreto del Presidente della Repubblica n.503 vennero promulgate delle disposizioni riguardanti l'eliminazione delle barriere architettoniche e sui mezzi di trasporto.

La Legge n.68 del 1999 decretò nuove norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità.

In seguito nel 2006 venne approvata la *Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. Entrata in vigore del 2008, non comportò l'attribuzione di nuovi diritti ma rappresentò uno strumento di indirizzo per le politiche nazionali.

Il testo risulta composto da 50 articoli di cui 30 incentrati sui diritti fondamentali e 20 riguardanti delle strategie operative.

La Convenzione, infatti, si richiama in maniera esplicita ai principi della *Dichiarazione universale dei diritti umani*, in quanto si basa sul riconoscimento del fatto che le persone a causa della propria disabilità, dei pregiudizi e delle barriere sociali vengano discriminate e vivano in condizioni di disuguaglianza di opportunità rispetto agli altri cittadini (Schianchi, 2012/2022).

Marchisio (2020) afferma infatti che la Convenzione ONU dovesse essere intesa più come un frutto, che come la radice, essendo il risultato di anni di battaglie e azioni pionieristiche

come: il movimento per la vita indipendente, la chiusura delle scuole speciali, la chiusura dei manicomi e l'apertura delle prime Cooperative di tipo b (deputate all'inserimento lavorativo di persone in condizione di svantaggio sociale).

Le persone con disabilità vengono viste innanzi tutto come persone portatrici di diritti, infatti, sono “coloro che presentano una duratura e sostanziale alterazione fisica, psichica, intellettuale o sensoriale la cui interazione con varie barriere può costituire un impedimento alla loro piena ed effettiva partecipazione nella società, sulla base dell'uguaglianza con gli altri” (art.1).

Lo scopo principale della Convenzione è quello di “promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani⁶ e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità” (art.1).

L'obiettivo è agevolare l'effettiva partecipazione sociale della persona ad ogni livello: educativo, lavorativo, sociale, interpersonale, sportivo e di svago (Serra, 2020).

La *Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* pone in evidenza la necessità di un superamento delle politiche assistenzialistiche, a favore di una visione maggiormente egualitaria ed inclusiva.

Alcune soluzioni vengono viste nell'*accomodamento ragionevole* e nella *progettazione universale*. Per accomodamento ragionevole si intendono “le modifiche e gli adattamenti necessari e appropriati [...], ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali” (art.2) mentre la *progettazione universale* prevede “la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate”, senza escludere “dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari” (art.2).

La progettazione universale vide la sua applicata nell'ambito dell'edilizia e dell'urbanistica con il movimento del *Universal Design*. Nel 1995 ne vennero sanciti i 7

⁶ I diritti vengono indicati nella Convenzione all'articolo 3 e prevedono: “a. il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone; b. la non discriminazione; c. la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società; d. il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa; e. la parità di opportunità; f. l'accessibilità; g. la parità tra uomini e donne; h. il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità”.

principi, il cui fine mirava a progettare prodotti ed ambienti utilizzabili dalla più grande varietà di persone creando ambienti inclusivi (Orlandi, 2016; Pavone, 2014).

Tale principio è stato esteso anche all'ambito educativo, coniando il termine *Universal Design for Learning* (UDL): orientato a garantire la progettazione di percorsi flessibili, dalla definizione degli obiettivi fino alla loro valutazione, adeguandosi alle differenze individuali, in modo tale da ottimizzare le opportunità di apprendimento di ogni studente. L'UDL mira a ridurre le barriere dell'apprendimento: siano esse intellettive, sociali, linguistiche, culturali o emotive. Lo scopo principale è progettare una didattica accessibile, funzionale e inclusiva (Rose & Gravel, 2016).

4.1.2 Dopo la Legge n.108

Come precedentemente esposto nel 1904 venne promulgata la Legge n.36 riguardante *Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati*, che regolava la presa in carico della persona non tanto da un punto di vista sanitario ma di tutela dell'ordine pubblico: si trattava di custodire più che curare (D'Autilia, 2020).

Le istituzioni venivano definite da Goffman (1961/1968) totali nel momento in cui agivano sulla persona un potere un segregante ed alienante.

Gli Istituti prevedevano barriere strutturali (corsi d'acqua, porte chiuse, sbarre alle finestre) per evitare possibili contatti con la società esterna e al loro interno le giornate venivano scandite sulla base di attività ed orari, dettati da esigenze organizzative. Le Istituzioni totali si caratterizzano per il fatto di inglobare in un unico luogo aspetti, come il dormire, il lavorare e il divertirsi, che nella vita normale risulterebbero separati. L'individualità non era prevista: tutte le persone svolgevano le medesime attività senza possibilità di scelta (Goffman, 1961/1968).

La persona entrava all'interno dell'Istituto ne diventava una parte, perdendo la propria singolarità (D'Autilia, 2020).

Lo psichiatra Basaglia (1981) evidenzia come:

“Il malato mentale, chiuso nello spazio angusto della sua individualità perduta, oppresso dai limiti in postigli dalla malattia, è spinto dal potere istituzionalizzante del ricovero ad oggettivarsi nelle regole stesse che lo determinano, in un processo di rimpicciolimento e di restringimento di sé che - originariamente sovrapposto alla malattia - non è sempre reversibile” (p.250).

Basaglia si oppose al sistema dell'istituzionalizzazione, prefiggendosi la distruzione dei manicomi.

La Legge n.108 o Legge Basaglia del 1978 mirò ad abbattere i muri della segregazione e della istituzionalizzazione, tramite la chiusura dei manicomi.

Basaglia consigliava però di rimanere vigili prevedendo che, affondata la nave del manicomio, sarebbero apparse ben presto all'orizzonte altre navi, solo apparentemente meno minacciose (D'Autilia, 2020).

Il vuoto creato dai manicomi è stato infatti colmato da altre strutture considerate idonee: sono sorte le S.P.D.C., i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Cipriano (2021) evidenzia come la *Diagnosi* sia il primo aspetto fondamentale: scopo è mettere un'etichetta diagnostica, sulla base della quale segue la *Cura* rappresentata spesso semplicemente dai farmaci.

Cipriano (2021) si interroga sulla reale scomparsa dei manicomi e sul fatto che i suoi principi continuino ancora oggi a vivere nell'operato di psichiatri, medici ed operatori moderni.

Esistono infatti ad oggi psichiatri che usano ancora legare le persone, riconoscendola come una pratica utile e necessaria. Lo psichiatra Milone (2021) nel suo libro *L'arte di legare le persone*, scrive che “bastano due minuti per capire se un paziente è convincibile o meno e se non è convincibile perché andare avanti a nuotare ore controcorrente nella follia? Ma questo lo penso io che vengo da una scuola di legatori, posso sbagliare” (p.152). Se il dialogo non appare possibile tutto si riduce a farmaci e fasce: “o si fa fare l'iniezione tripla di colore arancione o verrà legato” (p.145). Milone, inoltre, si rivolge spesso alle persone con etichette come: matti, tossicomani, schizofrenici, euforici, isterici. Medeghini e Valtellina (2006) evidenziano come ad oggi i grandi manicomi siano scomparsi ma ci si trovi ugualmente davanti a nuove forme di istituzionalizzazione. Come ricorda Basaglia, istituzionalizzare è un modo per circoscrivere l'altro, per “segnare i confini oltre i quali non gli si permette di agire” (Basaglia, 1981, p.461).

L'orizzonte di senso degli operatori che lavorano in Servizi alla persona è tendenzialmente volto all'assistenzialismo e alla cura, non riconoscendo autonomia e autodeterminazione alla persona, imponendogli ciò che si ritiene meglio per lei (Medeghini & Valtellina, 2006).

“Il riluttante percorre, lentamente, la lunga corsia del reparto, gli viene da pensare che forse non ha capito niente, della vita e di questo mestiere, che forse quelli come lui, Caterina, i triestini, gli psichiatri democratici, i basagliani, sono pochi sopravvissuti destinati all'estinzione, che il fascino discreto del manicomio è tornato e loro spariranno, che la partita la vince ancora una volta il tecnico tradizionale, quello che somministra i farmaci che le case farmaceutiche gli consigliano, quello che lega perché si è sempre fatto così, quello che va alle cene pagate dai farmaceutici perché è giusto andarci, quello che preferisce i reparti psichiatrici con le porte chiuse e con le sbarre alle finestre.” (Cipriano, 2021, p.174).

4.1.3 Classificazione

La contrapposizione fra il modello biomedico e modello sociale ha portato a definire nel corso degli anni diverse classificazioni riguardanti la disabilità: partendo dall'*International Classification of Diseases* (ICD) per arrivare all'*International Classification of Functioning and Disability* (ICF) (Medeghini & Valtellina, 2006).

Il modello medico vede la disabilità come un problema legato alla persona e si concentra sulle sue cause (malattie, traumi o altre condizioni invalidanti), preoccupandosi di fornire prettamente assistenza sanitaria.

Il modello sociale invece vede la disabilità come un problema causato dalla società, che limita la piena integrazione della persona nella società. Secondo tale visione la disabilità non è dunque un problema dell'individuo ma piuttosto una complessa interazione di fattori, molti dei quali dipendenti dal contesto e dall'ambiente sociale (ICF, 2001/2002).

Nel 1970 con l'*International Classification of Diseases* (ICD) venne formulata la prima classificazione della disabilità, basata principalmente su una visione medica e sul concetto di malattia (Serra, 2020).

I criteri diagnostici utilizzati erano basati sulle esigenze curative, cioè sui possibili interventi di cura o di riabilitazione da mettere in atto per superare la condizione di malattia (Medeghini & Valtellina, 2006).

Si trattava di uno strumento limitato e per tale motivo dieci anni dopo, nel 1980 venne formulata la *Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap* (ICI-DH): centrata sulla persona nel suo complesso più che sulla sua patologia. Al centro di questa classificazione come criterio di salute non si trovava più la causa patologica ma il contesto ambientale (Serra, 2020) e per la prima volta vennero

evidenziate le conseguenze sociali legate alla malattia, al trauma e alla menomazione (Medeghini & Valtellina, 2006).

La classificazione si basa su tre concetti:

- *menomazione*: intesa come la mancanza o anomalia delle strutture fisiologiche, anatomiche, psicologiche o delle loro funzioni;
- *disabilità*: intesa come la limitazione causata dalla menomazione, nella capacità di compiere azioni o attività, rispetto a quello che viene considerato il normale funzionamento umano;
- *handicap*: riguarda lo svantaggio, le limitazioni e le difficoltà incontrate dall'individuo nell'ambiente circostante a causa della sua menomazione o disabilità (Schianchi, 2012/2022; Serra, 2020).

L'ICI-DH rimaneva ugualmente un modello limitante in quanto il concetto di disabilità veniva posto a confronto con un modello di normalità idealizzato, dal quale emergeva una visione dell'handicap "come un prodotto della menomazione e dell'impossibilità da parte del soggetto di *fare in modo normale*" (Serra, 2020, p.62). L'handicap veniva ancora percepito come uno svantaggio e non risultava legato alla strutturazione dell'ambiente (Medeghini & Valtellina, 2006).

L'ICI-DH nel 1992 iniziò un processo di revisione.

Nel 1997 l'OMS formulò l'ICIDH-2 che comportò una specifica rispetto ai concetti di disabilità e handicap.

Per il primo venne introdotta la relazione tra funzioni e attività. Relazione che non veniva più considerata basandosi su uno standard ritenuto normale ma sulle reali condizioni psico-fisiche dell'individuo rispetto alla capacità di compiere attività. L'handicap veniva invece definito in relazione alla partecipazione sociale della persona colpita da menomazione ed in relazione al grado di disabilità. Tramite questa prospettiva venivano messi in luce i fattori contestuali ad ostacolo o facilitazione della persona, ponendo in evidenza i legami che esistono tra la condizione di salute, il funzionamento psico-fisico e la partecipazione sociale (Serra, 2020). Pavone (2014) evidenzia come questi sistemi di categorizzazione corrano il rischio di rinchiudere la persona all'interno della propria diagnosi.

Nel 2011 venne infine presentata la *Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute* (ICF). Tale classificazione riguarda le caratteristiche di salute di tutte le persone, non soltanto quelle con disabilità, in relazione al contesto, alle caratteristiche individuali e all'interazione con i fattori ambientali (Serra, 2020).

In questo modello universale la disabilità rappresenta una possibilità dell'esistere: in relazione a fattori biologici, funzionali e sociali (Medeghini & Valtellina, 2006).

L'ICF porta all'eliminazione della parola handicap e alla precisazione di alcuni termini⁷. Tale classificazione portò all'integrazione del modello medico e di quello sociale, tramite un approccio bio-psico-sociale: sottolineando come la disabilità sia "un rapporto sociale, dipendente dalle condizioni di salute in cui si trova una persona e le condizioni ambientali e sociali in cui si svolgono le sue attività" (Griffo, 2009).

Nel momento in cui tali condizioni non tengono conto delle limitazioni funzionali della persona, adattando l'ambiente contestuale e sociale, si vengono a costituire le barriere e gli ostacoli che portano ad una limitazione alla partecipazione sociale.

P. Gaspari (2014) mette in luce come all'interno del paradigma del ICF:

“la persona diversamente abile viene adeguatamente ripensata e riformulata non più come capacità interrotta, solo parzialmente riparabile, poiché interpretata nelle valutazioni diagnostiche deficitarie, ma finalmente riconosciuta, compresa e legittimata come insieme di storie da vivere e da promuovere al di là delle compromissioni avute, ovvero intesa nella sua condizione squisitamente umana, nei potenziali educativi, nelle risorse possedute e nel diritto di riprogettazione dell'esistenza nella relazione di aiuto con l'altro” (citato da Serra, 2020, p.56).

⁷ Il termine *handicap* è stato abbandonato ed è stato scelto disabilità come termine ombrello per tutte e tre le prospettive: corpo, individuo, società.

Il *benessere* racchiude tutto l'universo dei domini della vita umana, includendo aspetti fisici, mentali e sociali, che vanno a costituire quella che potrebbe essere definita una "buona vita".

La *condizioni di salute* è il termine ombrello per malattia (acuta o cronica), disturbo, lesione o trauma.

Il *funzionamento* è un termine ombrello che racchiude le funzioni corporee, le attività e la partecipazione.

La *disabilità* è il termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo.

La *menomazione* viene intesa come perdita o anomalità nella struttura del corpo o nella funzione fisiologica.

I *fattori contestuali* rappresentano il back-ground della vita della persona. Includono i fattori ambientali ed i fattori personali (ICF, 2001/2002).

4.2 La difficoltà del cambiamento

Negli ultimi anni la persona con disabilità ha visto un riconoscimento dei propri diritti. Pavone (2014) evidenzia però come la disabilità ancora nel terzo millennio venga considerata una condizione particolare: in molti casi “effetto e causa di povertà, per mancanza di risorse e per ridotto riconoscimento sociale” (p.61). Le persone con disabilità vengono considerate *cittadini invisibili* ed oggetto di trattamenti differenziati.

Forte rimane l'influenza di pregiudizi e stereotipi che comportano risposte come la sottovalutazione, l'allontanamento e l'infantilizzazione della persona con disabilità (Pavone, 2014; Zorzi, 2016a).

Si parla di autodeterminazione: aspetto che ad oggi rimane critico soprattutto per le persone con disabilità intellettive (Gecchele & Dal Toso, 2019).

A livello teorico viene auspicato il superamento del paradigma assistenzialistico in favore del paradigma dei diritti. Si tratta però di un cambiamento difficile in quanto all'interno del paradigma assistenzialistico si è organizzato e strutturato l'attuale sistema dei Servizi (Marchisio, 2020) che fatica ad abbandonare una visione prettamente medico-diagnostica e riabilitativa (Nuzzo, 2013).

4.2.1 L'identità negata

Il percorso per il riconoscimento della disabilità, tutt'ora in atto, è stato lungo e faticoso. Il concetto di disabilità, come si è visto, è relativo al contesto a cui viene rapportato. Molto spesso si tratta di un contesto in cui è il concetto normalizzazione a primeggiare e di conseguenza quello di disabilità fatica ad essere separato dai criteri di deficit e riabilitazione (Medeghini & Valtellina, 2006).

Schianchi (2019) evidenzia come sulla persona con disabilità ricada il peso del *debito simbolico*. La persona con disabilità viene ancora vista come un individuo passivo, in capace di provvedere a sé stesso, un peso per la parte attiva della comunità. La disabilità viene vista come un capitale negativo: una proprietà squalificante ed inferiorizzante.

“Se la violenza simbolica è una violenza misconosciuta, che non si afferma con atti violenti in senso proprio, il debito simbolico è il segno sociale, lasciato da quel tipo di violenza” (p.131).

Il debito simbolico, così come gli stereotipi e lo stigma, compromette la biografia, l'auto-percezione e l'identità sociale della persona con disabilità (Schianchi, 2019).

Il sociologo Goffman (1963/1970) definisce lo *stigma*⁸ come l'insieme di attributi discriminativi che portano a collocare la persona in una determinata categoria. La società stessa stabilisce le categorie e gli attributi, ritenuti ordinari e naturali, che la persona deve presentare perché sia considerata parte di tale categoria.

Lo stigma è “una diversità non desiderata” (p.20), dipendente dalle relazioni sociali. Si tratta di una dimensione che va considerata nel tempo come risultante di un insieme di dinamiche culturali, sociali, collettive e individuali.

Medeghini e Valtellina (2006) parlano inoltre di *punto focale percepito* e di *fattore di interferenza*.

Il punto focale percepito induce la persona, che si trova di fronte ad uno stigma, a focalizzare la propria attenzione su degli aspetti indotti: ad esempio nel caso di una persona con difficoltà motorie l'attenzione viene posta sulla sua (presunta) ridotta autonomia.

Il fattore interferenza è il grado con cui uno stigma viene considerato interferente nelle interazioni. Ad esempio, le difficoltà visive non sono considerate un problema nell'ascolto della musica ma lo risultano essere nel momento in cui la persona deve attraversare una strada sprovvista di segnalatori acustici per i pedoni.

Le interferenze non dipendono sempre da una difficoltà funzionale ma sono spesso costruite culturalmente.

Stigma, interferenze e punto focale sono ostacoli alle interazioni sociali e frutto di costrizioni sociali (Medeghini & Valtellina, 2006).

Nei confronti delle persone con disabilità persiste una forte tendenza ad assumere atteggiamenti caritatevoli, infantilizzanti, iperprotettivi, sostitutivi ed espulsivi. Queste convinzioni, sono stereotipi radicati e rigidi al cambiamento che intervengono in diversi livelli del sistema sociale: influenzando il modo in cui viene percepita la disabilità, le azioni intraprese, le decisioni politiche, i programmi e gli interventi (Zorzi, 2016a).

⁸ Furono i greci ad inventare il termine stigma per indicare i segni corporei inflitti sul corpo di una persona: essi rappresentavano qualcosa di inabituale, sgradito e gravavano sullo stato morale di colui che ne era portatore.

Questi segni venivano incisi col coltello o impressi con il fuoco per evidenziare che colui che li portava era uno schiavo, un criminale o un traditore: una persona segnata.

Goffman (1963/1970) definisce tre classi principali di stigma: la prima è quella delle deformazioni fisiche, la seconda riguarda “gli aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà” (p.19) in cui rientrano per esempio le malattie mentali, le dipendenze, la disoccupazione, infine il terzo gruppo riguarda la razza.

Si tratta di importanti ostacoli ai processi di inclusione e di transizione alla vita adulta (Zorzi, 2016a) che contribuiscono al contrario a perpetuare l'assistenzialismo e il controllo esterno (Medeghini e Valtellina, 2006).

La persona con disabilità, a causa di stereotipi relativi alle difficoltà comunicative, cognitive e relazionali, si trova a dover affrontare un restringimento delle proprie opportunità sociali e ad avere scarse opportunità per poter ricoprire dei ruoli sociali.

A causa degli stereotipi, delle interazioni predefinite e di ruoli sociali impoveriti, la persona con disabilità si trova così a rivestire un ruolo sociale marginale e a ricadere nello stereotipo comune di inabilità (Medeghini & Valtellina, 2006).

“Continuiamo a dirci che la disabilità è una questione sociale, ha una definizione sociale. Allora, è solo nelle relazioni sociali, collettive e interpersonali, che è possibile costruire modalità capaci di arginare processi di inferiorizzazione. In alternativa, non si può che assistere, e contribuire, al perpetuarsi di rapporti che, per quanto misconosciuti, restano di forza e di dominio” (Schianchi, 2019, p.400).

4.2.2 Adultità e autodeterminazione

“Essere adulti non significa affatto che è passato del tempo da quando siamo nati. Questo è, tutto considerato, il meno. Significa invece ricevere da sé stesso e dagli altri quelle considerazioni che permettono di sentirsi realizzato” (Canevaro, 2017, p.55).

Il passaggio alla vita adulta rappresenta una delle fasi più cruciali nel definire il futuro e la qualità di vita della persona (Zorzi, 2016a).

Il concetto di autodeterminazione prevede il poter definire il proprio percorso di vita e il compiere delle scelte personali, non determinate da altri: essere l'agente casuale della propria vita (Cottini, 2016; Pavone, 2014).

La persona dev'essere libera di fare scelte che riguardano tutti gli aspetti della sua vita.

L'autodeterminazione, secondo il modello di Schalock e Verdugo Alonso (2002, citato in Fedeli, 2016), è uno degli otto domini della Qualità di Vita.

“La Qualità di Vita è data dalla misura in cui una persona in base al proprio profilo di funzionamento, ai deficit, alle abilità, alle competenze, tenendo conto dei contesti di vita, dei facilitatori e delle barriere in esso presenti è in grado di soddisfare aspettative, desideri e bisogni personalmente significativi” (Fedeli, 2016).

Una vita di qualità implica il poter fare delle scelte autodeterminate, libere da vincoli esterni determinati dal contesto o dalla propria condizione personale (Fedeli, 2016).

L'autonomia prevede che la persona possieda le abilità necessarie per rispondere alle richieste del contesto, senza bisogno di un'assistenza da parte di altri. L'autodeterminazione invece prevede che la persona sia consapevole delle proprie preferenze e che sia in grado di comunicarle per ottenere un loro soddisfacimento. Una persona, dunque, potrebbe essere autonoma ma non in grado di autodeterminarsi e viceversa avere bassi livelli di autonomia ma essere in grado di compiere delle scelte (Fedeli, 2016).

L'autodeterminazione è costrutto multidimensionale che viene promosso o scoraggiato da fattori individuali e contestuali. L'autodeterminazione, dunque, è una necessità che per essere raggiunta richiede delle competenze da parte della persona ma anche un contesto favorevole e una serie di supporti sociali (Cottini, 2016).

Tale concetto è alla base della vita adulta ma non sempre la persona con disabilità si ritrova nella condizione di poter fare delle scelte (Zorzi, 2016a).

La *Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità* (2006) all'articolo 19 riguardante la vita indipendente ed inclusione nella società enuncia che:

“Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società”.

In questo articolo si enuncia il diritto della persona alla libera scelta, alla piena integrazione e alla partecipazione nella società.

L'articolo, in seguito, parla della possibilità di scegliere il proprio luogo di residenza senza obbligo di vivere in una particolare sistemazione. Alla luce dei fatti però spesso le persone con disabilità si ritrovano a dover seguire dei tracciati precedentemente definiti da altri, soprattutto per quanto riguarda i Servizi da frequentare.

Marchisio (2020) evidenzia come a livello organizzativo risulti più semplice inserire le persone all'interno di un percorso già tracciato anziché predisporre per ogni persona dei servizi specifici per permettere ad ognuno di vivere la vita che preferisce “nei luoghi e nelle forme che predilige e non selezionati tra quelli disponibili per le persone con disabilità di quel territorio, ma ricercati liberamente nel mondo di tutti” (Marchisio, 2020, p.29).

In una prospettiva volta al rispetto dei diritti della persona risulta necessario lavorare per l'affermazione dell'autodeterminazione e della vita indipendente, anche quando le condizioni di salute sono gravemente compromessa in quanto anche dei livelli parziali di autodeterminazione sono ugualmente importanti (Pavone, 2014).

Movimento per la Vita Indipendente

Il movimento per la Vita Indipendente basa il proprio agire sul diritto di ogni persona ad autodeterminarsi, a poter scegliere le proprie condizioni di vita per seguire un percorso esistenziale corrispondente alle proprie aspettative.

Le origini del movimento per la vita indipendente risalgono ai primi anni Sessanta in America e vedono in E. Roberts il leader fondatore⁹.

Nel 1970 venne creato il primo Centro per la Vita Indipendente (CIL) caratterizzato da autoaiuto, controllo sulla fornitura dei servizi, formazione all'autonomia e rifiuto del modello medico. In seguito, tali centri vennero aperti in altre città americane.

Ad oggi il movimento per la Vita Indipendente è presente in quasi ogni luogo della terra e opera affinché la vita indipendente venga riconosciuta come diretto umano e civile, battendosi contro ogni forma di discriminazione (Fischetti, 1996).

Nel 1989 si formò in Europa l'*European Network on Independent Living* (ENIL) ossia la Rete europea per la Vita Indipendente, costituitasi in Italia nel 1991.

Barnes (2003) ritiene che i punti fondatemeli che caratterizzano il movimento della vita indipendente siano quattro:

1. tutte le persone, indipendentemente dalla natura e gravità dell'invalidità, hanno eguale valore;
2. ogni persona indipendentemente dalla natura e gravità dell'invalidità, ha la capacità di fare scelte e per tale motivo dev'essere messa nella condizione di poterle fare;
3. ogni persona ha il diritto di esercitare il controllo sulla propria vita;

⁹ E. Roberts soffriva di poliomielite. Da adolescente trascorse il primo anno di malattia in ospedale ed in seguito alla dimissione gli venne prescritto l'utilizzo di un polmone di acciaio: un macchinario utilizzato per la ventilazione artificiale, percussore dei moderni ventilatori meccanici. A causa della malattia venne considerato impossibilitato a seguire i corsi dell'università di Berkley in California. Roberts lotto per vedere affermato il proprio diritto alla formazione superiore e venne alloggiato nell'infermeria del campus, non essendo possibile ospitare altrove il polmone d'acciaio che gli permetteva di vivere (Medeghini & Valtellina, 2006).

4. ogni persona con disabilità ha il diritto di partecipare pienamente in tutte le aree, economiche, politiche e culturali, al fianco delle altre persone che appartengono alla medesima comunità.

Il movimento mira ad affermare la centralità della persona e il suo diritto all'autodeterminazione, nella direzione dell'*empowerment* ossia la presa in carico da parte del soggetto di ciò che lo riguarda: in modo tale che gli venga riconosciuto dagli altri e da sé stesso il potere di fare (Medeghini & Valtellina, 2006; Pavone, 2014).

Il movimento si oppone agli Istituti, anche a quelli considerati più moderni.

Le strutture presenti rappresentano una risposta da parte dello Stato o di Organizzazioni caritatevoli, ma sono sorte sulla base di una visione assistenziale e medica.

L'alternativa all'ingresso nei Servizi è rappresentata dal vivere in famiglia, che quando possibile, comporta però l'annullamento di un altro membro della famiglia che deve occuparsi della persona.

I servizi proposti, siano essi territoriali, residenziali o domiciliari, impongono alla persona orari e programmi imposti dall'esterno, sulla base di esigenze funzionali più che sulle esigenze personali (Fischetti, 1996).

L'ausilio principale di cui necessitano le persone è *l'assistenza personale*, non da confondersi con l'assistenza domiciliare. L'assistenza personale si basa sui principi della Vita Indipendente per garantire la massima libertà di scelta per permettere alla persona di scegliere da chi, come e quando farsi aiutare (Fischetti, 1996).

4.2.3 La progettazione e l'agire educativo

L'agire educativo è strettamente legato al concetto di sussidiarietà, poiché “[...] mira a generare e valorizzare il massimo possibile di autonomia e libertà nella persona “educabile” dal momento che [...] il vero scopo di un educatore è “rendersi inutile” una volta che le persone a lui affidate avranno conquistato la propria autonomia” (Porcarelli, 2016, p.136).

L'intervento educativo non è un'azione svolta *per* la persona ma *con* la persona, al fine di produrre un cambiamento. Questa finalità pone la differenza fondamentale tra l'educare e l'assistere.

È necessario predisporre dei progetti, delle opportunità e dei programmi che siano: *appropriati* all'età cronologica della persona per contrapporsi allo stereotipo dell'eterno bambino, *rilevanti* rispetto ai bisogni e alle aspettative della persona, *funzionali* e

normalizzanti. Inoltre, bisogna tenere in considerazione sia la dimensione abilitativa della persona, sia soprattutto la sfera della sua soddisfazione personale (Zorzi, 2016b).

Marchisio (2020) parla di *coprogettazione capacitante*, una metodologia che “mira a costruire un percorso di vita autentico nel mondo di tutti” (Marchisio, 2020, p.99).

Si parla di coprogettazione in quanto la persona stessa viene messa nelle condizioni per poter prendere decisioni riguardo alla propria vita. Tale progettazione diviene capacitante nel momento in cui il progetto prevede di costruire delle opportunità concrete per poter immaginare e realizzare il proprio percorso di vita.

La coprogettazione capacitante nasce dalla ricerca di una metodologia che tenga in considerazione gli operatori, la persona titolare del progetto di vita e i suoi familiari per “individuare obiettivi, strategie e azioni per sostenere il soggetto con disabilità nel dipanarsi di ciascuna delle aree del suo disegno esistenziale nel mondo di tutti e sulla base di uguaglianza di diritti con gli altri cittadini” (Marchisio, 2020, p.31).

I servizi attuali sono nati e si sono strutturati sulla base del paradigma assistenziale e per tale ragione non è possibile a oggi immaginare di introdurre una metodologia come la coprogettazione capacitante che deriva invece dal paradigma dei diritti, mantenendo l'organizzazione e la struttura dei servizi basata sull'assistenzialismo (Marchisio, 2020).

In un'ottica inclusiva emerge la necessità di porre l'attenzione della progettazione, non più soltanto sulla persona ma anche sulla rete delle sue relazioni.

Nuzzo (2013) infatti ritiene necessario spostare l'attenzione dalla cura della persona per allargarla alla cura del territorio, per promuovere senso di appartenenza e coesione sociale. I servizi devono promuovere due dimensioni: il servizio come luogo sociale, aperto alle relazioni esterne ed il soggetto come attore sociale, che vive la comunità e le sue occasioni e opportunità di incontro.

4.3 Integrazione ed inclusione

Come precedentemente esposto, parlare di inclusione comporta lo spostamento dell'attenzione dal deficit della persona al suo contesto. Affinché ci sia inclusione l'ambiente, i servizi, le relazioni ed i sostegni devono favorire la partecipazione sociale, l'espressione di sé e l'autodeterminazione della persona (Schianchi, 2021).

Spesso però i percorsi esistenziali delle persone con disabilità risultano definiti da altri e confinati entro spazi limitati: “per il lavoro c'è quel servizio, per l'abitare quell'altro servizio” (Marchisio, 2020, p.125).

Le persone con disabilità trascorrono la propria vita a contatto con luoghi specifici e a loro dedicati, come ad esempio i Centri diurni, i Centri di formazione e di inserimento lavorativo, i Centri residenziali ed i luoghi di riabilitazione. Tali luoghi non possono essere utilizzati, frequentati o fruiti da altre persone: divenendo così degli spazi isolati ed autoreferenziali (Marchisio, 2020; Medeghini, 2013).

I luoghi sociali per poter essere definiti tali devono poter essere utilizzati, scelti, attraversati e vissuti da chiunque, mentre “i luoghi della disabilità risultano invece chiusi nella definizione della loro utenza” (Medeghini & Valtellina, 2006, p.64).

I servizi vengono creati sulla base delle persone destinate ad accogliere, portando così ad uno specialismo dei luoghi e contribuendo ad aumentare l'isolamento della persona all'interno della propria patologia (Medeghini & Valtellina, 2006).

Si tratta di luoghi atemporali, isolati e con un'impostazione prettamente assistenzialistica (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Nonostante le nuove leggi ed il paradigma dei diritti, l'inclusione sembra essere ancora lontana ma al contrario persistono dinamiche di esclusione, che colpiscono soprattutto le persone in situazioni di maggiore complessità e i loro familiari (Pavone, 2014; Schianchi, 2021).

4.3.1 La scuola

Giacconi (2020) mette in evidenza come il percorso scolastico dei bambini con disabilità, a livello normativo e culturale, abbia attraversato tre fasi: inserimento, integrazione ed inclusione.

Durante gli anni Sessanta l'obiettivo era volto alla deistituzionalizzazione. Negli anni Settanta e Ottanta ha preso avvio la sperimentazione delle diverse forme di inserimento. Infine, gli anni Novanta si sono concentrati sul definire e consolidare il processo di

integrazione per concentrarsi poi sul tema dell'inclusione (Medeghini & Valtellina, 2006).

Fino agli anni '50 ai bambini diversi, con deficit fisici, psichici o sensoriali non era permessa la frequentazione della scuola comune e la loro educazione veniva affidata ad Istituti appositi e Scuole Speciali.

Con gli anni Settanta si videro i primi cambiamenti e prese avvio la fase dell'inserimento. Lo scenario attorno alla disabilità stava cambiando, infatti in quegli anni era in corso la lotta contro le Istituzioni Totali e nel 1971 era stata promulgata la Legge n.118, che comportò un aumento del coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia (Schianchi, 2012/2022).

I bambini iscritti alle classi speciali nel 1961 erano 24 mila, nel 1970 arrivarono a 66 mila. Le classi differenziali che nel 1961 erano 795, nel 1970 arrivano a 6650. In questi anni si vide un aumento anche degli Istituti che nel 1970 accoglievano circa 400.000 bambini (Medeghini & Valtellina, 2006).

Con la Legge n.118 del 1971 all'articolo 28, *Provvedimenti per la frequenza scolastica*, si prevedeva a livello normativo la frequenza scolastica nelle scuole pubbliche per gli alunni con disabilità lievi e facilitazioni per l'accesso alle scuole medie superiori e universitarie (Giaconi, 2020; Medeghini & Valtellina, 2006).

La legge affermava "l'istituzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica" precisando però "salvo i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o di menomazione fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali".

Gli alunni con disabilità gravi rimanevano dunque esclusi dalla scuola comune (Schianchi, 2012/2022).

La successiva fase dell'integrazione avvenne con la Legge n.517 del 1977.

La Legge n.517 introdusse le persone con disabilità nella scuola di tutti abolendo o contribuendo ad abolire le strutture speciali precedentemente aperte (Dal Toso & Gecchele, 2019).

La legge comportò la creazione di progetti personalizzati, una didattica flessibile e l'introduzione della figura dell'insegnante di sostegno, come affermato all'articolo 2: "devono essere assicurati la necessaria integrazione specialistica, il servizio socio-psicopedagogico e forme particolari di sostegno".

Non basta che i bambini siano resi parte della classe, essi devono essere posti nelle condizioni tali da permettergli una partecipazione attiva nei contesti educativi e didattici.

In questo modo è possibile parlare di inclusione e non più di semplice integrazione (Giacconi, 2020).

Medeghini e Valtellina (2006) evidenziano come il parlare di inclusione comporti il porsi all'interno di un nuovo paradigma e perseguire la partecipazione attiva di tutti gli alunni: ognuno con le proprie singolarità e differenze, a scuola così come nella comunità sociale, culturale e politica di cui fanno parte.

A favore di un'educazione inclusiva, si ricordano la Legge n.104 del 1992 e la Dichiarazione di Salamanca.

La Legge n.104 comportò degli importanti cambiamenti normativi volti a garantire una miglior qualità dell'integrazione.

Tale legge prevedeva per la prima volta l'inserimento dei bambini con disabilità all'interno degli asili nido, sollecitando gli enti ad adeguarne gli spazi e gli insegnanti. Veniva garantito il diritto alla frequenza e allo studio per tutti gli ordini scolastici, fino a quello universitario.

La Dichiarazione di Salamanca del 1994 stabilì il diritto all'educazione in favore di tutti i bambini, nel rispetto di ogni differenza e diversità (Serra, 2020). La Dichiarazione esortava tutti i governi al miglioramento dei propri sistemi educativi affinché tutti i bambini fossero accolti nelle scuole di tutti, secondo delle logiche di inclusione e non di esclusione secondo dei criteri di normalità (Schianchi, 2021).

Si afferma l'educazione come diritto fondamentale di ogni bambino, che possiede le proprie caratteristiche, predisposizioni ed interessi. Ogni bambino ha le proprie necessità di apprendimento in base alle quali i sistemi educativi dovrebbero essere programmati, in modo tale da tenere conto della grande diversità di caratteristiche e bisogni.

Le scuole che assumono tale orientamento “costituiscono il modo più efficace per combattere i comportamenti discriminatori, creando delle comunità accoglienti, costruendo una società di integrazione e raggiungendo l'obiettivo di un'educazione per tutti” accrescendo così “il profitto e, in fin dei conti, il rendimento complessivo del sistema educativo” (UNESCO, 1994).

Nel 2000 venne presentato l'INDEX per l'Inclusione (*Index for Inclusion: developing Learning and participation in schools*): risorsa e punto di riferimento in ambito internazionale per quanto concerne lo sviluppo della progettazione inclusiva nelle scuole. Si tratta di uno strumento volto a definire il grado di inclusività di una scuola, tramite la raccolta di indicatori di qualità riguardanti appunto l'inclusione scolastica.

Tale strumento permette di individuare i possibili ostacoli alla partecipazione e all'apprendimento di tutti gli alunni, oltre che le risorse necessarie per farvi fronte (Serra, 2020).

Tra i suoi principi l'Index propone di passare dalla classificazione basata sui Bisogni Educativi Speciali, che comporta una visione della disabilità come problema riguardante il singolo individuo, per passare ad una classificazione centrata sugli ostacoli all'apprendimento e alla partecipazione. Non è l'individuo ad essere disabile, ma la situazione. Gli ostacoli all'apprendimento, infatti, possono “dipendere dal contesto educativo o sorgere dall'interazione degli alunni con l'ambiente, ossia con le persone, le regole, le istituzioni, le culture e le caratteristiche socioeconomiche che influenzano le loro vite” (Ainscow & Booth, 2002/2008, p.20).

Il sostegno didattico è rappresentato dunque da ogni attività in grado di accrescere la capacità da parte della scuola di rispondere alla diversità di ogni alunno. Ainscow e Booth (2008) evidenziano come ogni alunno debba essere seguito nel proprio percorso di apprendimento, tenendo conto delle sue caratteristiche: “per alcuni alunni ciò può richiedere l'intervento di personale aggiuntivo, ma ciò non deve far dimenticare che tutti gli alunni hanno bisogno di forme differenziate di sostegno nel loro percorso educativo” (p. 23).

J. Hollenweger (2003) afferma:

“Oggi non si parla più di bisogni pedagogici particolari, ma di educazione inclusiva, di educazione per tutti. Il concetto di educazione inclusiva serve da ponte fra i *bisogni educativi speciali* e i *disability studies*. La base per la reciproca comprensione risiede nel principio etico secondo il quale ciascuno ha il diritto di partecipare alla vita pubblica senza dover dimostrare di esserne capace” (citato da Medeghini & Valtellina, 2006, p.36).

Medeghini e Valtellina (2006) evidenziano come la prospettiva inclusiva non neghi l'importanza di un'azione volta all'integrazione e nemmeno che tale azione sia terminata. Agire in maniera inclusiva comporta l'avere sempre come orizzonte di riferimento il tema dei diritti e della cittadinanza.

Un'indagine ISTAT del 2021 mette in luce come le politiche inclusive abbiano portato ad un aumento della partecipazione scolastica: nell'anno scolastico 2019/2020 gli studenti con disabilità risultavano circa 300.000, con oltre 13.000 studenti in più rispetto all'anno precedente. I giovani sono seguiti da circa 176.000 insegnanti di sostegno con

un rapporto 1,7. Si evidenzia però che il 37% degli insegnanti non possiede una formazione specifica.

Un ulteriore aspetto critico riguarda la presenza di barriere architettoniche in quanto soltanto una scuola su tre risulta accessibile per gli alunni con disabilità motoria. Le scuole più accessibili si trovano nel Nord del Paese (36% di scuole a norma), in particolare in Valle d'Aosta dove il 63% delle scuole risulta accessibile. I livelli più bassi si registrano nel Mezzogiorno (27%), in particolare in Campania in cui le scuole con assenza di barriere fisiche sono soltanto il 21%. Gli alunni con disabilità sensoriali sono quelli che riscontrano maggiori difficoltà, infatti, soltanto il 2% delle scuole che dispone di tutti gli ausili senso-percettivi per l'orientamento al suo interno e solo il 18% dispone di almeno un ausilio.

4.3.2 I Servizi sociosanitari per persone adulte con disabilità

Un tema importante attorno alla questione della disabilità è quello relativo alla transizione alla vita adulta ed i Servizi che di conseguenza vengono proposti.

Dal dopo guerra in poi c'è stato un importante sviluppo delle strutture di cura e dei servizi sociosanitari (Serra, 2020)

Negli anni Ottanta è emerso dalle famiglie il concetto di *dopo di noi*, che gravitava attorno alla domanda “dopo di noi, chi se ne occuperà?”.

In quelli anni, si era iniziato a parlare di inclusione scolastica e stavano prendendo forma i Servizi residenziali ed i Centri Diurni. La famiglia rappresentava per la persona con disabilità un sostegno quotidiano e la principale fonte di relazioni sociali.

Dal *dopo di noi* si è sviluppato l'attuale modello assistenziale basato sull'esigenza di trovare un soggetto che si occupi della persona con disabilità nel momento in cui i genitori vengano a mancare. La spinta operante di tali servizi non nasceva dunque da un bisogno evolutivo della persona ma da un venire meno delle persone che se ne prendevano cura. Sulla base di tale modello, infatti, non ci si aspetta che la persona possa rivestire un ruolo sociale attivo ma semplicemente che qualcun altro si prenda cura di lui.

“Il dopo di noi immagina sostanzialmente di cambiare il genitore con un altro soggetto, con un luogo adeguato, un gruppo di operatori, magari bravissimi, ma non consente di immaginare il cambiamento della posizione asimmetrica di figlio che la persona ricopre” (Marchisio, 2020, p.20) infatti per una persona senza disabilità, “la vita adulta non assume un nome differente a seconda della presenza o meno dei genitori” (Marchisio, 2020, p.18).

Sulla base del paradigma assistenziale si sono sviluppati i Servizi attuali che risultano però inadeguati per l'attuale paradigma dei diritti.

Le politiche sociosanitarie risultano tutt'ora fortemente strutturate sulla base di una logica assistenziali: tramite agevolazioni e sostegni economici.

Si corre così il rischio di seguire una modalità divenuta ormai meccanica “qualunque sia la richiesta in termini esistenziali della persona, il primo movimento è quello di indirizzarla allo specifico contesto protetto nel quale le verranno insegnate le abilità necessarie” (Marchisio, 2020, p.117).

L'ONU (2016) all'articolo 19 della Dichiarazione afferma: “le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione”.

La persona dovrebbe essere posta nelle condizioni per poter essere agente casuale della propria vita tramite la libera scelta e la partecipazione attiva.

Le persone con disabilità si ritrovano però spesso a dover seguire dei tracciati precedentemente definiti da altri all'interno di Servizi che rischiano di essere luoghi senza tempo e senza storia (Dal Toso e Gecchele, 2019).

I Servizi presenti

La Legge quadro per la *Realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali* n.328 del 2000 prevedeva che la tutela della salute dovesse andare oltre una dimensione prettamente curativa, per estendersi anche all'area della prevenzione, della riabilitazione, dell'abilitazione e dell'integrazione.

Si afferma che “la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e Servizi sociali” promuovendo “interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare”.

Nel 2001 vengono definiti per la prima volta i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in cui vengono elencate le prestazioni garantite dal Sistema Sanitario Nazionale.

Il DPCM del 23 aprile 2008 all'articolo 27, riguardante l'assistenza sociosanitaria delle persone con disabilità, garantisce una serie di prestazioni, partendo da una “presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato”.

Nel corso degli ultimi anni si è vista una riduzione del numero di persone con disabilità accolte in Istituti a favore invece di servizi semiresidenziali come i Centri Diurni, in grado di consentire la permanenza in famiglia.

I Servizi residenziali hanno invece modificato la propria conformazione passando dai grandi Istituti alle case-famiglia, agli appartamenti protetti e alle piccole comunità (Dal Toso & Gecchele, 2019).

I Servizi residenziali più diffusi sono la Comunità Alloggio (CA) e la Residenza Sanitaria Assistita (RSA).

La Comunità Alloggio ospita persone adulte con disabilità prive di un nucleo familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare risulta impossibile, in maniera temporanea o meno. La RSA offre un Servizio residenziale a persone con limitazioni fisiche e/o cognitive importanti che comportano bisogni assistenziali e sanitari elevati.

Tra i Servizi Semiresidenziali il più diffuso risulta essere il Centro Diurno che accoglie le persone durante la giornata (Dal Toso & Gecchele, 2019).

Criticità e spunti di riflessione

Nei Servizi l'attenzione viene posta prima di tutto sulla dimensione assistenziale, mettendo in secondo piano quella educativa. Spesso “prevalgono obiettivi di mantenimento a scapito di intenti educativi e riabilitativi volti a migliorare, seppur minimamente, il funzionamento psico-motorio, intellettuale e relazione degli ospiti” (Dal Toso & Gecchele, 2019, p.236)

Zorzi (2016a) evidenzia come gli interventi ed i servizi previsti per le persone con disabilità adulta presentino un vuoto progettuale e operativo. I servizi offrono infatti delle risposte appropriate al benessere personale della persona ma presentano criticità nelle aree riguardanti lo sviluppo personale, la partecipazione sociale e l'accesso ai ruoli tipici della vita adulta.

La promozione dell'autodeterminazione risulta essere un aspetto critico: i servizi, legati al paradigma assistenzialistico e ai principi che esso comporta, sono impreparati a fornire delle soluzioni adeguate (Zorzi, 2016a).

Dal Toso e Gecchele (2019) evidenziano tra gli aspetti di criticità dei servizi il fatto che le persone spesso vengano viste maggiormente come *oggetti* che necessitano di cure ed assistenza, più che come *soggetti*, attori della propria vita. L'assistenzialismo corre il rischio, inoltre, di accelerare il decadimento personale, su un piano generale quanto intellettuale (Pavone, 2014).

Le persone si ritrovano a vivere all'interno dei Servizi con poche possibilità di uscire all'esterno: si allenano le persone a stare dentro, smarrendo ben presto la dimensione umanizzante della vita residenziale, a favore di paradigmi di natura protettiva e tutelare (Franchini, 2007).

Le persone inoltre vivono quasi isolate all'interno dei Servizi: mancando delle vere forme di inclusione all'interno della comunità e del quartiere in cui si trovano. I servizi residenziali presentano tutt'oggi caratteristiche istituzionalizzanti e segreganti (Zorzi, 2016a), che ostacolano la creazione di relazioni significative con i luoghi della normalità (Pavone, 2014).

I bisogni delle persone vengono regolati dall'esterno: secondo i ritmi, le necessità ed i tempi della struttura (Dal Toso & Gecchele, 2019) ed i Servizi corrono il rischio di chiudersi all'interno di una ciclicità monotona e rituale (Franchini, 2007).

Tra i fattori ambientali positivi che dovrebbero essere promossi si trovano: opportunità di scelta e autonomia, varietà di stimoli ambientali e proposte, una struttura di piccole dimensioni, supporto sociale, presenza di volontari, ausili tecnologici e attitudini positive degli operatori (Zorzi, 2016b).

Zorzi (2016b) evidenzia come il Centro Diurno comporti un allontanamento dalle dimensioni tipiche del vivere quotidiano: aumentando così la difficoltà nell'accesso ai ruoli sociali e ai processi di indipendenza.

Per tale ragione i Centri Diurni dovrebbero favorire lo sviluppo di processi esistenziali nelle aree tipiche della vita quotidiana tramite attività di ambito domestico, sociali, per l'occupazione, di apprendimento e di vita quotidiana. Il fornire opportunità tipiche del vivere quotidiano, attraverso un approccio abilitante permette di "incrementare le probabilità che le proposte semiresidenziali assumano, oltre alle dimensioni assistenziali e protettive, validità anche sul piano esistenziale" (Zorzi, 2016b, p.131). I centri diurni dovrebbero proporsi come opportunità di aggregazione, incontro e cultura: favorendo il senso di appartenenza alla comunità, agendo come modificatori dell'ambiente (Nuzzo, 2013).

Per quanto riguarda i servizi residenziali le soluzioni abitative considerate attualmente più efficienti sono i piccoli appartamenti ed i *cluster centre* (villaggi) (Zorzi, 2016b).

Risulta dunque necessaria un'evoluzione dei Servizi, per abbandonare l'impostazione assistenzialistica e custodialistica.

Come ricorda Marchisio (2020): “il sistema dei servizi, così come ogni singola metodologia, è uno strumento e come tale periodicamente va innovato” (p.154), i servizi infatti “dovrebbero essere ripensati come strumenti essenziali per massimizzare lo sviluppo, l’inclusione e favorire la partecipazione attiva dell’individuo alle attività fondamentali della vita personale e sociale” (Zorzi, 2016b, p.137).

4.3.3 L’ambito lavorativo

Come detto in precedenza risulta importante promuovere l’assunzione da parte della persona con disabilità di ruoli sociali, tra i quali c’è il ruolo professionale: il quale rappresenta un fattore fondamentale per l’affrancamento e l’inclusione sociale (Pavone, 2014).

Il 1968 è la data di inizio delle politiche riguardati le fasce deboli del mercato del lavoro (Donatello & Michielin, 2003). In quell’anno venne promulgata la Legge 482 *Discipline generali delle assunzioni obbligatorie* conosciuta anche come *Legge sul collocamento obbligatorio degli invalidi*. Tale legge prevedeva che le aziende private (e gli enti pubblici) con più di 34 dipendenti fossero obbligate ad assumere il 15% di lavoratori che appartengono alle seguenti categorie: invalidi del lavoro, invalidi civili, ciechi, sordomuti, orfani e vedove di guerra.

La Legge n.482 ha permesso di veder affermato il diritto al lavoro, abbattendo barriere culturali ed economiche, ma non è riuscita a far fronte ad alcuni limiti.

La Legge imponeva alle aziende un obbligo importante ma le sanzioni in caso di inadempienza erano molto lievi ed inefficaci. Le aziende inoltre non ricevevano alcun compenso o beneficio. Il numero di persone con disabilità assunte rimase per tale motivo minimo (Donatello & Michielin, 2003).

Dopo circa 30 anni, la Legge 482/68 venne sostituita nel 1999 dalla Legge n.68 riguardante *Norme per il diritto al lavoro dei disabili*.

Possono usufruire di tale legge le persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Il numero di persone con disabilità che le aziende sono tenute ad assumere viene abbassato: 1 persona nelle aziende da 15 a 35 dipendenti disabile, 2 persone in quelle da 36 a 50 dipendenti, mentre in aziende con oltre 50 dipendenti il 7% dei posti di lavoro dev’essere riservato a persone con disabilità.

Venne introdotto il collocamento mirato, inteso come: "quella serie di strumenti tecnici che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità

lavorative e di inserirle nel posto adatto" (art.2), in opposizione al precedente collocamento obbligatorio (Istat, 2021).

Furono previsti convenzioni ed incentivi per le aziende. Il datore di lavoro può stipulare delle convenzioni con gli enti pubblici come: "la facoltà della scelta nominativa, lo svolgimento di tirocini con finalità formative o di orientamento, l'assunzione con contratto di lavoro a termine, lo svolgimento di periodi di prova più ampi di quelli previsti dal contratto collettivo" (art.11).

Sono inoltre previsti degli incentivi, sotto forma di abbattimento parziale o totale degli oneri contributivi, nel caso di assunzione di disabili gravi (a partire dall'80% di invalidità). Infine, vennero previste sanzioni economiche importanti in caso di inadempimento della legge.

Tra i successivi interventi legislativi si ricorda il Decreto Legislativo n.151 del 2015 che ha previsto una semplificazione delle procedure esistenti a favore dell'inclusione socio-lavorativa ed un rafforzamento del sistema di collocamento mirato.

Nel 2022 con il Decreto n.43 sono state adottate dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali le *Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità* con l'obiettivo di fornire un quadro di riferimento. Tali Linee guida mirano a favorire, a livello nazionale, la presenza e fruibilità dei servizi, delle risorse e degli strumenti, a favore delle persone con disabilità, sulla base dei principi delle pari opportunità e della non discriminazione. Si mira a ridurre i divari territoriali, favorendo una condivisione delle pratiche valide e promuovendo il monitoraggio e il miglioramento continuo.

Nonostante la legislazione presente, nel mercato del lavoro le persone con disabilità si trovano tutt'ora in una condizione di svantaggio. Da un'indagine del ISTAT (2021) riferita all'anno 2019, prendendo in considerazione le persone tra i 15 e i 64 anni, soltanto il 32,2% di coloro che soffrono di limitazioni gravi sono occupate, contro il 59,8% delle persone senza limitazioni. Emerge inoltre un maggior disagio economico delle famiglie con persone con disabilità: il 28,7% di esse si trova in condizioni di deprivazione materiale, con una media nazionale al 18%.

Conclusioni

L'elaborato ha voluto mettere in evidenza come il concetto di disabilità si sia modificato nel corso del tempo, in relazione al contesto e alla società.

Come visto la disabilità non è un concetto astorico, sempre uguale nel tempo e nello spazio: la sua concezione dipende infatti da quanto le divergenze sensoriali, fisiche e comportamentali vengano ritenute problematiche nel contesto socio-culturale in cui si presentano.

Nelle diverse epoche storiche nei confronti della disabilità, si sono susseguiti una molteplicità di atteggiamenti: dalla violenza fisica, al rifiuto, all'assistenzialismo caritatevole, alla curiosità scientifica, all'accoglienza fino alla responsabilizzazione. Per tale ragione ad oggi coesistono atteggiamenti e comportamenti di individui ed intere comunità, diversificati, ambigui e contraddittori (Pavone, 2014).

Lungo il corso della storia in riferimento alla disabilità sono stati individuati cinque tipi di regime (Schianchi, 2021). Il *regime dell'eliminazione* prevedeva l'uccisione della persona considerata diversa. Si tratta di una pratica utilizzata come visto nel mondo-greco romano o durante il nazismo. Il *regime dell'abbandono* per il quale il bambino con menomazioni o deformità veniva portato fuori dalla città, in boschi o in grotte, affidando il suo destino al volere delle divinità. Negli anni successivi il bambino non veniva più abbandonato nei boschi ma lasciato sulla porta dei brefotrofi o degli ospedali. Il *regime della segregazione* in base al quale il diverso doveva essere isolato dal resto della società, all'interno di strutture apposite. Il *regime dell'assistenza* in cui la presa in carico della persona con disabilità viene centrata principalmente sulla cura e sull'assistenza, portando ad una diminuzione della sua autonomia ed autodeterminazione. Infine, il *regime della discriminazione* che comporta una mancanza di pari opportunità, violando così i diritti umani, nonostante le leggi e le politiche sociali in atto.

Il peso del passato continua a gravare sul modo in cui oggi consideriamo la disabilità. L'idea di disabilità nel corso della storia è sempre stata associata ad una condizione di inferiorità e anormalità. Le terminologie stesse adottate nei suoi confronti hanno sempre avuto una matrice negativa. Risulta dunque difficile eliminare questa percezione fortemente radicata che contribuisce al perpetuarsi di stereotipi e convinzioni negative che fanno sì che nel nostro agire venga attuato un inconsapevole automatismo.

La persona con disabilità fatica in tal modo a trovare uno spazio all'interno dell'immaginario collettivo, continuando ad essere esclusa e relegata entro spazi dedicati con poche occasioni di partecipazione ed inclusione sociale.

Ad oggi si sta cercando di abbandonare il paradigma assistenzialistico in favore del paradigma dei diritti ma esso non risulta ancora consolidato nella quotidianità.

Si parla di inclusione ma essa non è ancora stata raggiunta nelle pratiche di ogni giorno. Nonostante la prassi normativa si sia evoluta, prendendo in considerazione aspetti di grande rilievo come l'adulità, l'autodeterminazione ed il diritto a vivere una vita indipendente, i Servizi risultano spesso impreparati nel supportare tali principi.

La Struttura dei servizi come visto, risulta difficile da cambiare ed in essi permane un forte assistenzialismo che contribuisce al mantenimento di dinamiche barrieranti: sia per quanto riguarda la strutturazione dell'ambiente sia per le dinamiche personali ed interpersonali.

I Servizi residenziali risultano infatti chiusi all'esterno, fornendo scarse opportunità di interazione con la comunità circostante. La giornata al loro interno segue tendenzialmente dei ritmi serrati e definiti dalle esigenze dell'organizzazione, più che dalle esigenze personali.

Le pratiche assistenzialistiche portano al sostituirsi alla persona, anche quando essa potrebbe essere in grado di svolgere le azioni in autonomia, con adeguati sostegni e tempistiche.

La persona con disabilità corre il rischio, tanto più le sue condizioni sanitarie sono compromesse, di venire vista maggiormente come un oggetto di cura anziché un soggetto, portatore di diritti ed agente casuale della propria vita.

Ogni professionista nel suo agire dovrebbe opporsi a tale pratica: nel rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione della persona.

Risulta necessario operare per abbattere le barriere ideologiche e strutturali: per aprire i Servizi all'esterno e permettere la partecipazione delle persone con disabilità nella società.

Il paradigma dei diritti è un concetto articolato, che coinvolge diverse dimensioni: partendo da quella identitaria dei professionisti che operano nei servizi, a quella organizzativa, metodologica e delle politiche sociali. Marchisio (2020) evidenzia come siano necessari gli sforzi ed le energie di tutti: la persona con disabilità e i suoi familiari, gli operatori, gli studenti, gli attivisti ed i semplici cittadini "possono farsi portatori del nuovo modello attraverso importanti progettualità e movimenti di rinnovamento, ma

anche mediante la miriade di gesti, linguaggi e scelte che quotidianamente definiscono spazi sempre più ampi di consapevolezza e, quindi, di azione rispetto alla trasformazione in atto” (p.159).

Passi avanti sono stati fatti ma sono ancora da fare, per poter parlare di un'inclusione reale, nella società di tutti. È necessario agire per il cambiamento e non lasciarsi abbattere da modi di fare consolidati.

Bibliografia

Ainscow, M. & Booth T. (2002) *Index for Inclusion: developing learning and participation in schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE) (trad. it Index per l'inclusione, Erikson, Trento, 2008).

Aristotele (1983). *Opere: Vol.9. Politica, Trattato sull'economia*. Bari: Laterza.

Antonini, G., Ferrari, G. C. & Tamburini, A. (1918). *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*. Torino: Unione Tipografico-Editrice torinese (UTET).

Basaglia, F. (1981). *Scritti 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia (Vol.1)*. Einaudi: Torino.

Bianchini, P. (2018). L'alleanza tra psichiatria e pedagogia in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento. Il caso dell'Istituto Marro di Torino. In C. Sindoni (A cura di), *Itaca. In viaggio tra Storia, Scuola ed Educazione* (pp.25-36). Lecce: Pensa MultiMedia.

Calvino, I. (1956). *Fiabe italiane raccolte dalla tradizione popolare durante gli ultimi cento anni e trascritte in lingua dai vari dialetti*. Einaudi: Torino.

Cannao, M. & Moretti, A. (2009). *Disabilità: sei facce del problema*. FrancoAngeli: Milano.

Canevaro, A. (2017). *Il ragazzo selvaggio: handicap, identità, educazione*. Bologna: Centro editoriale dehoniano.

Canevaro A. & Gaudreau, J. (2002). *L'educazione degli handicappati. Dai Primi tentavi alla pedagogia moderna*. Roma: Carrocci.

Carraro, S. (2017). «Non ha utilità alcuna». Essere disabile nel Medioevo. *Archivio Storico Italiano*, 175 (1 (651)), 3-36.

Cipriano, P. (2021). *La fabbrica della cura mentale*. Milano: Elèuthera.

Collacchioni, L. (2016). *Memoria e disabilità. Tra storia, memoria, diritti e strumenti per educare all'inclusione*. Milano: FrancoAngeli.

Condillac, E. (1754) *Traité des Sensations*. Paris (trad. it. Trattato delle sensazioni, Bari, Laterza, 1970).

Cottini L. (2016). *L'autodeterminazione nelle persone con disabilità. Percorsi educativi per svilupparla*. Trento: Erikson.

Curry, A. (2021). Ancient Greeks didn't kill 'weak' babies, new study argues: Stories of Sparta aside, analysis questions idea that infirm infants were abandoned to die. *Science*. doi: 10.1126/science.acz9818

Dal Toso, P. & Gecchele, M. (2019). *Educare alla diversità: una prospettiva storica*. Pisa: Edizioni ETS.

D'Autilia, S. (2020). *Dopo la 108: critica della ragione psichiatrica*. Mimesi: Milano.

Debè, A. (2016). Tra disabilità ed eroismo: il soldato mutilato. *Nuova Secondaria*, 5, 47-50.

Debè, A. (2017). Educare gli anormali nella Milano di inizio Novecento. *Rivista Formazione, Lavoro, Persona*, 20, 149-157.

Debè, A. (2020). Orfani dello Stato: le istituzioni assistenziali e rieducative per sordomuti, ciechi e tardomentali nell'Italia liberale. In A. Ascenzi & R. Sani (A cura di), *Inclusione e promozione sociale nel sistema formativo italiano dall'Unità ad oggi* (pp.212-218). Milano: FrancoAngeli.

Donà, C. (2015). Variabili difformità: polisemia della difformità e del nanismo nella cultura del Medioevo, dall'Arazzo di Bayeux al romanzo cortese. In G.M. Varanini (A cura di), *Deformità fisica e identità della persona tra Medioevo ed Età Moderna* (pp.313-342). Firenze: Firenze University Press.

Donatello, M. & Michielin, P. (2003). *Lavoro e oltre: inserimento lavorativo e sociale delle persone con disabilità*. Milano: McGraw-Hill.

Draycott, J. (2015). Reconstructing the lived experience of disability in antiquity: A case study from roman egypt. *Greece & Rome*, 62 (2), 189-205. doi: 10.1017/S0017383515000066

Errani, A. (2000). Le immagini degli handicappati nella storia: Permanenze e cambiamenti. In A. Canevaro & A. Goussot (A cura di), *La difficile storia degli handicappati* (pp.189-236). Roma: Carrocci.

Fedeli, D. (2016). Metodologie per la programmazione degli interventi orientati alla Qualità della vita. In L. Cottini, D. Fedeli S. Zorzi (A cura di), *Qualità di vita nella disabilità adulta. Percorsi, servizi e strumenti psicoeducativi* (pp.13-38). Trento: Erickson.

Fioranelli, M. (2011). *Il decimo cerchio. Appunti per una storia della disabilità*. Roma: Laterza.

Foucault, M. (1961) *Folie et deraison: histoire de la folie à l'age classique*. Parigi: Librairie Plon (trad. it. Storia della follia, Rizzoli, Milano, 1963).

Franchini, R. (2007). *Disabilità, cura educativa e progetto di vita: tra pedagogia e didattica speciale*. Trento: Erickson.

Friedlander, H. (1995). *The origins of nazi genocide*. Chapel Hill: University of Carolina Press (trad. it. Le origini del genocidio nazista, Editori Riuniti, Milano, 1999).

Gaino, A. (2017). *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*. Milano: Edizioni Gruppo Abele.

Galeazzi, R. (1906). *Le Case di lavoro per gli storpi, paralitici e mutilati*. Milano: Tipografia degli operai.

Gelati, M. (2004). *Pedagogia Speciale e integrazione: Dal pregiudizio agli interventi educativi*. Roma: Carocci.

Gentili, C. & Raimondo, R. (2020). Bambini e ragazzi negli ospedali psichiatrici tra Otto e Novecento: un'indagine tra le carte dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi di Bologna. *Rivista di Storia dell'Educazione* 7(2), 109-119. doi: 10.36253/rse-9752

- Gentilcore, D. & Fiume, G. (2000). Salute e malattia, medicina e guarigione nell'Europa moderna e contemporanea. *Quaderni storici*, 35 (105), 835-859. <https://www.jstor.org/stable/43779265>
- Geremek, B. (1968). La popolazione marginale tra il Medioevo e l'era moderna. *Studi Storici*, 3/4, 623-640.
- Geremek, B. (1988). *La pietà e la forza: Storia della miseria e della carità in Europa*. Bari: Laterza.
- Geremek, B. (1989). *Mendicanti e miserabili nell'Europa Moderna (1350-1600)*. Bari: Laterza.
- Giardina, A. (1989). *L'uomo romano*. Roma-Bari: Laterza.
- Giaconi, C. (2020). La difficile integrazione degli alunni con disabilità nella scuola italiana dagli anni settanta del Novecento ad oggi: una riflessione di pedagogia e didattica speciale. In A. Ascenzi & R. Sani (A cura di), *Inclusione e promozione sociale nel sistema formativo italiano dall'Unità ad oggi* (pp.261-268). Milano: FrancoAngeli.
- Goffman, E. (1961). *Asylum. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books (trad.it. *Asylum. Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino, 1968).
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey, U.S.A: Prentice Hall (trad.it. *Stigma: L'identità negata*, Laterza, Bari, 1970).
- Goussot, A. (2000). Storia e handicap: fonti, concetti e problematiche. In A. Canevaro & A. Goussot (A cura di), *La difficile storia degli handicappati* (pp.27-74). Roma: Carrocci.
- Griffo, G.M.A. (2009). La Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità e l'ICF. In Borgnolo (A cura di), *ICF e Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità: nuove prospettive per l'inclusione* (pp.13-24). Erikson: Trento
- Grmek, M. & Gourevitch, D. (1998). *Les maladies dans l'art antique*. Paris: Librairie Arthème Fayard (trad. it. *Le malattie nell'arte antica*, Giunti, Bologna, 2000).

Hitler, A. (1925). *Mein Kampf*. München: Eher Verlag. (trad. it. La mia battaglia, La Lucciola, Varese, 1991).

Itard, J. (1970). *Il fanciullo selvaggio dell'Aveyron*. Roma: Armando.

Le Goff, J. (2003). *Une hisotire du corps au Moyen Age*. Paris: Liana Levi (trad. it. Il corpo nel Medioevo, Laterza, Roma-Bari, 2005).

Lifton, R.J. (1986). *The Nazi Doctors*. New York: Basic Books (trad. it. *I medici nazisti*, 2nd ed., BUR, Milano, 2004).

Mannucci, A. (1999). Bambini selvaggi, bambini mostri: tra immaginario e realtà. In S. Olivieri (A cura di), *L'educazione e i marginali. Storie, teorie, luoghi e tipologie dell'emarginazione* (pp.147-161). Firenze: La Nuova Italia.

Marchisio, C.M. (2020). *Percorsi di vita e disabilità: strumenti di coprogettazione*. Roma: Carocci Faber.

Medeghini, R. & Valtellina, E. (2006). *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*. Milano: Franco Angeli.

Medeghini, R. (2013). Quale inclusione? Quali servizi nella prospettiva inclusiva? Una lettura attraverso «Disability Studies Italy». In W. Fornasa, R. Medeghini, A. Nuzzo e G. Vadalà (A cura di), *Inclusione sociale e disabilità. Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi* (pp. 27-50). Trento: Erickson.

Messina, P. (1988). Poveri e mendicanti nell'Europa moderna. *Studi Storici*, 1, pp. 231-243. <https://www.jstor.org/stable/20565814>

Milanesi, C. (1982). L'educazione totale. *Studi Storici*, 4, pp. 925-930. <https://www.jstor.org/stable/20565141>

Milone, P. (2021). *L'arte di legare le persone*. Torino: Einaudi.

Montesano, M. (2015). I mostri nel folklore. In G.M. Varanini (A cura di), *Deformità fisica e identità della persona tra Medioevo ed Età Moderna* (pp.291-311). Firenze: Firenze University Press.

Montessori, M. (2018). *La scoperta del bambino*. Milano: Il Corriere della Sera. (Originariamente pubblicato nel 1950).

Mollat, M. (1978). *Les pauvres au Moyen Age. Etude sociale*. Paris: Hachette (trad. it. I poveri nel Medioevo, Laterza, Roma-Bari, 1982).

Morandini, M.C. (2020). Dall'esclusione all'integrazione: i disabili nel sistema formativo italiano tra Otto e Novecento. In A. Ascenzi & R. Sani (A cura di), *Inclusione e promozione sociale nel sistema formativo italiano dall'Unità ad oggi* (pp.193-211). Milano: FrancoAngeli.

Moravia, S. (1972). *Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron. Pedagogia e psichiatria nei testi di J. Itard, P. H. Pinel e dell'Anonimo della Décade*. Bari: Laterza.

More, T. (1981). *Utopia*. Bari: Laterza.

Nuzzo, A. (2013). Idee per l'inclusione dalla cura della persona alla cura del territorio. In W. Fornasa, R. Medeghini, A. Nuzzo e G. Vadalà (A cura di), *Inclusione sociale e disabilità. Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi* (pp.73-84.). Trento: Erickson.

Omero (1963). *Illiade* (versione di R. Calzecchi Onesti). Torino: Einaudi.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization (trad. it. ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002).

Paolini, M. (2012). *Ausmerzen. Vite indegne di essere vissute*. Torino: Einaudi.

Pavone, M. (2014). *L'inclusione educativa: implicazioni pedagogiche per la disabilità*. Milano: Mondadori.

Penrose, J.R. (2015). The Discourse of Disability in Ancient Greece. *The Classical World*, 108 (4), 499-523.

Peyer, H. C. (1987). *Von der Gastfreundschaft zum Gasthaus. Studien zur Gastlichkeit im Mittelalter*. Hannover: Hahnsche (trad. it. Viaggiare nel Medioevo: dall'ospitalità alla locanda. Laterza, Bari-Roma, 1990)

Pinel, F. (1800). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* (trad. it. Trattato medico filosofico sopra l'alienazione mentale, Orcesi, Lodi, 1830).

Pisani, M. (2016). Malati divini, mortali e immaginari. Percezione e raffigurazione del morpo malato in Grecia e a Roma tra il VI il II sec. A.C.. *Horti Hesperidum*, II.

Platone (1982), *Opere complete: Vol. 6. Clitofonte, La repubblica, Timeo, Crizia*. Bari: Laterza.

Plutarco (1980). *Le vite di Licurgo e di Numa*. Milano: Fondazione Lorenzo Valla.

Porcarelli, A. (2016). Lessico pedagogico. *Studium educationis*, 3, 133-137.

Porter, R. (1979). Medicina e Illuminismo nell'Inghilterra del Settecento. *Quaderni storici*, 14 (40), 155-180.

Richter, D. (1987). *Das fremde Kind. Zur Entstehung der Kindheitsbilder des bürgerlichen Zeitalters*. Frankfurt: S. Fischer Verlag. (trad. it. Il bambino estraneo: la nascita dell'immagine dell'infanzia nel mondo borghese, La Nuova Italia, Firenze, 1992)

Roberti, C. (2011). *L'uomo a-vitruviano. Analisi storico-sociologica. Per altre narrazioni delle disabilità nel sistema-mondo*. Roma: Aracne.

Rose, D.H. & Gravel, J.W. (2016): Universal Design for Learning: un'introduzione per l'Italia. In G. Savia (A cura di) *Universal Design for Learning: Progettazione universale per l'apprendimento e didattica inclusiva* (pp.27-44). Trento: Erikson.

Rousseau, J.J. (1762). *Emile ou De l'éducation* (trad.it. Emilio, Mondadori, Milano, 2017).

Schianchi, M. (2009). *La terza nazione del mondo: I disabili tra pregiudizio e realtà*. Feltrinelli: Milano.

Schianchi, M. (2022). *Storia della disabilità: Dal castigo degli dèi alla crisi del welfare*. Roma: Carocci. (Originariamente pubblicato nel 2012).

Schianchi, (2021). L'inclusione della disabilità: dinamiche socio-pedagogiche del presente a confronto con alcuni processi storici. *Civitas educationis*, 10 (2), 131-148.

Schianchi, M. (2019). *Il debito simbolico: una storia sociale della disabilità in Italia tra Otto e Novecento*. Roma: Carocci.

Schmitt, J.C. (1980). La storia dei marginali. In J. Le Goff (A cura di), *La nuova storia* (pp.257-287). Milano: Mondadori.

Seneca (1975). *De Ira*. Pisa: Giardini.

Serra, G. (2020). *Storia e teorie della disabilità: Dal mostro al soggetto alla persona, dall'esclusione all'inclusione*. Enna: Nulla die.

Sheffer, E. (2018). *I bambini di Asperger: la scoperta dell'autismo nella Vienna nazista*. Venezia: Marsilio Editori.

Stella, G. A. (2019). *Diversi: la lunga battaglia a dei disabili per cambiare la storia*. Milano: Solferino.

Todeschini, G. (2007). *Visibilmente crudeli: Malviventi, persone sospette e gente qualunque dal Medioevo all'età moderna*. Bologna: Il Mulino.

Ugolini, S. (2014, Febbraio). L'atteggiamento della cultura greco-romana nei confronti della disabilità. Agli antipodi della nostra "inclusione"? *Scuola e Amministrazione*, 3-25.

Verga G. (1981). *I Malavoglia*. Milano: Garzanti. (Originariamente pubblicato nel 1881).

Verga G. (2017). Il canarino del n.15. In C. Riccardi (Ed.), *Tutte le novelle* (pp.377-385). Milano: Mondadori. (Originariamente pubblicato nel 1881).

Wolf, S. J. (1986). *The Poor in Western Europe in the Eighteenth and Nineteenth Centuries* (trad.it. Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna, Laterza, Bari 1988).

Zago, G. (2020). Protagonisti e itinerari della Pedagogia speciale in Italia dall'Unità al secondo dopoguerra. In A. Ascenzi & R. Sani (A cura di), *Inclusione e promozione sociale nel sistema formativo italiano dall'Unità ad oggi* (pp.219-244). Milano: FrancoAngeli.

Zorzi, A. (2015). Menomare e sfigurare come atti di giustizia. In G.M. Varanini (A cura di), *Deformità fisica e identità della persona tra Medioevo ed Età Moderna* (pp.119-136). Firenze: Firenze University Press.

Zorzi, S. (2016a). Disabilità intellettiva ed età adulta: progetto di vita o salto nel vuoto? In L. Cottini, D. Fedeli S. Zorzi (A cura di), *Qualità di vita nella disabilità adulta. Percorsi, servizi e strumenti psicoeducativi* (pp.39-56). Trento: Erickson.

Zorzi, S. (2016b). Verso una nuova programmazione dei servizi. In L. Cottini, D. Fedeli S. Zorzi (A cura di), *Qualità di vita nella disabilità adulta. Percorsi, servizi e strumenti psicoeducativi* (pp.125-138). Trento: Erickson.

Sitografia

Barnes, C. (2003). *Independent Living, Politics and Implications*. Consultato da: <https://www.independentliving.org/docs6/barnes2003.html>

Bolla, A. (2009). Cure preistoriche per i disabili. *Focus*. Consultato da: <https://www.focus.it/cultura/storia/cure-preistoriche-per-i-disabili020409-103>

Delendati, S. (2020). *Gli antenati con disabilità si raccontano (ma sono così lontani dall'attualità?)*. Consultato da: <https://www.superando.it/2020/11/25/gli-antenati-con-disabilita-si-raccontano-ma-sono-cosi-lontani-dallattualita/>

Direzione Generale Archeologia Belle Arti e Paesaggio [DG ABAP]. (n.d.). *La Storia del Complesso Monumentale di San. Michele a Ripa Grande*. Consultato da: <https://dgabap.cultura.gov.it/complesso-monumentale-di-san-michele-a-ripa-grande/>

Faenza, B. (2022). *Il dio Bes: L'apparenza inganna*. Storica National Geographic. Consultato da: https://www.storicang.it/a/il-dio-bes-lapparenza-inganna_15424

Fischetti, J. (1996). *Manifesto*. Consultato da: <https://www.enil.it/vita-indipendente/manifesto/>

Istituto Nazionale di Statistica ISTAT (2021). *Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*. Consultato da: https://www.istat.it/it/files/2021/03/Istat-Audizione-Osservatorio-Disabilita_24-marzo-2021.pdf

Organizzazione Internazionale del Lavoro (1955). *Raccomandazione sull'adattamento ed il riadattamento professionale degli invalidi*. Consultato da: https://www.ilo.org/rome/norme-del-lavoro-e-documenti/WCMS_193729/lang--it/index.htm

Orlandi, D. (2016). *Universal Design, significato e origine del termine*. Consultato da: <https://www.sociale.it/2016/02/23/universal-design-significato-e-origine-del-termine/>

Sassi, G. (n.d.). *Pia Casa degli incurabili di Abbiategrasso*. Consultato da:
<https://www.lombardiabeniculturali.it/archivi/soggetti-produttori/ente/MIDB000CF2/>

Legislazione nazionale ed internazionale

Assemblea Nazionale delle Nazioni Unite. (1948). *Dichiarazione universale dei diritti umani*.

Decreto-legge Luogotenenziale 603 del 1919. Decreto-legge Luogotenenziale concernente l'assicurazione obbligatoria contro la invalidità e la vecchiaia per le persone di ambo i sessi che prestano l'opera loro alle dipendenze di altri. 21 aprile 1919. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.104.

Decreto Legislativo n.151 del 2015. *Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183*. 14 settembre 2015. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.221.

Decreto del Presidente della Repubblica n.503 del 1996. *Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici*. 24 luglio 1996. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.227.

Dichiarazione d'indipendenza degli Stati Uniti d'America (*The unanimous Declaration of the thirteen united States of America*), 4 luglio 1776.

Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*), 26 agosto 1789.

Legge 3961 del 1877. *Legge sull'obbligo dell'istruzione elementare*. 15 luglio 1877 Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.177.

Legge 1473 del 1883. *Legge che fonda una cassa nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro*. 8 luglio 1883. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.166.

Legge 350 del 1989. *Legge che istituisce una Cassa nazionale di provvidenza per la validità e la vecchiaia*. 17 luglio 1989. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.186.

Legge 6972 del 1890. *Legge sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*. 17 luglio 1890. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.171.

Legge 36 del 1904. *Legge riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati*. 14 febbraio 1904. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.43.

Legge 481 del 1917. *Legge che istituisce un ente denominato «Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra»*. 25 marzo 1917. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.77.

Legge 482 del 1968. *Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private*. 22 agosto 1968. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.109.

Legge 118 del 1971. *Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n.5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*. 30 marzo 1971. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.82.

Legge 517 del 1977. *Norma sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico*. 4 agosto 1977. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.517.

Legge 180 del 1978. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. 13 maggio 1978. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.133.

Legge 13 del 1989. *Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati*. 9 gennaio 1989. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.13.

Legge 381 del 1991. *Disciplina delle cooperative sociali*. 8 novembre 1991. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.283.

Legge 104 del 1992. *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. 5 febbraio 1992. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.39.

Legge 68 del 1999. *Norme per il diritto al lavoro dei disabili*. 12 marzo 1999. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.68.

Legge 328 del 2000. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. 8 novembre 2000. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.265.

Organizzazione delle Nazioni Unite. (2006). *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*.

Regio decreto 6144 del 1889. *Regio decreto, Titolo I. Disposizioni relative all'ordine pubblico ed alla incolumità pubblica*. 30 giugno 1889. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.153.

Regio decreto 3129 del 1923. *Regio decreto sulla disposizione sull'obbligo dell'istruzione*. 31 dicembre 1923. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n.28.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization UNESCO. (1994). *Dichiarazione di Salamanca sui principi, le politiche e le pratiche in materia di educazione e di esigenze educative speciali*

Ringraziamenti

Al mio relatore, Prof. Giuseppe Zago, per avermi seguito in questo percorso.

Alla mia famiglia, il mio punto di riferimento.

A Simone, Anna, Pia, Mariagrazia, Patrizia e tutte le persone incontrate lungo il mio percorso, grazie alle quali ho compreso come l'educare sia sempre un dare e un ricevere.

Ai miei colleghi con cui condivido le gioie e le frustrazioni di questo lavoro ma anche la convinzione che non sia soltanto una professione.

A Mirko, per l'amore e il sostegno.

Ai miei amici, vicini e lontani, ma sempre presenti.