

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

*Università degli Studi di Padova
Corso di Laurea triennale in Scienze dell'Educazione e della Formazione
Curricolo di educazione della Prima Infanzia
Sede di Rovigo
A.A 2023-2024
Elaborato finale*

***LA RELAZIONE EDUCATIVA: FAMIGLIA ED EDUCATORI A
CONTATTO CON LA DISABILITA'***

Relatore: Simone Aurora

Laureanda: Elena Ruffa

Matricola: 2056683

Anno accademico 2023-2024

Indice

<i>Introduzione</i>	5
<i>1: L'analisi filosofica di normalità e patologia</i>	
1.1 Il concetto di cura	7
1.2 Il binomio normalità e patologia.....	8
1.3 Le visioni filosofiche.....	9
1.4 La filosofia di vita	12
<i>2: Disabilità ed inclusione</i>	
2.1 Le parole che accompagnano la disabilità	15
2.2 I sistemi di classificazione	18
2.3 La società inclusiva e interculturale.....	21
2.4 Il ragazzo "selvaggio"	23
<i>3: L'aver cura del bambino e della sua famiglia</i>	
3.1 Il cambiamento dell'idea di bambino	27
3.2 Le Carte Internazionali per l'Infanzia.....	29
3.3 I diritti dei bambini con disabilità	31
3.4 La relazione educativa	33
<i>Conclusioni</i>	37
<i>Ringraziamenti</i>	39
<i>Bibliografia e sitografia</i>	42

Ci preoccupiamo di ciò che un bambino diventerà domani, ma ci dimentichiamo che lui è qualcuno oggi.

Stacia Tauscher

Introduzione

La presente relazione finale di laurea vuole analizzare la relazione educativa attuale tra famiglia ed educatori nel momento in cui vi è una disabilità; quest'ultima costituisce un tema complesso e delicato che quotidianamente subisce dei cambiamenti.

Il lavoro è composto da tre capitoli che presentano un percorso che analizza il concetto di disabilità, dei diritti dei bambini e le leggi che li tutelano.

Nel primo capitolo vengono analizzati i termini "normalità" e "patologia" iniziando però dalla definizione del concetto di cura. Successivamente, vengono considerate le teorie filosofiche di Comte, Bernard e Leriche che aiutano a comprendere come i significati di tali concetti siano cambiati nel corso del tempo.

Anche l'utilizzo dei termini è notevolmente cambiato e questo ha permesso di svolgere considerazioni sull'utilizzo quotidiano delle parole e sull'idea di disabilità.

Quest'analisi è presente nel secondo capitolo in cui vengono analizzati i Sistemi di Classificazione, ovvero gli strumenti che consentono alle persone disabili di sentirsi coinvolte ed accettate all'interno della società. Quest'ultima risulta essere oggi più che mai eterogenea in quanto la presenza di multiculturalità è in continuo aumento e per tale motivo è importante far sentire tutte le persone incluse e non escluse.

Infine, nel terzo capitolo, viene esaminato il cambiamento in riferimento all'immagine del bambino: si passa dal considerarlo infante a reputarlo cittadino.

Vi sono alcuni documenti che vanno proprio a tutelare questo, ovvero le Carte Internazionali per l'Infanzia, le quali fanno sì che il minore riceva cure e protezione da parte della famiglia e che gli vengano riconosciuti tutti i diritti fin dalla nascita.

Grazie a questi documenti, anche ai bambini con disabilità vengono riconosciuti tutti i diritti di cui necessitano così da potersi sentire tutelati.

In conclusione, viene analizzata la relazione educativa tra famiglia ed educatori in quanto è fondamentale che queste figure di riferimento collaborino, al fine di creare un equilibrio che consenta di soddisfare i bisogni e le necessità del singolo bambino.

Queste figure devono far sì che il bambino si senta valorizzato ed accettato e che percepisca un lavoro di squadra, necessario per il suo benessere.

1: L'analisi filosofica di normalità e patologia

1.1 Il concetto di cura

Quello della cura è un concetto piuttosto complesso che, considerate le svariate accezioni che sono state accostate al termine nel corso della storia, necessita di maggior chiarezza. Proprio a partire da qui, l'etimologia del termine rinvia al latino *cūra* cioè preoccupazione per qualcuno.

Oltre al senso letterale, questo termine acquisisce diversi significati a seconda dell'ambito in cui viene utilizzato.

In ambito pedagogico, riassume la necessità fondamentale di entrare in relazione di aiuto con chi manifesta un bisogno e con sé stessi¹. In tal senso, creare una relazione educativa significa creare una relazione basata sull'intenzionalità.

Dal punto di vista filosofico, Martin Heidegger ha acquisito una posizione di rilievo in tale contesto, descrivendo la cura come caratteristica essenziale del "*dasein*" ovvero dell'"esserci"². Per Heidegger tale concetto è fondamentale in quanto l'uomo è tale perché esiste, ma è altrettanto rilevante considerarlo in una relazione di prossimità o di incontro con l'altro.³ Sostiene, infatti, che l'uomo oltre ad esserci, cioè ad essere nel mondo, è anche un essere che è con gli altri e in tal senso definisce il rapportarsi con le cose e con gli altri come "aver cura".

In filosofia, quindi, viene posta una distinzione tra il prendersi cura e l'aver cura, in quanto sono due modalità estreme: una autentica ed una inautentica. Prendersi cura rappresenta l'aiuto e il supporto al malato con modalità che portano ad escluderlo, a sostituirsi e ad aver possesso di lui. Si tratta, dunque, di una procedura inautentica in quanto il singolo viene privato del suo diritto e dovere di prendersi cura di sé stesso.

¹ G. Boniolo, *Decidere, morire, essere nella medicina di oggi*, Mmesis Milano-Udine 2023

² M. Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi 2005

³ S. Tusino, *L'etica della cura – un altro sguardo sulla filosofia morale*, Franco Angeli 2021

Pertanto, si dà vita ad una modalità nella quale viene negata la personalità dell'altra persona. Nell'aver cura, invece, la relazione con l'altro è autentica in quanto consiste in una modalità nella quale si è chiamati ad aiutare gli altri e a diventare consapevoli del proprio processo di cura.

Il concetto dell'"aver cura" viene ripreso anche in ambito medico come cura del singolo secondo l'individualizzazione, cioè considerando tutti gli elementi, le abitudini ed i valori individuali del soggetto e non della collettività. In tale ambito, la cura assume un'analogia con la narrazione, la quale è composta da un'irriducibile postura relazionale⁴.

La narrazione assume un ruolo curativo dinanzi alla fragilità dell'essere ma è di notevole importanza prendersi cura del racconto del singolo, secondo un genitivo soggettivo e oggettivo.

1.2 Il binomio normalità e patologia

Solitamente attribuiamo un valore ad oggetti, persone e comportamenti facendoli ricadere nella categoria della normalità oppure in quella dell'anormalità o della differenza. Tale concetto si basa sull'idea che la società ha assunto come giusto e corretto.

Il termine cura ha sempre rappresentato il denominatore comune del binomio normalità e patologia in quanto, per entrambi i concetti, risulta essere importante poter creare una relazione con le persone per poter instaurare una relazione educativa.

Canguilhem considera importante analizzare "il problema delle strutture e dei comportamenti patologici nell'uomo"⁵ ma, allo stesso modo, si propone di riscrivere la relazione che vi è tra stato normale e stato patologico nell'organismo, ovvero tra salute e malattia.

⁴ L. Alici, *Cura e narrazione. Tra filosofia e medicina*, Morcelliana 2023

⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p.9)

Il concetto di normalità, nel XX secolo, viene associato a quello di normale, vocabolo che ha assunto differenti significati nel corso del tempo. Normale era una parola utilizzata per designare lo stato di salute organica o, nell'ambito geometrico, per indicare la perpendicolarità della retta. Tale significato deriva dal termine latino norma, il cui valore si riferisce, in primo luogo, alla squadra, strumento per misurare gli angoli retti, e in secondo luogo alla regola.

Il termine "patologia", invece, secondo la medicina greca, rappresenta la distruzione del creato, inteso come rapporto tra armonia ed equilibrio. La patologia, o la malattia, "[..] non è soltanto squilibrio o disarmonia: è anche e soprattutto sforzo della natura nell'uomo per ottenere un nuovo equilibrio."⁶ Vi è la malattia in quanto il corpo ha numerose difficoltà a generare una forma di guarigione, anche se l'obiettivo primario è quello di risanare l'organismo.

Per poter riacquisire un nuovo equilibrio, tenendo in considerazione le due principali concezioni mediche in riferimento alla malattia, che la vedono come "una lotta dell'organismo contro un essere estraneo" o come "una lotta interna tra forze contrapposte"⁷, secondo Thomas Sydenham è importante circoscrivere il male per poter aiutare il malato.

La distinzione tra normale e patologico viene presa in considerazione anche in altre prospettive teoriche, come quella di A. Comte, C. Bernard e R. Leriche.

1.3 Le visioni filosofiche

Auguste Comte considera le malattie come dei sintomi in quanto, essendoci lesioni di organi o di tessuti nel soggetto, ne derivano dei disturbi relativi alle principali funzioni vitali. Secondo il suo punto di vista non si è mai riconosciuto, in maniera così

⁶ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998

⁷ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p.17)

convincente, la fondamentale relazione tra patologia e fisiologia in quanto non è mai stata compresa fino in fondo.

Non proponendo alcun criterio che permetta di considerare normale un fenomeno, si ritiene che il padre del Positivismo utilizzi, in maniera indifferente, il concetto di normale, di fisiologico e di naturale. Dovendone però definire i limiti, Comte li individua tramite il concetto di armonia, considerandolo un'unione di influenze distinte sia interne che esterne.

Comte vuole negare la differenza qualitativa tra il fenomeno patologico e quello di normale e tale negazione porta ad affermare la presenza di un'omogeneità rappresentabile in termini quantitativi. Tuttavia, Comte non presenta alcuna definizione specifica di "normalità" e ne assume la concezione usuale, qualitativa, come stato di "armonia". Si riconosce, così, che i termini utilizzati, che dovrebbero essere quantitativi, conservano una risonanza qualitativa. Mutando questo vocabolo si evidenziano le incertezze e le carenze presenti nella sua idea e, per poterle comprendere, si risale fino a Broussais, il quale identifica la distinzione tra normale ed anormale con una semplice differenza quantitativa.

Nel XX secolo è stato dimostrato che gli scrittori, i quali hanno svolto delle riflessioni in riferimento alla fisiologia o alla medicina, non hanno introdotto sostanziali novità rispetto a quanto già annunciato da Comte e da Bernard.

Se l'idea di Comte risulta essere chiara ed argomentata, quella di Bernard viene considerata ancora poco comprensibile.

Quest'ultimo svolge una distinzione tra medicina e fisiologia, ovvero considera la medicina come scienza delle malattie mentre la fisiologia come scienza della vita.⁸ Entrambe vengono trattate come delle dottrine scientifiche in cui la teoria e la pratica sono estremamente collegate: la prima non esiste senza l'azione e questa non è chiara senza la presenza della teoria.

⁸ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p.42)

Come la malattia, anche la pedagogia, ovvero il sapere dell'educazione, è una scienza pratica fondata sulla teoria e sull'azione in quanto ha come fine ultimo l'agire orientato alla realizzazione della persona.

Bernard sostiene che l'idea della terapeutica razionale è supportata e sostenuta dall'individuazione della patologia scientifica, la quale è fondata sulla scienza fisiologica. Comprendendo la continuità tra i fenomeni normali e quelli patologici, egli ammette che vi è una differenza qualitativa tra questi due stadi.

Claude Bernard, allo stesso modo di Comte, individua indifferentemente due espressioni, le quali si riferiscono al concetto di omogeneità e di continuità. Se si utilizza il primo termine, si è tenuti ad elencare le affinità o l'uniformità che si notano tra i vari elementi. Se si utilizza il secondo, invece, si fa riferimento ad un collegamento tra due estremi senza definirli.

Analizzando i termini di salute e di malattia nella loro completezza, alcuni autori ritengono che vi sia in realtà una continuità che non permette di definirli automaticamente. In aggiunta, sostengono che non vi sia una condizione di completa normalità e una di salute perfetta ma tale affermazione potrebbe significare sia che esistono malati, sia che non esistono. Pertanto, nel pensiero di Bernard è presente una stretta correlazione tra continuità ed omogeneità ed inoltre si ritiene di poter fornire un contenuto sperimentale al concetto di normale.

A differenza delle teorie precedenti, René Leriche ragiona sul concetto di salute e di malattia definendo la prima come una situazione di silenzio degli organi mentre la seconda come qualcosa che impedisce gli uomini ad affrontare la vita in quanto li fa soffrire. Delineata tale differenza, Leriche afferma che la definizione del secondo termine deriva principalmente dal punto di vista del malato e non del medico o della dottrina scientifica. Nonostante ciò, il fisiologo francese conferma quanto detto in precedenza ribadendo che “[...] è la malattia del malato che torna ad essere, in modo alquanto inatteso, il concetto adeguato della malattia [...]”⁹.

⁹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p.67)

In aggiunta a questo, è noto ciò che pensa sul dolore: per Leriche esso è un fenomeno unicamente individuale ed è proprio il dolore che viene considerato come il fatto essenziale di malattia. Quest'ultima viene quindi esaminata come una condizione di anormalità¹⁰ legata all'insorgere del dolore.

Prendendo in considerazione il dolore e la malattia, il fisiologo francese sostiene che tale associazione viene ritenuta dal soggetto un evento che si evolve in senso contrario alla legge. Leriche prende quindi in considerazione la continuità tra lo stato fisiologico e quello patologico in quanto il fenomeno del dolore conferma la teoria dello stato di malattia considerato come novità fisiologica.

Avendo confermato tale legame, Leriche sostiene che i nuovi andamenti di vita non possono essere imposti dalla fisiologia stessa ma è la malattia che li introduce. Non è un caso che Aristotele sostenga che la fisiologia, come qualsiasi altra scienza, nasce dallo stupore e quest'ultimo rappresenta, nel caso della fisiologia, l'angoscia provocata dalla malattia.

1.4 La filosofia di vita

“Dalla riflessione sui concetti di normale e patologico in medicina viene così a disegnarsi una filosofia della vita.”¹¹

Se normale e patologico sono termini già analizzati in precedenza, risulta essere importante comprendere il significato del termine vita ed afferrare il legame tra filosofia e vita.

Dal punto di vista etimologico, è un termine che deriva dal latino *vīta*, ovvero spazio temporale compreso tra la nascita e la morte di un individuo.

Riflettere sul termine permette di dare una personale interpretazione del significato: vita significa vivere ogni momento, divertirsi, imparare, fare esperienze, crescere,

¹⁰ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p. 69)

¹¹ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998 (cit. p. XIII)

sbagliare, superare gli ostacoli. Secondo Goldstein, tale concetto dev'essere considerato come un confronto tra il singolo soggetto e l'ambiente, all'interno del quale sono presenti degli ostacoli. Non è possibile seguire un percorso uniforme, piatto; è fondamentale però affrontare e superare le difficoltà presenti senza timore.

Thomas Mann afferma qualcosa di apparentemente strano ma sicuramente interessante: sostiene che chi si interessa alla vita, di conseguenza si interessa anche alla morte.

È molto presente il binomio vita-morte quando si riflette sui concetti di normalità e patologia. Spesso una persona malata si proietta verso la peggiore ipotesi, ma dall'altra parte una persona che non ha alcuna patologia affronta serenamente i momenti della quotidianità. Di conseguenza, per poter cercare di comprendere che cosa sia la vita, risulta essere altrettanto interessante capire che cosa sia la morte.

Grazie all'etimologia e all'interpretazione personale, al termine vita si è riusciti a dare un significato, cosa che risulta essere invece più complessa per il termine morte. Per poter cercare di comprendere effettivamente cosa significhi tale vocabolo, viene posta l'attenzione sulla differenza tra la morte locale e la morte dell'essere vivente.

In relazione a quanto spiegato, rispetto a questi concetti si preferisce “trattarli come una diade, cioè come una coppia di concetti le cui definizioni sono intrecciate, ove ognuno dei due può essere definito per contrasto con la definizione dell'altro.”¹²

Si ritiene invece fondamentale svolgere una distinzione tra vita ed esistenza. Il primo viene considerato un termine che appartiene al lessico della biologia mentre il secondo si riferisce ad un sistema di credenze e valori filosofici, religiosi e politici. Con tale definizione si può considerare come la vita sia qualcosa di libero da valori mentre l'esistenza sia qualcosa che comporti la presenza di qualcuno che assegni un valore determinato al momento appena vissuto o alla specifica biografia.

¹² G. Boniolo, *Decidere, morire, essere nella medicina di oggi*, Mimesis Milano-Udine 2023 (cit. p.79)

2: Disabilità ed inclusione

2.1 Le parole che accompagnano la disabilità

L'utilizzo dei termini, nel corso del tempo, è notevolmente cambiato in quanto l'obiettivo, sia a livello medico che a livello pedagogico, è diventato quello di favorire l'integrazione delle persone con bisogni specifici e particolari nel loro contesto sociale e culturale preparandoli, quanto possibile, ad una vita che, seppur complessa, ha la necessità di essere pienamente vissuta con gli altri.

Sono state svolte numerose riflessioni sul concetto di normalità e tali considerazioni dovrebbero far riflettere sull'utilizzo quotidiano delle parole.

Tre autori, ovvero Andrea Canevaro, Franco Bonprezzi e Giuseppe Pontiggia, cercano di aiutare le persone a comprendere il vero significato del termine normale.

A. Canevaro¹³ sostiene che normale non coincida con “giusto” ed osserva che riflettere sulla normalità non è un'operazione scontata.

G. Pontiggia¹⁴ scrive un libro di narrativa all'interno del quale racconta la disabilità dal punto di vista genitoriale, a partire dalla propria esperienza di padre con un figlio disabile. In un capitolo, intitolato “che cos'è normale?”, scrive che non è negando le differenze che si combatte la normalità, ma modificando l'immagine delle norme.

F. Bonprezzi¹⁵ vuole elogiare la normalità, la considera non come qualcosa di già dato. Per tale motivo crede che sia fondamentale tutelare le minoranze in quanto non considera la normalità come semplice identità o omologazione. Ritiene invece che per poter vivere normalmente, sia necessario evidenziare le differenze.

¹³ Era un pedagogista, considerato il padre della Pedagogia Speciale in Italia. Ha insegnato all'università di Bologna per molti anni ed è mancato recentemente (settembre 1939 - maggio 2022)

¹⁴ Era un giornalista, scrittore, critico letterario e curatore editoriale italiano (settembre 1934 – giugno 2003)

¹⁵ Era un giornalista con una disabilità motoria, mancato qualche anno fa (agosto 1952 – dicembre 2014)

Nella storia dell'integrazione delle persone con disabilità sono state utilizzate diverse parole per definire tali soggetti e queste presentano problematiche differenti. Alcuni termini sono "invalido", "mongoloide", "idiota", "deficiente", "handicappato".

Le parole che accompagnano la storia della disabilità descrivono un viaggio che parte da handicap ed arriva a persona.

Il primo termine utilizzato per riferirsi alle persone portatrici di handicap è stato handicappato¹⁶. Questo vocabolo veniva utilizzato per indicare un gioco d'azzardo nei campi da corsa, si scommetteva e si metteva il denaro nel cappello.

A seguire, sempre in ambito sportivo, è stato utilizzato per pareggiare gli svantaggi nei campi da golf, ma anche e soprattutto nei campi di ippica.

Dagli anni Sessanta del Novecento, è diventato un termine per indicare chi ha uno svantaggio fisico, psichico o sensoriale e per descrivere la difficoltà che una persona con disabilità può vivere quotidianamente nella sua vita.

"Handicappato" indica una persona fragile con delle difficoltà e presenta un modello medico tipico, ovvero quello che vede la persona con deficit come un soggetto da curare in maniera perpetua con servizi aggiuntivi ed emarginanti.

Il secondo vocabolo utilizzato è "disabilità", ovvero dis-abile. Il suffisso "dis" è privativo e va ad indicare la mancanza di un'abilità o di una capacità. È un termine che ha, inoltre, una valenza negativa in quanto porta con sé l'idea di opposizione.

Nello stesso periodo viene coniata una nuova parola, ovvero "normodotati", per distinguere chi è normale e chi non lo è. Il termine nel tempo ha fatto sì che le persone con disabilità venissero identificate come gruppo a cui manca qualcosa. Quindi lo stesso approccio diagnostico non guarda le mancanze che ci possono essere nell'ambiente, ma porta a concentrarsi sulle difficoltà dell'individuo.

¹⁶ Termine di origine irlandese che letteralmente significa "mano nel cappello"/"affare concluso" e che sta ad indicare l'azione che facevano i mercanti di mettere il denaro nei cappelli per concludere le contrattazioni

Nel 1980, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero l'OMS, adotta la prima Classificazione dei Danni e dell'Handicap (ICDH) facendo una distinzione tra danno, disabilità ed handicap.

L'OMS riflette sul fatto che l'handicap è una condizione di svantaggio vissuta da una persona a causa di una disabilità, la quale è originata da una menomazione ma non coincide con la condizione citata in precedenza.

Negli anni successivi queste due terminologie, ovvero handicap e disabilità, non vengono utilizzate in maniera chiara, ma anzi, vengono scambiate in quanto ritenute sinonimi.

Diversamente abile è un vocabolo nato nel 2003 grazie a Claudio Imprudente,¹⁷ il quale vuole principalmente esprimere una provocazione. Decide di cambiare il prefisso, ponendo l'accento sulle diverse abilità e non su ciò che manca.

Se da una parte vuole essere una parola rivoluzionaria, dall'altra essa non viene accettata dalle organizzazioni in cui sono presenti persone disabili, poiché nessuno sceglie di avere diverse abilità.

Considerato questo, proprio Matilde Leonardi¹⁸ critica tale termine in quanto, secondo la sua visione, viene utilizzato in modo irresponsabile.

Nel 2001, l'OMS scrive l'ICF¹⁹ che introduce il termine persona con disabilità, ma soprattutto introduce un nuovo modo di pensare la disabilità stessa. Quest'ultima viene considerata come una conseguenza di una complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo e i fattori contestuali, ovvero ambientali e personali che rappresentano il contesto in cui vive il soggetto.

La disabilità diviene quindi un termine a connotazione neutra in quanto non guarda solo ciò che manca nella persona, ovvero il deficit, ma cerca di valorizzare anche le capacità residue del singolo. Perciò, tale condizione, viene considerata come una situazione ordinaria e non come qualcosa la cui mancanza debba essere considerata come un requisito di salute.

¹⁷ Giornalista, studioso del settore e persona con disabilità. Dirige la rivista "HP, h parlante"

¹⁸ Neurologo, Pediatra, Responsabile SOSD Neurologia, Salute Pubblica, Disabilità IRCCS Istituto Besta di Milano

¹⁹ Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute

Il passaggio dall'*essere* disabile ad *avere* una disabilità è un passaggio che porta a cambiare il modo di relazionarsi, di approcciarsi e di prendersi cura dell'altro. Si passa da un approccio medico ad un approccio sociale basato sui diritti: viene rimessa al centro la persona ed è per questo che si comincia a parlare di società inclusiva.

2.2 I sistemi di classificazione

La disabilità deve essere descritta in maniera chiara e comprensibile a tutti. Per tale motivo, sono state introdotte delle classificazioni che hanno l'obiettivo di aiutare i soggetti coinvolti a sentirsi accettati, oltre che ad orientare gli interventi pedagogici e sanitari.

L'OMS ha introdotto nel 1946 l'ICD, ovvero la Classificazione Internazionale delle Malattie che riguarda le condizioni di salute dei soggetti. È una classificazione che viene sottoposta in maniera periodica ad una revisione e, ad oggi, è arrivata alla decima edizione.

A partire dagli anni Cinquanta si è sviluppata, a livello mondiale, un'importante riflessione sulla salute e sulla malattia. Per tale ragione, nel 1980 è stata proposta la Classificazione Internazionale sulle Menomazioni, sulle Disabilità e sugli Handicap, ovvero ICID-H, come appendice dell'ICD, con l'obiettivo di raccogliere dati in merito all'entità delle disabilità e degli handicap in quanto la classificazione precedente non teneva in considerazione le conseguenze che le malattie producono sullo svolgimento delle normali attività.

L'ICID-H evidenzia le possibili conseguenze delle malattie a tre livelli: menomazione, disabilità ed handicap.

Per menomazione si intende la perdita o l'anormalità che riguarda strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche. Essa può avere un carattere permanente o transitorio ma, nonostante ciò, rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico.

Disabilità fa riferimento alla riduzione parziale o totale della capacità di svolgere un'attività nei tempi e nei modi considerati come normali, in una certa attività o funzione.

Anche questa può essere transitoria o permanente, reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva e, inoltre, può essere conseguenza diretta di una menomazione oppure una reazione psicologica ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra tipologia.

Infine, handicap è la condizione di svantaggio risultante da un danno o da una disabilità, che limita o impedisce lo svolgimento di un ruolo normale in rapporto all'età, al genere, ai fattori sociali e culturali. È una condizione soggetta a cambiamenti, migliorativi o peggiorativi, e rappresenta la discrepanza tra l'efficienza e lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia dell'individuo che del particolare gruppo cui egli fa riferimento. Riflette dunque le conseguenze a livello culturale, sociale, economico ed ambientale che derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità.

Dopo aver espresso i tre livelli su cui l'ICID-H pone le sue basi, risulta essere importante riconoscere le criticità che questo può avere, ovvero il continuo basarsi su un modello medico di disabilità che descrive le situazioni in maniera negativa senza evidenziare eventuali punti di forza dell'individuo e dunque rende inevitabile l'interpretazione dei termini citati in precedenza in riferimento alla relazione di cause ed effetti.

Nel 2001, grazie all'introduzione dell'ICF, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone un approccio non più focalizzato sulla malattia, ma sulla salute della persona.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute permette di valutare il miglioramento globale della persona considerando le condizioni di salute e l'ambiente in cui questa vive. Introduce, quindi, una metodologia di analisi e definizione della persona con disabilità finalizzata a costruire un profilo di funzionamento basato sul modello Bio-Psico-Sociale. L'obiettivo di quest'ultimo è proprio quello di guadagnare salute dove la persona non viene più vista malata, ma viene vista come un soggetto che ha dei diritti.

L'ICF, perciò, definisce uno schema di codici, permette la comparazione tra i dati, stimola lo sviluppo dei servizi e definisce un linguaggio comune.

Essendo una classificazione fondata su due termini principali, ovvero funzionamento e disabilità, risulta essere importante comprendere il loro significato.

Il primo viene considerato un termine ombrello che si riferisce alle strutture corporee, alle attività e alla partecipazione in quanto valorizza gli aspetti positivi dell'interazione tra soggetto e fattori contestuali.

Il secondo viene sempre visto come termine ombrello, ma in riferimento stavolta a menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione.

Disabilità è un termine che indica gli aspetti negativi che si determinano tra l'individuo e i fattori contestuali e può essere interpretato come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Ci sono molte variabili, tra cui quelle personali, familiari, ambientali che influenzano la partecipazione della persona alla vita sociale. Le disabilità, quindi, non sono più condizioni di vita statiche e imm modificabili nel tempo. Bisogna abbassare le barriere e introdurre dei facilitatori, ovvero degli elementi che possano ridurre la disabilità fornendo un sostegno motivazionale, psicologico e personale.

L'ICF può essere diviso in due sezioni, che a loro volta possono essere suddivise in due componenti. La prima, ovvero funzionamento e disabilità, viene suddivisa in attività e partecipazione, da una parte, strutture e funzioni corporee, dall'altra. La seconda sezione risulta essere composta dai fattori contestuali suddivisi in ambientali e personali.

Ciascuna componente si può esprimere sia in termini positivi che negativi ed ognuna è costituita da domini, ovvero insiemi di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti, aree di vita. I diversi stati di salute vengono registrati nell'ICF attraverso dei codici e ad ognuno viene correlato un qualificatore, indispensabile per capire la gravità della situazione e la gravità del funzionamento della disabilità.

I qualificatori servono a definire il grado di compromissione della parte anatomica o il livello di difficoltà o funzionamento. Essi sono organizzati secondo una scala convenzionale che l'OMS ha messo a punto per descrivere il funzionamento e la disabilità. Ogni qualificatore guarda a cosa un soggetto si aspetta da una persona che non presenta alcun deficit e, a partire da ciò, viene costruita una scala composta da valori che vanno da 0 a 9, dove zero indica l'assenza di difficoltà e nove la presenza di una difficoltà molto elevata.

2.3 La società inclusiva e interculturale

“Inclusività è la capacità di includere, di accogliere, di non discriminare.”²⁰

Ad oggi tale definizione non risulta essere di semplice comprensione, soprattutto per la società in cui viviamo. D’inclusione si parla e tratta veramente tanto da molto tempo ma, ciononostante, risulta essere un tema ancora molto ostico.

L’etimologia del termine rinvia al latino *incluso-onis*, ovvero atto ed effetto dell’includere. Quando si parla d’inclusione si fa molto spesso riferimento all’inclusione sociale, ossia all’inserimento di un individuo all’interno di un gruppo precostituito. Spesso il singolo, nel suo passato, ha già vissuto discriminazioni o esclusioni per via di diversi motivi come caratteristiche sociali, fisiche, politiche, identitarie.

Il contrario di inclusione è appunto esclusione, tema molto presente e conosciuto.

Per questo motivo, si preferisce definire l’inclusione come la non esclusione delle persone, che impone di attivare la creatività in noi per includere i soggetti.

Il binomio inclusione ed esclusione fa riferimento a numerosi aspetti presenti nella vita quotidiana e questo fa sì che tali tematiche siano strettamente collegate alla pedagogia interculturale.

Parlare di intercultura non è parlare di una serie di tecniche che rispondono a una specifica questione, ma parlare di un approccio, di un gusto, una capacità concreta e situata, in continua revisione e che si nutre del dialogo interculturale, che permette di entrare in relazione con l’altro.

Proprio nel mondo interculturale nel quale viviamo oggi vi sono molte differenze ed esclusioni.

Dal punto di vista strettamente pedagogico, della pratica educativa, vi sono tantissimi autori che hanno parlato di intercultura come gusto e revisione costante degli

²⁰ V. Gheno, *Chiamami così – normalità, diversità e tutte le parole nel mezzo*, Il Margine 2023 (cit. p. 31)

approcci: una di queste è Martin Abdallah-Pretcelle, una delle prime donne in Europa che ha riconosciuto la questione interculturale come questione pedagogica.

La pedagogista francese sostiene, infatti, che l'incontro tra culture è diventato un problema specifico per l'educazione, per cui va trattato in quanto tale e non come una delle tante questioni della pedagogia: l'educazione deve occuparsi della relazione tra culture.

Nel suo manuale di pedagogia interculturale²¹, l'aspetto più interessante risulta essere la visione complessiva che è riuscita a conferire a tale argomento.

La struttura del ragionamento viene costruita attorno a tre assi: soggettività ed intersoggettività, identità ed alterità e infine differenza ed universalità.

Nel primo, si sostiene che il lavoro interculturale si gioca tra il considerare la persona solo come individuo, slegata dal suo contesto di provenienza, e il considerarla come unicamente frutto del suo contesto di origine. Quindi, il lavoro interculturale si gioca nell'aver di nuovo quel gusto, quella capacità di saper considerare allo stesso tempo la persona come un individuo diverso da tutti gli altri e, nello stesso tempo, nel saper tener conto del fatto che quell'individuo viene da un contesto e quindi si porta dentro una storia.

Il secondo asse è fondamentale per il lavoro interculturale perché d'istinto siamo abituati a considerare l'io e l'altra persona come due poli opposti, quando in realtà tale separazione risulta essere fittizia, in quanto la nostra identità è sempre legata a quella delle altre persone. Questo perché si condividono degli spazi, delle esperienze e ci si influenza a vicenda. Nel lavoro interculturale è importante non considerare l'io come qualcosa di separato; si deve invece prendere in considerazione che l'io e gli altri si implicano a vicenda. Tra le persone si creano delle interferenze, non c'è un io che entra in relazione con un altro in maniera diretta, meccanica. Dal punto di vista concreto, questo è un asse complesso da immaginare in quanto la maniera in cui costruiamo la nostra identità è sempre influenzata dalla presenza di altri. Per tale motivo, il dialogo interculturale non parte mai da zero, perché ci portiamo sempre con noi qualche elemento dell'altro.

²¹ Martine Abdallah-Pretceille, *verso una pedagogia interculturale*, Economica 1992

Infine, il terzo asse risulta essere quello, dal punto di vista teorico, più denso: gioca sul confine tra il cercare di costruire dei valori, delle pratiche e dei modi di fare comuni per tutti, ovvero *universali*, e il riconoscimento del fatto che ognuno porta con sé dei valori e dei modi di vivere diversi, cioè *differenti*.

In conclusione, si può ritenere la pedagogia interculturale non come una tecnica, ma come un processo, un atteggiamento, un modo di praticare. Grazie al dialogo interculturale si riesce, quindi, ad accettare l'esistenza della diversità e a comprendere la contingenza umana.

2.4 Il ragazzo “selvaggio”

Il compito più delicato e sottile della pedagogia speciale non è tanto quello di trovare le risposte ma di identificare i problemi.

Identificare i problemi è di gran lunga più difficile che risolverli perché si tratta di mettere in atto una competenza percettiva e interpretativa che solo una mente acuta e sensibile può possedere. Identificare il problema, riconoscere una richiesta di rilievo laddove sembrano mancare le indicazioni palesi costruisce dunque il segno concreto della competenza pedagogica speciale.

Il compito della pedagogia speciale è dunque quello di rendere sempre più mirata e caratteristica ogni forma di intervento educativo facendo diventare patrimonio comune la capacità di cogliere i problemi, la competenza nell'affrontarli e la padronanza nell'ipotizzare opinioni e risposte educative.

La pedagogia speciale è una disciplina piuttosto recente, che negli anni è stata anche chiamata in modi differenti, come pedagogia di sostegno. Essa nasce da un incontro tra un medico e un ragazzo “selvaggio”: così si passa da quella che negli anni era stata solo una semplice curiosità ad una sorta di apertura alla possibilità, ovvero all'educabilità.

I bambini “selvaggi” sono sempre esistiti, ma il XVIII secolo è il secolo delle classificazioni e delle differenze, definite soprattutto in campo naturalistico al fine di controllare ed eliminare le disuguaglianze.

In questo periodo, a livello culturale vi era l'Illuminismo, mentre dal punto di vista storico la schiavitù coloniale.

I filosofi del XVIII secolo iniziano a porsi delle domande e a chiedersi se le persone considerate "anormali" conservino ancora qualcosa della dignità umana; quindi, ci si interessava all'altro, ai ragazzi "selvaggi", i quali erano rimasti per molto tempo a vivere in boschi e foreste.

Una situazione di questo tipo è quella rappresentata nel film "Il ragazzo selvaggio", ambientato a Parigi nel XVIII secolo. In questa città, tutte le persone che si trovavano per strada, indipendentemente dalle problematiche che presentavano, venivano poste in delle strutture, i cosiddetti internati. Qui lavora Pinel, lo psichiatra che per primo incontrerà il bambino selvaggio, Victor.

Pinel, dirigendo queste strutture molto affollate, riesce a migliorare le condizioni di vita di queste persone. Viene ricordato come colui che "libera i pazzi dalle catene", non fisicamente ma in maniera metaforica per far capire che, per la prima volta, un medico osserva e riconosce i segnali che portano ad una diagnosi.

Proprio l'osservazione risulta essere un aspetto molto importante della pedagogia speciale e di tutto l'ambito pedagogico.

Per la prima volta, Pinel osserva i suoi pazienti, i quali vengono chiamati idioti, parola che al tempo veniva considerata adeguata. Osservò la disperazione e la tristezza dei ragazzi che dovevano partire per il servizio militare e pensò fosse possibile fare un intervento educativo su queste persone che vivevano in delle situazioni di disagio.

Successivamente Pinel viene affiancato da un altro medico, Jean Gaspard Itard. Quest'ultimo decise di mettersi in gioco e, a differenza di Pinel che definisce il ragazzo selvaggio come un idiota e come qualcuno di non educabile, pensa Victor come un essere educabile, in quanto sostiene che la natura su di lui aveva svolto dei danni perché aveva vissuto nelle foreste per molto tempo e gli erano mancati dei modelli sociali, culturali ed educativi.

Itard aiutando Victor, cioè educando un soggetto ineducato e considerato nessuno, riuscì a scegliere cosa voleva essere, a costruire la sua identità. La relazione che vi era tra questi due soggetti era basata sulla dimensione della reciprocità, ovvero nel momento in

cui si aiuta un soggetto, tale aiuto contribuisce anche alla formazione e alla conoscenza di colui che aiuta.

Itard ipotizza che Victor sia un bambino la cui età mentale è pari a quella di un bambino di dieci mesi ed è tale per le abitudini anti-sociali che ha vissuto. Se la maturità del bambino è stata interrotta, egli pensa che possa essere ricucita e ripresa con una serie di progettualità.

Per Itard il deficit non è inscritto in Victor, ma sta nella carenza di modelli sociali ai quali il bambino non ha potuto partecipare. Per tale ragione, si interessa al bambino “selvaggio” non solo dal punto di vista clinico, ma anche e soprattutto ponendo attenzione agli aspetti educativi, stabilendo per lui alcuni obiettivi e creando un progetto educativo.

Il progetto della recuperabilità di Itard si basa sull’inserimento nella vita sociale, sullo sviluppo e sulla stimolazione delle sue capacità e della sua sensibilità nervosa, sull’ampliamento della sfera delle idee ed infine sull’approdo all’uso della parola e allo sviluppo di qualche operazione intellettuale partendo proprio dalla realtà concreta. I tre obiettivi principali su cui lavorerà sono: educazione sensoriale, intellettuale ed affettiva.

I due medici incontrano per la prima volta Victor, il quale viene affidato ad Itard. Quest’ultimo lo porta a casa, considerando che il ragazzo selvaggio vivrà con la governante Madame Guerin, la quale avrà la fortuna di osservarlo nella sua quotidianità occupandosi di lui.

Itard tenne dei diari in cui scrisse tutti i progressi sociali di Victor, affermando che per ottenerli fu fondamentale la presenza materna della governante, la quale lo osserva in uno spazio e tempo non fittizio.

I processi affettivi e sociali sostenuti da Guerin, tuttavia, non erano sorretti da una reale relazione materna. La governante, infatti, lo osserva in un ambiente controllato. Victor non veniva mai incolpato, era invece Itard a mettersi in discussione e a modificare i suoi progetti.

Il progetto educativo del ragazzo selvaggio contiene elementi che vanno oltre la medicalizzazione. Itard non si ferma alla diagnosi iniziale, ma va oltre: parte da questa per creare un progetto, cercando di comprendere le emozioni e le abitudini di Victor.

Il progetto educativo di Itard parte da un approccio di accettazione del deficit, non negando la sua condizione di disabilità.

Con Itard vi è un primo intreccio tra l'aspetto medico e l'aspetto educativo.

Itard riesce a considerare Victor suscettibile di sviluppo in quanto lo crede capace di cambiamento ed inoltre lo crede in grado di vivere anche libero dai condizionamenti derivanti dai suoi bisogni.

Madame Guerin opera con competenze di tipo complementare, ma fondamentale: cura ed affettività risultano essere mediatori tra Itard e Victor, riuscendo ad umanizzare la relazione tra medico e paziente.

Itard nei suoi diari ammette, e quindi si accorge, riflettendo e valutando le sue attività, che il progetto educativo si è sviluppato maggiormente nei luoghi non pensati appositamente per Victor e per la sua educazione. Itard, nonostante sia un medico, rappresenta un modello integrato della persona con disabilità, non guarda solo gli aspetti medici, ovvero la diagnosi, ma anche quelli pedagogici ed educativi.

3: L'aver cura del bambino e della sua famiglia

3.1 Il cambiamento dell'idea di bambino

Il Novecento risulta essere un secolo molto importante sia in riferimento all'idea di infanzia che all'idea del bambino. Tale secolo viene considerato come un secolo di cambiamento, in quanto il bambino viene messo al centro da parte dell'educatore con l'obiettivo di farlo emergere valorizzandolo.

Precedentemente a questa visione, il bambino veniva visto come un piccolo uomo anche se, in realtà, le sue idee non erano piccole²². Prima di considerarlo compiutamente cittadino, era così importante riconoscerlo come bambino, così da poterlo educare. Tale processo di riconoscimento si basava su tre elementi: la novità²³ evangelica, ovvero il minore veniva considerato un esempio per gli adulti anche se veniva rispettato solo dal punto di vista religioso e non politico e sociale; la scoperta dell'infanzia, cioè il riconoscimento del bambino in quanto tale, che portò a sviluppare conoscenze maggiori, tanto che l'infanzia diviene un'età diversa da quella adulta con delle specifiche esigenze; ed infine, l'età dei diritti, a partire dal Novecento, che portò a riconoscere formalmente i diritti dei bambini, i quali, finalmente, venivano considerati come persone e cittadini.

Questo excursus storico permette di comprendere com'è cambiata radicalmente l'idea che si ha del bambino in quanto si è passati dal considerarlo un infante, ovvero colui che non parlava in quanto non ha la maturità e l'esperienza per esprimersi, a persona, cioè colui che parla, si esprime e con il quale si può, di conseguenza, creare una relazione.

Fino al Seicento, è presente una logica adultocentrica nella quale si vede il bambino solamente come colui che deve essere cresciuto per diventare adulto e non possiede alcun diritto. In questo periodo viene visto come un non parlante, un, "oggetto" che appartiene ai genitori, è di loro proprietà.

²² B. Alemagna, *Che cos'è un bambino?*, Milano Topipittori 2008

²³ Viene utilizzato questo termine in quanto nelle parabole evangeliche non si è mai parlato alla folla utilizzando la figura del bambino: si dice "se non diventerete come bambini" e questo, se letto dal punto di vista storico dà valore all'infanzia e usa il bambino come modello da prendere in esempio per gli adulti

In seguito, vi è un progressivo affermarsi del sentimento dell'infanzia: il bambino esiste ma ha caratteristiche diverse dall'adulto in quanto ha una sua specificità.

Nell'Ottocento si comincia a dare maggiore attenzione all'infanzia, in seguito all'affermazione del modello della famiglia borghese. In queste famiglie i bambini sono molto importanti perché destinati a portare avanti il nome del nucleo familiare e proprio questo passaggio porterà al riconoscimento del bambino.

Inizia così a diffondersi un nuovo modello d'infanzia come fascia d'età che ha bisogno di protezione e cure specifiche. Qui prevale comunque l'idea di bambino come soggetto incompiuto, che si deve accompagnare nel percorso di crescita verso la maturazione adulta. Tuttavia, si sviluppa anche l'idea che il percorso di apprendistato del bambino verso l'età adulta non debba essere affrettato.

Il Novecento è considerato il secolo del bambino e proprio la scoperta dell'infanzia assume valore nella differenziazione dall'adulthood. Pertanto, si comincia a parlare di educazione dell'infanzia e dei bisogni di crescita del bambino.

Conoscere il minore significa instaurare una relazione interpersonale con un soggetto capace di interagire in maniera attiva e competente con le modalità e caratteristiche che sono proprie alla sua età di vita.

Alcuni pedagogisti del Novecento, come Ellen Key²⁴, Maria Montessori²⁵ e Janusz Korzack²⁶, riconoscono la centralità del bambino, fanno emergere la centralità della sua educazione e sono precursori dell'idea di diritti umani dell'infanzia.

Questo secolo è importante anche per l'inizio del movimento delle "Scuole Nuove", che riguarda un'infanzia scolarizzata e da istruire grazie all'utilizzo di pratiche innovative che si pongono in contrasto con un sistema scolastico non adeguato. Tale movimento di protesta e di rivisitazione dei precedenti sistemi di istruzione viene sostenuto dagli esponenti dell'attivismo come J. Dewey.

²⁴ *Il secolo dei fanciulli*, 1906, ripubblicazione 2019

²⁵ *La scoperta del bambino*, 1948

²⁶ *Come amare il bambino*, edizione 2013

Nel 1950 viene raggiunto l'apice nel riconoscimento dell'infanzia grazie all'unione tra le teorie pedagogiche e l'aspetto giuridico che va ad identificare e sancire i diritti del bambino, considerato persona e cittadino fin dalla sua nascita. Viene riconosciuta l'importanza della tutela del minore grazie alle Carte Internazionali per l'Infanzia: la Dichiarazione di Ginevra (1924), la Dichiarazione dei diritti dei bambini (1959) e la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1989).

3.2 Le Carte Internazionali per l'Infanzia

Le Carte Internazionali per l'Infanzia hanno consentito il passaggio dalla semplice tutela alla promozione del bambino.

La Dichiarazione di Ginevra del 1924 è considerata il primo documento ufficiale in cui viene posta maggior attenzione ai minori. Qui viene evidenziato l'impegno dell'adulto verso il bambino tramite gesti di protezione e di cura relativi ai suoi bisogni primari.

Tale documento si fonda su cinque principi fondamentali:

- Al fanciullo si devono dare i mezzi, sia materiali che spirituali, necessari al suo normale sviluppo;
- Il fanciullo che ha fame deve essere nutrito; il fanciullo malato deve essere curato; il fanciullo il cui sviluppo è arretrato deve essere aiutato; il minore delinquente deve essere recuperato; l'orfano ed il trovatello devono essere ospitati e soccorsi;
- Il fanciullo deve essere il primo a ricevere assistenza in tempo di miseria;
- Il fanciullo deve essere messo nelle condizioni di guadagnarsi da vivere e deve essere protetto contro ogni forma di sfruttamento;
- Il fanciullo deve essere allevato nella consapevolezza che i suoi talenti vanno messi al servizio degli altri uomini²⁷.

²⁷ http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1924.pdf

Nonostante in questo documento si affermi il principio secondo cui il bambino deve essere protetto dal genitore, si continua ad ammettere il lavoro minorile. Il bambino viene considerato una forza lavoro.

Nel 1959 viene pubblicata la Dichiarazione dei diritti del bambino, o la Dichiarazione di New York, nella quale vengono riaffermati “i diritti fondamentali dell’uomo e nella dignità e nel valore della persona umana”²⁸.

Inoltre, viene affermato che “tutti possono godere di tutti i diritti e di tutte le libertà che vi sono enunciate senza distinzione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di ogni altra opinione, d’origine nazionale o sociale, di condizioni economiche, di nascita o di ogni altra condizione”²⁹.

Dal momento che il fanciullo necessita di una particolare attenzione, protezione e cura, sia prima che dopo la nascita, la Dichiarazione di New York invita i genitori, ovvero uomini e donne in quanto singoli, “a riconoscere questi diritti e a fare in modo di assicurare il rispetto per mezzo di provvedimenti legislativi e di altre misure da adattarsi gradualmente in applicazione dei seguenti principi:”³⁰

- Il fanciullo deve godere di tutti i diritti enunciati nella presente Dichiarazione [...];
- Il fanciullo deve beneficiare di una speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni [...];
- Il fanciullo ha diritto, sin dalla nascita, a un nome e una nazionalità;
- Il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale. Deve poter crescere e svilupparsi in modo sano [...];
- Il fanciullo che si trova in una situazione di minoranza fisica, mentale o sociale ha diritto a ricevere il trattamento, l’educazione e le cure speciali di cui esso abbisogna per il suo stato o la sua condizione;
- Il fanciullo, per lo sviluppo armonioso della sua personalità ha bisogno di amore e di comprensione [...];

²⁸ http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1959.pdf

²⁹ *Ivi*, p.2

³⁰ *Ivi*, p, 2

- Il fanciullo ha diritto a una educazione che deve essere gratuita e obbligatoria [...];
- In tutte le circostanze, il fanciullo deve essere fra i primi a ricevere protezione e soccorso;
- Il fanciullo deve essere protetto contro ogni forma di negligenza, di crudeltà o di sfruttamento. [...];
- Il fanciullo deve essere protetto contro le pratiche che possono portare alla discriminazione razziale, alla discriminazione religiosa e ad ogni forma di discriminazione. [...].

Successivamente, nel 1989, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia, la quale sancisce per la prima volta che tutti i bambini hanno diritto alla sopravvivenza, allo sviluppo, alla protezione e alla partecipazione³¹.

A differenza delle precedenti dichiarazioni, tale convenzione diventa legge, infatti, in Italia venne ratificata il 27 maggio 1991. I bambini non sono più considerati degli oggetti ma vengono riconosciuti come soggetti di diritti e, dunque, come cittadini.

Con tale Convenzione si cerca di “rispondere alle richieste sociali di sostegno dei minori”³² le quali possono essere rappresentate dalla formula delle 3P, ovvero Protection, Participation e Provision, in italiano tradotto come Protezione, Partecipazione ed Assistenza.

3.3 I diritti dei bambini con disabilità

Considerando che il bambino, approssimativamente dal 1900, viene considerato come una persona con dei diritti, come un soggetto che può godere di cura e protezione, risulta fondamentale estendere questa concezione anche alle persone con disabilità.

³¹ <https://www.unicef.ch/it/chi-siamo/convenzione-sui-diritti-dellinfanzia#:~:text=Il%2020%20novembre%201989%2C%20,alla%20protezione%20e%20alla%20partecipazione.>

³² https://www.treccani.it/enciclopedia/diritti-dei-minori_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/

“Il processo di inclusione delle persone con disabilità a livello internazionale è iniziato molti anni fa ed è espressione di un cambiamento culturale alla cui base c’è il riconoscimento di diritti anche a questi soggetti³³.”

Sono state introdotte ed elaborate, nel corso del tempo, numerose dichiarazioni che hanno consentito di affermare i diritti delle persone con disabilità. A livello internazionale si è posta attenzione su tale argomento grazie alla Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza del 1989, arrivando poi, nel dicembre del 2006, a pubblicare la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità. A livello nazionale, invece, grazie alla legge n.104 del 1992, rubricata come “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone diversamente abili³⁴”, viene posta attenzione all’autonomia, alla libertà, all’integrazione sociale, alla cura e alla prevenzione, all’istruzione della persona con disabilità.

Da un’analisi attenta del primo documento internazionale, si può cogliere quanto scritto nell’articolo 23, comma 1,2 e 4, ovvero che “gli stati parti riconoscono che i fanciulli mentalmente o fisicamente handicappati devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità. - Gli stati parti riconoscono il diritto dei fanciulli handicappati di beneficiare di cure speciali e incoraggiano e garantiscono, in considerazione delle risorse disponibili, la concessione, dietro richiesta, ai fanciulli handicappati in possesso de requisiti richiesti, e a coloro i quali ne hanno la custodia, di un aiuto adeguato alle condizioni del fanciullo e alla situazione dei suoi genitori o di coloro ai quali egli è affidato. - Tale aiuto è concepito in modo tale che i minori handicappati abbiano effettivamente accesso alla educazione, alla formazione, alle cure sanitarie, alla riabilitazione, alla prestazione al lavoro e alle attività ricreative e possano beneficiare di questi servizi in maniera atta a concretizzare la più completa integrazione sociale e il loro sviluppo personale, anche nell’ambito culturale e spirituale.”³⁵

³³ A. Cesaro, *Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità*, Carocci Faber 2015 (cit. p.11)

³⁴ https://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO%20B_LINEE%20GUIDA.pdf

³⁵ <https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>

Sulla base della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, alle persone con disabilità viene riconosciuto il diritto alla vita in comunità, alle cure sanitarie, alla custodia, all'educazione e alla formazione, alla riabilitazione, al lavoro, ovvero gli stessi diritti che vengono riconosciuti a qualunque bambino.

Nella Convenzione per i diritti delle persone con disabilità ogni singolo Stato Parte si impegna a “garantire e promuovere la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazione di alcun tipo.”³⁶ Inoltre, viene offerto un chiarimento sull'utilizzo della terminologia presente così da non poter creare equivoci, ad esempio all'articolo 2; viene dedicato un articolo, ovvero l'articolo 7, ai minori con disabilità e al pieno godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali ed infine viene trattato l'accrescimento della consapevolezza grazie all'articolo 8.

Tale documento è stato firmato dall'Italia nel 2007 ma solo nel marzo del 2009 è diventato legge italiana.

3.4 La relazione educativa

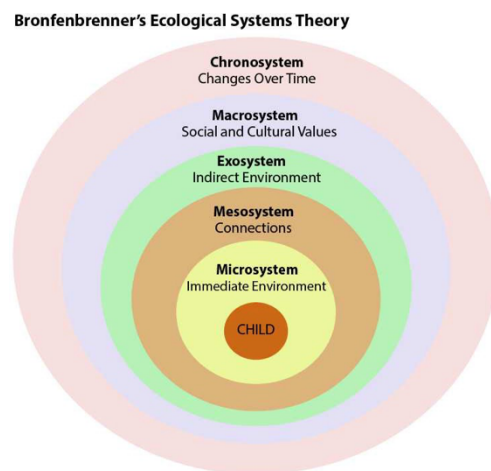
L'educazione è un'azione che ha come scopo quello di intraprendere un processo volto alla massima realizzazione della persona e delle sue potenzialità. Per svolgere tale azione è necessaria la figura dell'educatore professionale, un soggetto che svolge il suo lavoro nei servizi educativi. Inoltre, esistono altre figure che educano, come ad esempio i genitori, il cui primo fine è quello di amare le proprie figlie e i propri figli.

I genitori e le educatrici sono figure educative estremamente importanti per la crescita del bambino, anche se non sono le uniche. Ad esempio, Bronfenbrenner³⁷ in “Ecologia dello sviluppo umano”, ritiene che vi siano presenti altri elementi che vanno ad influenzare, in maniera diretta o indiretta, la crescita del bambino.

³⁶ <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>

³⁷ Psicologo di origini russe che ha dedicato la sua carriera alla ricerca e alla teoria nel campo dello sviluppo dei bambini e dei sistemi familiari (1917 – 2005)

Questa è una teoria sistemica rappresentabile attraverso anelli concentrici dove al centro vi è il minore e la sua crescita ed attorno sono rappresentati i sistemi che influenzano il suo sviluppo, ovvero le relazioni con i genitori, con gli insegnanti, con i coetanei, l'ambiente frequentato dal bambino, l'ambiente lavorativo dei genitori e la cultura. Bronfenbrenner ritiene che sia importante prestare attenzione e preoccuparsi del minore ma che è altrettanto importante porre l'attenzione a tutti i sistemi che compongono la sua vita.



38

L'educatore, per poter svolgere un'azione educativa, deve porre il suo focus su tre categorie fondamentali dell'agire educativo: l'educabilità, la relazione educativa e l'intenzionalità educativa.

L'educabilità corrisponde alla possibilità delle persone di essere educate e di educarsi realizzando il proprio essere, ossia alla possibilità di rispondere ai bisogni di sviluppo dei bambini e alla possibilità che i genitori possano fornire queste risposte. Deve essere presente, quindi, la fiducia nella possibilità di cambiamento delle persone.

La relazione educativa permette di rispondere ai bisogni di sviluppo dei bambini, mentre l'intenzionalità educativa è quell'azione che non può essere costruita su preconcetti, ma dev'essere volutamente ed intenzionalmente direzionata sulla base delle teorie.

³⁸ S. Serbati, *La valutazione e la documentazione pedagogica. Pratiche e strumenti per l'educazione*, Carocci Faber 2020 (cit. p.56)

Inoltre, la figura dell'educatore viene paragonata a quella di un *personal trainer* in quanto si affianca ai genitori e ai bambini mettendo a loro disposizione una palestra, ovvero un ambiente protetto di apprendimento. L'esperienza educativa che costruisce l'educatore viene svolta in un luogo sicuro in cui ai soggetti presenti è permesso di sperimentare le proprie abilità, le proprie competenze, i propri modi per costruire le risposte ai bisogni.

Vi sono quindi due principi che sorreggono la costruzione dell'esperienza educativa, ovvero il principio della continuità e il principio dell'interazione.

Nel primo, Dewey sostiene che "l'esperienza riceve qualcosa da quelle che l'hanno preceduta e modifica in qualche modo la qualità di quelle che seguiranno"³⁹. Ritiene che tale principio possa creare un collegamento fra passato, presente e futuro. Soffermarsi sul presente e su ciò che è importante per la persona, per la famiglia e per il bambino nella quotidianità, richiede necessariamente un collegamento con ciò che è avvenuto prima e con ciò che avverrà dopo. Quindi, nel costruire un'esperienza educativa che riguarda il quotidiano della relazione tra bambini e genitori, è importante aver presente come questa nuova esperienza educativa vada a collegarsi nella storia della famiglia.

Nel secondo principio, Dewey sostiene che l'esperienza educativa diventi vera esperienza quando ciò che sta all'interno del bambino riesce ad essere subordinato e collegato con tutte le altre dimensioni che stanno fuori dalla persona, fuori dal bambino, ossia con il mesosistema, l'esosistema e il macrosistema.

Per poter costruire queste esperienze, è necessaria la dimensione dialogica. L'azione stessa va costruita insieme alle persone e l'educatore assume il ruolo di accompagnatore e di colui che ascolta i processi, le spiegazioni e i modi di agire.

L'educatore è chiamato a costruire esperienze educative per dar vita a situazioni comunicative, di confronto e di dialogo che "a tutti gli effetti abbiano un impatto educativo significativo sull'esistenza delle persone dando loro opportunità di costruire i

³⁹J. Dewey, *Esperienza ed Educazione*, Raffaello Cortina Editore, 2014 (cit. p.21)

loro strumenti affettivi e cognitivi per affrontare la vita e trovare un loro posto nel mondo e soprattutto una traiettoria esistenziale”⁴⁰.

Quando si incontrano entrambe le figure educative significa che ambedue sono pronte a concentrarsi sul presente e sul futuro del bambino ma spesso le loro conversazioni sono influenzate dalle proprie esperienze autobiografiche. Quest’ultime vanno ad influenzare fortemente la qualità e il dialogo tanto da rappresentare, sia per gli educatori che per i genitori, da una parte una forza, dall’altra una fonte di disturbo e di condizionamento.

In tale relazione, il bambino deve essere sempre posto al centro, l’educatore deve rendere chiara la propria intenzionalità educativa e, insieme alla famiglia, deve condurre un dialogo positivo sul bambino comprendendo le sue motivazioni, le sue preoccupazioni e i suoi bisogni.

Sophie Wilder sostiene che i momenti di incontro tra educatori e genitori creano la base per il dialogo ed il sapere condiviso: “senza i genitori, siamo degli stolti”.

Crede che i genitori abbiano dei figli una visione molto più completa ed intima di quella che hanno gli educatori e ritiene utile qualunque particolare sulla vita dei bambini al di fuori della scuola in quanto permette di migliorare il lavoro svolto in classe.

⁴⁰C. Palmieri, *Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell’esperienza educativa della formazione*, Franco Angeli 2018 (cit. p.155)

Conclusioni

L'analisi svolta analizza la relazione educativa specificatamente nel momento in cui interviene una disabilità.

Grazie alla lettura di differenti fonti che si riferiscono alla disabilità, è stato possibile analizzare tale concetto, che nel corso del tempo ha acquisito numerose accezioni: si è passati dal considerare la disabilità come una patologia e ad utilizzare termini discriminanti per indicare un soggetto disabile, al riconoscimento del fatto che tutti i bambini hanno dei diritti e come tali devono essere rispettati.

Tutto ciò viene osservato dal punto di vista della cura: questo termine risuona molto nella lettura di questa relazione in quanto tale nozione può essere considerata come una costante che unisce i diversi aspetti trattati.

Se all'inizio viene collegata al binomio normalità e patologia, successivamente si utilizza facendo riferimento alla relazione famiglia-educatore nei confronti del bambino.

Proprio in questa relazione, per entrambe le figure educative, è di fondamentale importanza prendersi cura del bambino, metterlo al centro di ogni azione educativa, comprendere i suoi bisogni e le sue esigenze.

Questo è ancor più importante nel momento in cui il bambino ha una disabilità: l'educatore deve pensare alla sua azione educativa con intenzionalità mettendo il bambino al centro e comprendendo le sue necessità.

Inoltre, si parla di *positive parenting*, ovvero genitorialità positiva, nella quale i genitori devono rispondere ai bisogni dei bambini, valorizzando i suoi diritti. Si tratta di un'educazione con responsabilità condivisa nella quale la famiglia è la prima agenzia educativa che risponde ai bisogni del minore; tuttavia, tale risposta dipende dalla possibilità che i genitori danno ai figli accedendo ad un livello adeguato di risorse.

Nelle Raccomandazioni R (2006919 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relative alle politiche di sostegno alla genitorialità, nell'articolo 3 vengono evidenziate le "condizioni favorevoli alla genitorialità responsabile, dando accesso a tutti coloro che sono coinvolti nella cura e nell'educazione del bambino a molteplici ed adeguate risorse

e facendo in modo che i comportamenti sociali e gli stili di vita dominanti tengano in considerazione le esigenze dei bambini, ma anche dei genitori”.⁴¹

Per il minore è estremamente importante percepire che vi sia dialogo, fiducia e sicurezza sia da parte del genitore che dall’educatrice perché solo così anche lui riuscirà ad affidarsi e fidarsi.

Per far sì che questo avvenga, vi sono i gruppi di parola, ovvero interventi capaci di introdurre le pratiche educative dell’osservazione, del dialogo e dell’ascolto che hanno lo scopo di favorire le relazioni di fiducia tra queste figure di riferimento, sostenendo la genitorialità.

I gruppi di parola non sono luoghi in cui gli educatori insegnano qualcosa; al contrario, è un momento di scambio di esperienze e di emozioni grazie ai quali vengono proposte tecniche e strumenti attivi e simbolici per poter aiutare i genitori a trasformare la propria esperienza familiare e con i figli.

Tali gruppi di parola, per i genitori hanno l’obiettivo di facilitare l’espressione delle emozioni, di sviluppare un ascolto empatico e comprensivo, di raccontare e riflettere sulla propria esperienza quotidiana, di rivolgere l’attenzione alle proprie difficoltà e di individuare nel confronto con gli altri genitori delle strategie alternative e personalizzate nella gestione della relazione educativa con i propri figli.

Per l’educatrice, invece, permette di conoscere le storie e gli stili educativi familiari e comprendere attraverso i racconti dei genitori le caratteristiche e le risorse dei bambini di cui si inizia a prendersi cura.

⁴¹ <https://rm.coe.int/16806a4565>

Ringraziamenti

A mamma e papà,

pilastri della mia vita sempre in qualsiasi momento. Fin dall'inizio mi avete sostenuta e lasciata libera di intraprendere questo percorso nonostante le mille insicurezze e le paure personali. Mi avete retto nei momenti in cui non riuscivo a camminare in autonomia, mi avete valorizzata quando vedevo tutto buio, mi avete detto 'brava' quando mi avete visto orgogliosa di quello che stavo facendo. A voi devo tutto: devo l'educazione e il rispetto che mi avete insegnato, devo questa grande opportunità, devo la persona che sono oggi e i traguardi che ho e sto raggiungendo.

Non sono la figlia perfetta e non ho il miglior carattere, ma sto mettendo tutta me stessa nel migliorarmi.

Spero che voi siate orgogliosi di me quanto io lo sono di voi!

A Mattia,

al miglior dono che mamma e papà potessero farmi: un fratello di solo diciotto mesi più piccolo, un complice nella vita, un amico di cui posso sempre fidarmi ed è sempre presente al mio fianco. A volte mi chiedo come fai a non rispondermi male e l'unica risposta che mi do è che il nostro rapporto si basa su un bene talmente tanto profondo che è impossibile perdere. Da piccoli ci battibeccavamo fin troppo ma nonostante questo ci cercavamo un sacco. I tempi passano ma le abitudini no: quando uno non c'è l'altro chiede alla mamma dov'è. La verità è che io e te non riusciamo a stare troppo lontani, abbiamo bisogno uno del supporto e della presenza dell'altro.

Al miglior regalo della vita, grazie!

A tutta la mia famiglia,

punto saldo e delicato a cui tengo molto. Nulla è scontato ed io sono estremamente fortunata e grata ad avere una famiglia così!

Alla Nonna Assunta e al Nonno Gigio,

voi che mi avete vista crescere e che mi avete sopportata giorno dopo giorno.

Voi che, fin da quando sono piccola, mi aiutate nei miei momenti di nervosismo e di pianto isterico accogliendomi con una coccola e con parole motivazionali.

Voi che da sempre credete nella mia passione più di quanto ci creda io.

A te Nonna che preghi sempre pur di farmi sentire protetta e al sicuro, a te che sei talmente tanto orgogliosa della mia passione che mi vieni a trovare a lavoro, a te che vuoi essere partecipe sempre delle varie attività fatte a scuola, a te che dimostri quotidianamente di essere fiera di me. Tu che dici sempre di non aver avuto la possibilità di studiare, ma hai avuto la fortuna di averla trasmessa ai tuoi nipoti, grazie Nonna!

A te Nonno che con poche parole dimostri di essere fiero ed orgoglioso di quello che faccio, a te che ti interessi dei miei progressi, a te che sei estremamente riservato ma estremamente fiero, a te che con un semplice sorriso e una semplice domanda mi riempi il cuore. A te Nonno, grazie!

A Gaia ed Anna,

inizialmente solo compagne di squadra, successivamente compagne di un'amicizia estremamente bella. Grazie alla pallavolo ci siamo unite e mai più staccate.

Punti fissi nonostante i mille impegni, nonostante tutte le difficoltà ma comunque presenti l'una per l'altra. In questi anni abbiamo imparato a conoscerci, non siamo di grandi parole, siamo di piccoli gesti che valgono di più: un pensiero durante la giornata, un presente dopo un viaggio, le serate fatte a tisana e chiacchiere, le feste organizzate all'ultimo con il solo scopo di divertirsi tutte insieme.

Ad oggi colonne importanti della mia vita che nonostante tutto ci sono e ci saranno, Grazie, vi voglio bene!

Ad Alessia e Giorgia,

compagne di questo magnifico percorso. All'inizio non ci siamo troppo considerate ma un giorno abbiamo deciso di far incrociare le nostre vite e condividere ciò che stavamo vivendo.

A te Alessia, tu che sei diventata fondamentale nella mia vita, una complice perfetta. Io e te così tanto uguali che nonostante la distanza riusciamo a pensare la stessa cosa senza metterci d'accordo. Non sei solo la compagna di corso, la compagna di feste o la compagna di idee pazze, ma sei l'amica che ho avuto la fortuna di incontrare e che non

farò scappare. Sempre di supporto l'una all'altra, entrambe con idee poco fattibili ma insieme, anche se sclerate, riusciamo a concluderle. Sono grata ad averti incontrato e sono altrettanto contenta nel poter condividere questo inizio di vita da donne adulte a tutti gli effetti con te. La distanza non ci ha mai fermate, tanto da poter fare quasi un gemellaggio tra Padova e Vicenza.

Grazie a te, così dura ma così sensibile, che vivi le mie gioie come se fossero le tue!

A Giorgia,

tu che ti sei fatta conoscere a metà percorso ma da quel momento è scattata in noi quella sintonia che non ci ha fatto più staccare. Abbiamo condiviso momenti di estremo divertimento e di risate e momenti in cui la stanchezza e la quantità degli esami prendevano il sopravvento. Te, estremamente riservata che mi hai permesso di far parte della tua vita condividendo un percorso ed una passione.

Grata ad averti incontrato!

Grazie a tutti coloro che fanno parte della mia vita, che mi sostengono e supportano quotidianamente, che mi vedono crescere e cambiare anche se l'unica cosa che non è mai cambiata è la mia passione.

A tutti i bambini che fino ad ora ho incontrato e a tutti quelli che incontrerò, grazie perché lasciate qualcosa di indelebile in me.

A me stessa,

così fragile ed insicura ma altrettanto determinata. Mai avrei pensato di essere capace di raggiungere tutto questo: per la prima volta posso dire di essere estremamente orgogliosa del mio percorso e di me stessa.

A lei professore S. Aurora,

la volevo ringraziare per l'estrema disponibilità e presenza mostrata in questi mesi di lavoro.

Non serve tanto, basta trovare le persone che siano un valore aggiunto alla tua vita!

Bibliografia e sitografia

<https://it.pearson.com/aree-disciplinari/agora/filosofia/filosofia-nostro-tempo/cura-paradigma-etico-nostri-tempi.html>

<https://it.wikipedia.org/wiki/Dasein>

<https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+sull%27integrazione+scuola+degli+alunni+con+disabilit%C3%A0.pdf/7e814545-e019-e34e-641e-b091dfae19f0>

<https://www.istruzione.it/sistema-integrato-06/allegati/decreto%20ministeriale%2022%20novembre%202021,%20n.%20334.pdf>

<https://www.miur.gov.it/documents/20182/50012/Linee+guida+corresponsabilit%C3%A0+educativa.pdf/07f61a8f-1b7c-4085-9387-2ab3b3deec40?version=1.0&t=1476199024484>

<https://www.istruzione.it/sistema-integrato-06/allegati/Documento%20base%20Orientamenti%20nazionali%20per%20i%20servizi%20educativi%20per%20l'infanzia.pdf>

<https://www.associazionemille.it/wp-content/uploads/2020/05/Le-mansioni-proibite-dellEducatore.pdf>

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=2599&area=saluteBambino&menu=vuoto>

http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1924.pdf

http://images.savethechildren.it/f/download/CRC/Co/Convenzione_1959.pdf

<https://www.unicef.ch/it/chi-siamo/convenzione-sui-diritti-dellinfanzia#:~:text=Il%2020%20novembre%201989%2C%20I,alla%20protezione%20e%20alla%20partecipazione>

https://legale.savethechildren.it/wp-content/uploads/wpallimport/files/attachments//_DatasImport/pdf/Conv_NY1989.pdf

https://www.treccani.it/enciclopedia/diritti-dei-minori_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>

<https://www.unicef.it/convenzione-diritti-infanzia/articoli/>

<https://rm.coe.int/16806a4565>

L. Alici, Cura e narrazione. Tra filosofia e medicina, Morcelliana 2023

G. Canguilhem, Il normale e il patologico, Einaudi 1998

G. Boniolo, Decidere, morire, essere nella medicina di oggi, Mmesis Milano-Udine 2023

M. Heidegger, Essere e tempo, Longanesi 2005

S. Tusino, L'etica della cura – un altro sguardo sulla filosofia morale, Franco Angeli 2021

V. Gheno, Chiamami così – normalità, diversità e tutte le parole nel mezzo, Il Margine 2023

B. Alemagna, Che cos'è un bambino?, Milano Topipittori 2008

A. Cesaro, Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità, Carocci Faber 2015

J. Dewey, Esperienza ed Educazione, Raffaello Cortina Editore, 2014

C. Palmieri, Dentro il lavoro educativo. Pensare il metodo, tra scenario professionale e cura dell'esperienza educativa della formazione, Franco Angeli 2018

L. Agostinetto, Educare. Epistemologia pedagogica logica formativa e pratica educativa, Pensa Multimedia 2013

Martine Abdallah-Preteille, verso una pedagogia interculturale, Economica 1992

E. Key, Il secolo dei fanciulli, 1906, ripubblicazione 2019

M. Montessori, La scoperta del bambino, 1948

J. Korzack, Come amare il bambino, edizione 2013

S. Serbati, La valutazione e la documentazione pedagogica. Pratiche e strumenti per l'educazione, Carocci Faber 2020