UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE
Dipartimento di Scienze della Formazione
Scuola dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale
Dottorato in Pedagogia – XXV ciclo

LA DOPPIA DIFFERENZA: BAMBINI DISABILI FIGLI DI MIGRANTI.

UNO STUDIO DI CASO

Dottorando: ORIETTA CIAMMETTI

Docente Guida: Prof.ssa ANNA ALUFFI PENTINI

Direttrice della Scuola Dottorale: Prof.ssa GIUDITTA ALESSANDRINI

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Tu lascerai ogni cosa diletta
più caramente; e questo è quello strale
che l'arco dello essilio pria saetta.
Tu proverai sì come sa di sale
lo pane altrui, e com'è duro calle
lo scendere e 'l salir per l'altrui scale.
Dante Alighieri
Paradiso, canto XVII, vv. 55-60

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutte le persone che mi hanno accompagnato durante questo percorso, esprimendo a tutti la mia riconoscenza.

Il primo ringraziamento va alla prof.ssa Anna Aluffi Pentini che, oltre ad avermi magistralmente guidato ed accompagnato, ha umanamente condiviso un percorso di crescita culturale, professionale e personale. Lavorare ancora insieme a lei è stata una ulteriore grande opportunità di esprimere la passione e la motivazione alla "cura" dell'altro.

Ringrazio il prof. Massimiliano Fiorucci per la fiducia, la disponibilità ed il sostegno ricevuto attraverso i suoi preziosi consigli e suggerimenti.

Voglio ringraziare tutti gli operatori del TSMREE, che mi hanno accolto facendomi sentire "una di loro". In particolare, il mio ringraziamento va alla dott.ssa Patrizia Castellani che, generosamente, ha messo a disposizione la sua speciale umanità, la sua grande conoscenza e competenza e che ha condiviso con me la fiducia nel possibile cambiamento e miglioramento. Un grazie speciale ai bambini che ho incontrato ed alle loro famiglie, per essersi affidati ed avermi consentito di entrare ed essere parte delle loro storie.

Grazie a mio marito, Donatello, che amorevolmente, pazientemente e discretamente, mi ha sempre affiancato e sostituito nella vita, concedendo spazio al mio lavoro. Ai miei figli Marzia, Marco e Myriam grazie per non avermi fatto sentire in colpa quando li ho trascurati e per condividere e sostenere sempre i miei ideali.

Un pensiero ai miei genitori, grazie!

INDICE

PREMESSA **10**

LO STATO DELL'ARTE SULLE RICERCHE

INTERNAZIONALI E NAZIONALI **16**

PRIMA PARTE – I PRESUPPOSTI TEORICI

Cap. 1 LA MIGRAZIONE **32**

1.1 le persone migranti **33**

1.2 Le teorie sulla migrazione **35**

1.3 Il *metissage* **43**

1.4 Il ciclo migratorio **46**

1.4.1 Le fasi del ciclo migratorio **47**

1.5 La vulnerabilità in migrazione **50**

1.6 Il trauma della migrazione **51**

1.7 La resilienza **53**

1.8 I meccanismi di *coping* **62**

Cap. 2 IDENTITA' E ETNICITA' **68**

2.1 La costruzione dell'identità personale e sociale **71**

2.1.1 Le fasi del processo di costruzione dell'identità **74**

2.2 Identità etnica e migrazione **84**

2.3 Le strategie identitarie della seconda generazione di migranti **86**

2.4 Diversità e differenze culturali **90**

2.5 Differenze culturali e competenza interculturale **94**

Cap. 3 LA DISABILITA': VARIAZIONE DEL FUNZIONAMENTO UMANO **106**

3.1 La classificazione ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health **111**

3.1.1 Dall'ICDH all'ICF **111**

3.1.2 Aspetti innovativi dell'ICF **118**

3.1.3 Obiettivi dell'ICF **120**

3.1.4 Struttura dell'ICF **121**

3.2 L'ICF-CY – International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth **124**

3.3 La valutazione della disabilità secondo il modello ICF **126**

3.4 Il protocollo di valutazione cognitiva nei Servizi di primo livell **129**

3.4.1 I test cognitivi **131**

3.4.2 La valutazione degli alunni con Difficoltà di Apprendimento **145**

3.4.3 La valutazione cognitiva dei bambini figli di migranti in Italia **163**

3.4.4 Origini dell'assessment multiculturale **169**

3.4.5 L'assessment multi metodologico **178**

3.5 La Clinica Transculturale **180**

3.5.1 L'universalità psichica **184**

3.5.2 La codifica culturale **185**

3.5.3 Il trauma dell'esilio **187**

3.5.4 La posizione dei curanti **189**

3.5.5 Il dispositivo di consultazione transculturale dell'Ospedale di Avicenne **191**

3.6 L'Intersezionalità **195**

SECONDA PARTE - LO STUDIO DI CASO

Cap. 4 IL DISEGNO DELLA RICERCA **207**

4.1 Giustificazione della ricerca **209**

4.2 Metodologia della ricerca **217**

Cap. 5 RACCOLTA E ANALISI DEI DATI **223**

5.1 I numeri delle migrazioni **224**

5.1.1 I bambini disabili figli di migranti nella scuola primaria **227**

5.2 Lo studio di caso **232**

5.2.1 Introduzione al S.S.N. – Servizio Sanitario Nazional **233**

5.2.2 Il punto di vista degli Operatori del T.S.M.R.E.E. **238**

5.2.3 L'osservazione del contesto **246**

5.2.4 Le procedure di accoglienza nel Servizio **252**

5.2.5 La presa in carico **253**

5.2.6 Analisi delle cartelle cliniche e costruzione delle biografie **254**

5.2.7 Considerazioni generali sui casi esaminati **287**

5.2.8 Analisi delle richieste di accoglienza nell'anno 2011 **293**

Cap. 6 PROPOSTE OPERATIVE **298**

6.1 La realizzazione delle azioni **299**

6.1 Progetto integrato di accoglienza transculturale **301**

6.2 Laboratorio di potenziamento lessicale **305**

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE **315**

BIBLIOGRAFIA **331**

SITOGRAFIA **351**

RIFERIMENTI NORMATIVI **353**

ALLEGATI **358**

1. Convenzione di stage e progetto formativo INMP
2. Rilevazione dati e circolare USR Lazio
3. Rilevazione dati Distretto XVII
4. Codifica delle diagnosi cliniche e allegato B
5. Ripartizione dati per distretto scolastico 2011
6. Traccia per colloqui operatori
7. Schede anamnestiche 20 casi
8. Rilevazione accessi al servizio 2011
9. Progetto integrato di accoglienza transculturale
10. Traccia per accoglienza genitori

INDICE DELLE FIGURE

Cap. 1

Fig. 1 Teorie sulla migrazione

Fig. 2 Le tappe del progetto migratorio

Fig. 3 Fattori di vulnerabilità in migrazione

Fig. 4 Fattori di *coping*

Cap. 2

Fig. 5 Triangolo della differenza culturale

Fig. 6 Modello a piramide della competenza interculturale

Fig. 7 Modello del processo-orientamento della competenza interculturale

Cap. 3

Fig. 8 Modello dell'ICDH

Fig. 9 Modello concettuale dell'ICF

Fig. 10 Struttura dell'ICF

Fig. 10 Struttura della WISC-IV

INDICE DELLE TABELLE

I PARTE

Cap. 1

Tab. 1 Fattori di influenzamento sui comportamenti resilienti nelle situazioni di immigrazione

Cap. 2

Tab. 2 Stadi di sviluppo secondo E. Erikson

Cap 3

Tab. 3 Le scale di Wechsler
Tab. 4 Protocollo di valutazione per sospetto DSA – Disturbo Specifico dell'Apprendimento

II PARTE

Cap 1

Tab. 5 Distribuzione degli alunni stranieri a.s. 2011/2012

Tab. 6 Riepilogo dati relativi agli alunni con certificazione di sostegno nei 20 Distretti Scolastici nell'anno 2011
Tab. 7 Griglia di classificazione dei dati emersi dai colloqui con gli Operatori

PREMESSA

Il progetto di ricerca di dottorato nasce da una riflessione sulla condizione di “doppia diversità” in cui vengono a trovarsi bambini e ragazzi quando la disabilità incrocia la migrazione. Per coloro che vivono questa doppia differenza, si prospetta una doppia sfida di inclusione. Con modalità e con effetti diversi, la sfida riguarda anche coloro che, a diverso titolo, entrano in contatto con tale condizione di doppia fragilità. Le istituzioni, dai servizi sanitari alle agenzie formative, si trovano nella necessità di ri-pensare le proprie prassi per poter formulare risposte concrete a domande puntuali, normali e quotidiane.

In passato, nella fase iniziale dei flussi migratori nel nostro Paese, le politiche migratorie si sono basate su interventi in regime di urgenza ed emergenza, Attualmente, invece, in relazione allo stabilizzarsi dei processi migratori verso l’Italia ed alla continuità e regolarità degli arrivi, si è reso necessario un iter normativo fortemente articolato e la messa a punto di prassi di integrazione ed inclusione che possano rispondere adeguatamente alle nuove istanze.

Questo riguarda evidentemente anche la scuola che accoglie e i servizi sanitari che devono collaborare con le altre istituzioni per garantire interventi volti alla piena inclusione dei bambini disabili figli migranti.

Nelle nostre istituzioni scolastiche è sempre più considerevole la presenza di bambini e ragazzi che presentano difficoltà di varia natura e che, al tempo stesso, non sono cittadini italiani. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di soggetti migranti di seconda generazione, nati in Italia da genitori non italiani, che hanno attraversato il percorso migratorio. In alternativa ed in piccola parte, si possono identificare anche bambini e ragazzi che si sono ricongiunti ai propri genitori nel paese di accoglienza. Così come la scuola, anche i servizi sanitari si trovano di fronte ad un bisogno ed una richiesta

sempre crescente di assistenza da parte della popolazione migrante, che viene esplicitato sia direttamente dalle famiglie, sia, ed in maggior misura, da parte della scuola e che riguarda in maniera prioritaria le difficoltà che incontrano i bambini in ambito didattico. Tali difficoltà necessitano di essere valutate e classificate, allo scopo di poter intraprendere percorsi terapeutici ed educativi mirati ed individualizzati.

Il presente progetto di ricerca verte sulle tematiche riguardanti la doppia differenza - essere disabile ed essere migrante - con l'obiettivo di mettere in evidenza a) le problematicità che da tale condizione possono emergere b) le modalità e la qualità degli interventi attraverso i quali la sanità e la scuola tentano di dare risposta a tali problematicità c) le possibili azioni aggiuntive e complementari che possono essere messe in atto per favorire l'inclusione e l'integrazione dei bambini disabili con carattere migrante.

La tesi è divisa in due parti: la disamina della letteratura e la ricerca sul campo.

La prima parte comprende la descrizione dello stato dell'arte delle ricerche nazionali ed internazionali che incrociano i due ambiti, disabilità e migrazione, ed è stata condotta con l'obiettivo di individuare elementi utili ad orientare il successivo percorso di approfondimento.

La letteratura scientifica nazionale ed internazionale, che è stata oggetto di studio riguardo al tema della disabilità in migrazione si focalizza, principalmente, su indagini di carattere quantitativo, che hanno l'obiettivo di formulare, in termini statistici, l'entità del fenomeno. In tempi recenti, sono state realizzate indagini quanti-qualitative, sia in ambito nazionale che internazionale, ma ancora relativamente scarsa appare la letteratura sulla doppia diversità.

La prima parte del lavoro, si articola in tre capitoli: la migrazione, l'identità e la disabilità.

Il primo capitolo affronta il tema mettendo in evidenza le caratteristiche delle persone migranti ed esplorando le diverse teorie migratorie.

Sono state approfondite le eventuali conseguenze del progetto migratorio sui soggetti migranti, con particolare riferimento alla condizione di vulnerabilità psichica a cui sono esposti e del trauma ad essa conseguente. In relazione a ciò è stato illustrato il concetto di resilienza e le capacità di fronteggiamento del trauma attraverso l'attivazione di meccanismi di *coping.*

Il secondo capitolo, mette in relazione identità sociale e condizione di vulnerabilità evidenziando le influenze negative di situazioni di esclusione del migrante sulla costruzione dell'identità personale e sociale. In relazione a ciò vengono illustrate le fasi del processo di costruzione dell'identità, per poi descrivere la relazione esistente tra la condizione di migrazione e la consapevolezza della propria identità etnica. Particolare attenzione viene riservata alle strategie identitarie della seconda generazione di migranti, in relazione alla condizione di doppia appartenenza culturale. E' stata, altresì, identificata nello sviluppo della competenza interculturale, una delle possibili risorse per la gestione dell'incontro/scontro tra differenze e somiglianze.

Alla luce delle classificazioni internazionali il terzo capitolo illustra la nuova interpretazione del concetto di disabilità, che fonda le sue radici sul modello bio-psico-sociale, che sottolinea la correlazione tra la salute degli individui e l'ambiente sociale e definisce la disabilità come "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole". Viene posto l'accento, quindi, sulla necessità di proporre un modello di valutazione che, oltre a definire le condizioni di salute e malattia, sia pensato in un ottica di globalità.

Vengono poi illustrate in questo capitolo le metodologie adottate per condurre la valutazione dei bambini disabili migranti nei servizi sanitari, sottolineando la necessità di riflettere sulla loro effettiva efficacia e valutando le possibili alternative e/o adattamenti.

Il terzo capitolo contiene anche un'analisi delle pratiche di clinica transculturale, dalla quale trarre ispirazione per la definizione di una metodologia di valutazione che tenga conto delle differenze culturali e delle possibili conseguenze del progetto migratorio in relazione alle condizioni di vulnerabilità a cui le persone migranti possono essere esposte

La ricerca sul campo, illustrata nella seconda parte del lavoro, si divide in tre capitoli: il disegno della ricerca, la raccolta e l'analisi dei dati e le proposte operative.

Il quarto capitolo, intitolato "Il disegno della ricerca" , descrive la giustificazione del progetto e la metodologia utilizzata per il suo svolgimento.

La domanda della ricerca deriva dalla considerazione che la valutazione diagnostica dei bambini migranti viene effettuata utilizzando un protocollo che comprende strumenti diagnostici pensati, messi a punto e validati per la popolazione occidentale. Questo potrebbe condizionare negativamente il percorso valutativo e ne potrebbe derivare l'attribuzione di diagnosi non corrette. Alla luce di ciò si è ritenuto utile effettuare un'indagine che consentisse di conoscere ed approfondire le metodologie diagnostiche utilizzate nei servizi sanitari, al fine dell'accertamento della condizione di disabilità.

Si è, pertanto, scelto di effettuare lo studio di caso all'interno di un servizio pubblico di diagnosi e cura per l'età evolutiva, che consente di raccogliere gli elementi utili per chiarire i fattori di dubbio rispetto alle supposizioni avanzate. La metodologia dello studio di caso viene, infatti, utilizzata per svolgere una indagine qualitativamente e quantitativamente integrata, che possa favorire la conoscenza del processo esplorato e del contesto reale.

Il quinto capitolo, intitolato "Raccolta e analisi dei dati", descrive l'entità del fenomeno relativo alla presenza di bambini disabili migranti nelle scuole primarie di Roma e provincia nell'anno scolastico 2011/2012, ottenuto attraverso una raccolta di dati quantitativi presso l'Ufficio Scolastico Regionale del Lazio. L'obiettivo di tale raccolta

è stato quello di definire in quale territorio poter effettuare lo studio di caso, in relazione alla consistenza del numero di bambini migranti in condizione di disabilità.

Lo studio di caso si è svolto pertanto durante un periodo di stage durato circa due anni, presso il TSMREE – Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva della ASL RMC Distretto 9, ubicato nel territorio del XVII Distretto Scolastico, che accoglie un considerevole numero di bambini disabili figli di migranti.

E' stata quindi effettuata la descrizione del campo della ricerca attraverso l'esplorazione degli aspetti organizzativi del Servizio, delle procedure di accoglienza e di presa in carico dell'utenza. Per fare ciò, oltre all'osservazione personale, sono stati interpellati gli operatori, per conoscere il loro punto di vista sia riguardo all'ipotesi della ricerca, sia rispetto alle procedure messe in atto per rispondere alle necessità manifestate dai bambini disabili migranti accolti all'interno del Servizio.

Per quanto riguarda la raccolta dei dati illustrata in questo capitolo, la consultazione delle cartelle cliniche ha consentito di costruire le biografie relative a 20 casi, scelti tra quelli esaminati, ordinati sulla base delle diverse tipologie identificate.

Gli altri dati presentati derivano dall'osservazione partecipata effettuata nel servizio e dall'analisi critica delle procedure di accoglienza, di diagnosi e cura.

Il sesto capitolo, intitolato "Proposte operative", descrive due progetti proposti al Servizio durante il periodo di stage: il progetto integrato di accoglienza transculturale e il laboratorio di potenziamento lessicale. Tali proposte rappresentano un'ulteriore articolazione del progetto di ricerca sul campo, che ha tratto ispirazione dalla metodologia della ricerca-azione o ricerca-intervento.

Il Progetto integrato di accoglienza transculturale è stato pensato come possibile risposta alle criticità emerse in relazione alle procedure di accoglienza delle famiglie migranti.

Il Laboratorio di potenziamento lessicale qui descritto è stato proposto in considerazione del carattere di omogeneità delle patologie rilevate dall'analisi delle cartelle cliniche. I problemi più frequentemente riscontrati vengono descritti in questo capitolo in particolare in relazione alle biografie prese in considerazione.

Vengono quindi illustrati gli interventi proposti che si sono svolti per un arco di tempo limitato ma utile all'individuazione di buone prassi generalizzabili ai contesti in cui sono presenti bambini disabili figli di migranti. Oltre all'importanza dei colloqui di accoglienza presso i servizi sanitari territoriali, che si avvalgono di una competenza specifica in ambito interculturale, risulterebbe ancora più significativo se la medesima prassi fosse seguita in altri ambiti, quali la scuola, le istituzioni educative extrascolastiche e i servizi alla persona, che potrebbero, attraverso l'analisi in chiave transculturale dei diversi bisogni emergenti, operare un primo screening, rinviando alla procedura diagnostica vera e propria, soltanto in presenza di indicatori riferibili ai criteri psicodiagnostici indicati nei manuali. Ciò determinerebbe un minor impegno a carico dei bambini sottoposti ad indagini valutative che potrebbero risultare di scarsa rilevanza e, contemporaneamente eviterebbe il sovraccarico di richieste di intervento diagnostico e terapeutico presentate ai servizi sanitari territoriali che, notoriamente, non sono in grado di rispondere a tutte le richieste.

Determinare la natura linguistico-culturale del deficit, ad esempio in ambito scolastico, attraverso l'utilizzo di strumenti pedagogici, consentirebbe di affrontare il problema in maniera precoce attivando, come nell'esperienza portata avanti durante lo stage nel TSMREE, laboratori di potenziamento del lessico, di alfabetizzazione per L2, di training fonologico e metafonologico che non richiedono particolari competenze di tipo sanitario, bensì di carattere pedagogico-educativo-didattico.

STATO DELL'ARTE SULLE RICERCHE INTERNAZIONALI E NAZIONALI

In questo capitolo sarà illustrato lo stato dell'arte della letteratura, nazionale ed internazionale, riguardante le indagini sullo stato di "doppia diversità", che si verifica quando soggetti migranti si trovano anche in una condizione di disabilità.

L'analisi della letteratura che incrocia i due ambiti, disabilità e migrazione, ha evidenziato un fenomeno che accomuna molti Paesi: sono state svolte numerose ricerche nazionali ed internazionali sulla condizione di straniero e sui processi migratori ed altrettante sul fenomeno della disabilità, ma scarso risulta il patrimonio conoscitivo relativo all'incrocio delle due condizioni: essere disabile immigrato o figlio di migranti.

Partendo da questo presupposto è stata svolta un'indagine attraverso la ricerca di testi, documenti *online*, banche dati, rapporti e saggi, che ha consentito di individuare alcune fonti nazionali ed internazionali, dalle quali attingere per poter definire lo stato dell'arte sul tema della disabilità in migrazione.

Il fenomeno è stato studiato in diverse aree scientifiche quali: l'antropologia culturale (Pizza, 2005; Ingstad, Reynolds e White, 1995), la pedagogia interculturale (Giraud e Moro, 2009; Santerini, 2003), la pedagogia speciale (Canevaro, 1999; Caldin, 2010) la sociologia (Soriano, 2009; Cryssochoou, 2006), la psicologia (Giuliani, Bellomira e Borghetto, 2010; Finzi, 2006) e l'etnopsichiatria (Beneduce, 2004; Moro, Neuman e Réal, 2010). Ciò ha consentito di inquadrare l'argomento da diversi punti di vista: statistico, familiare, scolastico, sanitario, culturale.

In Italia, negli ultimi cinque anni, in risposta ai bisogni espressi dalle istituzioni educative e sociosanitarie, che si trovano ad affrontare il problema dell'integrazione scolastica dei bambini disabili stranieri, la ricerca ha posto l'accento sul fenomeno in questione, partendo da indagini che potessero stabilirne l'entità attraverso ricerche di

tipo quantitativo/statistico, in contesti che presentano un alto tasso di migrazione come, ad esempio, le città di Bologna, Cesena, Brescia, Milano, Piacenza, Pavia.

Le ricerche svolte in alcuni Paesi europei, a forte tasso di immigrazione, invece, si riferiscono a fenomeni migratori avvenuti in tempi molto precedenti al nostro ed in condizioni storiche e culturali diverse (Leman, 1991; Werning, Löser e Urban, 2008).

Più recentemente sono state condotte alcune ricerche che hanno approfondito alcune correlazioni tra la disabilità in migrazione e le necessità scolastiche, l'educazione, le implicazioni familiari, il bilinguismo, che si sintetizzano di seguito.

Le ricerche internazionali

Nonostante l'esistenza molto limitata di letteratura scientifica in tema di disabilità in migrazione, è stato possibile identificare alcune ricerche svolte in Europa, che analizzano in maniera congiunta i due aspetti della disabilità e della differenza culturale: un Progetto di Azione 2 Comenius dal titolo "Lo sviluppo delle Condizioni per i Bambini Disabili di Zingari e Lavoratori Migranti Progetto Handicap" realizzato tra 1996 e 1998 in nove stati europei; un Progetto di Azione 2 Comenius dal titolo: "Materiali didattici per Alunni Disabili e di Provenienza Estera "condotto tra il 1999 e 2001 su tre paesi europei; la Conferenza Europea sui Bambini Migranti in Situazione di Handicap tenutasi a Copenhagen il 7 e l'8 Giugno 1999.

Altri filoni di ricerca, indagando sull'educazione degli alunni immigrati, hanno affrontato anche il tema della disabilità. In Belgio, Leman (1991) rileva un numero eccessivo di bambini immigrati nell'educazione speciale, soprattutto con diagnosi di ritardo mentale lieve; alla fine degli anni '80 in Belgio, nelle scuole speciali primarie, la percentuale di immigrati supera il 20%. In Grecia, Palaiologou (2007) ha effettuato una ricerca sugli alunni provenienti dall'Unione Sovietica, rilevando che questi manifestano bisogni di tipo psicosociale, da risolvere con interventi socio-educativi e linguistici.

L'iniziativa più importante e determinante nel delineare il fenomeno a livello europeo e che riassume le ricerche precedenti, è stata quella promossa nel 2005 dall'Agenzia Europea per lo sviluppo dell' Istruzione degli Alunni Disabili, che ha realizzato un progetto di ricerca denominato "Diversità Culturale e Handicap", conclusosi nel 2009 (Grounberger, Kyriazopoulou, Soriano 2009).

"Nell'area dell'handicap, i professionisti, i ricercatori e i dirigenti dell'Unione Europea e nazionali hanno dimostrato un interesse crescente per la situazione scolastica degli alunni disabili immigrati. Tuttavia, anche se gli stati membri dell'Unione Europea dimostrano interesse nel migliorare le proprie politiche scolastiche nazionali e le prassi didattiche al fine di tenere conto della nuova identità multiculturale della popolazione in età scolare, non è stata realizzata alcuna ricerca su larga scala dell'impatto di questo cambiamento nel rapporto handicap e istruzione in Europa. Il progetto tematico condotto dall'Agenzia è la prima iniziativa che tenta di esaminare il problema dell'inserimento degli alunni disabili immigrati nelle scuole europee" (Grounberger, Kyriazopoulou, Soriano 2009, 15).

L'obiettivo principale dell'indagine è stata la riflessione sui bisogni scolastici di alunni provenienti da contesti migratori che presentano una disabilità. La ricerca vuole evidenziare "come i paesi europei accolgono le richieste scolastiche degli alunni disabili aventi anche origini etniche diverse" (Grounberger, 2009, 9).

Hanno partecipato al progetto 25 Paesi europei[1]. Ogni Paese ha prodotto un report[2] sulla propria situazione in relazione alla presenza di bambini disabili provenienti da contesti migratori.

[1] Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna, Svezia, Svizzera, Ungheria.

[2] www.european-agency.org

In ciascun report sono stati definiti i dati esistenti sul piano locale e nazionale, la popolazione target, le opportunità scolastiche, le misure di sostegno e gli strumenti di valutazione che consentono di identificare i bisogni educativi dei bambini con disabilità figli di migranti.

La letteratura scientifica esaminata ha evidenziato l'impossibilità di definire un quadro globale statico e confrontabile del numero degli alunni immigranti in situazione di handicap. Da un punto di vista statistico, infatti, risulta complessa qualsiasi classificazione sulla migrazione in chiave internazionale, a causa della molteplicità dei sistemi statistici nazionali.

Rispetto alle problematiche e alle metodologie educative, il quadro che emerge è estremamente eterogeneo nei diversi Paesi. Non esistono banche dati che incrocino le due caratteristiche: la disabilità e la diversità culturale.

Ogni paese promuove politiche di integrazione ed azioni educative rivolte agli alunni disabili che vengono estese anche agli alunni migranti con disabilità, senza tenere conto delle peculiarità che bambini "doppiamente diversi" possono presentare. Gli interventi educativi tendono a separare le due caratteristiche, concentrandosi o sulla disabilità o sull'appartenenza culturale.

"Ci sono diverse opinioni sulle strategie da adottare per migliorare la qualità dell'istruzione offerta agli alunni disabili immigrati [….] sembra che il principale motivo di disaccordo sia il posto e il ruolo della lingua madre degli alunni in classe. […] alcuni ricercatori sono a favore dell'istruzione bilingue, altri si schierano sul fronte opposto argomentando l'importanza per gli alunni di usare solo la lingua del paese ospitante. […] l'uso della lingua madre dell'alunno a scuola può essere visto come un sostegno didattico per gli alunni, ma può anche presentare il rischio di escludere gli alunni dal gruppo" (Grounberger, 2009, 18).

Utilizzando la lingua materna in classe, il bambino straniero potrebbe superare più facilmente l'impatto con il nuovo contesto, poiché la lingua d'origine potrebbe mediare nella relazione con i docenti e con i compagni, semplificando la complessità che deriva dai molteplici cambiamenti che il bambino deve affrontare a seguito dell'evento migratorio. Potrebbe costituire un passaggio graduale dal "vecchio al nuovo" se, parallelamente, iniziasse un percorso di alfabetizzazione alla lingua seconda.

La realizzazione di questo processo, nel nostro contesto nazionale, non sembra però di facile realizzazione a causa delle molteplici nazionalità che sono rappresentate all'interno della scuola e, di conseguenza, della varietà di lingue e delle limitate risorse a disposizione della scuola in rapporto alla mediazione linguistica e culturale.

Un ulteriore dibattito emerso riguarda la formazione degli operatori. Alcuni esiti sostengono la necessità che i professionisti dispongano di una conoscenza specifica dei bambini e della cultura familiare e l'intervento di operatori con lo stesso bagaglio etnico del bambino e della famiglia[3], mentre altri sostengono che: "Non c'è bisogno di sapere qualcosa sul bagaglio culturale delle persone per creare una buona atmosfera e lavorare insieme molto bene [...] Non c'è bisogno di essere un esperto della cultura o dei diversi linguaggi. Bisogna accogliere le persone e la loro cultura senza preconcetti [...] quello che conta di più è che le persone condividano, che è poi quello che vale per tutti" (SIOS, 2004, 64).

Rispetto a tale aspetto, Leman (1991) sostiene che la presenza di docenti appartenenti alla comunità etnica dei bambini sia un importante elemento interculturale, potendo svolgere una funzione-ponte e rappresentare un legame con la comunità di origine.

[3] Rapporto della Conferenza Europea sui Bambini Migranti in Situazione di Handicap, Copenhagen, Giugno 1999, pag.7

Un altro problema ampiamente condiviso appare quello della valutazione degli alunni. I test di valutazione sono standardizzati su soggetti monolingue e monoculturali e la loro traduzione in lingue diverse ne può alterare la validità.

Uno dei principali ostacoli che i bambini immigrati devono affrontare nel momento della valutazione, sia in ambito scolastico che sanitario, è quello della lingua utilizzata per accertare le loro capacità ed esigenze. Landon alla Conferenza Europea sui Bambini Migranti in Situazione di Handicap di Copenhagen, utilizzando come esempio la dislessia, ha sottolineato che "dobbiamo rimuovere le difficoltà di questi studenti prima di accertare che questi bambini hanno problemi percettivi o cognitivi. Il numero degli alunni bilingui con sospetta dislessia è molto più basso rispetto alla media nazionale: in realtà gli alunni hanno difficoltà di lettura ma nessuno dà una diagnosi chiara […]. I docenti non vedono il problema perché non sanno come valutarli" (Landon, 1999, 18).

Risulta particolarmente evidente l'esigenza di progettare una valutazione globale, comprensiva di tutta la situazione del soggetto: la storia migratoria familiare, la lingua, la cultura, il contesto familiare, ecc.

Tutti i Paesi esprimono il bisogno di rendere maggiormente specifico l'intervento educativo per questa categoria di alunni. In massima parte gli interventi diversificati ed individualizzati sono l'esito di azioni personali da parte degli insegnanti che non possono basarsi su precise indicazioni ministeriali.

Il solo Paese che pone attenzione alla problematica sembra essere la Danimarca (Grounberger, Kyriazopoulou, Soriano, 2009). Il Ministero dell'Istruzione danese, infatti, nelle linee guida sottolinea la necessità di un'attenzione particolare verso i bambini disabili figli di migranti. Una delle iniziative prese dalla Danimarca è indirizzata ad evitare l'inserimento dei bambini disabili stranieri nelle cosiddette "scuole-ghetto", dedicate all'istruzione speciale. La normativa danese, a tale scopo,

permette agli alunni di diverse origini etniche di iscriversi in altre scuole oltre a quelle nelle immediate vicinanze del territorio di residenza.

In molte realtà all'estero (Germania, Regno Unito, Olanda, Stati Uniti), infatti. gli alunni immigrati ricevono la propria educazione nelle strutture dedicate agli alunni disabili e ciò ha condotto ad indagare sul fenomeno della sovrarappresentazione degli immigrati nelle classi speciali. L'indagine effettuata ha confermato l'ipotesi iniziale secondo la quale, in assenza di risorse specifiche del sistema educativo, la soluzione proposta è di inserire i bambini migranti nelle classi speciali dedicate ai bambini disabili (Razo, 2006).

Tali studi sottolineano l'importanza di una valutazione culturalmente e linguisticamente idonea, per limitare il rischio di definire "disabile" un soggetto che, in realtà, dimostra solo una fragilità legata al vissuto culturale e linguistico differente. Le difficoltà collegate al disagio socio-economico e al bilinguismo generano la fatica di adattarsi al nuovo ambiente e alle sue metodologie educative, con la conseguenza di dover ipotizzare l'inserimento nell'educazione speciale. Tale ipotesi può facilmente generare degli effetti contrari a qualsiasi logica di integrazione poiché inserire alunni che vengono definiti "disabili" in virtù di procedure valutative non realmente oggettive, può determinare un processo di stigmatizzazione e discriminazione.

"Molte relazioni nazionali mostrano una significativa sproporzione che interessa gli alunni immigrati, presentando una rappresentazione percentuale, in eccesso o in difetto, degli alunni iscritti e frequentanti settori dell'istruzione speciale. Questa osservazione rimanda a un grande dibattito che si è tenuto negli ultimi 30 anni in alcuni paesi, ad esempio nel Regno Unito (Inghilterra). Gli studi inglesi di settore hanno dimostrato, per nel Regno Unito (Inghilterra) e per gli anni '70, la presenza in eccesso dei bambini provenienti dalle Isole Caraibiche collocati nelle scuole speciali. Altri paesi (ad es. Belgio, Danimarca, Norvegia, Svezia) hanno riportato che in molti comuni si riscontra

un numero maggiore di alunni immigrati iscritti nelle scuole speciali e che comparativamente questo numero cresce con il proseguimento degli studi (a partire dalla scuola primaria e i gradi post elementari). Uno studio condotto a Oslo nel 1998 riporta che gli alunni immigrati risultavano in eccesso in tutti i gradi dell'istruzione speciale" (Nordhal e Overland, 1998, 21).

Alcuni degli Stati partecipanti al progetto (Austria, Finlandia, Grecia), sottolineano una circostanza piuttosto paradossale: in alcune scuole ci sono più alunni disabili immigrati che alunni disabili "nativi", mentre in altre istituzioni scolastiche avviene esattamente il contrario.

Per dare una spiegazione, si potrebbe pensare che gli alunni disabili siano inseriti casualmente in una scuola piuttosto che in un'altra, oppure che alcune scuole adottino criteri più efficaci per valutare i progressi degli alunni, restituendo un'immagine più reale della percentuale di soggetti disabili presenti nelle aule scolastiche.

Un'altra possibilità è che in alcune scuole si suppone che gli alunni immigrati siano disabili, mentre in realtà potrebbe esserci soltanto una difficoltà di comunicazione linguistica.

Il principale problema sembra essere quello di saper distinguere quando un bambino immigrato ha bisogno di sostegno linguistico o quando si trova in una condizione di disabilità, poiché risulta estremamente difficile discriminare tra le difficoltà di apprendimento ed i problemi di espressione e comunicazione.

Le ricerche nazionali

In Italia l'interesse dei ricercatori sul fenomeno della "doppia diversità" si è destato abbastanza recentemente. Con l'aumento della percentuale degli alunni migranti inseriti nelle nostre classi, è emersa l'esigenza di quantificare il fenomeno incrociando le due caratteristiche, disabilità e migrazione, nei contesti in cui è più alta l'incidenza di

persone migranti. E' a partire dal 2006/2007 che i due ambiti scientifici si sono incontrati, per rispondere alle esigenze di operatori sanitari, scolastici, educativi e sociali che si sono dovuti confrontare con tali problematiche, interrogandosi su quali potessero essere le modalità più adeguate a favorire l'integrazione.

Sono state svolte, in massima parte, indagini statistiche con lo scopo di quantificare il fenomeno nei diversi ambiti territoriali.

Le principali ricerche italiane si sono svolte a Brescia, Milano, Bologna, Cesena, Piacenza e Ferrara.

La ricerca di Brescia, "Due volte diversi" del 2007, è un'indagine statistica sul numero dei disabili stranieri presenti nelle scuole bresciane, che ha individuato il notevole incremento di bambini stranieri in difficoltà. La informazioni sono state raccolte presso l'Ufficio Scolastico Provinciale, individuando il numero e le caratteristiche di tali alunni provenienti dalle scuole di ogni ordine e grado di Brescia.

La ricerca è partita dall'ipotesi che la disabilità incrementi le difficoltà che il bambino migrante deve affrontare nel paese di accoglienza, dovendosi confrontare con lingua e cultura diversa da quella di origine.

Lo studio ha evidenziato che tra i bambini con disabilità presenti nelle scuole della provincia, il 10,6% proviene da contesti migratori, percentuale che sale al 22,2% analizzando i dati relativi alla città di Brescia. La scuola è quindi chiamata ad interrogarsi sulla progettazione di interventi educativi specifici rivolti a questi alunni.

A Milano sono state svolte due ricerche, presentate al convegno "Nemo, alla ricerca dei diritti dei bambini con disabilità a Milano", organizzato da L'Abilità onlus nell'aprile 2009.

La prima, condotta dall'Abilità onlus, indaga sulla presa in carico dei bambini stranieri disabili nei servizi di Neuropsichiatria Infantile di Milano; la seconda condotta dalla medesima Associazione in collaborazione con il Centro di Ateneo Studi e Ricerche

sulla Famiglia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, studia le percezioni e reazioni della famiglia immigrata di fronte alla nascita di un figlio con disabilità.

La prima ricerca, svolta nei servizi neuropsichiatrici, ha indagato, attraverso questionari e interviste semistrutturate somministrati agli operatori sanitari di sei aziende ospedaliere milanesi, in merito alla percentuale di utenti afferenti ai servizi, l'età, la cittadinanza, i motivi della richiesta di assistenza. I dati emersi hanno evidenziato la forte incidenza di difficoltà linguistiche e relazionali incontrate dagli operatori in relazione alla comprensione linguistica corretta ed alle diverse rappresentazioni di disabilità. Un ulteriore problema è dovuto alla complessità di fare una raccolta anamnestica adeguata, di effettuare una valutazione diagnostica corretta, nonché di far comprendere al migrante l'utilità di determinati percorsi terapeutici.

Dalla ricerca emerge una serie di difficoltà vissute dai migranti nell'accesso al servizio, nella comprensione delle pratiche in esso svolte e nella rappresentazione della disabilità. Limitare tali difficoltà, attraverso strategie di facilitazione di accesso, non sembrerebbe sufficiente in assenza di un atteggiamento da parte degli operatori di comprensione delle credenze e delle rappresentazioni familiari, così come di riconoscimento della sofferenza legata al trauma migratorio. In tale ottica gli obiettivi della ricerca si sono focalizzati su:

- la ricostruzione del percorso migratorio delle famiglie individuandone elementi di forza e di debolezza
- l'indagine sulle rappresentazioni culturali della disabilità
- la descrizione dei processi familiari e le reazioni agli eventi critici
- l'identificazione di risorse sociali e comunitarie accessibili. (Giuliani, 2010)

La ricerca di Bologna (Caldin, 2010), condotta dalla Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Bologna, approfondisce il fenomeno "alunni con

disabilità figli di migranti" con l'obiettivo di individuare linee guida, orientamenti e percorsi possibili.

Nata dalla collaborazione tra varie istituzioni presenti sul territorio (Università, Provincia, Azienda Sanitaria Locale, Istituzioni Educative e Scolastiche, Coordinamenti Pedagogici dei Quartieri di Bologna), ha fissato alcuni macro obiettivi, diretti a fornire una lettura del fenomeno e delle variabili che lo costituiscono:

- conoscere il fenomeno attraverso l'analisi degli aspetti demografici, sanitari, interculturali, antropologici, pedagogici, psicosociali, indagando le componenti familiari, comunicative, gli aspetti legati alla diagnosi, le rappresentazioni sociali del fenomeno tra gli operatori, individuando i punti di forza e le criticità;
- individuare le linee guida per agevolare l'integrazione degli alunni nelle strutture educative relativamente alle modalità di accoglienza, alle strategie comunicative, al progetto educativo, alla condivisione con le famiglie;
- divulgare i dati e le linee guida.

I risultati dello studio sono stati ottenuti attraverso la somministrazione di questionari agli insegnati e di interviste alle famiglie (Caldin, 2009). Gli insegnanti tendono a diversificare le strategie didattiche, privilegiando attività in piccolo gruppo o laboratoriali, considerando il lavoro individualizzato poco inclusivo. Nonostante la convinzione diffusa che la presa in carico delle famiglie, oltre che dell'alunno, sia di grande supporto alla costruzione di appartenenze e di definizione della propria identità, gli insegnanti riscontrano spesso difficoltà di comunicazione con le famiglie per motivi linguistici e culturali.

Le famiglie riportano le difficoltà di integrazione sociale dovute a solitudine, incomprensioni, difficoltà di accesso alle informazioni, assenza di progettualità, ma, nonostante ciò, manifestano il desiderio e la volontà di vivere in Italia per garantire al

figlio disabile gli strumenti per fronteggiare le proprie difficoltà. Anche i rapporti con la scuola appaiono come critici a causa dei problemi linguistici e dell'impegno lavorativo che non consente di stabilire una collaborazione con i docenti.

I risultati della ricerca orientano verso la promozione di "azioni di sistema" piuttosto che affidarsi esclusivamente alle buone prassi messe in atto dalla scuola attraverso la buona volontà delle insegnanti. La conoscenza della realtà degli alunni disabili figli di migranti appare indispensabile per realizzare un approccio significativo al fenomeno nell'ottica di promuovere il senso di identità e di appartenenza ad un contesto effettivamente inclusivo.

La ricerca di Cesena (Goussot, 2010) affronta il fenomeno attraverso lenti socio-antropologiche, culturali e pedagogiche, analizzando:

- i cambiamenti antropologici avvenuti nel tessuto socio-culturale con l'arrivo di migranti
- i mutamenti socio-culturali della popolazione scolastica, sempre più multietnica
- la presenza di famiglie miste, con un genitore non italiano
- l'aumento di alunni migranti con disabilità
- la necessità di ri-pensare strumenti e tecniche di valutazione idonei per gli alunni migranti
- la necessità di modificare le prassi didattiche e pedagogiche per favorire l'inclusione di bambini con bisogni speciali figli di migranti.

L'indagine, sulla base di tali presupposti, intende:

- comprendere le rappresentazioni e le conoscenze degli insegnanti sui bambini disabili figli di migranti
- analizzare le esperienze innovative di tipo educativo e didattico che favoriscono l'inclusione

- comprendere le dinamiche relazionali tra i compagni di classe e in quale maniera i "nuovi arrivati" possano diventare risorsa per la classe, gli insegnanti e il contesto scolastico
- individuare quali risorse esistenti nella scuola possano favorire l'inclusione
- individuare prassi pedagogiche che possano dare adeguata risposta alla nuova sfida educativa.

La ricerca ha evidenziato che, nonostante i bisogni educativi siano comuni a quelli dei bambini italiani, i bambini migranti devono fronteggiare anche le numerose difficoltà legate alla conoscenza di una lingua diversa ed all'apprendimento di una nuova lingua, così come la fatica nella relazione con i genitori.

La scuola manifesta di non essere pronta ad un approccio multiculturale alla disabilità e ciò problematizza gli aspetti legati alla valutazione, agli interventi educativi da proporre, alla progettazione didattica. Emerge la necessità del lavoro di rete, di relazionarsi con le famiglie, di essere supportati dalla mediazione linguistica e culturale.

A Piacenza, la ricerca "Bambini con disabilità provenienti da contesti migratori" realizzata nell'ambito di un dottorato di ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (Martinazzoli, 2010), in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale di Piacenza, indaga sulla condizione di disabilità di 52 alunni stranieri con ritardo mentale o disturbi dello spettro autistico, nelle scuole dell'infanzia e primarie di Piacenza. L'indagine si basa su interviste proposte a 135 insegnanti delle scuole dell'infanzia e primarie e restituisce il ritratto di una scuola che sta provando ad affrontare la "doppia condizione" di questi alunni, pur in un contesto difficile.

Secondo quanto riportato dalla ricercatrice, in generale si tende a considerare questi alunni principalmente come bambini con disabilità, mentre il contesto migratorio rimane in secondo piano. La scuola, tuttavia, prova ad affrontare i particolari problemi

presentati da questi alunni, ma al momento tutto e' affidato all'iniziativa dei singoli insegnanti. Non ci sono né strumenti didattici specifici pensati per questi bambini, né figure "su misura" per loro. Le risorse necessarie sono suggerite dagli stessi insegnanti intervistati: più ore di sostegno, maggiore presenza dei mediatori culturali, ma anche semplificazioni burocratiche sulla diagnosi e sulla certificazione di disabilità.

In Emilia Romagna è stata intrapresa un'indagine dai Centri di Documentazione dei territori di Bologna e Ferrara[4], con l'obiettivo di fornire ai referenti istituzionali per le politiche dei servizi, supporti conoscitivi e di approfondimento rispetto alla situazione di persone con disabilità di origine straniera; approfondire l'analisi delle concezioni culturali della disabilità; raccogliere e rielaborare materiali specifici, dati quantitativi, documentazioni, bibliografie e buone prassi.

I risultati della ricerca[5], oltre a mostrare una fotografia della realtà indagata, offrono numerosi spunti di riflessione per la programmazione di interventi con l'obiettivo di scorgere quanto si nasconde dietro visioni culturali e pratiche irrigidite da pratiche e procedure che non lasciano spazio all'individualità. L'attendibilità e la correttezza delle diagnosi, nonostante i progressi compiuti in campo biomedico, non sono sufficienti ad accompagnare l'utente, il paziente, nella doppia sfida della migrazione e della disabilità. Così come, in ambito educativo e scolastico, per accogliere e sostenere gli alunni e le loro famiglie, non è sufficiente redigere il PEI (Progetto Educativo Individualizzato).

Essere stranieri e disabili, non è soltanto una somma di disagi e svantaggi, ma anche misura di più dimensioni per la raccolta di informazioni nei servizi socio-sanitari e nelle

[4] Progetto: "Disabilità, cultura e immigrazione", svolto dal Laboratori di Documentazione e Formazione del Comune di Bologna, dal Centro di Documentazione Handicap di Bologna, dal Centro di Documentazione per l'Integrazione dei comune di Bazzano, Castello di Serravalle, Crespellano, Monte San Pietro e Monteveglio e dell'Associazione Volhand e dal Centro Servizi Consulenze Integrazione di Ferrara

[5] Progetto: "Disabili stranieri: un doppio sguardo per l'inclusione sociale. Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti". Regione Emilia Romagna. Programma Regionale Centri Documentazione per l'integrazione delle persone con disabilità. Settembre 2011

istituzioni scolastiche. I modelli vanno quindi affiancati dalla capacità e da un tempo di osservazione fondamentali per comprendere sufficientemente le problematiche emergenti.

Tutte le iniziative ed i progetti intrapresi a livello locale, dimostrano l'attenzione crescente al fenomeno dei bambini disabili figli di migranti e la necessità di maggiore conoscenza e comprensione per poter offrire un'inclusione completa ad ogni bambino nella società e nella scuola.

Le ricerche evidenziano, però, una problematicità di fondo in relazione alle risorse istituzionali e personali da impiegare per raggiungere l'obiettivo di reale integrazione. Le soluzioni adottate in molti Paesi dimostrano che spesso i bambini stranieri sono inseriti nelle classi speciali destinate ai bambini disabili, semplificando e generalizzando le difficoltà che incontrano a causa delle differenze culturali e linguistiche. Ciò è causa di ulteriore isolamento dovuto anche all'erronea attribuzione di etichette diagnostiche, risultato di percorsi valutativi che non tengono conto delle influenze culturali sulla *performance* di questi soggetti.

Quanto emerge dalle ricerche in ambito nazionale, testimonia le enormi difficoltà che incontrano gli operatori, sia in ambito scolastico che sanitario, nel formulare una corretta valutazione, a causa dell'inadeguatezza degli strumenti a disposizione e delle inesistenti proposte formative specifiche, che li possano sostenere nel tentativo di pervenire all'inclusione sociale dei minori disabili con carattere migrante.

PRIMA PARTE

Presupposti teorici

CAPITOLO 1

LA MIGRAZIONE

La posizione del migrante è quella di chi vive nell'interstizio: ha qualcosa di iniziatico. una condizione di ibridità che dà forza, che rivelandosi trasforma il ritorno in una iterazione ironica e ribelle.

La sopravvivenza del migrante dipende dalla sua capacità di scoprire come il nuovo entra a far parte del mondo. L'importante è creare rapporti tra gli elementi instabili di letteratura e vita – il rischioso appuntamento con l'intraducibile – piuttosto che giungere a formulare nomi fissi, già pronti per l'uso.

Homi Bhabha,

Il primo ambito di approfondimento teorico del lavoro di indagine sui bambini disabili figli di migranti, è rappresentato dal tema della migrazione. L'obiettivo di tale scelta è quello di evidenziare quanto ed in che modo le problematiche ad esso correlate possano costituire uno dei presupposti per l'insorgenza del fenomeno oggetto della ricerca, la condizione di doppia differenza, che si verifica quando un bambino figlio di migranti presenta anche una disabilità. Da tale condizione può derivare una duplice sfida per l'inclusione.

Sono state, pertanto, analizzate le principali caratteristiche che contraddistinguono le persone migranti, soffermandosi su alcune delle teorie sulla migrazione e approfondendo le possibili conseguenze del processo migratorio, attraverso tutte le sue fasi, evidenziandone i fattori critici e mettendo in luce le possibili strategie di contrasto e superamento.

La riflessione tiene conto dell'incrocio in chiave "intersezionale" (Crenshaw, 1989) tra le molteplici diversità derivanti dalla condizione di migrante, nell'ottica della categorizzazione sociale, con l'obiettivo di porre l'enfasi sul rischio di discriminazione multipla a cui le persone migranti e disabili sono potenzialmente esposte.

La migrazione non è un fenomeno nuovo, l'esperienza del migrare appartiene alla storia della specie umana come elemento ricorrente e continuo: la ricerca di risorse, di lavoro

e l'aspirazione ad una diversa qualità di vita, rappresentano elementi universali comuni a tutti gli ambiti culturali (Pompeo, 2008).

La storia umana è sempre stata scandita da migrazioni di persone e di intere popolazioni da un luogo all'altro del mondo, attraverso flussi migratori dinamici che variano e si modificano nel tempo, secondo forme e intensità che riflettono spesso l'emergere o il consolidarsi di nuove condizioni demografiche, sociali, politiche ed economiche.

La migrazione ha riguardato anche l'Italia che, da storico paese di emigrazione, negli ultimi decenni, si è trasformato in paese di accoglienza.

Per poter ben delineare il tema della migrazione è necessario considerare alcuni aspetti che vanno oltre l'analisi dei dati statistici e descrittivi, occorre utilizzare uno sguardo antropologico, come suggerisce Sayad (2002), studiandola come "fatto sociale totale", che interroga insieme le condizioni di partenza, i percorsi di vita dei migranti, le responsabilità e le scelte della società di arrivo.

In questo capitolo si analizzeranno, quindi, alcuni concetti fondamentali che riguardano le persone migranti, le principali teorie sulla migrazione, il progetto ed il ciclo migratorio ed i possibili effetti negativi ad essi conseguenti quali la vulnerabilità e il trauma. Contemporaneamente si identificheranno le possibili risorse di contrasto quali lo sviluppo di capacità di resilienza e di meccanismi di *coping*.

1.1 Le persone migranti

La migrazione è un fenomeno complesso che coinvolge chi migra, ma anche la società che accoglie, creando vantaggi e benefici ma, contemporaneamente, svantaggi e difficoltà. Riguarda sia l'uscita dal paese di origine degli emigranti, sia l'entrata nel paese di accoglienza in quanto immigrato. Emigrante e immigrato sono pertanto due facce della stessa medaglia. Emigrare significa l'abbandono di spazi, suoni, odori e sensazioni del luogo in cui si è nati e vissuti, che costituiscono il vissuto psichico

originario delle persone. Tutti questi fattori rappresentano la “cultura interna”, elaborata a livello individuale e che necessita di scambi continui con la “cultura esterna”, che è rappresentata dalla cultura del gruppo di appartenenza. Nella migrazione questo scambio perde in parte il proprio equilibrio perché non vi è più corrispondenza tra interno ed esterno.

La persona migrante si trova a stare tra due lingue, due luoghi, due tempi, tra il definitivo e il transitorio, tra il fallimento e il successo. Vive una condizione di precarietà, di sospensione, come colui che “sta seduto tra due sedie” (Ciola, 1997): tra la cultura d’origine e quella del nuovo paese nel quale si trova a realizzare la propria esperienza di vita. Le pratiche di accoglienza possono giocare un ruolo determinante nella gestione della condizione di debolezza derivante dalla migrazione e promuovere il benessere. I processi di integrazione devono fondarsi su una relazione biunivoca di incontro tra culture, fornendo l’opportunità di mantenere legami con la cultura di origine e un’identità propria, diversa da quella dominante.

Per conseguire tale intento si rende, pertanto, necessario assumere un approccio circolare alle migrazioni (Edelstein, 2006) che prenda in considerazione la relazione tra le variabili strutturali (sociali, economiche, storiche e demografiche) e le variabili individuali (biografiche, personali e familiari).

Secondo Edelstein “per agevolare un processo di integrazione è necessario leggere il fenomeno in termini circolari, relazionali, di reciprocità ed ecologici: il processo integrativo si innesca quando entrambe le componenti - gruppi minoritari e società d’accoglienza - vivono un cambiamento che crea un intreccio, senza che questo intreccio sia la semplice somma del vecchio e del nuovo, ma qualcosa di diverso che prima non esisteva, salvaguardando le peculiarità dei diversi gruppi etnici, compreso quello locale” (Edelstein, 2006, 4).

La migrazione è un percorso, composto da tanti momenti distinti ma tra loro interdipendenti: l'idea della partenza, la decisione di partire, la separazione dal proprio ambiente, i preparativi di viaggio, la vera e propria partenza, il viaggio, l'arrivo, che costituiscono in realtà soltanto i primi passi dell'esperienza migratoria.

Parlare di migrazione in realtà significa parlare di un uomo, una donna, un bambino, da soli, insieme ad un gruppo familiare o di altro tipo, che abbandonano, per scelta o per costrizione, il proprio paese, provando ad adattarsi in altro luogo sconosciuto, per affrontare un processo simile alla nascita.

Questa nuova nascita richiede di imparare a camminare, cadere e rialzarsi; imparare a parlare; creare legami ed orientarsi in un nuovo mondo e porta con sé un senso di perdita e la conseguente sofferenza per quanto ci si è lasciati alle spalle ma, può anche rappresentare una nuova forza ed una ricchezza derivante dalla nuova esperienza (Losi, 2000). I migranti infatti occupano una posizione singolare, tra la cultura di origine e quella di accoglienza, che può diventare una grande risorsa o l'inizio di un processo di disadattamento. In un'ottica circolare, in cui ogni circostanza influenza tutte le altre, questo processo dipende dalla storia individuale della migrazione e influenzerà gli andamenti futuri di tale ciclo (Edelstein, 2006).

Si parlerà più avanti delle implicazioni psicologiche ed esistenziali sottese alla realizzazione del ciclo migratorio

1.2 Le teorie sulla migrazione

La comprensione del fenomeno delle migrazioni, richiede una analisi delle molteplici teorie sociologiche che, nel corso degli anni, hanno tentato di interpretare e spiegare i fenomeni migratori. La sociologia delle migrazioni focalizza la sua attenzione sulla ricerca delle cause delle migrazioni, ponendosi, tra le altre, la domanda: "Perché arrivano gli immigrati?"

La sociologia delle migrazioni studia, pertanto, le cause delle migrazioni: perché alcune persone emigrano mentre altre no, perché da alcuni Stati emigrano tante persone mentre da altri, apparentemente nelle stesse condizioni e con le stesse caratteristiche, ne emigrano pochi, e ancora perché i migranti non scelgono necessariamente le destinazioni più vicine e più ricche di opportunità (Zanfrini, 2004).

La riflessione teorica sulle migrazioni ha inizio nella seconda metà del 1800, in presenza di un fenomeno già largamente diffuso. Gli studi riguardavano prevalentemente interpretazioni di tipo economicistico e demografico e solo negli ultimi trent'anni gli studiosi hanno diversificato il focus della ricerca.

Le attuali teorie sulle migrazioni però non interpretano i processi migratori nella loro globalità, ma rappresentano spiegazioni di aspetti e livelli diversi di un fenomeno altamente complesso. Nelle migrazioni sono coinvolte sia la società di accoglienza che quella di origine e in entrambe entrano in gioco diversi attori, i migranti e gli autoctoni del Paese di immigrazione. Gli stessi migranti possono essere considerati in modo diverso secondo il punto di vista dal quale si osservano. Essi possono apparire come vittime, costrette a migrare da condizioni strutturali di forte svantaggio; come strumenti, necessari all'economia globale, come lavoratori a basso costo e come individui che intraprendono la strada della migrazione, spinti dal proprio interesse personale. Il coinvolgimento di due o più Stati e di molti attori rende difficile di per sé comprendere e spiegare un fenomeno che li riguarda tutti direttamente.

Le teorie sulle migrazioni si concentrano, da una parte, sull'origine dei flussi migratori, quindi sul perché questi flussi nascano, sul perché coinvolgano determinate persone e determinati Paesi e, dall'altra, sul perpetuarsi delle migrazioni, sul perché le migrazioni continuino, anche quando le condizioni iniziali che le avevano favorite cessino di esistere. Queste teorie non sono esaustive se considerate singolarmente, ma vanno considerate piuttosto come complementari l'una all'altra.

Ciò perchè non si configurano come teorie alternative ma, come già detto rappresentano spiegazioni di fattori e livelli diversi di uno stesso complesso fenomeno. I fattori che influenzano le migrazioni sono quelli individuali, motivazionali e contestuali. I livelli, nei quali le migrazioni si articolano, sono: familiare, comunitario, nazionale e internazionale (Zanfrini, 2004).

Lo studio delle migrazioni normalmente si divide in tre grandi approcci di analisi:

le teorie macrosociologiche, le teorie microsocioloche e le teorie mesosociologiche.

Ogni approccio implica un diverso livello di analisi del fenomeno.

Le teorie di tipo macrosociologico studiano il fenomeno a livello della società, della popolazione, della cultura e del sistema economico. Secondo questo approccio, le migrazioni sono un fenomeno che dipende da cause strutturali della società operanti a livello mondiale, sia nei Paesi di destinazione che nei Paesi di provenienza dei migranti. Nei Paesi di origine agiscono dei fattori che spingono gli individui a scegliere l'emigrazione per migliorare la propria situazione di vita. I principali fattori che operano come fattori di spinta, "*push factors*", sono: la povertà, la mancanza di lavoro, la bassa retribuzione e l'assenza di prospettive professionali, il sovrappopolamento e l'elevata crescita demografica, le guerre, le carestie, i disastri ambientali, i regimi oppressivi, la persecuzione delle minoranze. Queste condizioni provocano la fuga verso l'Occidente di milioni di persone.

Esistono anche dei fattori, "*pull factors*", che rendono i Paesi economicamente avanzati attraenti per i potenziali migranti. Essi sono: il bisogno di manodopera, la possibilità di sviluppo economico, la libertà politica e di religione, la sicurezza. Questi fattori possono essere reali o anche solo immaginati e desiderati.

Questo approccio, tuttavia, non coglie tutti gli aspetti del fenomeno migratorio, poichè non sono soltanto i fattori macrostrutturali a fornire la spinta alla migrazione.

Per questa ragione, le teorie che prediligono un approccio di analisi di livello micro sociale, si concentrano sulle motivazioni alla migrazione dell'individuo e della propria famiglia. Sulla base di questo approccio, la migrazione è una scelta che viene fatta dall'individuo stesso e dalla sua famiglia con lo scopo di migliorare le condizioni di vita individuali e familiari. Naturalmente, queste scelte sono anche soggette alle condizioni sociali di origine del migrante: non è detto che le persone che, da un punto di vista macrostrutturale si trovano nelle condizioni peggiori, siano quelle che maggiormente emigrano, anzi i potenziali migranti devono possedere delle risorse di base per poter intraprendere il progetto migratorio.

Nel fenomeno migratorio, oltre all'interazione tra macrostrutture e microstrutture, entra in gioco anche un importante livello mesosociale. Le teorie di tipo mesosociologico mettono in evidenza l'aspetto relazionale delle migrazioni, per cui l'origine e, soprattutto, il perpetuarsi delle migrazioni è dato dall'effetto delle reti di relazioni interpersonali che si instaurano tra migranti e potenziali migranti. Queste teorie integrano le precedenti e fanno da collegamento tra le dimensioni micro e macro.

La letteratura scientifica più recente ha messo in mostra come il nesso migrazioni e sviluppo non possa essere affrontato se non si pone al centro dell'attenzione la soggettività dei migranti e il ruolo attivo che essi possono giocare, e che spesso già giocano, nel quadro del nuovo modello di migrazione, che viene definito "modello delle migrazioni circolari".

Nell'ultimo decennio si è assistito, infatti, al superamento del più tradizionale approccio allo studio delle migrazioni internazionali che indirizzava la propria attenzione sui flussi migratori in entrata e in uscita, in modo dicotomico, come se si trattasse di due realtà separate e distinte, di cui considerare autonomamente e linearmente, appunto, i rispettivi effetti. Tale approccio non consente, infatti, di tenere presenti le dinamiche di interconnessione tra le società di arrivo e di partenza dei migranti e, soprattutto, non

assegna la necessaria centralità ai migranti e, in particolare, all'azione da essi svolta nell'ambito della vicenda migratoria, nonché ai fattori sociali e culturali legati ai processi di integrazione e ritorno (motivazioni, aspettative, orientamenti, relazioni, ecc.).

Tra i limiti dell'approccio lineare vi è, infatti, quello di concentrarsi solo sui fattori definiti in base a meccanismi input/output, che influenzano gli orientamenti a migrare e soprattutto sui fattori economici e demografici maggiormente noti in letteratura, piuttosto che su quelli di tipo socio-culturale.

Questi limiti si manifestano anche nella tendenza a considerare tra le motivazioni del progetto di ritorno, principalmente quelle di carattere finanziario ed economico e molto meno quelle, pur molto diffuse, connesse a una crescita generale del migrante, alle sue intenzionalità, magari non sempre esplicitamente manifeste, di contribuire, non solo al miglioramento delle condizioni di vita proprie e della propria famiglia, ma anche allo sviluppo del paese e della comunità di provenienza.

La consapevolezza di questi limiti ha favorito lo svilupparsi da circa un decennio, come si è detto, di una nuova prospettiva, proposta da numerosi ricercatori[6], fondata su un approccio teorico più complesso, maggiormente in grado di spiegare i forti legami sociali ed economici spesso esistenti tra paesi di origine e paesi ospiti, nonché la doppia identità che caratterizza i migranti. Tale approccio mette in rilievo la grande trasformazione della dinamica migratoria da lineare a circolare e complessa. Tale processo è favorito e sostenuto dalla presenza di crescenti opportunità, per i migranti, di realizzare ritorni, anche se in differenti forme, di ripartire per lo stesso o per nuovi paesi di emigrazione, ma anche di rimanere costantemente in contatto con la propria comunità di origine, anche se a distanza.

[6] Si tratta di ricercatori appartenenti a differenti discipline quali, , tra le altre, la sociologia, le scienze demografiche, l'economia, le scienze politiche

La circolarità delle migrazioni e la possibilità dei migranti di muoversi frequentemente, appare naturalmente favorita dall'emergere o dal rafforzarsi di alcuni processi che caratterizzano il mondo contemporaneo. In particolare, si fa riferimento al processo di globalizzazione, che tende a rendere sempre meno rigidi i confini culturali e sociali tra paesi e popolazioni differenti e quindi a facilitare i trasferimenti e gli spostamenti di lavoratori stranieri, nonché a favorire un loro migliore inserimento nelle strutture e nelle comunità di accoglienza.

Inoltre, lo sviluppo di quella che viene definita "società della conoscenza", favorisce il movimento migratorio, soprattutto delle risorse umane qualificate, rispetto ai flussi più tradizionali e più statici del movimento di mano d'opera, più o meno specializzata.

Un ulteriore elemento, che sembra incidere in ampia misura sulla possibilità dei migranti di dare vita a forme circolari di trasferimento, è il forte sviluppo tecnologico che negli ultimi decenni ha dato vita a numerose innovazioni nel campo delle comunicazioni e dei trasporti, permettendo di mantenere continuativamente i contatti, anche a distanza e in tempo reale, con la società di origine, nonché di spostarsi con maggiore facilità.

Sembra evidente che questo nuovo tipo di migrazioni più dinamiche, basate su percorsi circolari, piuttosto che su un andamento lineare e probabilmente più statico, possa favorire l'emergere di un ruolo attivo dei migranti nel fornire un grande contributo allo sviluppo del proprio paese.

Fig. 1 - Teorie sulla migrazione

Sostanzialmente, quindi, l'approccio lineare non colloca al centro la persona e, in particolare, il ruolo da essa ricoperto nell'ambito della vicenda migratoria, né i fattori sociali e culturali legati ai processi di integrazione e ritorno (motivazioni, aspettative, orientamenti, relazioni nel paese di provenienza, relazioni nel paese di arrivo).

In un approccio di tipo lineare, il conflitto tra il passato e le aspettative delle comunità di origine e le istanze del paese ospitante, può generare due tendenze per la gestione della relazione con la comunità di arrivo: una è caratterizzata dalla volontà di creare relazioni esclusive con le persone provenienti dallo stesso contesto di origine, rischiando la dissociazione. Lo scopo è quello di creare una rete sociale protettiva, rifiutando la comunità ospitante e determinando, quindi, una chiusura culturale. La seconda modalità si manifesta attraverso un'apertura forzata nei confronti del contesto di accoglienza, una volontà di assimilazione, un adeguamento acritico alla cultura dominante. Il tentativo è quello di "diventare simili" , svalutando i valori culturali di origine a favore dell'assunzione di quelli del luogo di arrivo.

Il processo auspicabile e strutturabile attraverso una visione circolare della storia migratoria, è legato ad una terza modalità, l'integrazione. Per integrazione si intende la

relazione biunivoca secondo cui entrambe le culture vengono influenzate dalla presenza dei migranti e dal loro contributo culturale e individuale, in un processo di contaminazione e arricchimento reciproco che genera una cultura "terza, meticcia" (Laplantine e Nouss, 2006).

Nella concezione lineare delle migrazioni, i gruppi minoritari si "adattano" a quello dominante, la società di accoglienza non subisce contaminazioni ed i migranti nella vita pubblica si conformano in un processo di mimesi, dimostrando di essersi adattati ed adeguati, di somigliare al gruppo dominante, mentre nella vita privata possono mantenere i contatti con le proprie radici.

Un processo che presupponga questa impermeabilità culturale è impossibile da realizzare, storicamente le culture sono modellate e modificate attraverso le relazioni con "altri" differenti. Per la società d'accoglienza, rimanere tale e quale è impossibile, per definizione. Tale tesi è confortata da una regola fondamentale della teoria dei sistemi, secondo la quale anche un minimo mutamento in una parte del sistema vivente, come peraltro si è sempre dimostrato, crea un cambiamento inevitabile in tutto il sistema (von Bertalanffy, 1971).

L'ideologia multiculturalista, che prevede la coesistenza di culture diverse, alle quali accordare pari dignità e valore, ma concepite come separate l'una dall'altra e l'ideologia assimilazionista, che si propone di diluire gradualmente le differenze tra le culture, attraverso l'adattamento delle credenze e dei valori dei gruppi minoritari a quelli della cultura nazionale dominante, non favoriscono il processo di integrazione. In un'ottica in cui le differenze non vanno né annullate né assolutizzate, si inserisce il nuovo paradigma teorico del *métissage*, "un approccio ai problemi posti dalla globalizzazione e dai sempre più frequenti contatti interetnici, che si contraddistingue per la vocazione transdisciplinare, per il ruolo cruciale assegnato all'alterità nella costruzione

dell'identità e per la funzione parimenti decisiva attribuita all'arte nella fabbricazione e/o nella decifrazione dei processi di contaminazione culturale" (Contini, 2009, 2).

Il paradigma del *métissage* rappresenta la migliore ipotesi di convivenza multiculturale, perché può garantire il mantenimento delle caratteristiche identitarie in un processo di ibridazione culturale e di mescolanza in cui somiglianze e differenze arricchiscono il patrimonio culturale dei singoli, senza costituire una minaccia all'appartenenza culturale.

1.3 Il *métissage*

Le migrazioni modificano (anche) le società che le accolgono, determinano dei profondi processi di *métissage* che trasformano l'identità collettiva in "respiro vitale e aperto" (Moro, 2005). Questo processo è identico a quello che attraversano, in modo individuale e collettivo, gli stessi migranti: si acculturano, si confrontano con rappresentazioni, con modi di pensare, di dire, di fare che li cambiano.

La loro identità si modifica attraverso un processo lungo, a volte doloroso, ma sempre creativo

Definiamo questo processo " acculturazione" per i migranti e "trasformazione" per coloro che li accolgono, benché si tratti dello stesso processo a specchio, andando insieme a costituire il *métissage* dei gruppi, degli individui, dei pensieri. Questo concerne coloro i quali decidono o vivono il viaggio migratorio e, a un livello ancora più alto, i loro figli i quali, per necessità, s'iscrivono nel contesto risultante da questo movimento e quindi proprio nel cuore degli incroci culturali. Per questi bambini *il métissage* è presente da subito, è "già dato", e pertanto sempre da difendere e da rinnovare (Moro, 2005)

La contaminazione culturale, attraverso il mescolamento degli esseri e degli immaginari, può generare quindi una condizione di *métissage*, che in italiano si traduce

con il termine “meticciato”. Nella nostra lingua il termine assume una connotazione negativa o dispregiativa, riferendosi in particolare ai figli delle coppie miste.

Il *métissage* indica, nel contesto della migrazione, la possibilità di trovare soluzioni creative volte a superare la separatezza tra mondi culturali diversi. E’ un processo di influenze reciproche, in cui ognuno integra alcuni elementi della cultura dell’altro: dal modo di vestirsi a quello di mangiare; da come crescere i bambini al modo di curarsi; a volte si configura come una negoziazione di significati dopo una fase di conflitto.

Si può immaginare come un passaggio dall’omogeneo all’eterogeneo, dal singolare al plurale, dall’ordine al disordine, in quanto all’origine presuppone una purezza ed una integrità (Benat Tachot, Gruzinski, 2001). E’ un termine che presume, così come quello di “ibridazione” una connotazione negativa, come qualcosa da evitare.

Al giorno d’oggi il fenomeno della “mescolanza” ha assunto dimensioni planetarie, i confini dei gruppi e delle società non coincidono più con le frontiere geografiche e ciò genera la necessità di ragionare non più in termini di identità etnica e di cultura chiusa in sé stessa, sottolinea l’emergenza di intraprendere una battaglia per un’idea nuova di cultura, aperta all’incontro con l’altro. Michel Serres, considerato uno dei massimi teorici del meticciato, nel corso del seminario interdisciplinare sull’identità, diretto da Lévi-Strauss nel 1974 (Lévi-Strauss, 1980), formulò la tesi secondo la quale la cultura non è un blocco omogeneo e inalterabile nel tempo, bensì un organismo vivente che storicamente interagisce con il suo ambiente, venendo a contatto con altre culture. In considerazione di ciò è chiaro che non si può fare cultura senza creare un nesso tra la propria esperienza e quella altrui, tra le proprie rappresentazioni del mondo e l’immagine che del mondo ci viene restituita dagli altri. Questo non vuol dire che il collegamento sia sempre possibile e indolore, spesso le culture vengono in contatto in maniera conflittuale e la mescolanza non avviene poiché il conflitto è tale da separarle irrimediabilmente. Al di là di questa dialettica storica, appare chiaro che i protagonisti

di questi scambi tra culture non possono essere ossessionati dal bisogno di rimanere identici. Serres (1977) propone una figura antropologica nuova a cui affidare l'incarico di creare contatti, che definisce attraverso l'immagine suggestiva del "tessitore", cioè di colui che vive di "legami" con coloro che incontra sul suo cammino, praticando ponti e vie tra spazi radicalmente diversi (Lévi-Strauss, 1980).

Questa nuova figura sembra cogliere qualcosa di fondamentale dell'esperienza del meticciato: il meticcio, infatti, "tesse" nella propria carne e nel proprio sangue l'incontro di due culture.

Nessuna cultura può sopravvivere se esclude le altre, ogni cultura ha un bisogno vitale di incontrare altre culture. Una cultura non è mai "completa", le manca sempre qualcosa per raccontare la propria storia. Proprio questa mancanza è ciò che fa sì che una cultura, se è viva, non può mai riposare su sé stessa, ma è sempre, in qualche misura, alla ricerca di un interlocutore fuori di sé.

Protagonisti del meticciato sono gli uomini e le donne che si spostano, sono coloro che ne pagano il prezzo. Il migrante è sempre un soggetto "spaesato", perché deve affrontare una realtà diversa e non sempre ospitale. Lo spostamento crea uno spaesamento ed è difficile stabilire per quanto tempo questo spaesamento incida sulla vita delle persone, vale a dire quanto tempo sia necessario per ritrovare un equilibrio a seguito della migrazione (Aluffi Pentini, 2002). Al contempo, chi migra può provocare "spaesamento" nell'altro che accoglie, turbando l'idea di cultura chiusa e omogenea, che è il sintomo di quel bisogno di essere identici che spesso ci spinge a voler "addomesticare" a tutti i costi l'altro.

Spetta dunque al migrante, "insieme" al suo ospite, il compito di trovare le forme di collegamento e connessione delle proprie rispettive storie, attraversando quelle frontiere che, nel nostro immaginario, appaiono infrangibili, insuperabili ma che, nella realtà, si spostano e possono essere spostate, in quanto flessibili e permeabili.

Trovare spazi di mediazione consente di sviluppare nuove forme di pensiero plurale, attraverso le quali sia possibile uscire dalle trappole dell'etnocentrismo.

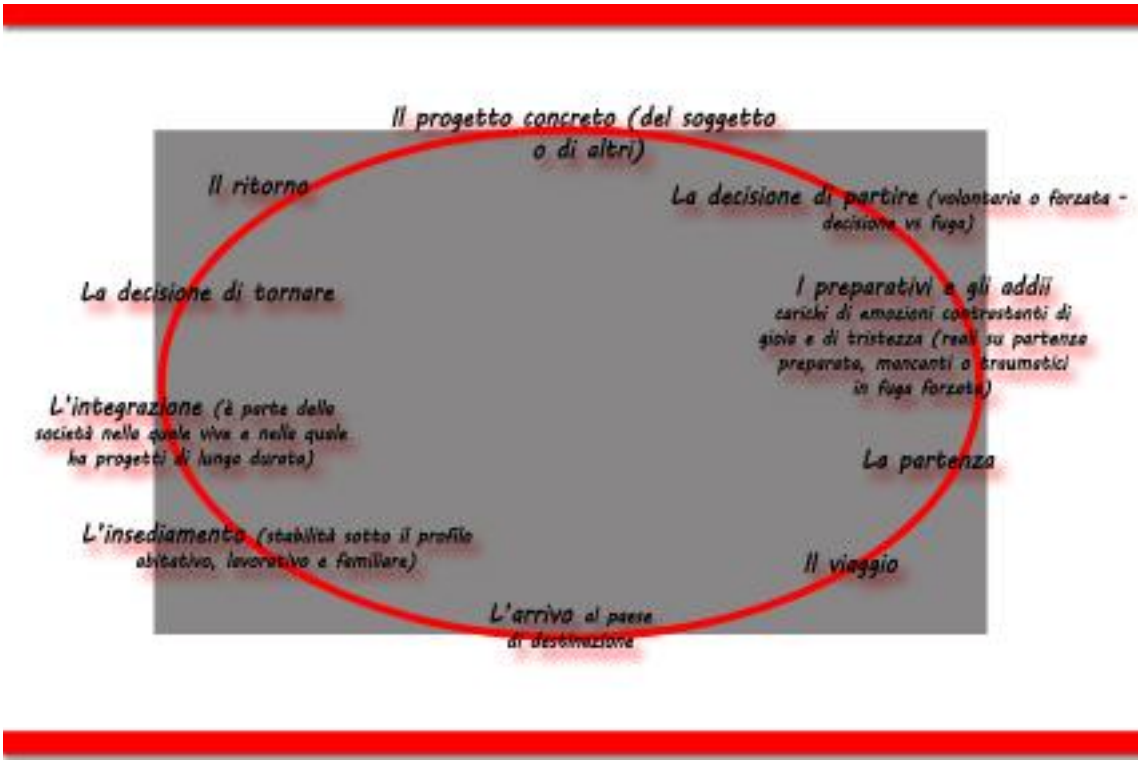
1.4 Il ciclo migratorio

Parlare di "ciclo migratorio" significa porre l'attenzione sul fatto che tutti gli aspetti della migrazione si influenzano vicendevolmente e ciò spiega la circolarità che generalmente contraddistingue la storia migratoria degli individui. Il processo migratorio solitamente inizia prima della partenza con l'idea dello spostamento in vista dell'acquisizione di una migliore qualità di vita. Va avanti con la progettazione, che presuppone l'identificazione del Paese di destinazione. La scelta può essere influenzata da motivazioni di ricongiungimento ai propri familiari o da informazioni ottenute da connazionali già emigrati o, ancora da ideali personali. Successivamente, è necessario trovare le risorse economiche che consentano di affrontare il viaggio ed i primi momenti di permanenza nel nuovo contesto. Un volta programmati e risolti tutti gli aspetti organizzativi, arriva il momento di iniziare un confronto con le proprie emozioni, la tristezza, la sofferenza di lasciare il passato ed il presente, considerando l'incertezza del futuro. La partenza, il viaggio e l'arrivo nel paese di destinazione, con tutte le aspettative connesse, rappresentano un'ulteriore incognita del percorso migratorio che, una volta iniziato, probabilmente, non arriverà ad una definitiva conclusione, lasciando spazio a nuove prospettive, cambiamenti, ritorni.

Il ciclo della migrazione presuppone importanti cambiamenti psicologici ed esistenziali che interagiscono con gli aspetti socio-politici. Si può partire volontariamente oppure per necessità o obbligo e sono proprio queste tre modalità che determinano la disposizione alla partenza e le emozioni ad essa legate.

Losi (2006) sintetizza nel seguente schema i diversi elementi del ciclo migratorio.

Fig. 2 Raffigurazione delle tappe del ciclo migratorio



Prendere in considerazione le fasi del processo migratorio nel suo insieme, consente di considerare come fattori rilevanti, non soltanto il paese di provenienza e la sua cultura di origine, ma anche altre variabili significative come i sogni e le aspettative, il modo in cui il migrante ha lasciato il suo mondo e il significato che il progetto aveva alla partenza e che ha assunto durante il viaggio.

1.4.1 Le fasi del ciclo migratorio

Le fasi "individuali" del ciclo migratorio sono molteplici e rivestono ognuna un importante ruolo nel vissuto del soggetto:

- L'idea iniziale
- Il progetto concreto
- La decisione di partire
- I preparativi e gli addii carichi di emozioni contrastanti di gioia e tristezza o l'assenza di essi

- La partenza
- Il viaggio
- L'arrivo nel paese di destinazione

Tutti gli aspetti della migrazione si influenzano vicendevolmente e, conseguentemente, riflettono sul benessere dell'individuo. Portare avanti un progetto migratorio, attraverso l'incontro con le difficoltà che questo comporta, può determinare situazioni di vulnerabilità, alle quali però possono seguire comportamenti resilienti.

Non sempre tutte le fasi si realizzano nel concreto anche se sono state programmate o soltanto desiderate. Ciò dipende in gran parte dalle motivazioni che hanno determinato la necessità di partire, dagli avvenimenti che hanno preceduto la partenza. Spesso non è consentito "il saluto" perché si è obbligati a partire e quell'addio mancato può rimanere nell'immaginazione del migrante più intenso di uno realmente avvenuto, elaborato simbolicamente o investito fantasticamente, tanto da influenzare il progetto migratorio e le successive fasi di integrazione.

L'arrivo nel paese di accoglienza introduce la fase di sistemazione che si realizza attraverso aspetti pratici legati alla ricerca del lavoro, della casa, della scuola per i bambini e genera i primi contatti relazionali con l'ambiente circostante.

L'impatto con nuove dimensioni di vita può essere contraddistinto dall'alternanza di stati emozionali di euforia o di delusione, di collera e sconforto in un processo di *rebound* (rimbalzo), da una condizione all'altra. Queste sottofasi sono generalizzazioni che si declinano in storie reali di persone reali condizionate dal mondo circostante (Sluzki, 1979).

Una volta conclusa la fase di sistemazione, i migranti iniziano la fase di inserimento e adattamento alla società di accoglienza che, generalmente, appare estremamente lunga e complessa. Essi avviano un processo di ricerca di auto definizione della propria

identità: percepiscono la propria estraneità dalla comunità di origine, senza peraltro sentirsi parte di quella di accoglienza. E' in questa fase che compare il rischio di vulnerabilità a cui, nel migliore dei casi può seguire l'attivazione di strategie di resilienza e di meccanismi di *coping*, di cui si tratterà più avanti.

Il ritorno, reale o immaginario, possibile o impossibile, è parte fondamentale del ciclo migratorio. Crea contenimento e raccoglie l'intera storia individuale. Spesso non si tratta di un progetto concreto ma di un sogno che veicola il desiderio di voler concludere la propria esistenza nel luogo più familiare, il ritorno alle origini.

In molti casi, invece le persone dichiarano di stare meglio nel nuovo paese e di non desiderare di tornare.

A tali variabili "individuali" possiamo affiancare le variabili "strutturali" che attengono al "contesto" nel quale i migranti si collocano, quali le caratteristiche del paese di accoglienza, la possibilità di speranza in una stabilità, le relazioni esistenti con la famiglia di origine.

Gli avvenimenti che originano dal dispiegarsi della singola storia migratoria possono, in considerazione della loro connotazione negativa o positiva, dare origine a vissuti di vulnerabilità o di resilienza.

Ai fini del nostro discorso non possiamo non soffermarci, pertanto, sui concetti di vulnerabilità, trauma, resilienza.

1.5 La vulnerabilità in migrazione

Il termine vulnerabile deriva dalla parola latina *vulnus*, che letteralmente significa ferita o lesione, fisica o psicologica (e per estensione anche di un diritto), a cui si aggiunge il suffisso *bilis*, designante sempre una potenzialità.

Vulnerabile, quindi, è tutto ciò che è esposto alla "possibilità" di essere ferito, violato, danneggiato. In questo modo *vulnus* sembra rinviare tanto all'azione del ferire (la causa, il colpo inferto da chi ha il potere e la possibilità di offendere), quanto allo stato del soggetto che subisce l'effetto, la violazione del corpo, dell'anima, degli affetti, ecc.), e il significato si estende anche agli aspetti psicologici ed emotivi.

Un primo fattore importante che deriva dall'etimologia della parola è legato all'aspetto di possibilità e non di stato: vulnerabile è chi potrebbe, potenzialmente, essere ferito, non chi è certamente ferito. Ogni individuo ha modalità di reazione agli eventi traumatici diverse da qualsiasi altro e, lo stesso individuo, può rispondere emotivamente in maniera diversa anche di fronte ai medesimi stimoli, in ragione del suo stato attuale e delle componenti ambientali in cui l'evento si verifica.

La migrazione rappresenta un evento critico nella vita degli esseri umani e, nelle diverse storie di migrazione è insita la potenzialità alla vulnerabilità: il senso di non appartenenza espone la persona al rischio di disagio psicologico legato all'impossibilità di riconoscersi e di essere riconosciuto.

La perdita del luogo di origine, dei propri riti culturali e le difficoltà di adattamento, ivi compresa la fatica di districarsi attraverso le norme nazionali ed internazionali, comportano dei disagi e dei malesseri (Papadopoulos, 2006).

La migrazione non è soltanto un atto sociologico, iscritto in un contesto storico e politico, ma anche un avvenimento psicologico di grande importanza, potenzialmente traumatico. Comporta un'interruzione del rapporto di continuo scambio e rafforzamento reciproco tra cultura esterna e cultura interna, impedendo quella forma di

rispecchiamento che permette di mantenere viva la capacità del sistema culturale interno di orientarsi nel mondo e di dare senso all'esperienza (Cattaneo, dal Verme, 2009).

1.6 Il trauma della migrazione

Le conseguenze della migrazione sugli individui possono essere molto profonde. Non sempre la migrazione è dolorosa ma rappresenta un cambiamento di universo così forte che produce degli effetti sulla persona, sulla sua interiorità, sul suo funzionamento. E' quindi un evento fortemente traumatico che può rivelare le sue conseguenze anche molto lontano nel tempo (Moro, De la Noë , Mouchenik, Baubet, 2009).

Il trauma consiste nella rottura dell'involucro culturale, rendendo la persona potenzialmente vulnerabile e fragilizzando tutti i processi identitari.

Il concetto di migrazione come trauma rinvia al concetto di cultura come pelle dello psichismo umano (Anzieu, 1994). L'Autore realizza una analogia tra le funzioni dell'io e quelle dell'involucro corporeo: limitare, contenere ed organizzare. Considerare che l'io, come la pelle, si struttura come interfaccia, permette di arricchire le nozioni di frontiere, di limiti, di contenenti, questo ovviamente considerato in una prospettiva psicodinamica. Secondo Anzieu l'Io-pelle è una struttura limitante e contenitrice, un involucro psichico vivo che, per assicurare le sue funzioni, necessita di un appoggio sul corpo, su un gruppo sociale e culturale viventi. La cultura interiorizzata, ovvero quella in cui siamo inseriti, svolge funzioni di umanizzazione e di strutturazione della personalità.

Fig. 3 – Fattori di vulnerabilità in migrazione

E' importante però sottolineare che, nelle medesime condizioni, individui diversi possono presentare reazioni diverse in conseguenza della rottura dell'involucro culturale ed all' esposizione ad una maggiore vulnerabilità. Ciò determina un processo selettivo che può originare vulnerabilità in diversi ambiti del funzionamento psichico o, all'estremo, non originarne affatto. Tale considerazione conduce ad evidenziare il concetto di variabilità individuale nella risposta a qualsiasi circostanza della vita, e quindi anche al trauma.

Da questo deriva la necessità di identificare i fattori che permettono di padroneggiare i rischi del trauma e contemporaneamente trasformarli in potenzialità creatrici per l'individuo e la società (Moro, De la Noë , Mouchenik, Baubet, 2009).

E' opportuno distinguere diverse dimensioni di "traumatismo migratorio" (Nathan, 1997): "1) il trauma classicamente descritto dalla teoria psicoanalitica e che potrebbe essere definito come un improvviso afflusso pulsionale non elaborabile e non passibile di essere rimosso a causa dell'assenza di angoscia al momento del suo arrivo"; Freud (1920) e in generale la psicoanalisi, riconoscono tre significati alla nozione di trauma:

“quella di uno choc violento, quella di effrazione e quella delle conseguenze sull’insieme dell’organizzazione” (Laplanche, Pontalis, 1967). Accanto a questo tipo di traumatismo, Nathan ne descrive altri due: “2) il traumatismo “intellettuale” o traumatismo del “non senso”, il cui modello è stato fornito da Bateson nella sua definizione del “double bind” (doppio vincolo) (1979). L’autore teorizza una situazione paralizzante, che porta alla schizofrenia, mettendo in risalto la possibilità della comunicazione di presentare simultaneamente messaggi multipli; infine, un terzo tipo, il trauma della perdita della cornice culturale interna a partire dalla quale era decodificata quella esterna”. Quando si riscontra un traumatismo migratorio, si tratta generalmente di un trauma “del terzo tipo”, ma questo può associarsi agli altri due tipi, dal momento che le dimensioni affettive, cognitive e culturali intrattengono fra loro interazioni necessarie e complesse (Devereux, 1972).

Tra i fattori che influenzano la risposta ad un evento traumatico, si annoverano fattori individuali e fattori contestuali (famiglia, gruppo, sfera sociale).

Nel tentativo di semplificare la complessità dei fattori interessati nella risposta al trauma, è utile approfondire un aspetto che riveste particolare importanza e che si può definire in termini di resilienza.

1.7 La Resilienza

Manetti, Zuino, Frattini e Zini (2008, 1) sottolineano che “La capacità di elaborare un progetto migratorio e di risolvere positivamente le sfide che questa scelta comporta, qualifica la maggior parte, se non tutti, gli immigrati come persone che, almeno a livello individuale, si possono definire resilienti”.

La letteratura sottolinea ampiamente gli ordini di difficoltà che gli immigrati sono costretti ad affrontare: viaggiare all'interno di un container, contrattare un lavoro senza avere il permesso di soggiorno, non poter contare su nessuna figura di riferimento, ma non considera, invece, le competenze individuali, di gruppo, di comunità e culturali che queste persone possiedono o divengono, col tempo, capaci di attivare. La popolazione immigrata, proprio per il fatto di iniziare ad affrontare le difficoltà nel momento in cui decide di emigrare, appare indicata per studiare come e quando si sviluppano i processi di resilienza e come questi possano essere interpretati nell'ambito delle differenti culture".

Il termine "resilienza" deriva dal latino *resalio,* iterativo di *salio,* che significa saltare, rimbalzare e, per estensione, danzare. Il vocabolo è stato coniato in fisica dei materiali per indicare "la resistenza a una rottura dinamica determinabile con una prova d'urto" (Devoto & Oli, 1971). Partendo da tale significato, esso viene utilizzato metaforicamente in diverse discipline. Nella letteratura psicologica il sostantivo indica la capacità umana di affrontare, superare e uscire rinforzati da esperienze negative (Grotberg, 1995).

Flach (1990) definisce la resilienza come "la capacità di recupero psico-biologico, una giusta miscela di elementi psicologici, biologici e ambientali che permette agli esseri umani di attraversare periodi significativi di stress e di cambiare favorevolmente." Non è vista esclusivamente sotto il profilo di caratteristiche interne, bensì in termini di processo interattivo.

Il recupero dell'equilibrio psichico compromesso in conseguenza del trauma, può verificarsi dopo un più o meno lungo periodo di disfunzionalità, grazie anche all'intervento di fattori protettivi: ambiente familiare più stabile, raggiungimento di una stabilità economica, intervento terapeutico.

La resilienza rimane in sé un concetto neutro, secondo il quale gli individui hanno maggiore o minore capacità di mantenere inalterato il loro funzionamento psichico anche se attraversano enormi difficoltà o, altrimenti, la capacità di ritornare al loro stato di funzionamento precedente una "ferita", un periodo di difficoltà, effettivamente incorso a seguito delle esperienze di vita (Cyrulnik, 2009).

Secondo Cyrulnik la resilienza "è l'arte di navigare sui torrenti. Un trauma sconvolge il soggetto trascinandolo in una direzione che non avrebbe seguito. Ma una volta risucchiato dai gorghi del torrente che lo portano verso una cascata, il soggetto resiliente deve ricorrere alle risorse interne impresse nella sua memoria, deve lottare contro le rapide che lo sballottano incessantemente. A un certo punto, potrà trovare una mano tesa che gli offrirà una risorsa esterna, una relazione affettiva, un'istituzione sociale o culturale che gli permetteranno di salvarsi" (Malaguti, Cyrulnik, 2005, 195).

Dalla letteratura riguardante il tema della resilienza (Anthony, 1974, Malaguti, 2010), emerge in che maniera questa competenza e la possibilità di non ammalarsi o rimanere intrappolati in percorsi di disagio, sia frutto di un bilanciamento tra fattori di rischio e fattori di protezione; alcuni di questi sono generici, mentre altri risultano più specifici del percorso migratorio.

Le ricerche (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche e Pfefferbaum, 2008) molto spesso confermano la relazione positiva tra integrazione e benessere psicosociale. Ciò non è comunque sempre valido per tutti i soggetti in tutti i contesti di immigrazione e per qualsiasi gruppo di minoranza etnica. Bisogna infatti tenere conto della molteplicità dei fattori individuali e socio-culturali legati alla posizione sociale del gruppo di appartenenza (Phinney, Horenczyk, Liebkind, Vedder, 2001).

L'individuo interagisce con il gruppo o con la cultura di appartenenza allo scopo di costruire o mantenere la propria identità sociale. Alcuni aspetti della costruzione, mantenimento e negoziazione dell'identità, possono costituire fattori di tutela o di

rischio caratteristici dei percorsi migratori. Se un soggetto è in grado di valorizzare la propria appartenenza, ne deriva un senso di identità etnica, che può costituire tutela ed essere uno dei fattori che contribuiscono a favorire la resilienza delle persone migranti. Quando invece il gruppo viene fortemente stigmatizzato, il legame di appartenenza può interferire con il senso di autostima ed autoefficacia, costituendo quindi un elemento di rischio.

Lo stress delle persone migranti è rilevante finchè non si adottano misure adeguate di *coping* per affrontare la situazione problematica e alleviare la situazione stressante che, se prolungata, può portare a bassi livelli di autostima e, in casi estremi, a forme più o meno gravi di disagio e malattia. La resilienza si caratterizza come processo interattivo tra le caratteristiche individuali, il background culturale, i valori, lo status socio economico, l'appartenenza etnica, definendo in tal modo la relazione della persona nell'ambiente in cui vive. Nella tabella 1 (Manetti, Zuino, Frattini, Zini 2008) sono riportati gli indicatori di rischio e i fattori di protezione per i diversi livelli dell'ecologia della persona migrante. In questo ambito gli studi sulla resilienza sono carenti e si rende necessario indagare come l'interazione tra i diversi livelli contribuisca a promuovere o ostacolare lo sviluppo della resilienza delle persone migranti. Ciò allo scopo di realizzare eventuali programmi preventivi e progetti scolastici.

Gran parte degli elementi individuabili tra i fattori di protezione possono diventare oggetto di percorsi specifici di sviluppo di competenze collegate a percorsi di benessere per la persona.

Tabella 1 Fattori di influenzamento sui comportamenti resilienti nelle situazioni di immigrazione (Manetti, Zuino, Frattini, Zini, 2008)

LIVELLO	FATTORI DI RISCHIO	FATTORI DI PROTEZIONE
Individuale	**Esperienza di migrazione; assenza del permesso di residenza; contatto e rapporti con condizioni di emarginazione e delinquenza; comportamenti antisociale; senso di alienazione o ribellione.**	**Capacità di *problem solving* e abilità intellettuali; autostima; self-efficacy; senso di responsabilità; senso di identità etnica; riconoscimento di identità multiple o sovraordinate; competenze linguistiche.**
Familiare	**Scarso monitoraggio o supervisione familiare; genitori distanti, non coinvolti, inesistenti; regole familiari non chiare, svalutate o conflittuali con la cultura di accoglienza**	**Per i bambini e gli adolescenti rapporto intimo e di fiducia con almeno un adulto; per gli adulti presenza di alcune figure significative di supporto e/o di un partner significativo; riferimenti affettivi nel paese di origine; gruppo familiare in grado di interagire con le istituzioni del paese di accoglienza.**
Gruppo dei pari	**Amici coinvolti in comportamenti a rischio; isolamento e/ o appartenenza a gruppi emarginati.**	**Presenza di almeno un amico intimo; possibilità di stabilire relazioni di supporto significative anche con persone del paese ospitante o con persone di altri gruppi etnici**
Scuola	**Transizioni scolastiche; processi di emarginazione; fallimenti scolastici; basso coinvolgimento scolastico.**	**Esperienze scolastiche positive; presenza di un insegnante di riferimento; integrazione effettiva nel gruppo scolastico.**
Ambiente di lavoro	**Orario di lavoro lungo; lavoro in nero; inadeguatezza del salario.**	**Diritti riconosciuti; garanzie sindacali.**
Comunità	**Basso stato socioeconomico; scuola inadeguata (dal punto di vista ambientale/logistico e dell'impostazione dei programmi); abitazione in un quartiere svantaggiato e degradato; comunità disorganizzata; alta mobilità; assenza di strutture di accoglienza.**	**Appartenenza ad una comunità supportiva (nel paese di origine e/o nel paese di accoglienza); legami della famiglia con altre istituzioni e organizzazioni (anche di tipo etnico e identitario); presenza di strutture di accoglienza; comunità che favoriscono la partecipazione.**
Politica ed economia	**Leggi con norme compiacenti o permissive, eccessivamente restrittive o punitive e non chiare.**	**Programmi e politiche di accoglienza e integrazione.**
Cultura	**Incongruenza e distanza relativamente ad alcuni parametri delle culture, riconosciuti da Hofstede (2001): individualismo/collettivismo, vicinanza/distanza dal potere, mascolinità/femminilità, orientamento nel tempo a lungo/breve termine, fuga/accettazione dell'incertezza.**	**Senso di identità culturale; vicinanza e congruenza tra culture relativamente ad alcuni parametri delle culture, riconosciuti da Hofstede (2001): individualismo/collettivismo, vicinanza/distanza dal potere , mascolinità/femminilità, orientamento nel tempo a lungo/breve termine, fuga/accettazione dell'incertezza.**

Nella precedente tabella sono descritti i fattori che possono influenzare i comportamenti resilienti nelle situazioni di immigrazione, identificando una serie di livelli di resilienza e mettendo in relazione i fattori di influenzamento con essi.

A livello individuale, i primi studi sulla resilienza (Anthony, 1974; Garmezy e Rutter, 1983) indagano il processo che i bambini che hanno sperimentato situazioni di difficoltà attivano per mettere in atto strategie utili a risolvere positivamente gli eventi stressanti.

Werner nel 1989 ha svolto uno studio longitudinale sull'isola di Kauai dal quale sono emerse alcune caratteristiche tipiche dei bambini resilienti. Essi appaiono attivi, autonomi, caratterialmente piacevoli, in grado di stabilire rapporti positivi con gli altri, di occuparsi dei più deboli e di utilizzare al meglio le proprie abilità. Un'altra importante caratteristica presente in questi bambini, sembra essere un buon livello di autostima e la convinzione di poter decidere del proprio destino. Dallo studio emerge anche che i ragazzi che hanno sperimentato situazioni di deprivazione affettiva, siano in grado di stabilire legami significativi con i pari e con alcune figure parentali sostitutive in grado di assicurare loro sostegno e cura.

I bambini resilienti sanno infatti gestire le crisi, trovando, al di fuori della loro cerchia familiare, relazioni protettive in grado di integrare le carenze vissute all'interno del nucleo (Masten, Best e Garmezy, 1990).

Un secondo livello di analisi è orientato a comprendere quali famiglie possano definirsi resilienti. L'indagine si concentra in particolare sulle famiglie che si trovano a dover affrontare malattie improvvise (es. infarti, ictus), croniche o invalidanti (es. Alzheimer, diabete) ed eventi critici di altra natura (separazione e divorzio).

La resilienza familiare sottolinea l'abilità della famiglia nel rinforzare le competenze adeguate a risolvere in modo positivo le sfide che la vita pone. McCubbin e McCubbin (1988, 247-254) la descrivono come "l'insieme delle caratteristiche, delle dimensioni e

delle proprietà che permettono alle famiglie di resistere allo stress nell'affrontare il cambiamento e di superare le situazioni di crisi".

In letteratura si sottolinea come le condizioni critiche rafforzino sia il senso di unità familiare sia quello di valore e di competenza. Patterson e Garwick (1994) indicano tre livelli da prendere in considerazione per studiare il processo di riadattamento familiare ad una situazione critica: i significati situazionali, l'identità familiare e la visione familiare del mondo.

I significati situazionali corrispondono alla maniera in cui i membri della famiglia si confrontano tra di loro sugli eventi stressanti. Le persone elaborano significati nuovi sia rispetto alle condizioni problematiche, che rispetto alla loro abilità familiare di gestirne la fatica e l'impegno che ne derivano.

L'identità familiare riguarda la maniera in cui le famiglie si percepiscono. Tale maniera si riflette nella struttura familiare (chi ne fa parte) e nel suo funzionamento (i legami reciproci).

Infine, la visione familiare del mondo corrisponde all'interpretazione che i componenti danno della realtà esterna e agli obiettivi che la famiglia si pone. Tale livello di significato appare essere il più astratto poiché per molte famiglie non può essere sempre facile elaborare una visione condivisa del mondo che, naturalmente, trova il suo fondamento nella cultura di appartenenza.

Nel definire la capacità di un gruppo familiare di accettare e superare le sfide, Walsh (2002), evidenzia tre principali fattori: 1) i sistemi di credenze che permettono alla famiglia di sviluppare un insieme integrato di valori, individuando obiettivi e desideri per il futuro; 2) i *pattern* organizzativi che implicano flessibilità, senso di coerenza, capacità di utilizzare risorse sociali ed economiche e di attivare reti di comunità; c) i

processi comunicativi che devono essere chiari e consentire la condivisione delle emozioni.

L'esperienza soggettiva di ogni individuo si costruisce nella relazione con sé stesso, con l'altro e con il contesto, è quindi indispensabile pensare all'individuo inserito nel contesto ed al cambiamento come processo che esalta la reciproca influenza dei due fattori. Tale visione conduce perciò a ragionare sulle interazioni tra diverse realtà: individuali, gruppali, organizzativo/istituzionali e comunitarie. Di conseguenza, un ulteriore importante livello di resilienza è quello che riguarda la Comunità. La comunità resiliente viene definita da Castelletti (2006, 211-233) come "una collettività in grado di sviluppare azioni per rafforzare la competenza individuale e di gruppo al fine di affrontare e gestire il corso di un cambiamento sociale e/o economico".

Tale competenza consiste nel rispondere efficacemente alle avversità che sfidano il proprio ambiente fisico e sociale, raggiungendo contemporaneamente un livello di funzionamento migliore rispetto alla condizione precedente l'evento critico e mostrandosi capace di ritrovare un equilibrio dopo la situazione di crisi.

Promuovere la resilienza nell'ambito di una comunità, comporta la valorizzazione delle sue conoscenze, competenze e valori culturali, affinchè questi possano rappresentare una risorsa nel fronteggiare le difficoltà e nell'adattamento alle diverse circostanze (Manyena, 2006). Lo sguardo viene quindi spostato dalle carenze, dai bisogni e dalle vulnerabilità della comunità, alle potenzialità creative ed alle risorse in essa presenti.

Quando le comunità sono resilienti riescono a reagire e a modificarsi in relazione alle pressioni esterne che sollecitano l'emergere delle risorse familiari. Secondo Prati (2006), la complessità degli eventi sfavorevoli che la comunità deve affrontare richiede una lettura in chiave ecologica, poiché nel valutare il livello di resilienza della comunità, dovrebbero essere considerati non solo i fattori al suo interno, ma anche quelli esterni (rapporti con altre entità sociali e politiche).

Il tema del livello culturale della resilienza è stato trattato centrando l'attenzione sui fattori protettivi e di rischio tipici delle società e della cultura occidentali, ponendo quindi l'enfasi sul ruolo degli aspetti individuali e relazionali che caratterizzano l'idea di benessere nell'ottica dell'Occidente (scolarizzazione, forti legami familiari, relazioni di coppia stabili, rispetto delle norme, ecc.). Contemporaneamente però, sono sottovalutati quegli aspetti sociali e culturali che consentono di comprendere i diversi modi in cui differenti popolazioni, in differenti contesti, costruiscono comportamenti resilienti (Ungar, 2004).

Questo è causa dell'insufficienza di studi che prendono in considerazione i fattori contestuali e ambientali della resilienza e potrebbe, in via estrema, indurre a dubitare sul fatto che il concetto di resilienza possa essere utilizzato in Paesi in cui le risorse disponibili sono significativamente diverse da quelle del mondo occidentale.

Le ricerche condotte all'interno dell'IRP (International Resilience Project, 2006) evidenziano l'importanza dei fattori culturali e contestuali della resilienza, mostrando in che modo culture diverse utilizzino diverse strategie per fronteggiare le stesse avversità.

La resilienza è un costrutto culturalmente sensibile e richiede quindi premesse e metodologie che consentano di cogliere appieno la ricchezza delle specificità culturali: sarebbe quindi auspicabile agire nella direzione della scoperta delle differenze, piuttosto che negare le tipicità proprie delle altre culture applicando ad esse concetti e valori appartenenti al contesto occidentale.

E' importante rilevare che, nonostante si stia affermando la consapevolezza del ruolo degli aspetti culturali nello sviluppo della resilienza, gli strumenti di valutazione sinora utilizzati non sembrano essere adeguati alla rilevazione delle dimensioni di specificità culturale. Tuttavia, indagando le esperienze di stress e quindi la resilienza all'interno di

uno specifico contesto, è possibile comprendere realmente le condizioni di rischio e i fattori protettivi coinvolti nell'affrontare situazioni di difficoltà.

Tra i fattori protettivi che giocano un ruolo fondamentale nel superamento di situazioni traumatiche, possiamo identificare quella predisposizione ad attivare strategie di fronteggiamento dello stress, denominata "*coping*".

1.8 I meccanismi di *coping*

Il concetto di *coping* fa riferimento a come le persone affrontano (*to cope with*) le situazioni percepite stressanti, sia quotidiane che straordinarie, allo scopo di attivare le risorse personali per dominare l'evento e controllare le proprie emozioni.

Il termine *coping* è stato introdotto nella ricerca psicologica negli anni sessanta dallo scienziato americano Lazarus (1966), professore emerito alla Berkeley University, che lo ha studiato come un processo strettamente collegato allo stress.

Non esiste una definizione unanime del termine: in modo semplicistico può essere tradotto come "far fronte a", "reagire a". Più in generale per *coping* si intende l'insieme dei comportamenti e delle strategie cognitive adottate dagli individui in situazioni stressanti. Alla luce degli studi effettuati nel corso degli ultimi quaranta anni il *coping* viene considerato un concetto multidimensionale ed è concettualizzato come un processo, secondo la sequenza stress – valutazione dello stress – strategie di *coping*.

La ricerca (Lazarus, Averill, Opton, 1974; Holaday, Warren-Miller, Smith, Yost, 1995; Lazarus, Folkman, 1984) sulle strategie di *coping* è stata caratterizzata dall'alternarsi di due approcci distinti: quello interindividuale, che sottolinea l'importanza dei fattori disposizionali, e quello intraindividuale, che enfatizza quelli situazionali. L'approccio interindividuale si propone di individuare gli stili di base, ossia le strategie abitualmente usate dalle persone nelle diverse situazioni stressanti. L'approccio intraindividuale,

invece, ritiene che le persone abbiano a disposizione un repertorio di opzioni di attività di *coping,* all'interno del quale scelgono la più efficace in relazione alle caratteristiche della situazione stressante da fronteggiare.

La capacità di reazione agli stimoli provenienti dall'ambiente determina l'influenza che l'ambiente stesso esercita sull'individuo e la sua dipendenza da esso. Tale capacità consente di migliorare la propria capacità reattiva e, di conseguenza, sviluppare abilità di *coping*.

La capacità di *coping* si riferisce non soltanto alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivanti dai problemi stessi. Rappresenta una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un' attivazione comportamentale dell'individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo.

I meccanismi individuali di adattamento si relazionano sia alla capacità di attivare le risorse interne preesistenti, che a quella di adottarne nuove, ossia alla possibilità di imparare e allargare il proprio "repertorio di strategie".

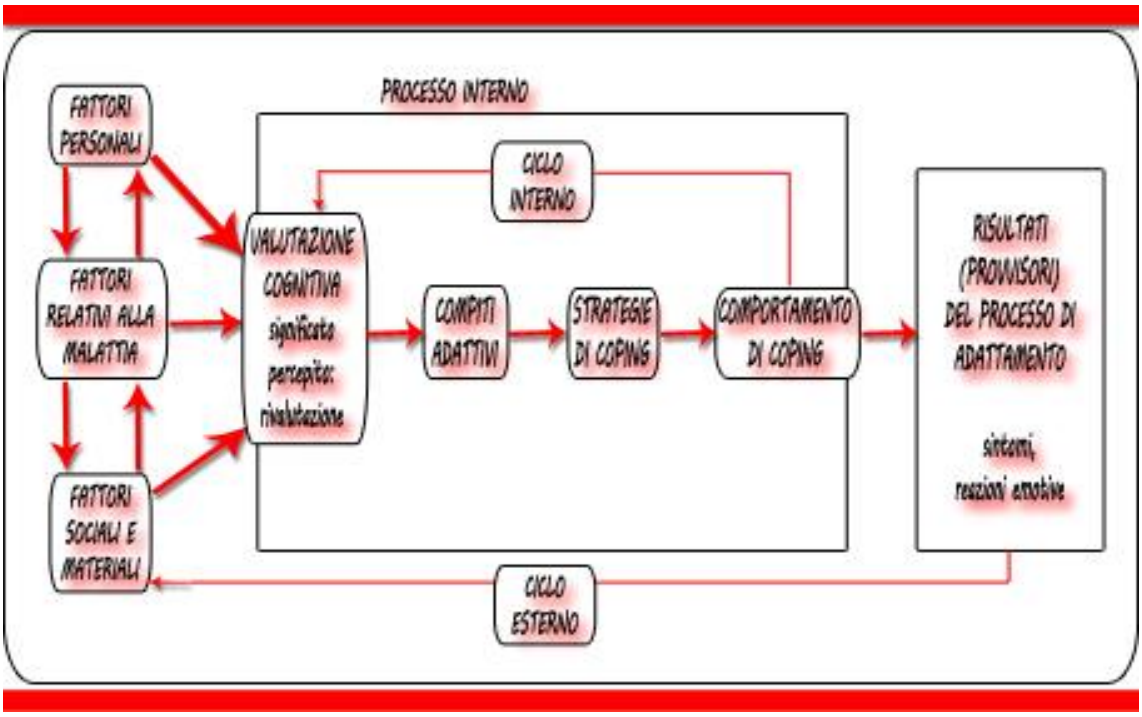
In questa direzione si inserisce il concetto di empowerment, che è la capacità individuale di praticare e rendere operative le proprie risorse individuali, contribuisce al successo del percorso individuale verso il benessere.

Il *coping* e l'empowerment sono determinati rispettivamente da due fattori: il primo dalle caratteristiche individuali ed il secondo dal contesto sociale. Entrambi i fattori favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali, promuovendo, così, un miglioramento della propria condizione ed un positivo coinvolgimento sociale.

Grazie a tale percorso, si arriva a quello che viene definito benessere psicologico, che vede l'individuo partecipe della realtà nella quale vive. Lo stato di benessere è raggiungibile, pertanto, attraverso un equilibrio tra le volontà della persona e la

possibilità di realizzarle in sintonia con il contesto in cui vive, potenziando, quindi, le sue risorse interne e quelle disponibili nell'ambiente.

Fig. 4 - Fattori di *coping*



I migranti e, soprattutto i bambini figli di migranti, sono vulnerabili, appartengono ad un gruppo a rischio, ma è possibile contrastare la vulnerabilità, come abbiamo in precedenza descritto, attraverso l'utilizzo di un repertorio di strategie personali. La sociologa Schnapper ha studiato questo aspetto che appare solitamente trascurato. Nel suo lavoro sull'integrazione dei migranti in Francia, osservando il destino dei figli di migranti, propose il concetto di "sopraelezione" (*sursélection*) a cui essi sono sottoposti: "coloro che riescono a vincerla, ne traggono un ulteriore beneficio nella logica dell'affermazione del sé e della ricerca della differenziazione, ma il rischio di insuccesso è statisticamente elevato per coloro che non hanno gli stessi strumenti individuali e sociali" (Schnapper, 1991, 198).

Non tutti sono soggetti alla vulnerabilità, sono molteplici i fattori che ne influenzano la comparsa: la personalità, le aspettative genitoriali, il suo ruolo all'interno della famiglia.

Marie Rose Moro (2000), afferma che da situazioni di vulnerabilità, può originare creatività. L'autrice propone una classificazione relativa a bambini figli di migranti che vanno più o meno bene a scuola: il bambino che beneficia di un ambiente sufficientemente sicuro e ricco di stimoli; il bambino che trova degli adulti che fungono da iniziatori (una sorta di guida nel nuovo contesto); il bambino che è dotato di capacità personali singolari e di una forte autostima.

Nei primi due casi la situazione di disequilibrio iniziale legato alla migrazione trova, negli elementi contestuali, le risorse per ristabilire un nuovo ordine che possa favorire lo sviluppo delle potenzialità del bambino. Nel terzo caso, la fonte si trova all'interno del bambino stesso, per cui è possibile parlare di una quasi invulnerabilità del bambino, quantomeno apparente.

Tutti gli eventi che agiscono sul processo di sviluppo del bambino devono tenere conto di quattro fattori principali di influenza. Il primo tra questi è la vulnerabilità (o l'invulnerabilità), che rappresenta le capacità di difese passive del bambino o dell'adolescente e che risulta subordinata agli eventi della vita e ai fattori di rischio. Gli altri tre fattori sono: la competenza, che rappresenta le capacità di adattamento del bambino al suo ambiente, attiva fin dalla nascita; la *résilience* che comprende i fattori interni o esterni che forniscono protezione (Cyrulnik, 1999) e la creatività che tiene in considerazione le potenzialità di alcuni bambini nell'inventare nuove forme di vita a partire dall'alterità o da un trauma (Moro, 2000).

La migrazione è, pertanto, un evento coraggioso, complesso, ambiguo e profondo che presuppone una riorganizzazione delle capacità adattive e difensive dell'individuo al nuovo ambiente. Il trauma migratorio investe proprio quello che è stato definito "involucro culturale". La comunicazione tra mondo esterno e mondo interno o psichico dell'individuo viene a mancare. Salta la corrispondenza tra le due culture che si alimentano l'una con l'altra.

Moro (2008) ritiene che la migrazione sia un atto collettivo e individuale al tempo stesso. È individuale perché investe la storia che precede il viaggio migratorio, i traumi e le sofferenze, l'ansietà di una nuova avventura; è collettivo perché riguarda tutto ciò che c'era prima della partenza: i legami, le rappresentazioni, la lingua e le abitudini culturali.

Questo capitolo ha voluto analizzare il fenomeno inquadrandolo come processo che coinvolge la persona nella sua totalità, come emigrante e come immigrato, evidenziando le componenti psicosociali che possono interferire o facilitare il percorso migratorio. Per quanto riguarda i migranti, sono state analizzate le conseguenze della migrazione sulle persone, in termini di perdita dei riferimenti culturali o di implementazione delle proprie risorse personali. Per quel che concerne gli autoctoni, si è posto l'accento sulla condizione di estraneità culturale che può favorire atteggiamenti di pregiudizio. Gli autoctoni, infatti, sono coinvolti quanto i migranti nei processi di integrazione dell'altro, che comportano cambiamenti e riorganizzazione nei loro ambiti di vita. Ma ciò può anche promuovere una maggiore sensibilità a fondamento di una nuova cultura dell'accoglienza.

Sono state prese in considerazione alcune fra le principali teorie della migrazione, che risultano molteplici ma operanti a livelli diversi, considerando, principalmente, due approcci di analisi, lineare e circolare, che danno origine rispettivamente a diversi tipi di strategie di inserimento nel tessuto culturale di accoglienza. L'approccio lineare può dare origine a strategie di assimilazione o di convivenza multiculturale, mentre l'approccio circolare favorisce l'ibridazione culturale, il *métissage,* modalità che sembra essere alla base di un processo di integrazione con buone possibilità di efficacia.

Le problematiche connesse alla rottura dell'involucro culturale, che determina una maggiore vulnerabilità, sono state collegate agli effetti traumatici sul vissuto psichico dei migranti. Non sempre la migrazione rappresenta un trauma, ma può determinare una

maggiore esposizione a fattori di rischio psicopatologico che, in molti casi, non trovano sufficienti fattori di protezione. Tali fattori si possono rintracciare a diversi livelli nel tessuto sociale, oltre che a livello individuale e possono influenzare, positivamente o negativamente, i comportamenti dei migranti. Gli individui possono, infatti, sviluppare comportamenti resilienti, che consentono di contrastare e superare gli eventi traumatici e le loro conseguenze, oppure attivare atteggiamenti di isolamento e fuga che, molto facilmente, possono degenerare in condotte psicopatologiche.

Particolarmente determinante sembra essere la capacità di sviluppare strategie di *coping*, attraverso la reazione agli stimoli provenienti dall'ambiente, acquisendo competenze utili alla risoluzione dei problemi ma, soprattutto, alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivante dai problemi stessi.

La migrazione, quindi, si presenta come un fenomeno ad altissima complessità che, nella sua globalità, coinvolge migranti ed autoctoni, favorendone il reciproco cambiamento e la ri-definizione della propria identità, in risposta alle istanze di una società che ha ormai consolidato il proprio assetto multiculturale e che grazie a "scambi e prestiti" (Susi, 1999) tra culture, può promuovere e favorire il dialogo interculturale.

L'analisi delle conseguenze del processo migratorio sul benessere delle persone migranti, ha posto in primo piano la condizione di vulnerabilità a cui possono essere esposte, che può determinare una situazione di fragilità nell'affrontare le sfide che la migrazione presenta. Emerge, però un aspetto che può agire in maniera trasformativa sugli esiti del confronto con l'alterità. Il concetto di resilienza è stato sottolineato per indicare la capacità "innata" di resistere alle avversità, operando una trasformazione degli eventi critici. E' possibile, pertanto, una "migrazione" da un vissuto di perdita verso l'identificazione delle risorse per la costruzione del proprio sentimento di appartenenza. In tal senso, contribuisce al processo l'attivazione di strategie di *coping*.

CAPITOLO 2

IDENTITA' E ETNICITA'

"L'idea di «identità» è nata dalla crisi dell'appartenenza e dallo sforzo che essa ha innescato per colmare il divario tra «ciò che dovrebbe essere» e «ciò che è», ed elevare la realtà ai parametri fissati dall'idea, per rifare la realtà a somiglianza dell'idea."

Zygmunt Bauman,

In questo capitolo vengono messi in relazione tra di loro, il processo di costruzione dell'identità personale e sociale con una serie di fattori correlati alla migrazione che possono influenzare, in chiave negativa o positiva, il processo stesso e le possibili eventuali strategie che i migranti e gli autoctoni hanno a disposizione per potenziare le rispettive competenze, con l'obiettivo di realizzare un processo di inclusione a "doppio senso".

L'identità non è un attributo o qualità del singolo individuo, ma si configura come relazione tra soggetti (Favaro, Napoli, 2002). Signorelli (1986) definisce l'identità come "auto percezione che il soggetto ha di sé in rapporto con un altro", sottolineandone il carattere intersoggettivo e relazionale.

L'identità di un soggetto prende forma quindi nella relazione con l'altro, dipende dallo sguardo dell'altro: come se chi ci sta di fronte fosse uno specchio in cui guardarci e riconoscere la nostra immagine, è, pertanto, la conseguenza di un processo sociale.

Dalla metà degli anni cinquanta, il concetto di identità è stato studiato all'interno di molteplici ambiti disciplinari che coinvolgono la psicanalisi neofreudiana, la psicologia sociale, l'antropologia, la sociologia (Jacobson, 1964; Fromm, 1976; Kardiner, 1939; Linton, 1973; Benedict, 1979; Mead, 1964; Winnicott, 1970). Esiste però una figura chiave nella storia del concetto di identità nelle scienze sociali, che detiene una sorta di primogenitura e ha contribuito in maniera fondamentale alla sua elaborazione e diffusione. Si tratta di Erik Erikson, psicanalista neofreudiano, che ha per primo

richiamato l'attenzione sul concetto di identità dell'io (Erikson, 1950). Si è, pertanto, scelto di esaminare in particolare la sua teoria sugli stadi dello sviluppo, che percorre la vita dell'essere umano dall'inizio alla fine. L'obiettivo dell'analisi è quello di evidenziare quanto ed in che maniera l'ambiente possa influenzare il processo di costruzione dell'identità.

Successivamente sono state messe in relazione identità etnica e migrazione, soffermandosi sul fatto che la scoperta dell'identità etnica avviene principalmente in presenza di cambiamenti o trasformazioni sociali, come meccanismo di difesa nei confronti dello sradicamento culturale conseguente alla migrazione e della potenziale "perdita" di identità che da essa può derivare. Sono state evidenziate le possibili differenze nell'attivazione di strategie identitarie da parte di migranti di prima e di seconda generazione, sottolineando il fatto che, nella maggior parte dei casi, i processi di integrazione attivati per gli immigrati non si rivelano efficaci per le seconde generazioni, che sono chiamate ad una doppia sfida inclusiva (Mantovani, 2007). La doppia appartenenza culturale, infatti, in conflitto tra i valori familiari spesso non sempre riconosciuti ed i valori della società di accoglienza che sperimentano sin dalla nascita, rappresenta un potenziale ostacolo alla costruzione dell'identità nelle seconde generazioni.

Considerando quindi i migranti di seconda generazione, emerge la necessità che la società di accoglienza rivolga loro maggiore attenzione, in quanto possono essere esposti ad un più alto rischio di vulnerabilità, per la doppia sfida inclusiva che sono chiamati a fronteggiare. Per poter garantire un contesto favorevole al processo di integrazione, è necessario che individui e gruppi sviluppino competenze interculturali che rendano possibile un confronto costruttivo con la diversità.

In ogni gruppo etnico o culturale è possibile identificare una serie di fattori comuni, suscettibili di variazione, in senso quantitativo e qualitativo, in relazione all'esperienza

individuale, storica e culturale di ciascun individuo. Considerare questa possibile variabilità, può aiutare a pensare che, nonostante la presenza di una serie di elementi comuni, ogni individuo e la sua storia presentano fattori di unicità e particolarità da prendere in forte considerazione. L'obiettivo è quello di evitare di imprigionare la relazione in un pensiero omologante che rischia anche di impedire il riconoscimento della persona e della cultura di cui è portatrice.

Erikson (1968) sostiene che l'identità consiste nella nozione di essere distinto e separato dagli altri. Il sentimento di identità è il risultato di un'interazione continua tra tre canali: spaziale, temporale e sociale, che agiscono in modo interdipendente nel tenere insieme l'identità: integrazione spaziale; integrazione temporale; integrazione sociale.

L'evento migratorio può colpire in maniera considerevole questi tre canali: prima di tutte è l'integrazione spaziale a venire alterata dall'esperienza della migrazione, che presuppone lo sradicamento e la sensazione di perdita del proprio spazio geografico. In suo aiuto può andare l'integrazione temporale, utilizzando memoria e ricordo, la continuità tra le diverse rappresentazioni di sé nel tempo, creando la base del sentimento di essere sé stessi anche quando si perde il riferimento spaziale; tuttavia anche l'integrazione temporale può spezzarsi, allorché il presente in cui ci si trova a vivere è tanto diverso dal passato che abbiamo vissuto.

Ma prima fra tutte, è l'integrazione sociale ad essere messa a rischio durante la migrazione: tutto nell'ambiente di arrivo è sconosciuto, come sconosciuto è per l'ambiente il nuovo arrivato. Non sentendo legami di appartenenza con il nuovo ambiente, il migrante rischia di risolvere la propria identità in un "chi ero" e non in un "chi sono qui e ora", finendo per sentirsi "nessuno" (Erikson, 1968).

La persona migrante, una volta lasciato il paese di origine, entra in relazione con stimoli e situazioni che contribuiscono a modificare il proprio rapporto con la cultura di appartenenza e ciò sottolinea l'importanza del fenomeno e del processo migratorio nella

definizione dell'identità e dell'appartenenza culturale di un individuo. Tali caratteristiche si determinano, in maniera dinamica, attraverso la relazione con coloro che hanno un *background* culturale e linguistico simile, ma anche con i nuovi gruppi che si andranno ad incontrare. Tale fattore di carattere relazionale tende ad evidenziare come l'identità e l'appartenenza culturale debbano essere considerate nel loro scambio con i diversi contesti umani, spaziali e temporali. In questo senso, è inevitabile sottolineare come la posizione dominante o subalterna di un gruppo rispetto a un altro, così come i modi attraverso i quali si verifica questa relazione, siano elementi di forte influenza nel determinare i costrutti di identità e di appartenenza culturale.

La convivenza di culture diverse nello stesso spazio non è semplice. E' indispensabile individuare i principi in base ai quali le culture possono unirsi senza però confondersi e, allo stesso tempo, differenziarsi senza separarsi. Il concetto di interculturalità racchiude in sé quello di dialogo, pace, convivenza possibile e si contrappone ad altri concetti come razzismo e xenofobia, irrigidimento dei concetti di etnia, nazione, nazionalità. L'educazione interculturale è per sua natura "anti-razzista" (Aluffi Pentini, Lorenz, 1995) e come tale una forma di educazione alla cittadinanza attiva e solidale. Realizzare un'educazione interculturale significa promuovere la formazione di identità dialogiche, identità solidali, orientate alla realizzazione di una cultura fondata su processi di contaminazione delle identità nella valorizzazione delle reciproche differenze.

2.1 La costruzione dell'identità personale e sociale

La costruzione dell'identità personale passa attraverso l'interazione della persona con l'ambiente di vita e l'interiorizzazione del contesto sociale in cui si è inseriti. Il processo di costruzione dell'identità deve essere affrontato considerando sia la sua componente individuale che quella sociale, riconoscendo l'estrema difficoltà di formulare qualsiasi ipotesi di netta separazione tra i due fattori.

L'individuo, infatti, forma la propria identità differenziandosi dagli altri, elaborando la diversità e mantenendo una continuità con sé stesso, ma, contemporaneamente, ha l'esigenza esistenziale di essere riconosciuto da altri soggetti. E' in questo continuo confronto tra uguaglianza e diversità e tra ciò che è percepito come espressione della propria esperienza individuale e ciò che invece viene proposto o indotto dall'ambiente sociale, che si forma l'identità (Valtolina, Marazzi, 2007).

L'identità è contestuale e relazionale, cioè essa può variare in base al contesto, al ruolo che il soggetto intende ricoprire in tale contesto ed alla posizione che assume o che gli viene fatta assumere dagli altri con le loro identità, all'interno della rete di relazioni e percezioni simmetriche ed asimmetriche in cui ci si trova inscritti ed attivi (Demetrio, 2003).

Demetrio sostiene che ogni uomo, muovendosi su più percorsi, intrecciando relazioni e storie, operando scelte, sviluppa diverse identità: come gli scenari della vita sono molti, così ognuno di noi è più di uno, è molti.

L'identità è multipla, perché si adegua al contesto e all'interlocutore e agisce in modi diversi a seconda degli scenari.

A tenere insieme le nostre identità sparse contribuisce ciò che Demetrio definisce "Io tessitore", che produce di volta in volta nuove sintesi, a partire da esperienze diverse e contrastanti (Demetrio, 2003).

Quindi l'identità non è "unica e immutabile" (Remotti, 1996), ne esistono diverse forme; l'identità non è innata ma è "un'invenzione", un "costrutto collettivo" (Fabietti, 1998) che si modifica in ragione degli eventi socio-politici.

La ricerca della propria identità è un processo di cambiamento continuo che si articola in un duplice confronto, con ciò che siamo o pensiamo di essere, la nostra identità personale, e con quello che gli altri pensano di noi, la nostra identità sociale.

Il discorso sull'identità riveste tutti i periodi della vita ma le ricerche degli studiosi dello sviluppo (Winnicott, 1977, Erikson, 2008, Piaget, 2000, Bruner, 1971) evidenziano che il periodo dell'età evolutiva riveste un'importanza fondamentale in questo processo. Sin dalle prime fasi di vita, l'incontro del bambino e della bambina con il *caregiver*, pone le basi per la formazione della sua identità sia personale che sociale (Winnicott, 1977)

Il termine "identità" contiene in sé una grande contraddizione, in quanto esprime al contempo i concetto di uguaglianza e quello di diversità. Il processo di costruzione dell'identità avviene passando attraverso due tappe: la prima tappa riguarda il concetto di uguaglianza e si basa sull'identificazione con l'altro, mentre la seconda tappa riguarda il processo di differenziazione dall'altro (Mahler, 1978). In sostanza, i bambini inizialmente hanno bisogno di un modello da seguire e successivamente si differenziano dal modello facendo proprio e trasformando quanto hanno assimilato. Per questi motivi, così, l'identità si costruisce attraverso un processo che, nell'incontro con l'altro, porta il soggetto a sviluppare le proprie inclinazioni e ad esprimersi al meglio, in un primo momento attraverso l'identificazione e successivamente attraverso la differenziazione, sviluppando in tal modo le capacità personali.

Nella costruzione dell' identità, la persona tende ad individuarsi, a sviluppare la propria personalità, acquisendo caratteristiche proprie e distinte dagli altri ma non perdendo, anzi rafforzando, la sua relazione con la società.

E' estremamente difficile infatti operare un'ipotesi di separazione netta tra la componente individuale e quella sociale dell'identità. L'individuo, attraverso l'elaborazione della diversità, si differenzia dagli altri e forma la propria identità, mantenendo la continuità con sé stesso e la necessità del riconoscimento altrui (Tajfel, Frazer, 1978).

Tra i fattori ambientali che influiscono sul processo di costruzione identitaria, il ruolo svolto dalla famiglia incide soprattutto nella fase di socializzazione primaria che si realizza nei primissimi anni di vita.

Per quanto riguarda, invece, la fase di socializzazione secondaria, si possono identificare agenti di socializzazione diversi dalla famiglia ma, che in egual misura, influenzano il processo, imponendo valori e ruoli che spesso si trovano in contraddizione con quelli elaborati nella precedente fase. In tale situazione assume un ruolo di preminenza la comunità di appartenenza, cioè un'aggregazione sociale i cui membri non soltanto vivono e svolgono le attività principali in un determinato territorio, ma hanno la consapevolezza di appartenere ad un gruppo unitario e di possedere valori comuni.

2.1.1 Le fasi del processo di costruzione dell'identità

Prima della nascita un bambino esiste già nell'immaginario dei suoi genitori. Essi si chiedono come sarà, se assomiglierà all'uno o all'altro, scelgono il nome, progettano la loro vita presente e futura in base ai suoi bisogni. Una volta che il bambino è nato iniziano ad osservarlo, attribuendogli tratti del carattere, intenzioni ed attitudini. Apprezzano, criticano, consigliano, incoraggiano, orientano, guidano, propongono, contribuendo in tal modo in tanti modi diversi alla costruzione della sua identità

Il neonato però non è consapevole della propria identità ed è solo con il passare del tempo che impara a riconoscersi come individuo differenziato dai propri *caregivers*. Tale apprendimento avviene in un primo momento attraverso il corpo. I bambini piccoli imparano a individuare le tensioni, le sensazioni, le emozioni nel loro corpo e a distinguere ciò che è interno da ciò che è esterno. L'esplorazione del proprio corpo, la manipolazione degli oggetti, l'ascolto della propria voce e di quella degli altri, forniscono una prima forma di coscienza del sé (Winnicott, 1977).

Intorno ai due anni i bambini riescono a riconoscere la propria immagine allo specchio e, successivamente, ad usare il pronome “io”.

Una tappa fondamentale di questo processo evolutivo è rappresentata dall’”oggetto permanente”, (Piaget, 1967), oggetto o persona che continua ad esistere al di fuori del soggetto e di qualsiasi contatto percettivo con esso. Una volta acquisita la permanenza dell’oggetto, il bambino sa che un essere non subisce alcun cambiamento anche al variare del contesto. La consapevolezza dell’identità corporea promuove l’emergere dell’identità di genere. I bambini chiedono se sono maschi o femmine, se assomigliano al papà o alla mamma e, di conseguenza, sono incuriositi dai modelli di femminilità e mascolinità con i quali vengono a contatto.

Ciò che avviene a livello motorio, sensoriale ed emotivo, avviene anche a livello cognitivo e si sviluppa grazie alle interazioni con l’ambiente, primo fra tutti il “corpo a corpo” con la mamma, attraverso il quale il bambino si percepisce come essere dipendente ma, allo stesso tempo, separato.

René Spitz (1965) ha sottolineato l’importanza delle interazioni precoci nella formazione dell’identità, evidenziando il ruolo di tre “organizzatori”: il sorriso, l’angoscia e il “no”. Il sorriso a volte è la manifestazione di uno stato interno, mentre altre volte può essere una risposta a stimoli esterni. L’angoscia, che si manifesta in particolare intorno all’ottavo mese di vita di fronte agli sconosciuti, rivela come il bambino sia in grado di attribuire una identità alle persone. Il “no” che compare intorno ai due anni, consente al bambino di opporre il proprio sé a quello degli altri e, di conseguenza, differenziarsene. In sostanza, nelle prime fasi della vita, l’identità emerge attraverso un duplice movimento relazionale di avvicinamento ed opposizione, apertura e chiusura, assimilazione e differenziazione.

L’identificazione svolge un ruolo determinante all’interno del processo di costruzione dell’identità nell’infanzia. I bambini si identificano con i genitori, con i fratelli, le

sorelle, gli amici, gli ideali della famiglia e della cultura di appartenenza, assimilandone norme e modelli di comportamento. Durante tutto il corso dell'infanzia assume un ruolo fondamentale il "noi" familiare, che li accredita nella società degli adulti. E' per questo motivo che essi tendono ad identificarsi, fino all'adolescenza, con i modelli che trovano in ambito familiare.

Secondo il modello evolutivo psicosociale in base al quale Erikson (1959) cerca di comprendere non solo le dimensioni psichiche dello sviluppo, ma anche quelle sociali e culturali, il ciclo di vita prende avvio e si esaurisce nella costruzione dell'identità, consentendo all'individuo di sperimentare dimensioni apparentemente dissonanti quali continuità e mutamento, garantendo l'integrità e l'unitarietà della persona, anche di fronte ai cambiamenti storico-culturali e sociali.

Lo sviluppo dell'individuo avviene, secondo Erikson, per "stadi", organizzati in sequenza (Tab. 2). Per ogni stadio l'autore ha individuato un particolare "compito di sviluppo" che, in relazione a come viene affrontato e risolto, condurrà ad esiti positivi o negativi. Ogni stadio è fondato sulla bipolarità ed è caratterizzato da un "dilemma psicosociale" che nasce dalla relazione individuo/ambiente e che deve essere superato affinchè avvenga la maturazione.

Tab. 2 – Stadi evolutivi di Erikson

ETA' – ANNI	QUALITA' DELL'IO	PERSONE	FUNZIONI FONDAMENTALI	ATTIVITA' E PROBLEMI SPECIFICI
0-1 Infanzia	Fiducia Sfiducia	Madre	Ricevere Dare	Fiducia basata sull'esperienza e sulla prevedibilità del mondo. Fiducia di poter influenzare gli eventi
2-3 Fanciullezza	Autonomia Dubbio-Vergogna	Genitori Famiglia	Trattenere Lasciare	Deambulazione, verbalizzazione, controllo sfinterico. Nasce il senso di autonomia. Se frustrato o deriso nasce la vergogna e il dubbio
4-5 Fase del gioco	Iniziativa Senso di colpa	Famiglia Asilo Coetanei	Fare (eseguire) Fare come (gioco)	Comincia la conquista del mondo: a volte con irruenza. Se questa iniziativa viene bloccata il bambino potrebbe provare sensi di colpa
6-12 Fase scolarità	Industriosità Senso di inferiorità	Compagni di classe Amici	Fare delle cose insieme	Inizio della scolarità, necessità di ottenere l'approvazione da parte di estranei. Inizia ad imparare a leggere, a scrivere, inizia la competitività. Se queste iniziative vengono bloccate può nascere senso di inferiorità
13-18 Adolescenza	Identità Confusione di ruoli	Gruppo di coetanei e persone esterne alla famiglia	Essere sé stessi	Adolescenza: maturazione sessuale e problema dell'identità sessuale. Senso dell'imitazione. Ricerca della propria identità attraverso l'identificazione con personaggi famosi. Può nascere confusione di ruoli
19-25 Giovane adulto	Intimità Isolamento	Partners Amicizie	Trovare sé stessi in un'altra persona	Raggiunta l'identità, il giovane desidera confrontarla con altre persone. Inizia il desiderio di intimità affettiva. Se l'identità non è stata raggiunta, si sviluppa la tendenza all'isolamento
26-40 Età adulta	Generatività Stagnazione	Lavoro Formazione di famiglia	Solidarietà Far essere Prendersi cura	E' l'età matura: l'individuo ormai adulto sente la necessità di generare, creare, sia nel lavoro che nella famiglia. Se non riesce si sente vuoto. La vita diventa una lunga attesa della vecchiai e della morte
>40 Età matura	Integrità dell'Io Disperazione	L'umanità e la specie	Essere ancora Essere stato	Ormai gran parte della vita è trascorsa. L'uomo è quello che è stato e quello che ha fatto. Altrimenti c'è la disperazione e il rimpianto

Erikson divide quindi l'intero ciclo di vita in "otto età dell'uomo", che fanno riferimento agli otto periodi critici in cui alcuni eventi critici che interessano l'Io lungo l'arco della vita raggiungono il proprio apice.

Stadio 1- *senso fondamentale di fiducia opposto a sfiducia:*

L'obiettivo principale nel periodo infantile è quello di acquisire un buon equilibrio tra fiducia e sfiducia. Se questo rapporto è sbilanciato nei confronti della fiducia, il bambino ha maggiori possibilità di superare le crisi successive di quante ne abbia se è sbilanciato verso la sfiducia. Erikson (1968) definisce il *senso fondamentale di fiducia* come "una fiducia essenziale in altre persone, nonché un senso di fondamentale fiducia in sé stessi" e la sensazione "che c'è una qualche corrispondenza fra i propri bisogni e quelli del proprio mondo" (Evans 1967, 15).

Il bambino che ha un atteggiamento di fiducia può immaginare che la madre lo nutrirà quando ha fame e lo consolerà nei momenti di paura e di dolore. Riuscirà a tollerare che la madre possa scomparire dalla sua vista, poiché ha fiducia che tornerà. La madre, di conseguenza, è importante per tutto: "Le madri creano un senso di fiducia nei propri bambini attraverso quel tipo di cura la cui caratteristica è di saper combinare una sollecitudine per i bisogni individuali del bambino con un fermo senso personale di meritarne la fiducia, all'interno della cornice di riferimento della fiducia propria dello stile di vita della propria cultura" (Erikson, 1963, 267). Il bambino acquisisce fiducia in sé stesso sentendo che gli altri lo accettano e aumentando la familiarità con i propri bisogni fisici.

La madre, da parte sua, deve nutrire fiducia in sé stessa e nel significato del suo ruolo di crescere il figlio.

E' altresì necessario a tutte le età sviluppare anche sentimenti di sfiducia per riuscire a percepire un pericolo imminente o una situazione di disagio e a saper discriminare tra

persone oneste e disoneste. Tuttavia, qualora la sfiducia superi la fiducia, il bambino prima e l'adulto poi, può correre il rischio di frustrazione, ritiro, insicurezza e diffidenza. In questo stadio il bambino "prende" e "incorpora" gli stimoli attraverso tutti i sensi, in modo simile al bambino piagetiano (Piaget, 1966) che "assimila". Prendendo dalla madre e dal mondo, il bambino sta gettando le fondamenta per il ruolo che avrà nel futuro.

Stadio 2 – *autonomia opposta a vergogna o dubbio*:

lo sviluppo neurologico e muscolare promuove la deambulazione, il linguaggio e la capacità potenziale di controllo sfinterico. Il bambino diventa maggiormente indipendente dal punto di vista fisico e psicologico e tale indipendenza incrementa le possibilità di sviluppo della personalità. Contemporaneamente, possono comparire nuovi spazi di vulnerabilità, l'angoscia derivante dalla separazione dai genitori, la paura di non sapere controllare le sue funzioni corporee e la perdita dell'autostima di fronte ai fallimenti.

"E' inevitabile uno scontro di volontà". Erikson (1959, 131-158) ne parla come di "forze sinistre che vengono liberate o ingabbiate, particolarmente nelle situazioni di lotta di volontà impari: dal momento che il bambino è spesso inadeguato di fronte alle sue violente pulsioni e genitori e bambini sono impari, gli uni nei confronti degli altri". Idealmente, i genitori stabiliscono un clima di sostegno in cui il bambino può sviluppare una capacità di autocontrollo senza perdere l'autostima.

In questo periodo la vergogna e il dubbio rappresentano le componenti negative: "la vergogna di trovarsi completamente esposto agli sguardi altrui e di essere consapevole di essere guardato, in una parola consapevole di sé… come se si fosse seminudi. L'espressione più immediata della vergogna è un impulso a nascondersi il volto, o di sprofondare, proprio li e in quel momento, sotto terra" (Erikson, 1959, 131-158). Il dubbio ha a che fare con la parte sconosciuta del proprio corpo, la parte posteriore che

non può vedere ma che deve controllare. Vergogna e dubbio, rispetto all'autocontrollo e all'indipendenza, si sviluppano se la fiducia di base non è stata sufficientemente realizzata o è stata perduta, spesso quando gli stimoli al controllo sfinterico sono troppo precoci o rigidi o quando la volontà del bambino è "spezzata" da un genitore ipercontrollante.

Stadio 3 – *spirito di iniziativa opposto a senso di colpa:*

"Fermamente convinto che egli è una persona, il bambino deve ora scoprire "che genere" di persona sta per diventare. E qui egli si appoggia proprio su chi conta per lui: vuole essere come i suoi genitori, che gli appaiono molto potenti e meravigliosi anche se, in modo del tutto irragionevole, pericolosi" (Erikson 1959, 74). Il concetto di questo stadio è l'identificazione con i genitori, da lui percepiti come grandi, potenti e intrusivi. Erikson, pur accettando la concezione freudiana (Freud, 1905) dell'identificazione attraverso il complesso di Edipo, pone maggiore enfasi sulle componenti sociali piuttosto che su quelle sessuali. Per l'autore la modalità psicosociale è il "fare", cioè prendere l'iniziativa, avere degli obiettivi e portarli avanti, entrare in competizione con l'adulto. Il bambino si intromette "nei corpi degli altri con l'attacco fisico […] nelle orecchie e nella mente delle altre persone attraverso un parlare aggressivo […] nello spazio attraverso una energica locomozione […] in tutto ciò che gli è sconosciuto, con una curiosità che lo assorbe completamente" (Erickson, 1959, 76). Questo spirito di iniziativa è supportato da progressi motori, linguistici, cognitivi e di immaginazione creativa.

Egli si colloca in un *continuum* che va da un'iniziativa di successo a un senso di colpa esasperato, a causa delle fantasie sessuali, pensieri o comportamenti immorali. Oltre a ciò, il bambino corre il pericolo di doversi sentire sempre occupato in qualcosa, nella competizione, nel "fare" per poter essere riconosciuto come persona.

Stadio 4 – *industriosità opposta a inferiorità:*

Il bambino vuole entrare a far parte del mondo più esteso della conoscenza e del lavoro. Ricorre il tema "io sono quello che imparo" (Erikson, 1959, 82). Il grande cambiamento avviene con l'inizio della scuola (6 anni), che rivela gli strumenti tecnologici della sua società: libri, mappe, microscopi, film, registratori, tavole pitagoriche. L'apprendimento non avviene, tuttavia, soltanto nella scuola ma anche a contatto con l'ambiente extrascolastico: gli amici, la famiglia, la strada.

Attraverso le esperienze positive il bambino acquisisce il senso dell'"industriosità", un sentimento di competenza e potenza, mentre il fallimento genera un senso di inadeguatezza e di inferiorità, la sensazione di non essere utile. Egli si sforza di fare bene le cose e di portarle a termine. Gli anni precedenti, impiegati per acquisire un senso di fiducia, autonomia e spirito di iniziativa, sono stati il presupposto per l'entrata nella società tecnologica. Erikson sottolinea che questo stadio differisce dai precedenti, in quanto "oscilla andando da un violento sconvolgimento interno a un nuovo apprendimento" (Erikson, 1959, 88). Si tratta di un periodo più tranquillo, il cosiddetto "periodo di latenza psicosessuale" (Freud 1905).

Stadio 5 – *identità e rifiuto opposti a confusione di ruoli:*

Il processo di ricerca dell'identità è una corsa controcorrente in tutti gli stadi ma, nel quinto stadio il problema raggiunge l'apice. Rapidi cambiamenti psicologici producono un "nuovo" corpo che manifesta bisogni non familiari. Questi cambiamenti e, contemporaneamente, la pressione sociale rispetto alle decisioni che riguardano la sua educazione e le scelte occupazionali, spingono gli adolescenti ad esaminare una molteplicità di ruoli. Il loro compito di base appare quello di integrare le varie identificazioni dell'infanzia per formare un'identità più completa e definita. Se il soggetto non riesce ad integrare le proprie precedenti identificazioni, i propri ruoli e i propri sé, può generarsi una "diffusione di identità". La modalità psicosociale di questo

stadio è rappresentata dall'essere sé stessi o meno. Gli adolescenti cercano sé stessi attraverso il gruppo di pari, le associazione di giovani, i movimenti politici e così via. I gruppi hanno il compito di fornire le opportunità di provare altri ruoli, trasmettendo quelli più riconosciuti dalla società.

Stadio 6 – *intimità e solidarietà opposte ad isolamento:*

Se durante il quinto stadio il giovane ha consolidato un'identità ben integrata, è possibile che nello stadio successivo riesca a maturare l'identità con altre persone e con sé stesso. Se subentra la paura di "perdersi" nell'altro, non potrà fondere la propria identità con quella di qualcun altro. Il sesto stadio è caratterizzato dalla costruzione di importanti relazioni con il genere opposto, ma anche da rapporti di amicizia con lo stesso sesso e dall'accesso ai propri sentimenti e pensieri intimi. Queste relazioni, promuovendo la crescita dell'identità personale, stimolano lo sviluppo della personalità. Un aspetto dell'intimità è rappresentato dal senso del "noi" e la difesa contro di "loro", minacciose "forze o persone la cui essenza appare pericolosa per la propria" (Erikson, 1959, 96-97). Quando i tentativi verso l'intimità falliscono, la persona corre il rischio dell'isolamento, con conseguenti relazioni sociali stereotipate, fredde e vuote.

Stadio 7 – *generatività opposta a stagnazione:*

Per generatività si intende "l'interesse a fondare e guidare la generazione successiva" (Erikson, 1959, 97), attraverso la procreazione e l'allevamento dei figli o la realizzazione di imprese creative o produttive. La generatività non è garantita certamente dalla procreazione ed i prerequisiti per lo sviluppo in tale stadio sono la fiducia nei confronti del futuro e della specie e la capacità di occuparsi degli altri. Lo stadio 7 fornisce, quindi, i meccanismi per la continuità della società attraverso le generazioni. La mancanza di generatività si esprime con la stagnazione, l'indulgenza verso sé stessi, la noia e la mancanza di crescita psicologica.

Stadio 8 – *intergrità dell'Io opposta a disperazione:*

Nello stadio finale la persona deve vivere con quanto ha costruito durante tutta una vita. Idealmente, ha raggiunto l'integrità, che comporta l'accettazione dei limiti della vita, il senso di far parte di una storia più ampia che comprende le generazioni precedenti, il senso di possedere la saggezza dei tempi, una integrazione finale di tutti gli stadi precedenti. L'antitesi dell'integrità è la disperazione, cioè il rimpianto nei confronti del proprio vissuto, la paura dell'avvicinarsi della fine e il disprezzo per sé stessi.

Le sequenze di Erikson sono evidentemente legate ad un periodo storico e potrebbero, in ogni caso, non essere universali. Ad esempio potrebbero essere diverse per uomini e donne o potrebbero variare al variare delle culture. Gilligan (1982, 12) sottolinea che, sebbene per l'uomo l'identità possa precedere l'intimità, "per le donne questi due compiti sembrano invece essere fusi. L'intimità va insieme con l'identità".

Il lavoro svolto da Erikson esaminando varie culture, ha portato quindi ad identificare una dimensione psicosociale nella costruzione dell'identità, che l'autore ha sintetizzato nella teoria degli 8 stadi che illustra le conseguenze critiche della maturazione e delle aspettative sociali. Tali conseguenze rappresentano i problemi che ogni bambino è chiamato a risolvere nel corso del suo sviluppo. Ogni problema appare particolarmente evidente in un particolare stadio del ciclo di vita, ma compare per qualche aspetto attraverso tutto lo sviluppo.

I bambini che si trovano a vivere nella migrazione e quindi esposti a vissuti di discontinuità, possono correre il rischio di essere ostacolati nella costruzione della propria identità personale e sociale. Essi devono infatti confrontarsi con rappresentazioni sociali diverse dell'essere bambino e studente e soddisfare sia le aspettative familiari che quelle della società in cui sono inseriti. Se a ciò si aggiunge il vissuto derivante dalla condizione di disabilità, la sfida identitaria deve fare i conti anche con le rappresentazioni di salute e malattia proprie di ogni attore coinvolto.

2.2 Identità etnica e migrazione.

Il concetto di "etnicità" viene spesso utilizzato per definire il sentimento di "appartenenza culturale comune" (Abou, 1981) e viene adottato anche per interpretare tutto ciò che concerne i movimenti migratori: l'integrazione delle minoranze, la formazione dell'identità, le relazioni con la società di accoglienza.

L'etnicità ha una dimensione biologica ed una dimensione sociale. La prima comprende tutti i fattori che si trasmettono per via ereditaria, mentre la seconda comprende tutte le esperienze legate alla tradizione storica e culturale di una specifica comunità.

La scoperta dell'identità etnica avviene soprattutto quando una persona si trova a vivere in condizioni di mutamento e trasformazione sociale, quando alcuni aspetti importanti della cultura di appartenenza vengono messi in discussione da un processo di erosione culturale. Questo è quanto avviene generalmente nei processi migratori.

I migranti si confrontano con la propria identità quando devono rapportarsi alla diversità culturale ed etnica della società di accoglienza. Scoprono la loro identità quando diventano minoranza ed utilizzano l'identità etnica come risorsa, impiegandola per contrastare il disagio che può derivare dal confronto con nuove forme di identità che veicolano valori diversi da quelli assimilati durante il loro processo di socializzazione.

L'identità etnica non rappresenta soltanto l'espressione di un atteggiamento difensivo nei confronti della nuova società, è fortemente simbolica e spesso non riconosciuta o sconosciuta dalla comunità di arrivo. Ciò comporta quindi la difficoltà di riproduzione della propria cultura e delle pratiche ad essa collegate ed il mantenimento dell'identità etnica originaria. Questi elementi incidono fortemente sull'analisi dell'identità etnica di bambini immigrati o figli di migranti. I loro genitori spesso propongono un modello di identità etnica senza radici nel corso del loro processo di socializzazione, poiché ne è impedita la piena espressione. Inoltre, vengono proposte loro altre identità dalla comunità di accoglienza, anch'esse basaste su elementi di etnicità. Operare un confronto

tra i molteplici modelli di identità etnica presentati, genera notevoli rischi di disagio per la difficoltà di stabilire legami di appartenenza che possano conciliare il qui e l'altrove (Ciola, 1997)

Molti studiosi (Favaro, 2002; Moro, 2005; Maalouf, 2001; Valtolina e Marazzi, 2007; Grinberg, e Grinberg, 1992) ipotizzano che i bambini stranieri siano sottoposti ad un processo che determina una lacerazione della propria identità, divisa tra istanze culturali e affettive in conflitto: quelle dei genitori e quelle del paese di arrivo. I problemi di identità possono provocare difficoltà comunicative, non soltanto linguistiche, che rendono difficile l'espressione della propria diversità. Si chiede loro di adattarsi in fretta e di trovare il proprio posto all'interno di riferimenti, regole implicite ed esplicite e rituali sconosciuti. La migrazione rappresenta un'opportunità ma implica la fatica identitaria di trovare un equilibrio tra le origini e il futuro, tra la storia familiare e i progetti individuali, tra i vincoli sociali e i desideri personali. Questo processo di riequilibrazione porta a proporre nuove forme di identità, ricomponendo le proprie lacerazioni, adottando le molteplici strategie possibili.

Quando si confrontano con un gruppo di status relativo più alto, i membri di un gruppo di basso *status* si trovano a fronteggiare una minaccia per la propria identità sociale. Di conseguenza, spesso provano a migliorare la propria posizione sociale o abbandonando il gruppo di appartenenza o tentando di migliorare la posizione del gruppo nel complesso (Tajfel, 1981).

Tajfel e Turner (1979) hanno proposto una tassonomia delle strategie identitarie che possono essere impiegate dai membri dei gruppi svantaggiati per tentare di migliorare l'identità sociale.

Questa tassonomia è articolata attorno a due dimensioni considerate indipendenti l'una dall'altra:

• la dimensione individuale-collettiva differenzia le strategie in base all'obiettivo del cambiamento, vale a dire se esse siano tese al miglioramento della condizione individuale o di quella collettiva. Le strategie individuali sono messe in atto dagli individui nel tentativo di migliorare la propria condizione senza modificare la posizione del gruppo di appartenenza. Al contrario, le strategie collettive hanno come finalità il miglioramento della posizione del proprio gruppo nella stratificazione sociale. Questa dimensione non è definita rispetto al numero delle persone coinvolte, ma rispetto all'obiettivo del cambiamento: la persona o il gruppo;

• la dimensione comportamentale-cognitiva differenzia le strategie sulla base della modalità con la quale esse sono messe in atto. Sebbene gli aspetti comportamentali e cognitivi siano strettamente collegati, questa dimensione tiene conto dell' aspetto che maggiormente caratterizza la strategia scelta.

2.3 Le strategie identitarie della seconda generazione di migranti

Il fenomeno delle seconde generazioni composte dai figli dei migranti nati nel paese di accoglienza, rappresenta una nuova sfida per l'integrazione che viene posta a tutti i paesi di antica e nuova immigrazione. Anche l'Italia si confronta con tale fenomeno, all'interno di un contesto segnato da grandi incertezze per il futuro, ma, contemporaneamente, dall'emergere di importanti risorse nel mondo della scuola, nelle varie espressioni della società civile e nelle amministrazioni locali (Valtolina, Marazzi, 2007).

Tognetti Bordogna (2007, 84) afferma che "parlare di seconde generazioni significa: focalizzarsi sul futuro e sul passato dei processi migratori; guardare il presente ma, in particolare, il futuro delle generazioni; interrogarsi su noi stessi, sulla nostra società e il suo futuro, ma anche sul futuro delle società di provenienza dei genitori delle seconde

generazioni; parlare delle famiglie del futuro ma, in particolare, delle politiche e delle economie del futuro".

La questione delle seconde generazioni, oltre a coinvolgere le istituzioni scolastiche che ne testimoniano formalmente il radicamento nella società di accoglienza, riguarda anche l'irreversibilità della composizione della società perché "rende non più procrastinabili i nodi della conservazione, della trasmissione e della costruzione delle identità, rende visibile che la realtà migratoria non è più un fattore transitorio di singoli soli" (Tognetti Bordogna, 2007, 87).

E' per questo che i processi di integrazione pensati per gli immigrati non sempre si rivelano altrettanto efficaci per la seconda generazione, che siano nati nel paese di arrivo della famiglia o che vi siano cresciuti per un considerevole periodo di tempo. Appare opportuno sottolineare il fatto che, comunque siano andate le cose, vengono sempre percepiti come stranieri.

Secondo Valtolina (2007), per le prime generazioni di immigrati la coscienza della propria identità etnica può rappresentare uno strumento difensivo nel momento in cui si rendono conto di "essere minoranza" ma, nello stesso tempo, può assumere anche un più alto valore simbolico, in mancanza di un territorio e di una comunità di appartenenza in cui tale "etnicità" possa trovare concreta possibilità di espressione e accettazione da parte degli altri. Per i giovani la situazione si complica: se infatti nella fase di socializzazione primaria sono stati loro trasmessi determinati valori, alla base di una certa identità etnica, nella fase di socializzazione secondaria essi conoscono altri valori e altre identità, quelle del paese ospitante.

"In tale contesto i minori stranieri si trovano ad affrontare, non soltanto i cambiamenti legati ai processi di crescita, tipici di ogni condizione evolutiva, ma anche quelli riguardanti la loro collocazione e il loro inserimento in un'organizzazione sociale e in una tradizione culturale molto diverse da quelle d'origine delle proprie famiglie e

talvolta di loro stessi, con specifiche richieste a cui devono saper rispondere nel modo più rapido e coerente possibile" (Valtolina, 2007, 29)

Ciò induce a riflettere su quali siano i loro sentimenti in relazione alla costruzione dell'identità personale, familiare e sociale. La seconda generazione deve scegliere se affrontare un processo di svincolo e di costruzione di una identità autonoma secondo caratteristiche analoghe a quelle dei coetanei nati da genitori italiani, oppure se confrontarsi con difficoltà diverse, derivanti dalla contemporanea appartenenza a due culture.

Com'è noto l'adolescenza è un'età di profonde trasformazioni, fisiche, relazionali e sociali e per poter diventare adulti è necessario che gli esiti di tali processi possano venire integrati in un *continuum* che caratterizzi la propria identità.

Tutti i minori al di fuori del contesto familiare possono scoprire riferimenti potenzialmente in conflitto con quelli trasmessi dai genitori, ma per quelli di origine immigrata questo "passaggio" è più complicato e in molti casi si prefigura come uno "scontro tra due mondi nettamente differenziati – per lingua, cultura e valori –, tra i quali la comunicazione e lo scambio sono minimi, oppure eccessivamente marcati da reciproci pregiudizi" (Valtolina, 2007, 30)

Naturalmente, come sottolinea ancora Valtolina, l'entità di questo "scontro" è tanto più intensa quanto più ampia è la distanza fra il sistema socio-culturale del paese d'origine e quello del paese di accoglienza e può tradursi in una vera e propria spaccatura, il rifiuto totale di una delle due realtà. L'autore annovera quattro possibili "soluzioni" dello scontro che i minori stranieri devono affrontare: la resistenza culturale, l'assimilazione, la marginalità e la doppia identità. Le prime due sono estreme: la resistenza culturale si traduce infatti nel rifiuto dei valori proposti dalla società ospitante per adottare solo quelli appresi nel paese d'origine; all'opposto, l'assimilazione vede il giovane rifiutare tutto quanto ha a che fare con la cultura del paese di nascita per abbracciare totalmente

la “proposta identitaria” del paese d’accoglienza. Tra questi estremi, la marginalità è una condizione in cui il minore si sente incapace di “scegliere” fra le due culture, restando sostanzialmente estraneo ad entrambe, mentre la “doppia etnicità” lo vede impegnato in una continua negoziazione fra i valori conosciuti in famiglia e nel paese d’accoglienza e quelli proposti dal gruppo dei pari e dalla società ospitante, in un processo costante di ricerca d’equilibrio.

In genere la doppia etnicità è considerata l’ipotesi migliore, perché consente l’acquisizione di un maggiore equilibrio e di una maggiore capacità critica (Favaro, Napoli, 2002).

Il percorso di costruzione dell’identità nelle seconde generazioni, è un viaggio tra perdite e ritrovamento, che nasce e si consolida grazie alla possibilità di essere parte di un gruppo. In questo processo sono fondamentali le figure che facilitano la costruzione dell’identità, da un lato genitori, parenti e conoscenti provenienti dal proprio Paese e dall’altro insegnanti, educatori e gruppo dei pari del Paese di accoglienza. In questo senso si può parlare positivamente della formazione di un’*identità ibrida* (CNEL, 2011). Favaro (2004) parla di ambivalenza identitaria, laddove si venga a creare un forte conflitto tra il passato (le origini) e il presente (contesto di accoglienza). Perché ciò non accada e non si configuri un conflitto intergenerazionale, è necessaria una sorta di “doppia autorizzazione”: i genitori devono autorizzare i figli a vivere pienamente la nuova realtà, la cultura, la lingua, i valori e i figli, a loro volta, devono autorizzare i genitori ad appartenere alla loro cultura d’origine senza doverla rinnegare e mostrino interesse e stima per i loro saperi.

Bindi (2005) afferma che i conflitti intergenerazionali sono particolarmente marcati in tutti quei contesti in cui la rete allargata della comunità immigrata risulta più debole e in cui i gruppi di adolescenti e persino i bambini sono lasciati soli ad affrontare il confronto, inevitabilmente asimmetrico, con i coetanei autoctoni. In questo la sociologia

relazionale ci insegna che la funzione di *bridging* (ponte culturale) non può essere separata da quella di *bonding*, cioè dalla creazione e dal mantenimento di legami forti con le famiglie e la comunità di origine.

Di fatto il *background* culturale e la presenza attiva della famiglia influenzano profondamente le scelte di vita, l'accesso o meno a livelli di istruzione elevati, le scelte di genere e di ruolo dei figli.

La posizione di *bridging*, cioè di ponte culturale e generazionale dei ragazzi di seconda generazione, può da un lato far leva sul senso di riconoscenza, per creare il desiderio di saldare il debito che i figli sentono nei confronti dei propri genitori, emigrati per migliorare la propria qualità di vita, ma soprattutto per consentire ai figli una posizione di maggior benessere. D'altra parte può generare un conflitto con cui la seconda generazione sente di doversi confrontare per la sua doppia appartenenza culturale, con tutte le conseguenze che ciò determina sul piano delle "lealtà familiari", che si scontrano con le istanze provenienti dalla società di accoglienza.

2.4 Diversità e differenze culturali

Il fenomeno della diversità assume rilevanza nella società, in quanto pone problemi tali da non poter essere ignorati, sottolineando l'adozione di strategie culturali per poterlo gestire. La sua importanza risiede nel dimostrarsi proprio un "problema" classico che tutte le società devono affrontare e fronteggiare.

La posizione attuale nei confronti della diversità, sia da un punto di vista scientifico che di senso comune, ne esalta il ruolo ed il valore positivo. Parallelamente, però può diffondersi anche una crescente paura nei confronti dei diversi e della minaccia che essi potenzialmente rappresentano.

Si tratta di una posizione ambivalente che assume un concetto di diversità in cui sono presenti aspetti problematici e spesso contradditori e che rivela che il fenomeno della

rivendicazione dell'identità culturale (Benhabib, 2005) appare, pertanto, un aspetto ineludibile della contemporaneità perché "le differenze culturali si estendono, si diversificano e si moltiplicano all'interno delle società" (Wieviorka, 2005, 16-17). Ciò porta a considerare la questione in termini diversi rispetto ad una scelta tra positivo e negativo, risorsa e minaccia: si tratta di riconoscere che la diversità è una delle caratteristiche delle società complesse che non può non essere considerata.

In aggiunta, come sostiene Wieviorka, "per le scienze sociali, la differenza culturale non è più un' esclusiva di mondi più o meno lontani, esotici, strani: Non è più il campo principale, quasi riservato, dell'etnologia e dell'antropologia classiche – tutte discipline che invitano il ricercatore a distanziarsi dal proprio universo. Non è più esterna, ma compresa nel lavoro delle società occidentali su loro stesse" (Wieviorka, 2005, 13).

Questa osservazione suggerisce l'idea di prendere in considerazione la diversità in sé e non soltanto alcune specifiche diversità legate alla cultura di appartenenza. La differenza culturale non si esaurisce con la differenza etnica o religiosa.

Ci sono altre modalità, altre possibili declinazioni, che diventano sempre più rilevanti per le società. Declinazioni anch'esse problematiche perché rivendicano diritti, spazi di libertà e partecipazione che rendono sempre più instabile la coesione e complesso il mantenimento dell'ordine sociale (Monceri, 2008).

Innanzitutto, la diversità ci fa paura. "Le differenze sono inquietanti perché non le conosciamo. E meno le conosciamo, più ci appaiono inquietanti. In questo senso, per porre rimedio al problema, è assolutamente necessario ampliare e approfondire le analisi sociologiche o antropologiche. Le differenze, inoltre, appaiono inquietanti perché non siamo disposti ad ammettere che il dibattito politico è possibile" (Wieviorka, 2008, 62).

Le riflessioni di Wieviorka sottolineano i motivi per i quali la diversità spesso viene temuta. L'ignoranza, il fatto di non sapere genera ansia perché può determinare l'impossibilità ad esercitare il controllo sociale, mancando il riferimento a ciò che

solitamente appare scontato. La diversità, quindi, rappresenta un elemento fortemente destabilizzante.

Un ulteriore problema correlato alla situazione di ignoranza è la gestione della consapevolezza dell'ignoranza. Il non sapere, infatti, può determinare una serie di reazioni che vanno dall'attivazione immediata nel tentativo di conoscere l'altro, fino alla chiusura e al rifiuto di entrare in relazione (Bennett, 2002). L'incontro con la diversità ci obbliga però a prenderne coscienza: siamo a conoscenza della presenza della diversità, sebbene si possa pretendere (fingere) che l'altro non esista e comportarsi di conseguenza.

Tale consapevolezza pone le basi per la negoziazione, attraverso il confronto tra due o più visioni, due o più valori, che implica peraltro la disponibilità delle parti a mettere in discussione i propri valori, le proprie credenze, i presupposti di base sui quali si costruisce l'identità sia individuale che sociale. Tale disponibilità non è scontata poiché, oltre al coraggio di cambiare, è necessario impegnarsi nella trasformazione, affrontando i costi necessari al cambiamento. Dalla relazione con l'altro, infatti, possono derivare conseguenze non sempre positive, non sempre facilmente negoziabili. Ad esempio potrebbero generarsi situazioni di conflitto che, nonostante la possibilità che non si connotino in forma decisamente negativa, vanno comunque gestite.

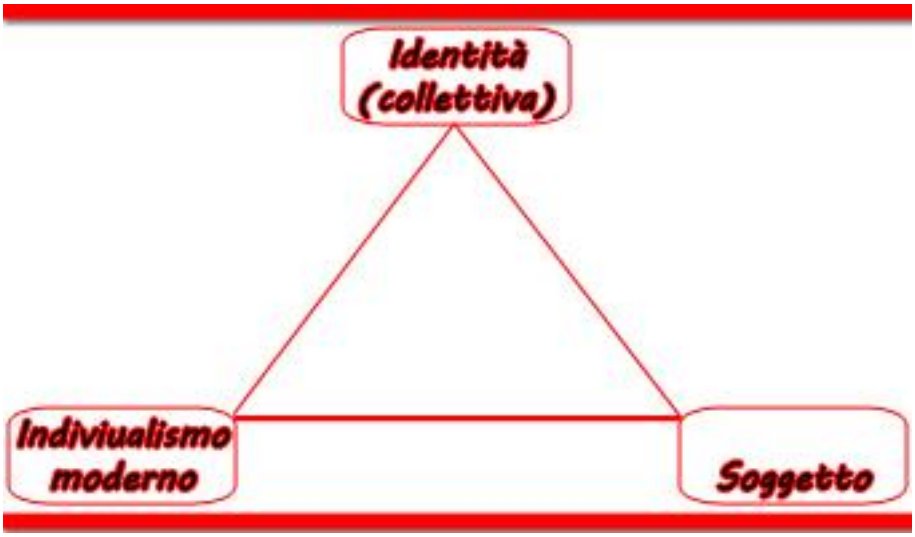
Uno dei molteplici aspetti della diversità che oggi si impone all'attenzione di tutti, è quello relativo alla differenza culturale (Wieviorka, 2005), intesa come differenza etnica.

La presenza dell'"altro" ha sempre accompagnato l'esperienza sociale, non è una novità dell'era contemporanea ma una costante dell'esperienza umana. Ciò che cambia è il modo di concettualizzarla e definirla, le sue declinazioni oltre alle strategie che vengono attivate per operare il confronto con essa.

Michel Wieviorka ha affrontato con estrema sistematicità il tema della differenza culturale (Wieviorka, 2002, 2004, 2005, 2007, 2008). Con l'intento di fornire una proposta concettuale, illustra il modello noto come "triangolo della differenza" (Fig. 5) (2005, 132). In esso sono descritte le varie dimensioni sottese all'emergere ed all'affermarsi dei processi di differenziazione culturale nelle società moderne. Il modello proposto è rappresentato da un triangolo ai cui vertici stanno i tre elementi che definiscono la differenza. Al primo dei tre vertici sono collocate le identità collettive, quei sistemi valoriali e di significato capaci di marcare simbolicamente l'unità dei vari gruppi. Il secondo vertice ospita l'individuo moderno, visto in senso astratto come portatore di specifici diritti. L'ultimo vertice è quello del soggetto, relativo cioè alle dimensioni dell'*agency*, della libera scelta.

Ogni percorso di costruzione dell'identità tende a svolgersi tra i tre vertici. La propria identità viene, quindi, costruita avvalendosi dei diritti individuali ed aderendo a specifiche identità collettive. Wieviorka descrive, attraverso il suo modello, una società multiculturale i cui componenti cercano soluzioni provvisorie e dinamiche ai problemi che si trovano ad affrontare, muovendosi nello spazio circoscritto del triangolo, allontanandosi il più possibile dai vertici estremi, con esclusione del vertice occupato dal Soggetto. Ciò perché quest'ultimo rappresenta la migliore soluzione, anche se rara, per rispondere alle istanze proposte dalla società pluriculturale.

Fig. 5 – Triangolo della differenza culturale



Il triangolo della differenza descrive le componenti essenziali della diversità nonché le possibili configurazioni delle differenze sulla base della combinazione dei suoi elementi. Per Wieviorka la soggettività è la chiave di volta che tiene il discorso sulla diversità. La soggettività esprime quell'ambito di autonomia dell'individuo moderno all'interno della propria cultura di appartenenza.

2.5 Differenze culturali e competenza interculturale

L'educazione interculturale in Italia corre spesso il rischio di una riduzione, di venire associata e confinata esclusivamente all'accoglienza degli alunni stranieri nella scuola, mentre meno presente è, invece, la riflessione sulle opportunità di sviluppare competenze interculturali nei vari ambiti dell'accoglienza e su quali percorsi formativi siano necessari per gli operatori che intendano raggiungere obiettivi in questo ambito (Coulby et al., 1997). Autori come Damiano (1993), Gobbo (2002), Cambi (2001) ritengono che un processo educativo che miri a favorire l'acquisizione di efficaci competenze interculturali implichi un profondo rinnovamento nell'impostazione pedagogica. Tale riflessione rimanda ad un'analisi più generale sulle opportunità di

rinnovamento pedagogico all'interno delle dinamiche di globalizzazione a livello culturale (Delors, 1997).

In ambito educativo il tema dell'abilità degli individui e dei gruppi nel confrontarsi con la diversità è stato affrontato da ricercatori come Bennett (1993), ripreso in ambito scolastico da Goebel e Resse (2000), in riferimento ad uno sviluppo di competenze interculturali che può essere riassunto in un modello di maggiore o minore sensibilità interculturale. Il *Developmental Model of Intercultural Sensitivity* (DMIS), è stato messo a punto da Milton Bennet, tra il 1986 e il 1993 (Bennet, 2002), ed è articolato in sei fasi, suddivise in fasi etnocentriche (rifiuto, difesa, minimizzazione) e fasi etnorelative (accettazione, adattamento, integrazione).

La definizione dei vari stadi del modello di Bennett e le relative implicazioni pedagogiche che ci interessano per l'insieme di questo lavoro, sono riassunte nel seguente schema:

Il modello dinamico di sensibilità interculturale

(Milton Bennet)

Descrive la sensibilità interculturale come "una costruzione della realtà che si adegua progressivamente ad accogliere la differenza culturale che è alla base dello sviluppo evolutivo"

Fasi Etnocentriche

Il **rifiuto** sintetizza l'incapacità di interpretare e rapportarsi con la diversità culturale. Tratti caratteristici di questo comportamento sono stereotipi anche non negativi e affermazioni superficiali di tolleranza. La tendenza generale è, però, a disumanizzare l'altro. Si possono identificare due atteggiamenti principali in questa fase, isolamento e separazione.

L'isolamento indica l'assenza di strumenti per descrivere la diversità e la possibilità che il soggetto viva una vera e propria forma di isolamento fisico rispetto a chi viene percepito come diverso.

La separazione è, invece, la costruzione intenzionale di barriere fisiche o sociali che accentuino la distanza rispetto a chi viene percepito come diverso, in modo da mantenere l'isolamento. È in questo ambito che ritroviamo la tendenza a relegare le persone considerate diverse nella categoria dell'altro. In merito a questa fase, finalità chiave per l'apprendimento è il riconoscimento delle differenze culturali. La principale sfida cognitiva riguarda la formulazione di una visione costruttiva delle relazioni interculturali, attraverso processi che stimolino la curiosità e facilitino il contatto strutturato con altre culture. Obiettivo per l'apprendimento è lo sviluppo di almeno quattro tipi di competenze:

- saper raccogliere informazioni adeguate rispetto alle culture
- tentare di esplorare aspetti della propria cultura
- fiducia, disponibilità, cooperazione
- riconoscimento della diversità

La **difesa** si caratterizza per una modalità polarizzata di pensiero (noi/loro), spesso accompagnata da un'aperta espressione di stereotipi negativi e da idee dello sviluppo

culturale che vedono la propria cultura in posizione privilegiata. Denigrare e assumere atteggiamenti di superiorità (o di inferiorità) caratterizzano l'atteggiamento difensivo.

Denigrare presuppone che la diversità venga riconosciuta, ma anche che questo riconoscimento si accompagni ad una valutazione negativa, spesso legata a pregiudizi prevalenti in merito a categorie come l'appartenenza etnica o religiosa, o a caratteristiche legate al sesso, all'età etc.

Un atteggiamento di superiorità pone in genere la diversità, percepita come potenziale minaccia, in posizione di inferiorità.

In merito a questa fase, finalità chiave per l'apprendimento è mitigare la polarizzazione ponendo l'accento sulle somiglianze.

La principale sfida cognitiva, e l'ambito cui dedicare ampio sostegno nel processo educativo, riguarda l'esperienza diretta della diversità e il riuscire a mettere in evidenza, da una parte, i contesti storici e, allo stesso tempo, gli elementi di somiglianza fra gruppi che si ritengono diversi, ad esempio bisogni e obiettivi in comune. In termini relazionali ciò significa prestare attenzione alla trasformazione dei conflitti e alle dinamiche di gruppo, mettere in evidenza abilità che facilitano il confronto e la relazione con la diversità.

In questa fase è da considerarsi come obiettivo per l'apprendimento lo sviluppo di almeno quattro tipi di competenze:

- saper mantenere l'autocontrollo
- contenere proprie ansie
- tolleranza
- pazienza

La **minimizzazione** presume il riconoscimento e il rispetto per le differenze, ma tende a sminuirle, prendendo in considerazione tratti culturali superficiali (per esempio riguardo

alle abitudini alimentari), ma nella convinzione che tutti gli esseri umani siano uguali. In questo ambito sono dominanti i concetti dell'universalismo fisico ("in fondo ci assomigliamo tutti"), che vede una. stretta relazione fra cultura e biologia, e dell'universalismo trascendente ("siamo tutti figli di Dio"), che subordina tutti gli esseri umani a entità religiose, soprannaturali o di filosofia sociale.

In merito a questa fase, finalità chiave per l'apprendimento è lo sviluppo di elementi di auto-consapevolezza a livello culturale. Le principali sfide cognitive riguardano il riconoscimento di categorie e elementi di riferimento per poter capire la propria cultura, compresi valori e credenze; confrontarsi con i privilegi dei gruppi dominanti; arrivare ad utilizzare materiali per la trasmissione della propria cultura. A livello dei processi educativi ciò implica riuscire, attraverso attività strutturate, a facilitare il contatto con persone che abbiano un atteggiamento di etnorelativismo; offrire opportunità di ricerca e confronto con la diversità; focalizzare l'attenzione sullo sviluppo dell'auto-consapevolezza a livello culturale.

In questa fase è da considerarsi come obiettivo per l'apprendimento lo sviluppo di almeno sei tipi di competenze:

- conoscenze generali di tipo culturale
- apertura
- conoscenze sulla propria cultura
- ascolto attivo
- cercare di percepire gli altri in modo attento
- saper mantenere un atteggiamento di interazione non giudicante

Fasi etnorelative

L'**accettazione** della diversità culturale è all'origine della prospettiva etnorelativa. Questo implica il rispetto per le differenze in merito ai comportamenti assunti nel loro contesto culturale (ad esempio le variazioni dei comportamenti verbali e non verbali nelle varie culture). Acquisendo inoltre consapevolezza dei propri riferimenti valoriali e della costruzione culturale di questi valori, si rende possibile percepire i valori stessi come processi e come strumenti per organizzare il mondo, piuttosto che come una sorta di dotazione di partenza degli individui. In merito a questa fase, finalità chiave per l'apprendimento è l'analisi dei contrasti di tipo culturale.

La principale sfida cognitiva riguarda l'uso appropriato di categorie culturali generali e specifiche, distinguendo il relativismo di tipo culturale dal relativismo morale o etico. A livello dei processi educativi, è la fase in cui favorire la motivazione e l'entusiasmo per il confronto con la diversità per un'analisi dei contrasti profondi. Il contesto più efficace e favorevole a questo proposito è quello di esperienze interculturali relativamente guidate.

In questa fase è da considerarsi come obiettivo per l'apprendimento lo sviluppo di almeno sei tipi di competenze:

- conoscenze specifiche a livello culturale
- flessibilità cognitiva
- conoscenza di altre culture
- conoscenze di tipo contestuale
- rispetto per i valori e le credenze di altre culture
- tolleranza nei confronti dell'ambiguità.

L’**adattamento** si sviluppa partire dall'accettazione delle differenze culturali ed, in particolare, promuove le abilità di comunicazione interculturale. Sono i requisiti per poter entrare ed uscire dalle varie cornici di senso adottando atteggiamenti che privilegiano l'empatia, la capacità di mettersi nei panni degli altri ed adottare altri punti di vista. Perfezionare tali competenze permette di comportarsi secondo un’ottica pluralistica, muovendosi a proprio agio fra diversi contesti di riferimento.

In merito a questa fase, finalità chiave per l'apprendimento è lo sviluppo di riferimenti per poter operare scelte fra le competenze a disposizione.

La principale sfida cognitiva riguarda lo sviluppo dell'identità culturale acquisendo consapevolezza dei modelli etnici di identità e dei modelli di sensibilità.

A livello dei processi educativi è utile in questa fase poter interagire con contesti culturali non ancora esplorati e affrontare elementi legati alle ansie profonde come le dinamiche individuali dello shock culturale e i conflitti di identità.

In questa fase è da considerarsi come obiettivo per l'apprendimento lo sviluppo di almeno cinque tipi di competenze:

- empatia
- affrontare e saper correre rischi
- risoluzione dei problemi
- gestione delle dinamiche relazionali
- flessibilità.

L’ **integrazione** si verifica quando, in conseguenza della fase di adattamento, si sviluppa l’abilità di far convivere nel proprio repertorio diversi contesti di riferimento. L’obiettivo non è quello di far prevalere il proprio punto di vista culturale o di realizzare una semplice coesistenza, ma di maturare la consapevolezza che il proprio sé è un processo dinamico e la propria identità può essere definita come "marginale" rispetto

alle varie culture "date". Si tratta quindi di affinare le competenze in merito alla valutazione dei contesti e, allo stesso tempo, di confrontarsi con una "marginalità costruttiva", che rappresenta un punto di partenza per il processo di apprendimento, favorendo un'efficace mediazione culturale e l'abilità di attraversare e mettere in comunicazione diverse visioni del mondo. In merito a questa fase, tema chiave per l'apprendimento è la messa a fuoco delle caratteristiche dell'identità multiculturale.

Le principali sfide cognitive riguardano l'acquisizione di modelli di mediazione culturale, la comprensione delle modalità multiculturali riferite al sé e alla società, la comprensione dei modelli dello sviluppo etico. A livello dei processi educativi si tratta di favorire un punto di vista sulla propria identità in quanto processo e soggetto di scelte, discutendo le strategie che caratterizzano la costruzione dell'identità culturale.

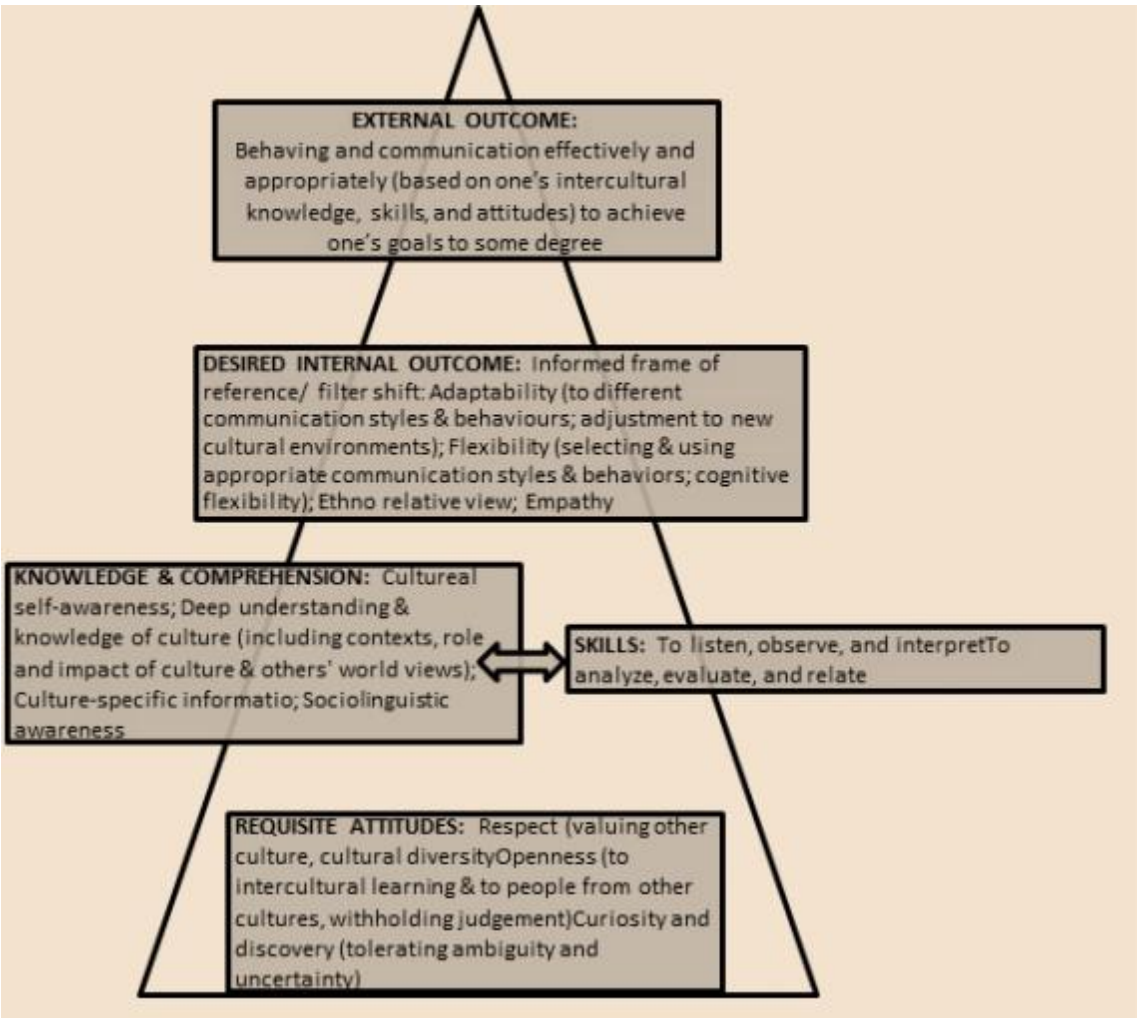
In questa fase è da considerarsi come obiettivo per l'apprendimento lo sviluppo di almeno quattro tipi di competenze:

- flessibilità di ruoli
- flessibilità in merito all'identità
- saper creare nuove categorie
- disporre di un senso dell'ironia sensibile alle diversità culturali.

Deardoff (2006, 2009) propone un modello a piramide delle competenze interculturali (Fig. 6), sottolineando l'importanza di un processo-orientamento che parta dal presupposto che la competenza interculturale non è uno stato fisso, né la diretta conseguenza di un'esperienza di apprendimento distinta. Essa non viene acquisita necessariamente visitando un paese straniero, né tantomeno attraverso un'educazione e una formazione supplementare.

Considerando la cultura come flusso dinamico e processo di negoziazione tra norme, valori e stili di vita, gli individui sono tenuti ad apprendere e padroneggiare l'abilità di trattare i processi continui. Lo sviluppo della competenza interculturale rappresenta quindi un'operazione complessa e pluridimensionale e la sua costruzione può essere concepita come un processo dinamico continuo che implica diverse dimensioni mentre si sviluppa e si arricchisce, come si vede dal modello di Deardoff che viene riportato nella Fig. 7).

Fig. 6 – Modello a piramide della competenza interculturale



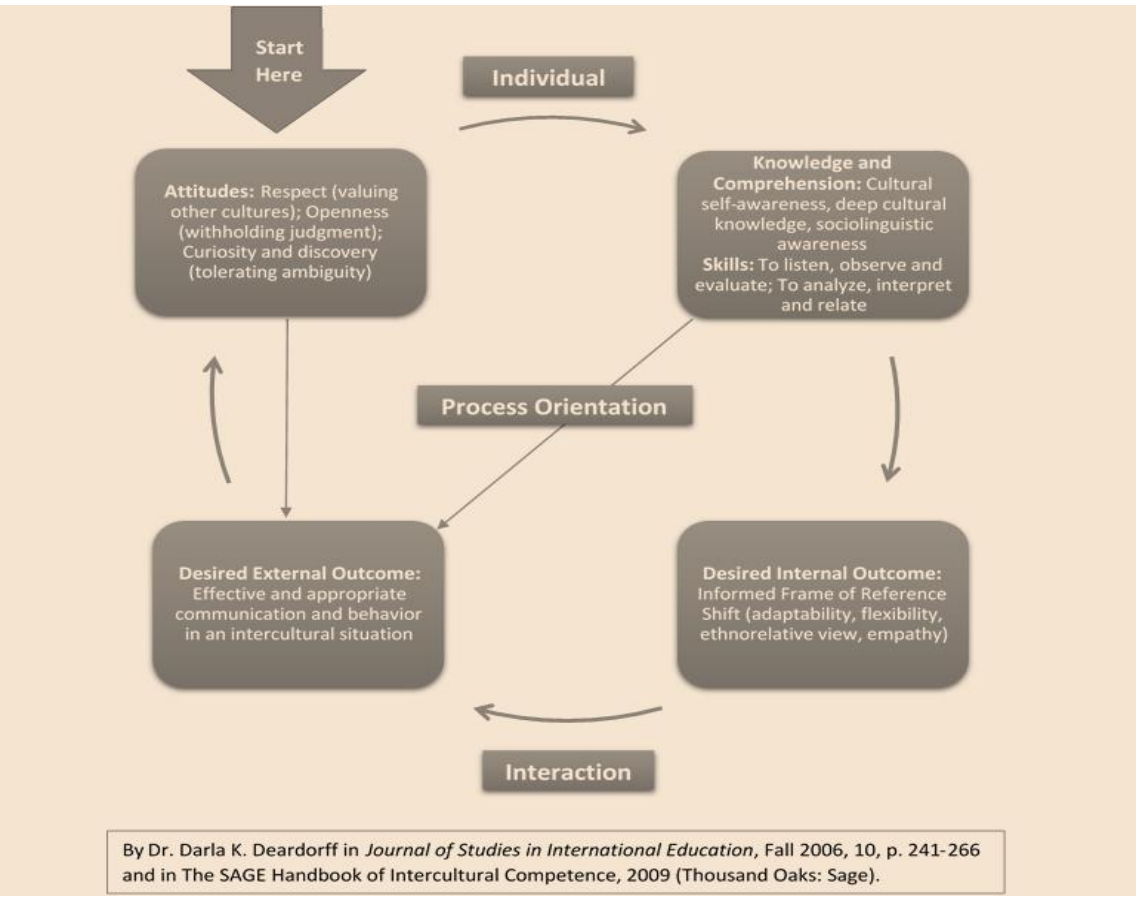
Deardoff pone alla base del suo modello gli Atteggiamenti necessari che rappresentano il fondamento per la creazione delle competenze interculturali e, tramite queste, è

possibile acquisire le conoscenze e le abilità necessarie che guidano agli esiti interni ed esterni desiderati.

Nel descrivere il suo schema, Deardoff riconosce la semplificazione della complessità e dinamicità che caratterizzano la competenza interculturale e, quindi, per articolare maggiormente la struttura complessa del costrutto, crea il secondo modello del processo della competenza interculturale.

La competenza interculturale non è uno stato fisso, né la diretta conseguenza di un apprendimento. Il suo sviluppo è quindi un'operazione complessa e pluridimensionale e, a seconda della situazione interculturale, può assumere una grande varietà di forme. L'acquisizione della competenza interculturale può essere costruita come un processo dinamico continuo che implica diverse dimensioni mentre si sviluppa e si arricchisce.

Fig. 7 Modello del processo della competenza interculturale



L'orientamento al processo continuo è essenziale e denota un movimento che passa dal livello personale a quello interpersonale: è anche possibile passare dagli atteggiamenti e/o abilità conoscitive direttamente agli esiti esterni, anche se l'efficacia degli esiti non può essere incisiva quanto quella determinata dall'intero ciclo (Franzini, 2012).

Riprendendo una definizione generale e generica di competenza interculturale si può dire che essa sia "la capacità di interagire efficacemente ed in maniera appropriata in situazioni di carattere interculturale, sostenuta da specifiche attitudini e peculiarità affettive, nonché da conoscenze, abilità e riflessioni (inter)culturali" (Fondazione Cariplo, Bertelsmann Stiftung, 2008, 2).

Relativamente a questa definizione è possibile distinguere quattro dimensioni, le attitudini, una vasta conoscenza culturale e le abilità interculturali, la capacità di riflettere su questioni interculturali come esito interno della competenza interculturale e la capacità di interagire in maniera costruttiva come esito esterno della competenza interculturale.

Quanto più le situazioni interculturali vengono trattate in maniera costruttiva, tanto maggiore è la possibilità che si raggiunga un livello superiore di competenza interculturale. Tutte e quattro le dimensioni si influenzano reciprocamente: ogni istanza di interazione culturale tende ad influenzare negativamente o positivamente le attitudini, la conoscenza, l'abilità e la riflessione individuale.

Il modello a piramide e il processo-orientamento proposti da Deardoff dimostrano che l'acquisizione della competenza interculturale richiede un apprendimento perenne e che è parte del continuo sviluppo personale.

In questo capitolo siamo partiti dal presupposto che la costruzione dell'identità personale si realizza attraverso il confronto con l'alterità, ed è stato evidenziato in che modo la doppia appartenenza, che può essere una logica conseguenza dell'inserimento

in una nuova società, a seguito di un percorso migratorio, possa portare alla scoperta ed all'affermazione della propria identità etnica, considerata come appartenenza culturale comune.

Il concetto di etnicità pone l'accento sulle diversità individuali e sulle differenze culturali, che contribuiscono a loro volta a definirne i contorni ed impone una profonda riflessione sulle possibili strategie che la società multiculturale deve necessariamente mettere in atto affinchè si possa dare inizio ad un dialogo interculturale.

L'attenzione si è focalizzata sulle risorse soggettive di ogni individuo che, avvalendosi anche dell'apporto di identità collettive, deve acquisire una competenza interculturale generalizzabile, intesa come la capacità di saper interagire in maniera efficace all'interno dei contesti multiculturali.

CAPITOLO 3

LA DISABILITA': VARIAZIONE DEL FUNZIONAMENTO UMANO

«Trattate un essere umano per quello che è e rimarrà quello che è. Trattate un essere umano per quello che può e deve essere, e diventerà quello che può e deve essere.»

Johann Wolfgang Goethe

Nel presente capitolo viene analizzato il concetto di "disabilità" alla luce della normativa esistente nel nostro Paese e delle classificazioni internazionali in ambito sanitario. Come si è detto, il concetto di disabilità, insieme a quello di etnicità all'interno del contesto migratorio, diventa l'orizzonte intersezionale sul quale si è basata l'indagine sul campo presentata nella seconda parte di questo lavoro.

Il tema della disabilità verrà, pertanto, esplorato attraverso l'analisi e la descrizione delle principali classificazioni diagnostiche utilizzate nei nostri servizi sanitari (ICD, ICDH, ICF), attraverso un *excursus* temporale, che sottolinea l'evoluzione dell'interpretazione del concetto stesso di disabilità.

Il concetto di disabilità è stato interpretato e spiegato in modo differente, in tempi e luoghi diversi e ciò che definisce il deficit o la disabilità è il risultato di una costruzione sociale. La definizione di disabilità cambia, quindi, in relazione al contesto culturale e sociale di riferimento. E' particolarmente importante l'attenzione alle parole usate per definire il concetto poiché, come afferma Canevaro (2000, 19), "utilizzare termini impropri e fare confusioni linguistiche può essere un modo per aumentare la disabilità, invece che ridurla". Le parole esprimono il modello operativo a cui si fa riferimento, quindi è fondamentale poter dare una definizione di disabilità che utilizzi "un linguaggio standard e unificato, che serva da modello di riferimento per la descrizione delle disabilità dell'uomo" (OMS, 2000).

Conferire dignità al concetto di “disabilità”, con l’obiettivo di realizzare effettivamente l’ inclusione e la partecipazione sociale, ha richiesto un percorso normativo, sociale ed umano estremamente complesso, ancora attualmente in atto.

Stiamo assistendo, infatti, ad un mutamento rapido e profondo del modo di considerare la disabilità, non ritenuta più come un evento personale, una tragedia che colpisce alcuni sfortunati, verso i quali la società deve mostrarsi accogliente per promuovere l’integrazione, ma un fatto politico, una questione che riguarda i diritti e l’immagine di tutte quelle persone che, sotto taluni aspetti, sono diverse dall’immagine di *homo abilis* dominante e che interroga il loro ambiente di vita, che può influenzare la trasformazione della condizione di disabilità in svantaggio sociale.

Quando pronunciamo la parola “disabili” abbiamo già un’idea in mente. Associamo generalmente la parola a persone con una limitata autonomia personale, con carenze cognitive, comunicative, relazionali e la disabilità si presenta quindi come condizione, temporanea o definitiva, di limitate potenzialità e/o abilità. D’altro canto, in contrasto con l’idea che ci si può erroneamente fare di tale condizione, esiste una vasta gamma di disabilità, soprattutto nella sfera cognitiva, soggette ad una definizione rigorosamente diagnostica.

Il punto di partenza della riedizione del concetto di disabilità sembra quindi essere la sua valutazione, la diagnosi, la classificazione, che consentono di rendere espliciti gli impliciti della condizione umana di svantaggio a cui, per molteplici ragioni, chiunque ed in qualsiasi momento della propria vita, può essere soggetto.

In considerazione di ciò è opportuno esplorare gli strumenti utilizzati in campo nazionale ed internazionale per classificare la disabilità, partendo dalle classificazioni internazionali per delineare gli strumenti tecnici classici e le nuove metodologie, risultanti dalla necessità di adeguamento alle attuali configurazioni sociali.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata nel nostro Paese con Legge 3 marzo 2009, n. 18, è il primo trattato del nuovo secolo con ampi contenuti sui diritti umani e segna un punto di svolta nelle relazioni verso le persone con disabilità; non più individui bisognosi di carità, cure mediche e protezione sociale ma "persone" capaci di rivendicare i propri diritti e prendere decisioni per la propria vita, basate sul consenso libero e informato, ed essere membri attivamente inclusi nella società.

La Convenzione chiarisce che tutte le categorie di diritti si applicano alle persone con disabilità e identifica le aree nelle quali può essere necessario intervenire per rendere possibile ed effettiva la fruizione di tali diritti; identifica inoltre le aree nelle quali vi sono violazioni e quelle nelle quali la protezione va rafforzata. Scopo della Convenzione non è dunque quello di affermare nuovi diritti umani, ma di stabilire gli obblighi a carico delle Parti volti a promuovere, tutelare e assicurare i diritti delle persone con disabilità.

E' importante sottolineare che il "Preambolo" della Convenzione riconosce "la disabilità" un concetto in evoluzione, e che essa è il risultato dell'interazione tra persone con menomazione e barriere comportamentali ed ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva inclusione partecipata nella società su base di uguaglianza con gli altri.

Di conseguenza, la nozione di "disabilità" non viene fissata una volta per tutte, ma può cambiare a seconda degli ambienti che caratterizzano le diverse società.

L'articolo 1 definisce lo scopo della Convenzione, che è quello di promuovere tutti i diritti delle persone con disabilità al fine di assicurare loro uno stato di uguaglianza. L'articolo 3 indica i principi stessi entro i quali la Convenzione si muove, elencandoli esplicitamente:

- il rispetto della persona nelle sue scelte di autodeterminazione;

- la non discriminazione;
- l'integrazione sociale;
- l'accettazione delle condizioni di diversità della persona disabile;
- il rispetto delle pari opportunità e dell'uguaglianza tra uomini e donne;
- l'accessibilità;
- il rispetto dello sviluppo dei bambini con disabilità.

A tal proposito è utile ricordare che, nel 2005, Reuven Feuerstein pubblicò il libro"La disabilità non è un limite. Se mi ami costringimi a cambiare" che, oltre ad illustrare la teoria della modificabilità cognitiva strutturale e del ruolo della mediazione nei processi di apprendimento, descrive la storia di alcuni degli interventi più significativi portati a termine da Feuerstein e dai suoi collaboratori nei 50 anni di lavoro con persone con ritardi nelle prestazioni, fondando la sua teoria e le sue azioni sulle capacità dei soggetti e sull'influenza che un ambiente facilitante può avere sul loro potenziamento. Nei suoi scritti Feuerstein sembra anticipare l'innovazione del concetto di disabilità descritto nella Convenzione adottata a New York nel 2006.

La ricerca di linguaggi standardizzati e condivisi in tema di disabilità e di strumenti in grado di rilevare in modo uniforme ed omogeneo gli esiti di specifiche condizioni di salute, ha impegnato numerose équipe, operanti in diversi Paesi del mondo, coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

"L'affermarsi di nuovi bisogni in tema di disabilità e la necessità di trovare risposte in una prospettiva che tenga in considerazione gli aspetti così detti ecologico-comportamentali e psico-sociali, sottolinea ulteriormente l'importanza che assume per gli operatori di base e per le agenzie che erogano servizi, la condivisione di linguaggi e strumenti adeguati" (Buono, Zagaria, 2003, 122).

Uno degli scopi dell'OMS, pertanto, è quello di promuovere lo sviluppo e la diffusione di un linguaggio comune sulle tematiche della salute, condiviso e riconosciuto internazionalmente. Questo obiettivo è stato perseguito attraverso la creazione della "Famiglia delle Classificazioni Internazionali": FIC. Attualmente la famiglia comprende quattro classificazioni internazionali: 1) Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD - International Classification of Diseases), attualmente alla sua XI revisione; 2) Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF); 3) Classificazione ICF deriva la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti (ICF-CY), che documenta le caratteristiche dello sviluppo del bambino e l'influenza dell'ambiente circostante; 4) Classificazione Internazionale degli Interventi Sanitari (ICHI); è uno strumento che consente di analizzare la distribuzione e l'evoluzione degli interventi sanitari.

Tali Classificazioni sono riconosciute ed utilizzate internazionalmente e sono state approvate dagli organi direttivi dell'OMS e dalle Nazioni rappresentate nell'organizzazione.

L'OMS nel 1980 pubblicò l'ICDH – Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicaps , che definiva chiaramente questi concetti (OMS, 1980). Nel 1999 furono apportate alcune modifiche all'ICDH e riportate nell'ICIDH-2 (OMS, 1999), a cui seguì, nel 2001 la Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), dalle caratteristiche innovative, sia per quanto concerne il linguaggio che per quanto concerne il costrutto delle disabilità. L'ICF presenta un approccio culturale alla disabilità profondamente modificato, che considera anche le interazioni fra i vari fattori che costituiscono la salute e la disabilità, attribuendo un peso anche agli elementi contestuali, sia ambientali che sociali. La valutazione dello stato globale di salute di un soggetto prende, pertanto, in esame i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente ed elementi contestuali.

3.1 La classificazione ICF

Nel maggio 2001, 191 Paesi facenti parte della 54^ Assemblea Mondiale dell'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità – hanno accettato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF), come "standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità". La classificazione è il risultato di un lungo lavoro di revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Svantaggi Esistenziali (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) del 1980, iniziato nel 1993 dall'OMS.

L'Italia è uno tra i 65 paesi che hanno partecipato attivamente alla validazione dell'ICF. Dal 1998 il lavoro di revisione dell'ICIDH è stato svolto in Italia da una rete, inizialmente informale, di istituzioni, servizi, esperti e associazioni di persone con disabilità denominata Disability Italian Network – DIN, coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia.

3.1.1 Dall'ICDH all'ICF

Le differenze nella rappresentazione della disabilità esistenti tra i due modelli sono sostanziali. Risulta pertanto indispensabile, ai fini del nostro lavoro, chiarire in che cosa i due modelli differiscono.

L'ICIDH distingueva tre livelli:

- *Menomazione*, ovvero qualsiasi perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica – **esteriorizzazione**
- *Disabilità*, ovvero qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare,

lavorare) nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano – **oggettivazione**

- *Handicap*, ovvero la condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in relazione all'età, al sesso, al contesto socio-culturale di appartenenza – **socializzazione.**

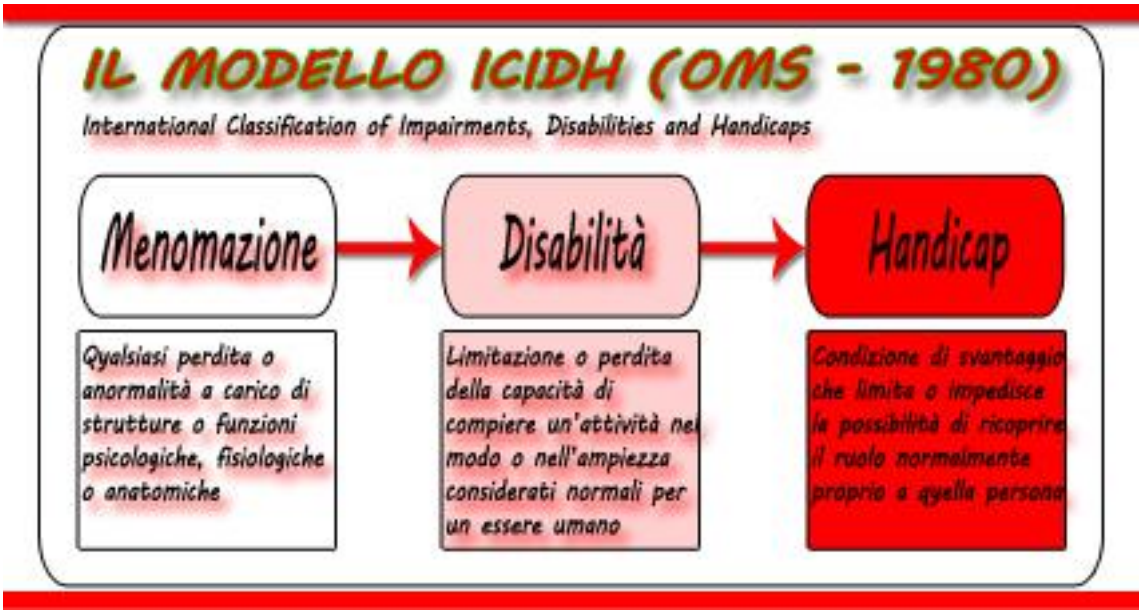
Il concetto fondamentale dell'ICIDH è pertanto basato sulla sequenza illustrata nella Fig. 8.

In seguito ad un evento morboso, una malattia congenita o meno o un incidente, una persona può subire una menomazione, ovvero la perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica. La menomazione poi può portare alla disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgimento di una o più attività considerate "normali" per un essere umano della stessa età. Infine, la disabilità può portare all'handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta in seguito all'interazione con l'ambiente.

La sequenza descritta non è comunque sempre così semplice e lineare: l'handicap può infatti essere conseguenza di una menomazione, senza la mediazione di uno stato di disabilità. Una menomazione può ad esempio dare origine ad ostacoli nei normali tentativi di instaurare dei rapporti sociali; essa determina l'handicap ma non la disabilità.

Inoltre, la sequenza può essere interrotta: una persona può essere menomata senza essere disabile e disabile senza essere handicappata.

Fig. 8 – Schema del Modello ICDH



Nel 1999 l'OMS ha pubblicato la nuova "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Attività personali (ex Disabilità) e della Partecipazione sociale (ex Handicap o Svantaggio esistenziale) – ICIDH-2, nella quale vengono ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzano un processo morboso:

- La sua esteriorizzazione: menomazione
- L'oggettivazione: non più disabilità ma attività personali
- Le conseguenze sociali: non più handicap o svantaggio ma diversa partecipazione sociale.

Più precisamente:

- Con attività personali si considerano le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è diversamente abile.
- Con partecipazione sociale si considerano le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree o gli aspetti della propria vita

(sfere) a causa dell'interazione tra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

In riferimento al fenomeno oggetto della presente indagine, ci sembra utile sottolineare che l'interazione tra le menomazioni ed i fattori contestuali può dare luogo a svantaggio ed esclusione sociale per soggetti stranieri che presentano una disabilità. La diversità culturale può infatti contribuire ad incrementare la complessità nelle relazioni e nella definizione e classificazione delle menomazioni, con il rischio di applicare etichette diagnostiche scarsamente aderenti alla realtà e di pianificare interventi inefficaci.

Nella nuova Classificazione ICDH-2 il termine "handicap" viene definitivamente abolito.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è una delle classificazioni internazionali, sviluppate dall'OMS che permettono di codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute (ad es. diagnosi, funzionamento e disabilità, accesso ai servizi, ecc.). Esse, utilizzando un linguaggio comune standardizzato favoriscono la comunicazione, in materia di salute e assistenza sanitaria, tra gli operatori in tutto il mondo e tra varie scienze e discipline.

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc.) sono identificate principalmente nella Classificazione Internazionale delle Malattie (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) che viene periodicamente rivista ed aggiornata. Attualmente è in uso l'ICD-10, tradotta in italiano nel 2000. Oltre alla Classificazione Internazionale delle Malattie, vi sono altri sistemi classificatori che si concentrano su gruppi di patologie. Ad esempio per quanto riguarda le malattie mentali il principale riferimento, dopo l'ICD-10, è dato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) realizzato dall'American Psychiatric Association. Il Manuale raccoglie la definizione e la descrizione di oltre 370 disturbi mentali, individuati in base alla

presenza di un profilo sintomatologico per ciascuno di essi. E' una classificazione standard, utilizzata negli Stati Uniti e ormai diffusa in tutto il mondo occidentale, basata sulla frequenza statistica delle caratteristiche dei fenomeni in essa riportati. E' nata su iniziativa dell'American Psychiatric Association, con la versione I nel 1952, in risposta alla classificazione ICD dell'OMS. Attualmente è in uso la versione V pubblicata nel 2013 (DSM-V).

Il DSM rappresenta una riflessione su salute e malattia in ambito psichiatrico. In particolare, in esso compare l'attenzione alla variabile culturale. Nel DSM-IV, l'Appendice I intitolata "Guida all'inquadramento culturale e Glossario delle sindromi culturalmente caratterizzate" è divisa in due sezioni: la prima fornisce una guida all'inquadramento culturale, messa a punto per supportare il clinico nella valutazione e riferire in modo sistematico l'impatto del contesto culturale dell'individuo, mentre nella seconda sezione sono elencate e descritte alcune sindromi culturalmente caratterizzate.

Secondo l'Associazione "La psichiatria moderna e altre discipline della salute mentale stanno abbandonando la propria riluttanza ad adottare un'ottica culturale nella valutazione complessiva del paziente. Oggi, l'intreccio delle condizioni biologiche e fisiologiche con i fenomeni sociali e culturali investe no n solo la spiegazione e la descrizione dei sintomi, ma anche la diagnosi, la patogenesi, il trattamento e l'organizzazione dei servizi di salute mentale […]. La cultura permea tutti i fenomeni clinici, ogni intervento, il nucleo delle esperienze umane, e la risposta che il proprio comportamento suscita negli altri. La psichiatria moderna, al di là delle battaglie ideologiche e riportando il paziente al centro delle discipline cliniche, adotta le acquisizioni relative alla cultura come strumenti concreti per le sue molteplici attività" (APA, 2002, 917-923).

Tra le innovazioni del DSM-V, è dedicata maggiore attenzione alle tematiche culturali e alle differenze di genere. Rispetto alle prime, le vecchie *culture-bound syndromes*

vengono sostituite da una guida all'intervista in ambito culturale, che consente di differenziare tra le sindromi culturali, "*idioms of distress"* e "spiegazione o causa percepita" di tipo culturale. Questo ai fini della tematica di nostro interesse è certamente da considerarsi un cambiamento importante per il futuro della presa in carico dei migranti che presentano una disabilità.

Tornando alle classificazioni dell'OMS, si sottolinea che ICF e ICD-10 vanno considerate come complementari.

L'ICD-10 si basa sulla sequenza:

Eziologia > Patologia > Manifestazione Clinica

Essa fornisce una "diagnosi" delle malattie, mentre l'ICF classifica il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute.

"Funzionamento" e "Disabilità" sono entrambi termini ombrello che designano l'uno tutte le funzioni corporee, le attività e la partecipazione ed indica anche che non sussistono aspetti problematici della salute e degli stati ad essa correlati; mentre l'altro le menomazioni, le limitazioni delle attività o restrizioni della partecipazione.

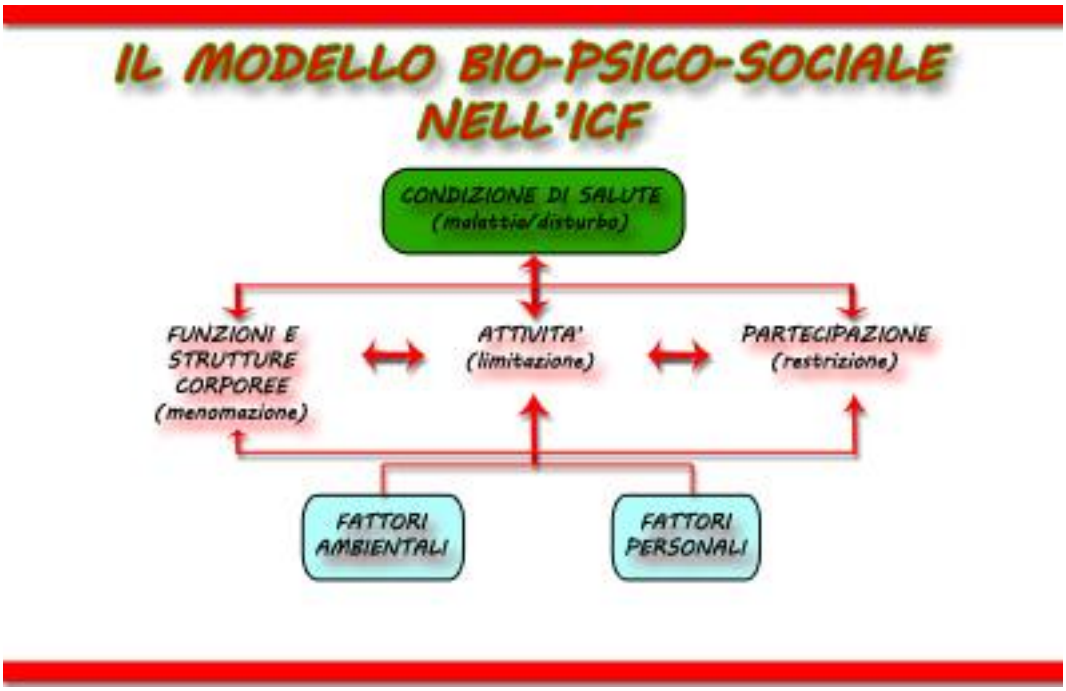
L'ICF si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di identificare le difficoltà che, nel contesto socio-culturale di riferimento, possono causare disabilità.

Attraverso l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana, in relazione al loro contesto ambientale e sottolineare che l'individuo non è soltanto da considerare come persona malata o disabile, ma soprattutto è necessario evidenziarne l'unicità e la globalità.

Lo classificazione descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione tra i vari utilizzatori in tutto il mondo.

Il modello concettuale alla base dell'ICF, presentato nella Fig. 8, è rappresentato dall'approccio bio-psico-sociale, considerato uno dei più importanti principi della classificazione poichè consente di cogliere la fenomenologia umana nella sua interezza. Esso, infatti, pone sullo stesso piano sia gli aspetti riguardanti la salute della persona, coerentemente con un modello medico, che gli aspetti di partecipazione sociale, coerentemente con un modello cosiddetto sociale cioè più orientato sugli aspetti sociali, ponendo tutto in relazione con i fattori ambientali.

Fig. 9 – Modello concettuale ICF



Secondo Chiappetta Cajola (2012, 114) " In questo quadro, la condizione di un individuo è vista non solo in relazione alle funzioni e alle strutture corporee ma anche in relazione ad attività individuali e al livello di partecipazione sociale".

3.1.2 Aspetti innovativi della classificazione ICF

Il primo aspetto innovativo emerge chiaramente dal titolo della classificazione stessa. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH), dove veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, utilizzando termini come malattia, menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa, con riferimento a situazioni di deficit), l'ICF fa riferimento a termini che analizzano la salute dell'individuo in chiave positiva (funzionamento e salute).

L'ICF vuole fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione tra salute ed ambiente, arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

L'analisi delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo porta ad evidenziare non solo come le persone convivono con la loro patologia, ma anche cosa è possibile fare per migliorare la qualità della loro vita.

Il concetto di disabilità introduce, pertanto, ulteriori elementi che sottolineano la valenza innovativa della classificazione:

- Universalismo
- Approccio integrato
- Modello multidimensionale del funzionamento e della disabilità.

L'applicazione universale dell'ICF emerge in quanto la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare. Propone quindi un modello di disabilità universale, riferibile a qualsiasi persona. L'approccio integrato della classificazione si esplica attraverso l'analisi dettagliata di tutte le dimensioni esistenziali dell'individuo, poste sullo stesso piano, senza distinzioni causali.

“Evidenziare ciò che accomuna il genere umano, pur nelle differenze di ciascuno, favorisce indubbiamente il rispetto e l’adattamento a ciò che ci rende diversi. In particolare la disabilità non assume più il significato di assenza della salute in una minoranza della popolazione, ma di una condizione che a chiunque può accadere di sperimentare nel corso della propria esistenza” (Chiappetta Cajola, 2012, 112).

Mautuit (1995) ha cercato di distinguere tre aspetti nella “situazione di handicap”: il primo riguarda l’individuo e l’individuazione del suo deficit; il secondo riguarda il contesto e l’individuazione degli ostacoli possibili ed il terzo riguarda le relazioni d’aiuto necessarie a ciascun essere vivente, ed in particolare per chi è in situazioni di “handicap”. All’ultimo aspetto Canevaro (1999) aggiunge la necessità di accogliere la sfida dell’impegno a ridurre, insieme, gli “handicap”.

Esiste un rischio concreto che la persona disabile si identifichi e sia identificata esclusivamente con il suo deficit. Secondo Canevaro (1999, 58) “Essendo l’handicap uno svantaggio derivato dall’impatto, dall’incontro, attribuirlo tutto all’individuo, che addirittura lo porterebbe, sembra essere una derivazione, dalle buone intenzioni, in una confusione ancora peggiore”

Il concetto di disabilità elaborato dall’OMS vuole evidenziare non i deficit e gli “handicap” che rendono difficili le condizioni di vita delle persone, ma vuole essere un concetto inserito in un insieme multidimensionale. Ognuno di noi può trovarsi in un contesto ambientale difficile e ciò può causare disabilità. E’ in tal senso che l’ICF classifica la salute, prendendo in considerazione gli aspetti sociali della disabilità. Se ad esempio una persona ha difficoltà in ambito scolastico, non è importante solo stabilirne la causa ma è fondamentale intervenire sul contesto sociale costruendo reti di servizi significativi che riducano la disabilità.

3.1.3 Obiettivi dell'ICF

Fondato su un approccio di tipo universale e multidisciplinare, l'ICF può essere utilizzato in discipline e settori diversi e, per questa ragione, in situazioni complesse è utile, dato che prende in considerazione diversi aspetti.

I suoi obiettivi principali sono:

- Fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, cause e conseguenze ad essa correlate.
- Stabilire un linguaggio univoco e standardizzato per la descrizione della salute delle popolazioni per migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui operatori sanitari, ricercatori, esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità.
- Favorire il confronto tra i dati relativi allo stato di salute delle popolazioni raccolti in Paesi diversi ed in momenti differenti.
- Fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.
- Favorire interventi in campo socio-sanitario per migliorare la qualità della vita degli individui.

"Questi scopi sono interrelati fra loro, dal momento che le esigenze che sono alla base dell'ICF e le sue applicazioni richiedono la creazione o la disponibilità di un sistema significativo e pratico che possa essere usato da vari consumatori per una politica sanitaria, una garanzia di qualità e una valutazione dei risultati in culture diverse" (OMS, 2001).

L'ICF è stato introdotto perché le informazioni date dalla diagnosi medica, seppure importanti, non erano giudicate sufficienti per avere il reale quadro funzionale della persona, vale a dire che cosa quella persona è in grado di fare e quali sono invece le attività nelle quali ha delle difficoltà. Oltre a questo aspetto con l'ICF si è data risposta

all'esigenza di avere a disposizione un "linguaggio internazionale" comune che permettesse di rendere più efficace la comunicazione non solo tra i servizi della medesima area di intervento (per esempio tra le ASL, oppure tra ospedali), ma anche tra servizi di diversa competenza (per esempio tra Ospedale e ASL, oppure tra ASL e scuola, o ancora tra ASL e Servizi Sociali municipali). Grazie all'ICF anche la comunicazione dei dati tra diverse Nazioni è più semplice.

L'ICF si rivela attualmente lo strumento più efficace e maggiormente condiviso per identificare i bisogni individuali speciali (Norwich, 2002; Wedell, 2005; ONU, 1989; 2006), "senza ridurli a problemi del singolo ma, come è stato affermato più volte, collegando fortemente il funzionamento e la disabilità a fattori ambientali in una visione complessiva e interattiva con l'individuo stesso" (Chiappetta Cajola, 2012, 124).

L' ICF ha promosso un cambiamento sostanziale nell'approccio alla condizione di disabilità, definendo un quadro di riferimento rivoluzionario e un linguaggio unificato, per descrivere lo stato di salute di una persona. Risulta di fondamentale importanza il rovesciamento della terminologia usata, che conferisce una connotazione positiva a funzioni, strutture, attività e partecipazione, in contrapposizione ai termini utilizzati nelle precedenti classificazioni, quali impedimenti, disabilità, handicap.

3.1.4 Struttura dell'ICF

Le informazioni raccolte dall'ICF descrivono situazioni relative al funzionamento umano e alle sue limitazioni. La classificazione organizza queste informazioni in due parti, in modo interrelato e facilmente accessibile.

La prima parte della Classificazione si occupa di Funzionamento e Disabilità, mentre la seconda riguarda i Fattori Contestuali. La prima parte è costituita dalla componente Corpo, che comprende due classificazioni, una per le Strutture Corporee ed una per le Funzioni Corporee e dalla componente Attività e Partecipazione, che comprende

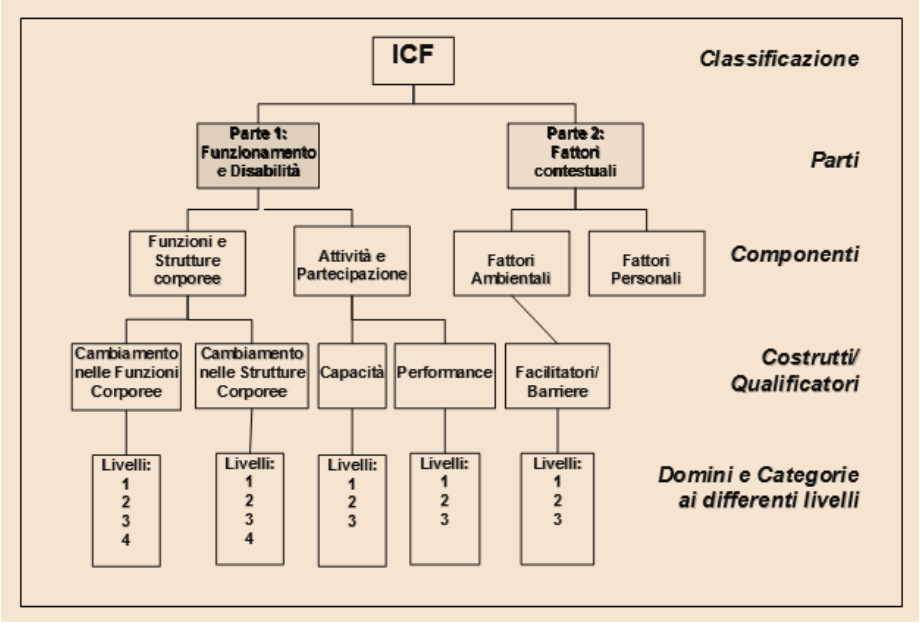
l'insieme delle capacità del soggetto in relazione allo svolgimento di un determinato compito nell'ambiente circostante.

Ogni componente viene codificata facendo riferimento a codici alfanumerici e a qualificatori che denotano l'estensione o la gravità delle menomazioni a carico delle funzioni e strutture corporee e delle capacità del soggetto nell'eseguire determinati compiti.

Le componenti di Funzionamento e Disabilità subiscono l'influenza dei Fattori Contestuali, che comprendono l'ambiente fisico, sociale e gli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. Questi fattori possono infatti avere un'influenza positiva o negativa sulla partecipazione sociale dell'individuo, sulle capacità di eseguire compiti, sul suo funzionamento o struttura del corpo.

I fattori personali (sesso, razza, fattori socio-economici, età, stile di vita, educazione ricevuta, ecc.) non vengono classificati nell'ICF a causa della loro ampia variabilità culturale e sociale, ma devono essere tenuti in considerazione dai professionisti durante il processo di classificazione.La classificazione ICF, attraverso l'analisi delle varie componenti che la contraddistinguono, mette in evidenza l'importanza dell'avvicinarsi alla disabilità facendo riferimento ai molteplici aspetti che la denotano come esperienza umana universale, che tutti possono vivere nell'arco della loro esistenza, come si vede nella figura n. 10.

Fig. 10 - Struttura dell'ICF



La disabilità non è soltanto deficit, mancanza, privazione a livello organico o psichico, ma è una condizione che va oltre l'ostacolo, che supera le barriere mentali ed architettoniche. La disabilità è una condizione universale e pertanto non è ascrivibile soltanto alla persona che si trova su una carrozzina, che non vede o che non sente. L'ICF sottolinea l'importanza di valutare l'influenza dell'ambiente sulla vita degli individui: la società, la famiglia, il contesto lavorativo possono condizionare lo stato di salute, diminuire le capacità di svolgere mansioni richieste determinando una situazione di difficoltà.

Un elemento che può influenzare in maniera determinante la vita degli individui e condizionare negativamente lo stato di benessere è rappresentato dalla diversità culturale. Chi deve affrontare le sfide dell'inclusione sociale, incrociando una cultura che veicola rappresentazioni sociali diverse dalle proprie, si trova inevitabilmente in una condizione di svantaggio. Ciò, oltre a determinare effetti sulle capacità di inserirsi nel contesto, rappresenta un fattore di vulnerabilità e di esposizione a situazioni di

malessere che possono facilmente avere conseguenze sullo stato di salute fisica e psicologica.

L'ICF propone un'analisi dettagliata delle possibili conseguenze sociali della disabilità avvicinandosi con umanità e rispetto alla condizione disabile, tenendo conto dei fattori culturali.

Ai fini del presente lavoro, riguardante i bambini disabili con carattere migrante, è utile soffermarsi sulla classificazione ICF-CY, derivata dall'ICF, che documenta le caratteristiche di bambini ed adolescenti fino all'età dei 18 anni.

3.2 L'ICF-CY – Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti

Tra il 2002 e il 2005 il Gruppo di lavoro dell'OMS per l'ICF-CY, composto da membri appartenenti alla Svezia, Svizzera, Stati Uniti, Italia e Paesi Bassi, ha condotto prove e studi sul campo per aggiornare i codici ICF e per identificarne nuovi che potessero descrivere le caratteristiche di bambini e adolescenti. L'obiettivo era quello di "aiutare i clinici, gli insegnanti, i ricercatori, gli amministratori, i responsabili delle politiche e i genitori a documentare le caratteristiche importanti per la promozione della crescita, della salute e dello sviluppo dei bambini e degli adolescenti. L'ICF-CY è stato sviluppato per rispondere all'esigenza di una versione dell'ICF che potesse essere universalmente utilizzata per bambini e adolescenti nei settori della salute, dell'istruzione e dei servizi sociali" (OMS, 2007, 219).

Il processo di revisione ed aggiornamento si è concluso nel 2007, con la presentazione ufficiale del documento in una Conferenza Mondiale dell'OMS tenutasi a Venezia. Le variazioni apportate possono essere rilevanti anche per l'ICF e, di conseguenza, la nuova codificazione è stata integrata nel suo processo di aggiornamento.

Le operazioni di sviluppo dell'ICF-CY partono dal presupposto che le condizioni di salute e le manifestazioni di disabilità nei bambini e negli adolescenti sono diverse da quelle degli adulti, sia per quanto riguarda l'intensità che l'impatto. Per tale motivo si è reso necessario evidenziare queste differenze affinchè la classificazione potesse considerare anche tutti i cambiamenti associati allo sviluppo, cogliendo le caratteristiche dei diversi ambienti e gruppi di età.

Il processo di costruzione ha previsto:

1. Modifica e ampliamento delle descrizioni
2. Assegnazione di un nuovo contenuto a codici inutilizzati
3. Modifica dei criteri di inclusione e di esclusione
4. Ampliamento dei qualificatori per consentire l'inclusione di aspetti legati allo sviluppo del bambino

La fascia di età di competenza della classificazione va dalla nascita al diciottesimo anno, corrispondendo al target di età di altre Convenzioni delle Nazioni Unite, come ad esempio la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia del 1989, che all'art. 23, comma 1 afferma: "I bambini, ragazzi e adolescenti mentalmente o fisicamente disabili 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". A tale scopo è indispensabile poter classificare, nel modo più corretto possibile, le condizioni di salute dei bambini e degli adolescenti, tenendo nella giusta considerazione tutti gli aspetti relativi alla natura della cognizione e del linguaggio, il gioco, l'attitudine e il comportamento del bambino in evoluzione.

Particolare attenzione è stata dedicata a quattro concetti chiave: il bambino nel contesto della famiglia, il ritardo evolutivo, la partecipazione e gli ambienti.

La disabilità si configura quindi come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori contestuali e i fattori

personali che rappresentano le circostanze contestuali in cui vive l'individuo (OMS, 2001; 2007).

In tale ottica l'ICF-CY, come sostiene Chiappetta Cajola (2012, 123-124) "rappresenta uno strumento straordinariamente efficace per promuovere e monitorare collettivamente lo sviluppo delle funzioni cognitive, simboliche, comunicative e sociali, nonché esplorative e rappresentative".

Anche l'ICF-CY, come l'ICF, risulta complementare all'ICD, che fornisce un modello di riferimento eziologico attraverso un linguaggio standardizzato, allo scopo di identificare i problemi che emergono nella prima infanzia, nell'infanzia e nell'adolescenza, riguardanti le funzioni e le strutture corporee, le limitazioni dell'attività e le restrizioni alla partecipazione, nonchè i fattori ambientali rilevanti per tali età.

Può essere, pertanto, utilizzato in vari ambiti scientifici e disciplinari, attraverso i diversi sistemi e servizi. In particolare, il linguaggio utilizzato permette la comunicazione relativa a salute, cura e assistenza sanitaria in tutto il mondo.

3.3 La valutazione della disabilità secondo il modello ICF

Il modello ICF si sta affermando nelle pratiche diagnostiche dei servizi sanitari che, in base ad esso, elaborano la Diagnosi Funzionale (DF), che rappresenta il primo momento di conoscenza della persona ed ha lo scopo di individuarne il profilo, attraverso la definizione il più esaustiva possibile dei suoi punti di forza e dei suoi punti di debolezza.

Per Diagnosi Funzionale si intende "la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap" (D.P.R. 24.2.94). E' quindi un documento che descrive le modalità di funzionamento del soggetto esaminato e che include queste informazioni all'interno di un "quadro"

psicologico-funzionale, per consentire la comprensione dell'ambito patologico che si riscontra al momento della valutazione diagnostica.

E' quindi rivolta al presente e risulta essere uno strumento conoscitivo che, partendo dal deficit e dai suoi effetti sul soggetto, ha l'obiettivo di individuare:

- L'insieme delle disabilità e delle difficoltà, provocate dalla menomazione o dagli atteggiamenti culturali e sociali. Questi ultimi possono rappresentare una discriminante essenziale nella definizione degli ambiti patologici da considerare.
- Il quadro delle capacità (residui funzionali, funzioni vicarianti, ambiti di recuperabilità).
- Una prospettiva di tipo evolutivo che possa evidenziare le potenzialità di sviluppo utili a progettare un intervento educativo.

La Diagnosi Funzionale è strutturata per Aree, che vengono indagate attraverso un protocollo di valutazione, per rilevare, in termini analitici, il rapporto tra il deficit e i seguenti aspetti del comportamento complessivo del soggetto:

1. Cognitivo: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze
2. Affettivo-relazionale: livello di autostima e rapporto con gli altri
3. Linguistico: comprensione, produzione e linguaggi alternativi
4. Sensoriale: tipo e grado di menomazione con riferimento alla vista, all'udito e al tatto
5. Motorio-prassico: motricità globale e motricità fine
6. Neuropsicologico: memoria, attenzione e organizzazione spazio-temporale
7. Autonomia personale e sociale.

La Diagnosi Funzionale è formulata dall'unità multidisciplinare composta dal medico specialista della patologia segnalata, dal neuropsichiatra infantile, dallo psicologo, dagli

operatori sociali in servizio presso la struttura sanitaria incaricata al rilascio, al momento in cui il soggetto accede alla struttura per ottenere gli interventi previsti dalla Legge 104/92 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” ed ha lo scopo di stabilire quali processi di apprendimento vengono utilizzati, quali strategie sono presenti, le abilità residue e/o compromesse, le potenzialità e i livelli di sviluppo. Dovrebbe anche fornire una interpretazione delle cause che hanno determinato lo svantaggio e definire se queste sono ancora presenti. L’aspetto analitico e descrittivo dovrebbe essere integrato, quindi, in uno sforzo interpretativo ed eziologico utile per la stesura di una programmazione didattico-educativa di competenza della scuola.

Il documento si pone come obiettivo fondamentale la conoscenza approfondita dell’alunno in difficoltà da parte dei Servizi Territoriali, che deve essere “funzionale”, cioè utile alla realizzazione concreta e quotidiana di attività didattiche ed educative mirate, significative ed efficaci.

L’équipe multidisciplinare incaricata della stesura della Diagnosi Funzionale deve, pertanto, prendere in carico il soggetto segnalato e procedere ad una diagnosi funzionale, che si realizza attraverso l’applicazione di un protocollo di valutazione che, partendo dal colloquio anamnestico orientato ad identificare le possibili cause del disturbo e i fattori di possibile rischio, procede con la somministrazione di test standardizzati, per la definizione del profilo di sviluppo.

Mentre la diagnosi clinica ha lo scopo di classificare all’interno di categorie riconoscibili e stabili nel tempo, la valutazione funzionale ha lo scopo di “differenziare” i diversi soggetti, tenendo conto delle variazioni nelle competenze che avvengono su base temporale e sulla base dei diversi interventi, allo scopo di orientare l’intervento individualizzato.

Stabilire una diagnosi, quindi, non è sufficiente se ad essa non seguono le indicazioni utili per l'intervento, delineare un profilo di sviluppo invece, consente di accertare l'eventuale scarto rispetto allo sviluppo normale e, di conseguenza, individuare gli obiettivi a cui tendere, le modalità e gli strumenti per conseguirli.

3.4 Il protocollo per la valutazione cognitiva nei Servizi di primo livello

Importante ai fini del nostro discorso risulta anche il protocollo di valutazione cognitiva che viene adottato nei Servizi Sanitari di primo livello.

L'analisi della documentazione relativa a questi Servizi ha rivelato l'esistenza di un *iter* valutativo, più che di un vero e proprio protocollo diagnostico, che consiste in un primo colloquio di accoglienza effettuato dall'Assistente Sociale, che provvede a raccogliere i dati sociali del paziente. Si procede poi, ad una visita neuropsichiatria, ad una visita psicologica, ad una valutazione psicodiagnostica e/o ad una valutazione cognitiva globale. Un successivo incontro familiare di restituzione diagnosi precede un inizio di trattamento specifico psicologico e/o cognitivo.

L'assenza di un protocollo diagnostico istituzionale può essere attribuita al fatto che l'assistenza neuropsichiatrica affronta una grande varietà di situazioni cliniche, corrispondenti a una vasta gamma di bisogni di salute, che richiedono un approccio multidisciplinare e una spiccata integrazione professionale.

A tale scopo la Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, riunita ad Alma Ata (URSS) dal 6 al 12 settembre 1978, ha espresso" la necessità di un'azione urgente dei governi, della comunità internazionale e di tutti coloro che lavorano per la salute e lo sviluppo per proteggere e promuovere la salute di ogni uomo", ed ha formulato una Dichiarazione che definisce le cure primarie come: "Il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il Sistema Sanitario Nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi

dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria" (Alma Ata, 1978, 1).

In tale ottica, la redazione della valutazione diagnostica di tipo cognitivo ai fini della definizione della Diagnosi Funzionale, è affidata ai Servizi territoriali di primo livello .

La realtà clinica di un Servizio di primo livello, sia esso pubblico o convenzionato, oppone numerose problematiche, con le quali il ruolo fondamentale della valutazione cognitiva si incontra e si scontra.

I bambini che richiedono accesso al Servizio appartengono a popolazioni con caratteristiche tali da rendere difficile l'uso di un unico protocollo per tutte le situazioni particolari. Basti pensare a bambini con disturbi del linguaggio, sul versante della comprensione e/o della produzione, ma anche alla sempre più crescente popolazione dei soggetti migranti di prima e seconda generazione, oggetto del presente lavoro esplorativo. Nella maggioranza dei casi, questi soggetti non sono in grado di utilizzare correttamente la lingua italiana o, comunque, la impiegano in misura quantitativamente e qualitativamente non definibile a priori. E' difficile stabilire quanto il processo di acquisizione della nuova lingua interferisca sui processi cognitivi, poiché esso è influenzato da numerosi fattori, tra i quali l'ambiente socioculturale del bambino, la padronanza nella lingua materna, l'atteggiamento del bambino e degli altri verso la prima e la seconda lingua, le caratteristiche di personalità. Inoltre, alcuni comportamenti considerati problematici, possono essere normali nel *background* socioculturale del bambino, o possono essere una conseguenza del processo di acculturazione (Duca, Murineddu, 2006).

A tutte queste circostanze, si aggiunge il notevole numero di soggetti con disabilità sensoriali, soprattutto a carico dell'udito e della vista e, non ultimi, i casi di disabilità complesse che possono presentare compromissioni motorie tali da rendere quasi impossibile la somministrazione di protocolli di valutazione standardizzati.

In aggiunta, bisogna considerare gli aspetti relativi all'organizzazione del Servizio ed alle procedure messe in atto ai fini valutativi. La somministrazione di un test richiede la disponibilità di uno spazio adeguato per un tempo sufficiente, possibilmente senza interruzioni ed un contesto facilitante. Gli operatori devono avere chiare quali sono le caratteristiche che intendono individuare in quel paziente e in quel momento specifico e le modalità per utilizzare correttamente lo strumento diagnostico per quella precisa finalità.

E' opportuno sottolineare, inoltre, che i risultati emersi dalla valutazione cognitiva sono spesso fondamentali ai fini della certificazione ai sensi della legge 104/92, ex articolo 3, per poter quantificare e qualificare, secondo una tradizione condivisa, almeno una parte delle difficoltà dei bambini in condizione di svantaggio.

Anche se approcci di classificazione diversi, quali l'ICF-CY, intendono modificare questa concezione, attraverso la diffusione del modello bio-psico-sociale di comprensione della realtà di salute e malattia, è esperienza comune che la misura del Quoziente Intellettivo rappresenta uno dei dati ritenuti più importanti in sede di valutazione per il riconoscimento della condizione di "handicap" e dei relativi benefici in soggetti in età evolutiva.

La predisposizione, quindi, di un protocollo di valutazione ragionato e generalizzato, che tenga in considerazione tutti i fattori personali e contestuali implicati, sarebbe auspicabile in quanto prerequisito fondamentale per la formulazione di un profilo funzionale che possa favorire interventi clinici globali.

3.4.1 I test cognitivi.

Al fine di illustrare gli strumenti operativi a disposizione per l'accoglienza dei minori immigrati nei Servizi, vengono di seguito descritti i test più utilizzati, evidenziandone vantaggi e limiti:

- le Scale di Wechsler
- le Matrici Progressive di Raven
- la Scala Leiter-R
- i test per la valutazione dei Disturbi dell'Apprendimento

Si è ritenuto opportuno distinguere tra i test utilizzati per la misurazione dell'intelligenza e gli strumenti specifici per la valutazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA).

I test cognitivi sono in grado di quantificare l'intelligenza, sulla base di prove che attivano in proporzione variabile, ma sempre in modo coordinato e funzionalmente adattato, diverse abilità specifiche (Chiappedi, Zoppello, Rossi, Scarabello, Piazza, 2007). .

E' di fondamentale importanza ricordare che i test cognitivi sono nati con il preciso obiettivo di riconoscere quei bambini per i quali era necessario prevedere un processo di educazione differenziale: pur se fondati sulle migliori riflessioni e conoscenze disponibili all'epoca, gli strumenti messi a punto da Binet e Simon erano stati creati per rispondere a questa esigenza pratica. (Binet, 1905).

Nel tempo, al ruolo di predittore del successo scolastico di un soggetto, sono stati attribuiti ai test cognitivi numerosi altri significati. Per quanto riguarda l'ambito sanitario, spesso la valutazione del Quoziente Intellettivo (QI) rappresenta un requisito essenziale per poter sostanziare una diagnosi. Ad esempio, nel caso dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), l'evidenza di un QI nella norma è un criterio diagnostico necessario, ma non sufficiente, per stabilirne la presenza. In molte patologie, inoltre, la dotazione intellettiva rappresenta un fattore prognostico indipendente di assoluta rilevanza: è il caso, ad esempio, dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, ma anche di molti altri disturbi psicopatologici (Cornoldi, 2007).

La scelta dei test da somministrare per accertare il funzionamento cognitivo è supportata dalla clinica. La raccolta anamnestica, infatti, se condotta in maniera attenta e scrupolosa, permette di verificare l'esistenza di difficoltà nella comprensione ed esecuzione di consegne e compiti adeguati all'età, di iniziare a valutarne la diffusione in diversi contesti e di associarle eventualmente con altri fattori, sia di tipo "organico" che di tipo emotivo e relazionale.

Numerose possono essere le indicazioni su come condurre un colloquio clinico: innanzi tutto è importante creare un clima tranquillo e disteso tra l'operatore e il paziente. Tale compito non è certamente facile a causa del carico di attese, speranze e timori che il bambino porta con sé. In secondo luogo, è opportuno lasciare spazio al soggetto per raccontare di sé ciò che desidera, concedendo i tempi di attesi di cui ha necessità e completando il colloquio con alcune domande dirette o indirette, volte a comprendere la capacità del bambino di ricordare dati ed utilizzarli, nonché a verificare il livello di sviluppo raggiunto dal punto di vista del pensiero (Piaget, 1966).

Si illustreranno ora, in particolare, alcuni degli strumenti diagnostici maggiormente utilizzati presso i Servizi di I livello, per la valutazione cognitiva dei bambini in età scolare: le scale di Wechsler, le Matrici Progressive di Raven, la scala Leiter-R ed alcuni test di valutazione degli apprendimenti scolastici.

La scelta di tali dispositivi è motivata dal fatto che si tratta degli strumenti più conosciuti e diffusi nei nostri Servizi per l'accertamento dello sviluppo cognitivo di soggetti in età scolare. Oltre a questo, in considerazione delle difficoltà maggiormente manifestate dai bambini stranieri in ambito scolastico, è sembrato utile esplorare quelle risorse che possano favorire la possibilità di discriminare tra difficoltà dovute a deficit cognitivi o a fattori connessi alla diversità culturale.

Non si tratta di una analisi esaustiva rispetto a tutte le opportunità valutative disponibili. Il continuo lavoro di ricerca e sperimentazione multidisciplinare in ambito

internazionale (International Test Commision, 2005) , articolato per ambiti patologici, è indirizzato all'aggiornamento, alla revisione ed alla traduzione di strumenti diagnostici per adattarli ai cambiamenti sociali ed ambientali avvenuti nel corso degli ultimi decenni. L'intenzione è, pertanto, quella di poter identificare quali, tra i tanti strumenti, possano rispondere efficacemente ai bisogni espressi da una consistente fascia di popolazione che afferisce ai Servizi Sanitari.

Le scale di Wechsler

Per quanto riguarda l'accertamento psicometrico, le scale di Wechsler (1944) rappresentano lo standard più ampiamente riconosciuto ed utilizzato al mondo, con garanzia di buona comprensione del significato dei risultati ottenuti, anche se espressi in forma sintetica. Secondo David Wechsler (1944) ideatore e sviluppatore del test, "l'intelligenza è la capacità globale o complessa dell'individuo di agire per uno scopo determinato, di pensare in una maniera razionale e di avere rapporti utili con il proprio ambiente" . E' globale perché caratterizza il comportamento dell'individuo nel suo insieme. E' complessa perché è composta di elementi o attitudini che, senza essere interamente indipendenti, sono qualitativamente differenziabili.

Secondo Wechsler l'intelligenza si manifesta sotto molte forme in quanto entità aggregata e globale composta da singole funzioni o abilità interrelate. Tali abilità possono essere definite e misurate. L'intelligenza generale può essere misurata sommando la capacità di un individuo in ognuna di queste singole abilità.

Le Scale di Wechsler sono tra i principali test usati, pertanto, per avere una misura globale dell'intelligenza. Hanno il pregio di indagare e testare una serie di abilità cognitive di base fornendo una misura globale dell'intelligenza attraverso la definizione del QI Totale, contemporaneamente a misure distinte e specifiche quali il QI Verbale e il Q.I. di Performance.

Le Scale di Wechsler comprendono:

• la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI), per bambini di età compresa fra i 4 ed i 6 anni e mezzo;

• la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), per bambini e ragazzi dai 6 ai 16 anni e 11 mesi;

• la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) per adulti.

L'interpretazione dei punteggi ottenuti alle Scale Wechsler richiede l'integrazione di diversi elementi: il comportamento del soggetto al test, i risultati ottenuti, il contesto d'intervento. L'interpretazione del Q.I. Totale (QIT) consente di valutare l'abilità intellettiva generale, presente in tutte le attività mentali, ed è dato dal rapporto tra Q.I. Verbale (QIV) e Q.I. di Performance (QIP). Il suo significato è attribuito in senso statistico, in quanto il valore ottenuto dal soggetto viene confrontato con la media dei soggetti della stessa età. Un'interpretazione complessiva non può però escludere un'analisi di tipo "qualitativo" delle risposte date al test. L'interpretazione dei dati permette di porre l'attenzione su alcuni specifici indicatori:

• il Quoziente Intellettivo Totale, espresso dal rapporto tra Quoziente Intellettivo Verbale e Quoziente Intellettivo di Performance, permette di discriminare la tipologia dell'intelligenza, verbale o concreta, fornendo uno dei dati clinici che contribuisce alla definizione di una diagnosi

• La rappresentazione su un grafico dei punteggi dei singoli subtest, che misurano specifiche abilità, fornisce nel complesso un profilo cognitivo del soggetto utile a definire punti di forza e punti di debolezza del soggetto su cui basare l'intervento riabilitativo.

Ai fini di un approfondimento della valutazione cognitiva relativa ai soggetti presi in considerazione nell’ambito della presente ricerca, bambini disabili figli di migranti in età scolare, si ritiene utile proporre la descrizione particolareggiata della *Wechsler*

Intelligence Scale for Children (WISC) , facendo riferimento soprattutto alla IV edizione attualmente in uso anche in Italia.

La WISC è uno strumento clinico e diagnostico utilizzato per la valutazione delle abilità intellettive dei bambini dai 6 ai 16 anni e 11 mesi.

Il Quoziente di Intelligenza (QI) viene calcolato come quoziente di deviazione, nel senso che esprime le differenze di punteggio di un soggetto rispetto al punteggio medio del gruppo di riferimento: se la media corrisponde a 100 la deviazione standard corrisponderà a 15.

La WISC fu ideata da David Wechsler nel 1949, originariamente come estensione verso il basso della *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS).* Furono poi nel tempo realizzate nuove versioni: la WISC-R nel 1974 e la WISC-III nel 1991. L'attuale versione WISC-IV è del 2003.

Tab. 3 – Le Scale di Wechsler

Scale Wechsler	Pubblicazione	Pubblicazione in Italia	Curatori Italiani
WISC	**1949**	**1956**	**Falorni, M.L.**
WISC-R	**1974**	**1986**	**Rubini,V., Padovani, F.**
WISC-III	**1991**	**2006**	**Orsini, A. Picone, L.**
WISC-IV	**2003**	**2012**	**Orsini, A, Pezzuti, L., Picone, L.**

Ogni nuova versione ha avuto come scopo quello di compensare il cosiddetto "effetto Flynn", che consiste nell'aumento del valore del quoziente intellettivo medio della popolazione, osservato nel corso degli anni da James R. Flynn (1987, 171-191). L'effetto è stato rilevato in vari paesi ed è stato ritenuto dall'autore indipendente dalla cultura di appartenenza. Tale scoperta avvenne negli anni ottanta del Novecento, dalla valutazione della situazione di oltre venti paesi in cui si avevano dei dati affidabili:

Flynn osservò come, nel corso degli anni, il valore del quoziente intellettivo fosse aumentato in modo progressivo, con una crescita media di circa 3 punti per ogni decennio.

Attualmente, per la valutazione individuale delle capacità cognitive di bambini d'età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi, viene utilizzata la WISC-IV, aggiornamento della precedente WISC-III.

La struttura della WISC-IV è stata aggiornata per riflettere la teoria e la pratica della valutazione dei bambini, che presuppone una attenzione crescente alla memoria di lavoro e alla velocità di elaborazione. La memoria di lavoro (*working memory)* fu definita da Baddeley e Hitch nel 1974, nell'ambito dei loro studi sulla memoria a breve termine, come un sistema per il mantenimento temporaneo e per la manipolazione dell'informazione durante l'esecuzione di differenti compiti cognitivi, come la comprensione, l'apprendimento e il ragionamento.

La WISC-IV si è evoluta in relazione al cambiamento dei modelli teorici, in particolare con l'avvento della *Cattel-Horn-Carrol Theory of Cognitive Abilities (CHC*), che prevede la distinzione delle abilità cognitive in ampie e ristrette.

Con la WISC-IV si possono calcolare 5 punteggi compositi: un Quoziente Intellettivo Totale (QIT) per rappresentare le capacità cognitive complessive del bambino, e 4 punteggi aggiuntivi: l'Indice di Comprensione verbale (ICV), l'Indice di Ragionamento visuo-percettivo (IRP), l'Indice di Memoria di lavoro (IML), l'Indice di Velocità di elaborazione (IVE), per descrivere il comportamento del bambino in campi cognitivi meglio distinti.

La WISC-IV è composta da 10 subtest principali e 4 subtest supplementari che sono suddivisi nei quattro indici, come illustrato nella seguente figura.

Fig. 11 – Struttura della WISC-IV

I sub test principali dovrebbero essere somministrati nella maggior parte delle situazioni in cui si vogliano ottenere punteggi compositi. I sub test supplementari forniscono un campionamento più ampio del funzionamento cognitivo e intellettivo e possono essere anche utilizzati in sostituzione di sub test principali.

La WISC-IV è la prima revisione della WISC che rappresenta un sostanziale miglioramento delle versioni che l'hanno preceduta, principalmente per il fatto di attenersi più strettamente alla teoria. Il QI è basato su quattro Indici che forniscono una rappresentazione del funzionamento intellettivo più ampia del QI totale rispetto alle precedenti versioni. Sono stati eliminati il QI Verbale e il QI di Performance, perché ritenuti complessi dal punto di vista fattoriale e, di conseguenza, di difficile interpretazione. Tali caratteristiche quindi, rendono la versione attualmente in uso maggiormente attendibile per tutte le fasce d'età e a tutti i livelli: sub test, indici, processi e punteggi di QI.

Le matrici progressive di Raven

Le matrici progressive di Raven (RPM) sono un test di intelligenza non verbale , in cui gli *items* sono costituiti da una serie di sfondi con tessiture o matrici di cui manca una parte. Il soggetto deve, tra sei alternative di cui solo una è corretta, scegliere il pezzo di tessitura mancante.

Questa formula di somministrazione non verbale è particolarmente indicata quando si è in presenza di soggetti con capacità linguistiche limitate Nel caso dei bambini stranieri, ad esempio, oltre al vantaggio di eliminare le difficoltà relative alla comprensione ed alla produzione del linguaggio, un ulteriore aspetto favorevole è rappresentato dal fatto che, trattandosi di figure geometriche non viene chiamata in causa l'interpretazione semantica degli oggetti proposti, come invece accade ad esempio nella WISC.

Le matrici di Raven sono state create da John C. Raven nel 1936. Raven, assieme a Guttman e Rasch, sviluppò la tesi secondo la quale i test d'intelligenza devono includere item con ordine crescente di difficoltà. Le prime versioni del SPM e CPM furono pubblicate nel 1938. Le matrici furono ampiamente usate durante la II guerra mondiale dall'esercito britannico per la selezione degli ufficiali.

Il test di Raven comprende tre versioni:

1. SPM (Standard Progressive Matrices): Queste sono le prime forme del test, pubblicate fin dal 1938. Le matrici sono raggruppate in 5 gruppi (gruppo A, B, C, D ed E). Ogni gruppo include 12 matrici. Il test, in tutto, si compone di 60 item. Le matrici sono disposte in ordine crescente di difficoltà. Tutti gli item sono di colore bianconeroMisurano la capacità del soggetto di cercare delle relazioni tra le figure. Le relazioni possono essere di tipo "percettivo" (nelle prime tavole della serie) o "logico" (ultime tavole della serie), per cui misurano due tipi di abilità diverse. Sono indirizzate a soggetti dagli 11 ai 60 anni.

2. CPM (Coloured Progressive Matrices): Sono 24 matrici, divise in due gruppi (A e B, uguali a quelle delle SPM) di 12 item ciascuno più altri 12 item inseriti tra i due gruppi (gruppo Ab). Le ultime matrici sono in bianco e nero. Sono indirizzate a soggetti dai 5 agli 11 anni.
3. APM (Advanced Progressive Matrices): Sono 48 item raggruppati in due gruppi (I e II). il gruppo I contiene 12 item; il gruppo II contiene 36 item. Tutte le matrici sono in bianco e nero e sono molto più complesse delle SPM.

Le matrici di Raven sono considerate misure del fattore g di Spearman dell'intelligenza generale che comprende due fattori discreti: l'intelligenza fluida (Gf) e l'intelligenza cristallizzata (Gc). In particolare, il test di Raven fornisce una misura dell'intelligenza fluida (Gf), misurata in punteggi di QI.

L' intelligenza fluida (Gf) è la capacita di risolvere problemi in situazioni nuove, indipendentemente dalle conoscenze acquisite. Essa fluida implica la capacità di ragionamento logico induttivo e deduttivo.

L'intelligenza cristallizzata (Gc): è la capacità di usare conoscenze, competenze ed esperienze acquisite. Da non confondere con la memoria. Si basa, tuttavia, sulle informazioni immagazzinate nel tempo.

Il test può essere somministrato individualmente o in gruppo ed ha la durata di circa 60 minuti.

Per definizione, questo test valuta il funzionamento intellettivo in modo piuttosto puro, essendo abbastanza ridotta la funzione iniziale dello stimolo e quasi assente la manipolazione fisica dello stesso (per la risposta è sufficiente una capacità di indicazione relativamente grossolana). Questo può anche essere visto come un difetto, in quanto non è possibile trarre sicure informazioni sugli aspetti verbali e prassici, in qualche modo "applicati" all'intelligenza. Certamente positiva è invece l'indipendenza della risposta da situazioni di maggiore o minore stimolazione culturale e di accesso alle

informazioni. Risulta particolarmente faticoso per soggetti con difficoltà attentive e impulsività a causa dello stile di somministrazione per stimoli e modalità monomorfe.

La codifica è semplice e rapida: a ciascuna risposta esatta fornita dal soggetto si assegna 1 punto e 0 punti alla risposta sbagliata ed i punteggi vengono sommati tra di loro. Dopo aver contato il numero delle risposte esatte (per ciascuna delle tre serie e per il totale), i punteggi grezzi così ottenuti verranno confrontati con i punteggi normativi (punteggi medi per fasce di età) al fine di effettuare una valutazione corretta delle prestazioni.

La validità di questo test, sia interna o di costrutto (le situazioni di problem-solving non verbale lo rendono idoneo a sondare le abilità di percezione e di ragionamento *logico cultural and language free*) sia esterna (predittività di altre condotte, come ad esempio il successo scolastico o in ambito lavorativo, a partire da alte prestazioni in tale test), ma anche la semplicità della sua somministrazione, della codifica delle risposte e dell'interpretazione dei punteggi, lo rendono uno strumento particolarmente agile ed efficace (Belacchi, Cornoldi, 2008).

La scala Leiter-R – Leiter International Performance Scale.

Alla fine degli anni 20, nel tentativo di creare un metodo di misurazione dell'intelligenza in grado di superare le differenze culturali, R.G. Leiter inizio a lavorare ad una scala di performance dipingendo figure in un riquadro diviso in quattordici caselle. Negli anni successivi pubblicò i primi risultati, come parte della sua tesi di dottorato, a cui seguirono tra il 1930 e il 1948, ben cinque successive modifiche. La prima versione della Leiter destinata al pubblico, composta da 68 subtest da sottoporre a soggetti fra i 2 e i 18 anni, apparve nel 1940 (Levine, 1982).

Durante questo periodo di revisione della scala, Leiter sviluppò item non verbali che potessero essere utilizzati indipendentemente dalle differenze culturali. La scala ottenne

un discreto successo giungendo inalterata nella sua struttura originale, fino alla versione del 1979, con la denominazione *di Leiter International Performance Scale* (Leiter, 1979).

La scala era stata sviluppata per fornire una misura non verbale dell'intelligenza, indipendente dal livello culturale ed era ampiamente utilizzata nella didattica speciale con soggetti con danni all'udito, difficoltà di comunicazione, problemi motori, lingua madre diversa dall'inglese.

Uno degli obiettivi nello sviluppo della Leiter-R fu dunque quello di identificare le componenti cognitive o i processi che sono alla base delle abilità tradizionalmente misurate dai test di intelligenza (Glaser, 1981) e un modello unificante della struttura delle abilità cognitive.

La scelta cadde sui modelli di Gustafsson (1984) e di Carroll (1993), che hanno guidato la selezione di fattori quali il ragionamento fluido (tipo non verbale), la visualizzazione, vari aspetti della memoria e i compiti attentivi a tempo (correlati alla memoria, all'apprendimento e alla velocità di elaborazione).

Il modello gerarchico di Gustafsson propone all'apice un fattore di intelligenza generale o fattore "g", al secondo livello un piccolo numero difattori (3 o 4), che includono i fattori di intelligenza fluida e cristallizzata di Cattell e Horn (1966), mentre al terzo livello si trova un ampio numero di fattori "primari". Carrol ha proposto invece una teoria a tre strati delle abilità cognitive, che assomiglia alla teoria dell'intelligenza fluida-cristallizzata di Cattell e Horn (1966) e allo stesso modello dei tre livelli gerarchici di intelligenza proposto da Gustafsson. Il modello gerarchico di Carroll fornisce però più dettagli e verifiche del modello di Gustafsson.

Il risultato ottenuto da Leiter è stato uno strumento non verbale valido e attendibile per la misurazione dell'abilità intellettiva, della memoria e dell'attenzione che può essere usato per l'*assessment* di bambini e di adolescenti che non possono essere valutati (se

non con molte difficoltà) con i tradizionali test di intelligenza. Le categorie di soggetti per i quali la Leiter-R è stata specificamente sviluppata comprendono soggetti che presentano significative difficoltà di comunicazione, ritardi cognitivi, danni dell'udito, danni motori, lesioni cerebrali di origine traumatica, disturbi da deficit di attenzione, particolari difficoltà di apprendimento o che parlano una lingua diversa da quella del paese in cui vivono. (Athanasiou, 2000; Hooper, Hattin, Baranek, Roberts e Bailey, 2000; Bradley-Johnson, 2001; Easterbrooks e O'Rourke, 2001; Mangeot , 2001).

La scala Leiter-R è composta da 20 subtest che nell'insieme misurano l'intelligenza e le abilità non verbali di bambini ed adolescenti di età compresa tra i 2 e i 20 anni e 11 mesi. La scala è stata standardizzata negli USA su oltre 2000 bambini ed adolescenti; la fascia di impiego è stata ampliata rispetto alla Leiter originale e sono stati utilizzati i più moderni metodi psicometrici di stesura degli item. Prevede la somministrazione a tre fasce di età:

- Gruppo A: da 2 a 5 anni
- Gruppo B: da 6 a 10 anni
- Gruppo C: da 11 a 20 anni

La Leiter-R consiste di due batterie standardizzate: *Visualizzazione e Ragionamento (VR),* costituita di 10 subtest per la misura di capacità cognitive non verbali legate alla visualizzazione, alle abilità spaziali e al ragionamento; *Attenzione e Memoria (AM),* costituita anch'essa di 10 subtest. Sono incluse inoltre quattro *scale di livello* (*per l'esaminatore, per il genitore, di autovalutazione e per l'insegnante*), che permettono un'osservazione multidimensionale del comportamento del soggetto. Le due batterie possono essere somministrate assieme (per un totale di circa 90') o separatamente. Ambedue permettono di ottenere *punteggi "di crescita"*, non standardizzati con l'età,

che *misurano piccoli, ma importanti miglioramenti in soggetti con gravi deficit cognitivi*, in modo che sia possibile monitorarne nel tempo i progressi.

La batteria VR permette di ottenere due punteggi di QI (quozienti di intelligenza non verbale generale o "g"), uno calcolato sulla scala completa di QI (due serie di sub test, una per bambini tra i 2 e i 5 anni e un'altra per bambini ed adolescenti tra i 6 e i 20 anni) e uno ottenuto sulla scala breve di QI (quattro sub test della scala VR) per l'intera gamma dai 2 ai 20 anni.

Con la batteria VR si possono inoltre ottenere tre ulteriori punteggi composti:

Ragionamento fluido, Visualizzazione fondamentale e Visualizzazione spaziale.

La scala Leiter-R, unisce al vantaggio di una somministrazione e di una risposta senza uso del linguaggio verbale, la possibilità di definire un profilo abbastanza differenziato delle competenze dei soggetti esaminati. La disponibilità di una batteria di Attenzione e Memoria inoltre, rende lo strumento prezioso per una valutazione complessiva del bambino, anche nell'ottica di un confronto produttivo per l'inserimento scolastico. Anche la possibilità di una valutazione standardizzata della collaborazione del bambino e delle sue modalità di funzionamento durante la prova, contribuisce a fornire un quadro più completo della situazione clinica.

La Leiter è stata la prima scala diagnostica di intelligenza somministrabile secondo modalità non verbali, un potente test a influenza culturale ridotta (Murphy e Davidshofer, 1994). E' una scala comportamentale non verbale, che non richiede comunicazione verbale fra esaminatore e soggetto, né che quest'ultimo legga o scriva qualcosa. È quindi particolarmente adatta per bambini e adolescenti con ritardo cognitivo e con disturbi verbali, oltre che per soggetti che non siano in grado di padroneggiare la lingua italiana.

Si somministra come un gioco e lo *scoring* è effettuato in modo semplice e veloce. A differenza dei tradizionali test del QI, la Leiter pone l'accento sull'intelligenza fluida, che è la misura più vera dell'intelligenza innata di un individuo; quindi meno soggetta ad influenze culturali, sociali, linguistiche ed educative (Sabbadini, Galloni, 2002).

Nel corso degli anni la Leiter-R è stata utilizzata quale test di valutazione per numerose categorie di persone affette da carenze linguistiche, grazie alle modalità di risposta non verbali. Il metodo di Leiter si è dimostrato molto utile per la valutazione dei livelli intellettivi di soggetti affetti da sordità, ritardi cognitivi, autismo, difficoltà di comunicazione. Il test è stato apprezzato inoltre per la valutazione di soggetti con difficoltà di coordinazione motoria, affetti da lesioni cerebrali, di livello mentale superiore o, negli Stati Uniti, con soggetti bilingui (Levine, 1982).

3.4.2 La valutazione degli alunni con Difficoltà di Apprendimento.

Avendo dato conto dei test utilizzati per la misurazione dell'intelligenza nei bambini, somministrati per accertare la presenza o meno di ritardo mentale, è necessario ora capire, in presenza di problemi scolastici e laddove non risulti un QI al di sotto della norma, se sia ipotizzabile una diagnosi di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). In tal caso è necessario procedere alla valutazione qualitativa dei deficit, attraverso l'uso di test specifici, che si sintetizzano nella seguente tabella:

Tab. 4 - Protocollo di valutazione per alunni con sospetto Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSAp)

Classe	III, IV e V classe scuola primaria	Scuola secondaria di I grado	Scuola secondaria di II grado
Colloquio anamnestico			
	Colloquio anamnestico orientato alla individuazione di fattori di rischio, di segni e sintomi DSAp	Colloquio anamnestico orientato alla individuazione di fattori di rischio, di segni e sintomi DSAp	Colloquio anamnestico orientato alla individuazione di fattori di rischio, di segni e sintomi DSAp
Lettura			
	Prove MT (1998) DDE- 2 (2007)	Prove MT (2002) DDE-2 (2007)	Prove MT avanzate (2010)
Comprensione			
	Brano MT (1998)	Brano MT (2002)	Brano MT avanzate (2010)
Scrittura			
Ortografia **Grafia**	DDE-2 (2007) DDO (2008) BVSCO-2 (2013)	DDE-2 (2007) DDO (2008) BVSCO-2 (2013)	
Calcolo			
	AC-MT 6-11 (2002) BDE (2004)	AC-MT 11-14 (2003) BDE (2004)	AC-MT avanzate (2010)
Competenze cognitive			
	WISC-III (2006) WISC-IV (2012) Leiter-R (2002) RPM (1962)	WISC-III (2006) WISC-IV (2012) Leiter-R (2002) RPM (1962)	WISC-III (2006) WISC-IV (2012) WAIS-R (1997) Leiter-R (2002) RPM (1962)

La precedente tabella riassume i principali strumenti diagnostici utilizzati per valutare gli apprendimenti scolastici: lettura, scrittura, calcolo. I test, preceduti sempre da un colloquio clinico di accertamento dei fattori di rischio e di rilevazione delle tipicità del soggetto, sono suddivisi per gradi di scolarizzazione, in relazione alle difficoltà che ciascun test comporta.

Si propone ora una descrizione sintetica dei test maggiormente utilizzati per la valutazione degli apprendimenti scolastici elencati nella tabella 4.

Le prove di lettura nelle componenti di Correttezza e Rapidità di un brano comprendono le Prove di Lettura MT per la scuola primaria, le Prove di Lettura MT per la scuola secondaria di primo e le Prove di lettura avanzate per la scuola secondaria di secondo grado.

Le ***prove MT 2 per la scuola primaria*** (Cornoldi, Colpo, 2011) valutano, oltre alle abilità di lettura, anche quelle di comprensione del testo. La misurazione di tali abilità costituisce una verifica trasversale, che interessa tutte le discipline in cui è richiesto l'uso di testi scritti ed è in relazione anche con le abilità di studio e con l'individuazione di eventuali difficoltà di apprendimento. Le prove permettono di monitorare, in precisi momenti dell'anno scolastico (iniziale, intermedio e finale), il corretto sviluppo di tali abilità e consentono di individuare tempestivamente eventuali difficoltà di apprendimento.

La versione più recente (2011) si caratterizza per una maggiore focalizzazione sulla valutazione della rapidità di lettura, sui nuovi valori normativi della rapidità; sulla ridefinizione delle fasce di prestazione.

La batteria è formata da 3 prove, ciascuna composta da un testo e da domande a scelta multipla. I brani sono divisi per classe, dalla prima alla quinta, e per momento di verifica: prove di ingresso, intermedie, finali e prove di indagine approfondita (per le classi 2a-5a).

Le caratteristiche chiave delle prove nell'ultima versione in uso sono:

- Facilità di somministrazione e costruzione delle prove con materiali fotocopiabili.
- Focalizzazione sulla rapidità di lettura.

- Riferimenti normativi aggiornati alle direttive della Terza Consensus Conference sui DSA. (2011).

La principale utilità si manifesta nella possibilità di effettuare una stima globale delle competenze del ragazzo, eseguire una valutazione per la diagnosi dei DSA, intervenire durante le fasi di recupero, potenziamento e sviluppo delle abilità di correttezza, rapidità e comprensione della lettura.

Le ***Nuove Prove di lettura MT*** (Cornoldi, Colpo, 2011) sono test standardizzati per ogni fascia di età scolare a partire dalla prima fino alla terza classe della scuola secondaria di I grado, utilizzabili per valutare la correttezza, la rapidità e la comprensione della lettura, per individuare tempestivamente casi problematici e pianificare adeguati piani di recupero.

L'ultima edizione del 2011 presenta importanti aggiornamenti in relazione a:

- riferimenti normativi, rivisti secondo le linee guida della Consensus Conference ai fini della diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento;
- fasce di prestazione, modificate in modo da far corrispondere la fascia "Richiesta di intervento immediato" con il 5° percentile, *cut-off* raccomandato nei documenti della Consensus Conference;
- misura della comprensione e della rapidità, quest'ultima precisata, secondo una prassi sempre più diffusa, in termini di sillaba per secondo, oltre che in tempo per sillaba.

Lo strumento è costituito, per tutte le classi, da una serie di brani con domande a scelta multipla, suddivisi in:

- prove d'ingresso;
- prove finali;

- prove specifiche di comprensione e di correttezza/rapidità.

Per ogni prova, la fase della lettura (in maniera scorrevole cercando di fare il minor numero di errori) raccoglie informazioni sulla correttezza e sulla rapidità del ragazzo, mentre la fase successiva (rispondere a domande a scelta multipla relative a brani più o meno complessi) valuta il grado di comprensione della lettura. Le prove per tutte le classi sono presentate in un unico portfolio che contiene materiali componibili a seconda delle fasce di età e del momento d'indagine, oltre a sintetiche linee guida per l'attribuzione dei punteggi.

Le caratteristiche chiave che le contraddistinguo sono:

- Materiali diversi per ogni fascia
- Maggiore capacità discriminativa dei punteggi per i livelli di abilità medio-alti
- Facilità di somministrazione e costruzione delle prove con materiali fotocopiabili

Le prove MT possono essere somministrate sia in forma collettiva che individuale, in ambito scolastico e sociosanitario per:

- effettuare una stima globale delle competenze del ragazzo;
- eseguire una valutazione per la diagnosi di DSA;
- intervenire nelle fasi di recupero, potenziamento e sviluppo delle abilità di correttezza, rapidità e comprensione della lettura.

Le ***prove MT avanzate-2*** (Cornoldi, Pra Baldi, Friso con Giacomin, Giofrè e Zaccaria, 2010) rappresentano il primo e unico strumento standardizzato in Italia per valutare i livelli di apprendimento della lettura e della matematica nella scuola secondaria di II grado. I disturbi dell'apprendimento che persistono negli ordini di scuola superiori, infatti, sono responsabili di gravi ripercussioni sul successo scolastico dei ragazzi e sulle

percentuali di tasso di abbandono. I test, di facile e rapida somministrazione, offrono informazioni fondamentali sulle conoscenze e sulle abilità del soggetto, sull'attività didattica svolta e sul lavoro di recupero da programmare.

Le prove sono divise in Lettura e Matematica con materiali diversi per livello di difficoltà per le classi 1a e 2a. Ogni prova è articolata in due parti.

Lettura:

- Prova di comprensione del testo: due brani focalizzati rispettivamente sull'abilità di trarre inferenze semantiche e sull'abilità di cogliere il significato specifico di una frase.
- Prova di correttezza e rapidità nella lettura: per valutare l'apprendimento della lettura individuale e i meccanismi cognitivi sottostanti.

Matematica:

- Prova di matematica: per accertare abilità matematiche generali, come la risoluzione di problemi di algebra e di calcolo.
- Prova di calcolo: per indagare l'accuratezza e la velocità nel calcolo mentale e la padronanza dei fatti aritmetici.

Completa la batteria una serie di Prove di approfondimento da impiegare nel caso di alunni con particolare difficoltà, per un'indagine approfondita e sistematica delle abilità cognitive.

Le caratteristiche chiave delle prove avanzate riguardano:

- La suddivisione dei materiali per classi e abilità

- La capacità di rilevare difficoltà e predisporre interventi di recupero a livello individuale.

Risultano di particolare utilità per fornire all'insegnante un'ampia ed esauriente visione delle abilità dello studente in ambiti specifici, per identificare le difficoltà di lettura, comprensione del testo e delle abilità matematiche e per pianificare gli interventi di recupero e potenziamento.

Il test ***DDE-2 – Batteria di valutazione della Dislessia evolutiva e della Disortografia 2*** **-** (Sartori, Job e Tressoldi, 2007**)** permette di valutare il livello di competenza acquisita sia nella lettura che nella scrittura e può servire al controllo dell'evoluzione di questi due sistemi, proponendosi come mezzo di comunicazione tra operatori e centri di riabilitazione, per confrontare diagnosi e risultati dei trattamenti.
La batteria comprende 8 prove:

- 5 per l'analisi del processo di lettura (denominazione di grafemi, lettura di parole e nonparole, comprensione di frasi con omofone, correzione di parole omofone)
- 3 per l'analisi del processo di scrittura (dettato di parole e nonparole, dettato di frasi con parole omofone).

Le caratteristiche chiave del test comprendono:

- la registrazione delle prestazione dei soggetti esaminati per **un'analisi obiettiva dei cambiamenti,** sia in seguito a trattamenti che per evoluzione naturale.
- l'aggiunta di nuove norme di velocità espresse in sillabe al secondo per la lettura delle liste di parole e nonparole.
- la possibilità di **correlare i punteggi** della batteria con i risultati ottenuti dal soggetto alle *Prove MT*, così da permettere un confronto diretto con la lettura di un brano, e con le *CPM*, per una valutazione dell'efficienza intellettiva del bambino.

Consentono di approfondire le difficoltà di lettura e di scrittura nel corso di una diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, di controllare l'evoluzione dei sistemi di lettura e scrittura e di confrontare diagnosi e risultati di trattamenti favorendo la comunicazione tra operatori e centri di riabilitazione.

Il test ***DDO – Diagnosi dei Disturbi Ortografici in età evolutiva*** – (Angelelli, Notarnicola, Costabile, Marinelli, Judica, Zoccolotti, Luzzatti, 2008) è importante per poter valutare il grado di apprendimento delle competenze ortografiche e intervenire, in presenza di difficoltà, con un trattamento mirato, in considerazione del fatto che nel corso dei primi anni di scolarizzazione il bambino è impegnato per la maggior parte del tempo in attività di scrittura . "Come tutti i processi cognitivi, anche il processo di scrittura è un'abilità complessa, che dipende da diverse componenti, ognuna delle quali contribuisce in modo specifico a trasformare in forma grafemica informazioni verbali ascoltate o pensate" (Berninger e Whitaker, 1993, 18). La comprensione dei disturbi della scrittura richiede una chiave interpretativa che si basa sull'impiego combinato di modelli "funzionali" e di modelli "evolutivi" dei processi ad essa sottostanti. Il modello "a due vie" per la lettura, detto anche modello a doppio accesso, deriva sia dalla ricerca sui processi normali di lettura che dall'esame clinico di casi singoli di dislessia (Sartori, 1984). E' stato proposto per la prima volta da Coltheart (1978) ed è stato successivamente confermato ed ulteriormente specificato da un gran numero di ricerche condotte da autori diversi, tanto da essere oggi chiamato "modello standard". Con questo termine si vuole sottolineare che si tratta del modello teorico di spiegazione della lettura su cui esiste un generale accordo tra i ricercatori che si occupano dell'argomento e, inoltre, che non può essere attribuito ad un autore in particolare. La principale assunzione di questo modello è che la scrittura si possa realizzare attraverso due percorsi distinti e funzionalmente autonomi, rispetto ai processi che li

contraddistinguono, noti rispettivamente come “via Fonologica” e “via Lessicale”. Il passaggio dalla “via Fonologica” consente di “ri-costruire” la struttura ortografica della parola tramite l’”assemblaggio” dei singoli segmenti grafemici (che vengono derivati dai corrispettivi segmenti fonemici), attraverso l’applicazione di regole convenzionali di transcodifica. Consente la scrittura di parole ad ortografia regolare. Nella “via Lessicale”, la struttura ortografica viene “recuperata” nella sua forma integrale da un magazzino lessicale, in cui le parole si trovano depositate, codificate in un formato “visivo” astratto, attraverso un accesso dal Lessico Fonologico (che invece è un magazzino in cui le parole sono codificate in formato verbale).

Il modello a due vie deriva dagli studi sulla popolazione adulta, delinea lo stato finale “maturo”, che assume il sistema nell’adulto normale. Il modello evolutivo individua le fasi dell’apprendimento dell’abilità di scrittura (Seymour e Frith, 1985), prevede quattro fasi, l’una successiva all’altra, l’organizzazione gerarchica tra stadi e lo sviluppo delle fasi più evolute dipende dall’efficienza di quelle più primitive. Il metodo d’insegnamento scelto può rallentare o favorire il passaggio da un livello all’altro (Tressoldi e Cornoldi, 2000). Si dovrebbe rispettare la cronologia dell’apprendimento.

Sulla base del modello teorico «a due vie», il DDO permette di valutare le capacità di scrittura lessicale e sublessicale in bambini della scuola primaria e secondaria di primo grado attraverso un dettato di 160 stimoli, suddivisi in quattro sezioni: parole regolari con corrispondenza 1 fonema-1 grafema; parole regolari contenenti suoni a conversione sillabica; parole a trascrizione ambigua; non parole con corrispondenza 1 fonema-1 grafema.

Lo *scoring* dei dati fornisce a specialisti in disturbi dell’apprendimento e insegnanti sia una valutazione della prestazione complessiva, utile per individuare un possibile disturbo disortografico, che una valutazione delle prestazioni ai singoli sub-set di stimoli dettati, utile per evidenziare difficoltà di scrittura più selettive.

Il test ***BVSCO-2 – Batteria per la Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica – 2*** – (Tressoldi, Cornoldi, Re, 2013) è uno strumento completo per valutare tutti gli aspetti implicati nel percorso di apprendimento della scrittura: il *grafismo*, la *competenza ortografica* e la *produzione* del testo scritto. La batteria, rinnovata sia per l'aggiornamento dei riferimenti normativi che per l'aggiunta di nuove prove, valuta le competenze del bambino per l'intero percorso scolastico della scuola primaria e secondaria di primo grado.

La BVSCO-2 si fonda sul più accreditato modello di apprendimento dell'ortografia, che prevede che il bambino acquisisca inizialmente i meccanismi di trasformazione propri della fase alfabetica e successivamente quelli relativi alla fase ortografica e lessicale. Gli errori sono classificati in tre categorie principali – errori fonologici, non-fonologici ed errori di accenti e doppie. Nelle tre categorie si possono far rientrare tutti gli errori ortografici possibili, semplificando la comprensione delle abilità richieste per il loro superamento e la predisposizione di interventi efficaci e mirati.

La batteria si compone di 6 prove, raggruppabili in 3 categorie a seconda dell'aspetto valutato. Ogni prova presenta materiali di difficoltà crescente, calibrata in base al livello di scolarità.

- Prove di competenza ortografica: *Dettato di brano, Copia di brano, Scrittura di nomi di figure e Dettato di frasi con parole omofone non omografe*; valutano la competenza ortografica del bambino distinguendo varie tipologie di errori (fonologici, non-fonologici e di accenti e doppie).
- Prove di valutazione della capacità di produzione del testo scritto: Descrizione e Narrazione; dato uno stimolo figurato, il bambino è chiamato a descriverlo o a inventare una storia a partire da esso.

- Prove di valutazione della velocità di scrittura: misurano le abilità grafo motorie, analisi fonologica e scelta del grafema ,in un tempo dato.

È inoltre predisposta una checklist di controllo per individuare i comportamenti problematici e valutare l'efficacia degli interventi, utile soprattutto con i soggetti con bassi punteggi alle prove di dettato.

Tra le caratteristiche chiave del test è utile sottolineare: la valutazione dei tre aspetti distinti riguardanti grafismo, competenza ortografica e produzione, la nuova prova di produzione per la scuola secondaria di I grado e la *checklist* di controllo per evidenziare le aree critiche.

Attraverso la somministrazione della BVSCO-2 è possibile effettuare valutazioni e controllo delle prestazioni lungo tutto il ciclo scolastico della scuola primaria e secondaria di I grado e valutare il processo di apprendimento del bambino, secondo le fasi di sviluppo della scrittura.

Il test ***AC-MT 6-11 – Test di valutazione delle abilità di calcolo e soluzione di problemi*** **-** (Cornoldi, Lucangeli, Bellina, 2002) è uno strumento di misurazione delle abilità matematiche in alunni dai 6 agli 11 anni di facile e rapida somministrazione, che presenta buone proprietà psicometriche. L'edizione aggiornata del test si caratterizza per nuove norme e nuove prove per alunni delle ultime tre classi di scuola primaria. Il test comprende: prove carta e matita differenziate per 6 fasce (I intermedia e finale, II, III, IV e V); prove individuali per le medesime 6 fasce; prove carta e matita di soluzione di problemi differenziate per la III, IV e V; punteggi normativi di riferimento ottenuti su un campione di 5000 soggetti per indici specifici e fondamentali (operazioni scritte, conoscenza numerica, accuratezza, tempo totale, soluzione di problemi aritmetici). Permettendo di valutare le abilità numeriche non solo con riferimento a media, deviazione standard e percentili, ma anche classificandole in 4 fasce di prestazione (ottimale,

sufficiente, richiesta di attenzione, richiesta di intervento), il test AC-MT si configura come lo strumento in ambito nazionale più semplice ed efficace per prevenire e misurare le difficoltà nell'apprendimento del calcolo nella scuola primaria.

Si possono identificare tre componenti della conoscenza numerica: lessicale, semantica e sintattica. La componente lessicale regola il "nome" del numero; la componente semantica regola la "comprensione" della quantità, il significato del numero secondo un codice astratto, amodale; la componente sintattica rappresenta la "grammatica" del numero ed è relativa al valore "posizionale" delle cifre, cioè il rapporto tra i singoli elementi in termini di posizione spaziale all'interno della struttura del numero.

In base a queste componenti possiamo classificare gli errori in:

- Errori "lessicali": il bambino sbaglia a pronunciare il nome del numero
- Errori "semantici": il bambino non riconosce il significato del numero, ovvero la sua grandezza
- Errori "sintattici": il bambino non riconosce il valore di una cifra in base alla sua collocazione nel numero

Le prove AC-MT indagano le componenti della conoscenza numerica e ne valutano gli aspetti qualitativi. Essendo state pensate per la valutazione in ambito scolastico, sono suddivise in due parti: forma collettiva e forma individuale. Le prove collettive possono, in ogni caso, essere somministrate in forma individuale per l'accertamento del sospetto di DSAp in ambito sanitario.

Le prove collettive indagano la sintassi e la semantica del numero, non prevedono un tempo prestabilito e si dividono in: Operazioni scritte, Giudizio di numerosità, Costruzione del numero e Ordinamento di grandezze.

Le Operazioni scritte esaminano le capacità di applicazione delle procedure di calcolo. Comprendono addizioni e sottrazioni per la prima e seconda classe ed in aggiunta moltiplicazioni e divisioni per la terza, quarta e quinta classe. Il Giudizio di numerosità è una prova di comprensione semantica della grandezza dei numeri. La Costruzione del numero è una prova di competenza sintattica e prevede la composizione e l'ordinamento in cifre di numeri espressi in parole. L'Ordinamento di grandezza valuta la competenza semantica. E' composta da due prove di ordinamento crescente e decrescente.

Le prove individuali prevedono un criterio di somministrazione più complesso rispetto a quelle collettive, in quanto, per alcuni esercizi, viene valutata sia la correttezza delle risposte che il tempo impiegato per svolgere ogni singola prova.

La parte individuale è composta da: Calcolo a mente, Calcolo scritto, Enumerazione, Dettato di numeri, Recupero di fatti numerici e Problemi aritmetici.

Il Calcolo a mente richiede di svolgere mentalmente sei operazioni, tre addizioni e tre sottrazioni, il più velocemente e correttamente possibile. Lo *scoring* prevede due indici: la somma dei tempi di esecuzione delle sei operazioni e il numero di errori commessi durante la prova.

Il Calcolo scritto prevede lo svolgimento di due semplici operazioni. Questa prova non è prevista per la classe prima intermedia. E' importante annotare le strategie utilizzate per la risoluzione del compito. Lo *scoring* prevede la somma dei tempi di esecuzione delle due operazioni e il calcolo degli errori commessi, che deve essere moltiplicato per tre.

Nella prova di Enumerazione viene chiesto di contare ad alta voce il più velocemente e correttamente possibile. Le classi prime conteranno in avanti da 1 a 20, le classi seconde conteranno in avanti da 1 a 50, le altre conteranno indietro dal 100 al 50. Vengono conteggiati anche gli errori commessi, si considera come singolo errore l'interruzione della sequenza numerica indipendentemente da quanti numeri sono stati saltati in maniera

consequenziale. In seguito all'errore commesso, l'esaminatore potrà aiutare il bambino facendolo ripartire dal numero a cui era giunto.

Nel Dettato di numeri si richiede di scrivere otto numeri sotto dettatura. Il numero dettato potrà essere ripetuto una sola volta, altrimenti l'item non potrà essere considerato corretto. Lo *scoring* prevede soltanto la somma degli errori commessi.

Nella prova di Recupero di fatti numerici vengono lette ad alta voce, in modo chiaro, una alla volta, una serie di operazioni aritmetiche. Complessivamente le operazioni potranno essere ripetute un numero limitato di volte (3-5). Per ogni operazione si attende la risposta per un massimo di circa 5 secondi, se il bambino fornisce la risposta corretta superando, però, il limite di tempo, viene segnato l'errore. Il punteggio finale sarà dato dalla somma degli errori commessi.

La prova dei Problemi aritmetici è indirizzata soltanto alle ultime tre classi della scuola primaria. Per ogni classe sono previsti cinque problemi da svolgere seguendo il metodo appreso. I cinque problemi possono essere somministrati, seguendo un ordine prescelto, sia in forma individuale che collettiva; il tempo previsto per la risoluzione dell'intera prova è di circa 40 minuti. Il punteggio sarà dato dalla somma delle serie completamente corrette. Inoltre, per queste prove è fornita, nei protocolli di somministrazione, una griglia osservativa, che può essere utilizzata per registrare alcuni comportamenti critici del bambino durante la soluzione dei problemi, soprattutto in modalità individuale.

I punteggi ottenuti in tutte le prove somministrate potranno poi essere confrontati con i dati criteriali per fasce, che permetteranno di individuare la fascia di prestazione corrispondente. I punteggi sono così distinti:

- O: ottimale
- S: sufficiente
- RA: richiesta di attenzione
- RII: richiesta di intervento immediato

Ovviamente, i punteggi vanno sempre interpretati con prudenza perché sono soggetti agli inevitabili errori di misurazione.

Il test ***AC-MT 11-14 – Test di valutazione delle abilità di calcolo e problem solving*** - (Cornoldi, Cazzola, 2003) è un test per la valutazione delle abilità matematiche di grande rilevanza, in quanto uno dei pochi strumenti in Italia capaci di indagare le abilità di calcolo e problem solving in ragazzi dagli 11 ai 14 anni. Si tratta di un test di facile somministrazione, che permette di valutare in maniera differenziata i diversi aspetti dell'apprendimento matematico: abilità nel calcolo scritto e orale, capacità di comprensione e produzione dei numeri, abilità di ragionamento aritmetico, velocità di calcolo e capacità nel problem solving. Nato come continuazione del precedente test AC-MT, per bambini dai 6 agli 11 anni, questo strumento di valutazione risulta essere estremamente preciso, in quanto standardizzato su un vasto campione di oltre 2600 ragazzi.

Secondo Mc Closkey (1985;1987) il sistema di elaborazione del numero ed il sistema del calcolo sono moduli indipendenti.

Il sistema di comprensione trasforma la struttura superficiale dei numeri in una rappresentazione astratta di quantità. Il sistema del calcolo assume questa rappresentazione come input , per poi “manipolarla” attraverso il funzionamento di tre

componenti: i segni delle operazioni, i “fatti aritmetici” o operazioni di base e le procedure del calcolo. Il sistema di produzione rappresenta l’output del sistema del calcolo, fornisce cioè le risposte numeriche.

I tre sistemi utilizzano il codice uditivo (fonologico) e il codice visivo (arabico o grafemico) e funzionano in base ai meccanismi lessicali, semantici e sintattici precedentemente descritti.

Le prove AC-MT 11-14 valutano le abilità di calcolo aritmetico nelle sue componenti di comprensione, produzione e procedure di calcolo scritto.

Le prove prevedono una parte collettiva, una parte individuale ed una ulteriore parte collettiva incentrata sui problemi aritmetici. La parte collettiva preliminare, che può comunque essere somministrata individualmente nella *routine* valutativa presso i Servizi, prevede l’accertamento generale delle abilità di calcolo. La parte individuale riguarda l’analisi specifica delle componenti del calcolo e la parte dei problemi aritmetici indaga le componenti strettamente implicate nel *problem solving*.

Nella prima parte del test (collettiva) sono indagate le seguenti aree:

- Capacità di applicare le procedure di calcolo nelle quattro operazioni
- Conoscenza e capacità di applicare regole procedurali (classi seconda e terza)
- Capacità di rappresentazione lessicale e semantica dei numeri
- Abilità di elaborazione sintattica del numero
- Capacità di compiere ragionamenti logici sulle proprietà di serie numeriche
- Presenza di errori di natura lessicale e sintattica
- Capacità di ragionamento per ordini di grandezza
- Conoscenza e automatizzazione delle procedure e dei principi basilari dell’aritmetica

Nella seconda parte del test (individuale) sono indagate le seguenti aree:

- Procedure utilizzate nel calcolo e automatizzazione dei processi
- Funzionamento dei meccanismi lessicali e sintattici di comprensione e produzione numerica
- Presenza, nella memoria a lungo termine, di alcuni fatti numerici

Nella terza parte del test (collettiva) vengono proposti 10 problemi per ogni classe allo scopo di accertare la conoscenza delle tappe per la soluzione dei problemi:

- Analizzare e interpretare i dati
- Comprendere le relazioni che intercorrono tra i dati
- Distinguere i dati rilevanti da quelli irrilevanti
- Definire le operazioni da compiere
- Programmare la sequenza temporale delle operazioni da eseguire
- Individuare il risultato finale.

I punteggi ottenuti nelle singole prove sono inseriti in un protocollo di valutazione che evidenzia le risposte corrette e il tempo di esecuzione espresso in secondi e confrontati con i dati criteriali per fasce di prestazione che permetteranno di individuare la fascia di prestazione corrispondente. I punteggi sono così distinti:

- O: ottimale
- S: sufficiente
- RA: richiesta di attenzione
- RII: richiesta di intervento immediato

La ***BDE – Batteria per la Discalculia Evolutiva*** – (Biancardi, Nicoletti, 2004) è un test a somministrazione individuale costruito con l'obiettivo di valutare le abilità nei compiti

numerici ed aritmetici dei bambini del secondo ciclo della scuola primaria e del primo anno della scuola secondaria di primo grado. La batteria è stata standardizzata in Italia su un campione di circa 600 bambini. E' suddivisa in prove che approfondiscono le abilità numeriche e prove di valutazione delle abilità di calcolo. Le abilità numeriche vengono valutate attraverso compiti di transcodifica numerica, di codifica semantica e di processamento numerico. Le abilità aritmetiche sono valutate attraverso prove relative ai fatti aritmetici, al calcolo mentale e al calcolo scritto. Il test richiede un tempo di somministrazione di circa 40 minuti e permette di attribuire un Quoziente Numerico (QN), un Quoziente di Calcolo (QC) e, infine, un Quoziente Totale (QNC). La batteria costituisce uno strumento clinico per la diagnosi della Discalculia Evolutiva e più nel dettaglio permette di approfondire le aree del numero e del calcolo che risultano deficitarie e di individuare quelle integre. Utilizzando la BDE è possibile completare il profilo di Disturbo Specifico dell'Apprendimento così come diagnosticato attraverso l'uso di altri test per la valutazione della lettura e della scrittura. E' stato inizialmente pensato per bambini con sospetto DSAp ma si è rivelato utile anche per bambini con altre patologie specifiche, come ad esempio bambini con disturbi del linguaggio e prassico-costruttivi e per bambini con disturbi cognitivi.

Le aree indagate dalla batteria sono: il sistema dei numeri, la linea dei numeri, la transcodifica numerica e la codifica semantica.

Secondo Lucangeli e Tressoldi (2001, 157) "l'apprendimento del calcolo aritmetico necessita di una serie di sottoabilità, alcune specifiche, altre trasversali a più competenze. Quanto più si riesce ad individuare eventuali difficoltà nelle diverse competenze coinvolte, tanto più si riesce a definire una diagnosi che non sia solo di classificazione, ma che offra anche un profilo funzionale capace di fornire indicazioni utili per il trattamento o la gestione del disturbo".

La scelta di selezionare, tra i molteplici test disponibili per la valutazione cognitiva e degli apprendimenti dei bambini in età scolare, quelli sopra descritti, è stata guidata sia dai risultati di una prima indagine conoscitiva effettuata al momento dell'individuazione del campo della ricerca in un Servizio Sanitario di primo livello di diagnosi e cura, che dall'esperienza professionale con bambini che presentano DSA.

Gli esiti delle revisioni operate appaiono significativi in relazione alla trasformazione dei metodi di studio, delle tecnologie, dell'impatto mediatico sulle strategie di apprendimento, ma non allo stesso modo appare adeguatamente considerato il notevole cambiamento sociale determinato dalla trasformazione della popolazione scolastica nel nostro Paese, in relazione ai flussi migratori in entrata. Come già precedentemente sottolineato, descrivendone lo stato dell'arte, il tema della doppia diversità, essere disabili e stranieri, non trova ancora il giusto collocamento nel panorama della ricerca nazionale ed internazionale e, di conseguenza, ciò determina una scarsa attenzione anche rispetto alla diversificazione dei metodi di valutazione impiegati per l'accertamento delle sospette disabilità nei minori figli di migranti che, inevitabilmente, risentono della connotazione culturale dei metodi diagnostici in uso e delle difficoltà di linguaggio dovute alla loro condizione di diversità linguistica e culturale.

3.4.3 La valutazione cognitiva dei bambini figli di migranti in Italia

Tutti questi test, visti secondo la prospettiva del bambino migrante, devono far riflettere sulla complessità di una valutazione che risente di una visione etnocentrica e sull'esigenza di procedere tempestivamente ad una revisione dei protocolli diagnostici utilizzati nei Servizi. Infatti poco è stato fatto in Italia per adattare i test psicologici alla situazione dei bambini migranti. In Svizzera, ad esempio è stata costituita l'International Test Commission. La Commissione è stata costituita nel 1976 durante il Congresso dell'Unione Internazionale delle Scienze Psicologiche (IUPsyS), ma le sue origini

risalgono alla metà anni ’60, quando Jean Cardinet, in Svizzera, iniziò la sua progettazione. L’obiettivo principale era quello di costituire un organismo in grado di fornire assistenza ai propri membri, alle organizzazioni affiliate, ma anche a società e individui non associati, in relazione allo scambio di informazioni sullo sviluppo e l’uso dei test. Nel 1992 l’ICT, iniziò un progetto per la preparazione delle linee guida per la traduzione e l’adattamento dei test e strumenti psicologici. La versione finale delle ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests è stata adottata formalmente nel luglio 2005, nel corso di un incontro a Granada.

L’Italia non fa parte dei membri effettivi o degli affiliati alla Commissione.

In Italia, lo strumento per l'informazione, la formazione all'uso, l'aggiornamento, lo sviluppo e l'implementazione delle classificazioni e delle terminologie internazionali e nazionali usate in ambito sanitario, è rappresentato dal Portale Italiano delle Classificazioni, progettato e gestito su mandato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in accordo con il Ministero della Salute italiano, dal Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali. Il Centro Collaboratore italiano progetta e realizza percorsi formativi per il corretto utilizzo delle classificazioni internazionali in ambito sanitario, sociale, delle politiche del lavoro e dell'istruzione avvalendosi di un gruppo selezionato di formatori.

Nel nostro Paese sono state intraprese anche alcune iniziative di adattamento di test, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti linguistici, attraverso la traduzione di alcuni test in differenti lingue (A.I.R.I.P.A., 2006). Nonostante ciò, è evidente che la valutazione e l’identificazione di eventuali disturbi cognitivi, disturbi specifici o difficoltà aspecifiche di apprendimento nei bambini stranieri risentono delle condizioni di complessità che tale target comporta: le interferenze del processo di acquisizione della lingua italiana sui processi di apprendimento; l’ambiente socioculturale di origine;

la padronanza nella lingua di origine; l'atteggiamento del bambino e della famiglia nei confronti della prima e della seconda lingua; le caratteristiche della personalità.

Inoltre, alcuni comportamenti indicati come "disturbi specifici", potrebbero risultare nella norma nel *background* socio culturale del bambino o rappresentare un esito del processo di acculturazione. Infine, l'insuccesso scolastico può essere ascritto ad un insegnamento inadeguato o a mancanza di occasioni di apprendimento.

Gli strumenti di valutazione utilizzati per identificare l'entità e la natura delle difficoltà, risentono della connotazione culturale, sono nati e pensati per una popolazione occidentale e, di conseguenza, non si prestano ad una diagnosi differenziale che tenga conto anche delle componenti culturali del disagio manifestato. Gli operatori dei Servizi Sanitari devono effettuare la valutazione diagnostica, l'*assessment* della qualità e intensità del disagio, tenendo in considerazione anche le differenze culturali che determinano gli stili educativi familiari. Ma la valutazione psicologica tradizionale non evidenzia il peso dei riferimenti culturali né l'impatto del trauma migratorio. Per scongiurare il fallimento degli obiettivi di presa in carico e cura, i clinici devono, quindi, cercare di diversificare e in parte modificare concezioni teoriche e metodi connessi con la propria cultura di formazione, per adottare nuovi strumenti e incrociare significati culturali diversi.

La questione dell'alterità sembra quindi prevalere sui riferimenti professionali che consentono alle diverse figure interessate di utilizzare le proprie competenze per intervenire.

In aggiunta, bisogna considerare che, fatti salvi alcuni rari, specifici servizi che si avvalgono di un approccio di tipo transculturale, agli operatori sanitari non è richiesta una formazione specifica, non sono previsti percorsi formativi che possano fornire gli strumenti teorici e pratici ai fini dell'acquisizione della competenza interculturale.

Non si tratta semplicemente di conoscere altre culture o altre lingue, sarebbe importante poter identificare, al di là delle componenti biologiche, quali possano essere gli elementi di interferenza sullo sviluppo, legati al processo migratorio, di cui il bambino si trova ad essere, direttamente o indirettamente, protagonista.

Infatti, il periodo dell'ingresso a scuola e la richiesta che viene fatta al bambino di impegnarsi negli apprendimenti della letto-scrittura, ma anche delle regole di convivenza e negli investimenti affettivi al di fuori della famiglia, costituisce uno dei momenti critici descritti nella letteratura, in particolare quella sviluppata a Parigi nei servizi di neuropsichiatria infantile diretti da Marie Rose Moro (Finzi, 2006), le cui evidenze sono state utilizzate per creare dispositivi di cura che tenessero conto del *background* culturale dei soggetti esaminati.

Tale criticità è dovuta ad una dinamica spesso ambivalente fra il legame primario con i modelli culturali familiari e la necessità e curiosità di aderire alle proposte dell'ambiente circostante.

E' facile percepire un doppio messaggio: dover studiare, apprendere, essere bravo a scuola, perché il successo scolastico potrà garantire una vita migliore rispetto a quella dei genitori e portare a compimento il progetto migratorio intrapreso dalla famiglia, ma nello stesso tempo dover mantenere le abitudini, i rituali, le credenze della propria cultura. Questi messaggi non necessariamente sono espliciti ma, spesso, sottesi a comportamenti e trasmessi in maniera inconsapevole, oppure vissuti direttamente dal bambino che, ogni giorno, si trova a dovere migrare da un ambiente familiare dove si parla una determinata lingua, si mangiano determinati cibi, verso un ambiente dove si parla, ci si nutre e ci si comporta diversamente.

Non è sufficiente valutare i problemi del bilinguismo e della diversità culturale, occorre soffermarsi sulle dinamiche affettive che entrano in gioco nelle difficoltà di apprendimento scolastico. Molto spesso non si tratta di problemi cognitivi ma

dell'impossibilità di utilizzare, in maniera libera e produttiva, il potenziale di apprendimento. Si tratta di bambini che appaiono inibiti, distratti da preoccupazioni familiari, dalla sofferenza dei genitori in relazione alla condizione migratoria. Spesso temono di dimenticare la propria lingua materna, vivendo ciò come un tradimento, o al contrario, vorrebbero essere identici agli altri, vergognandosi della propria diversità che può essere percepita come una mancanza.

Anche i genitori possono trovarsi in una condizione di ambivalenza nel desiderio di favorire l'integrazione dei propri figli nella società di accoglienza da una parte, ma temendo allo stesso tempo che le radici culturali vengano definitivamente cancellate.

Le risorse attualmente disponibili per effettuare una corretta valutazione dei bambini figli di migranti non consentono di determinare profili prestazionali che comprendano la persona nella sua globalità. Il rischio è quello di attribuire etichette diagnostiche infondate che possono fuorviare sia gli insegnanti che gli operatori sanitari, determinando spesso un eccessivo carico terapeutico o, al contrario, la sottostima del problema. E' possibile, infatti, sia sottovalutare problemi cognitivi specifici, che connotare come disturbi del comportamento alcuni segnali di disagio di altra natura.

"Se l'obiettivo prioritario, con i bambini e adolescenti migranti, è favorire il recupero delle abilità di padroneggiare la realtà interna ed esterna, è necessario discriminare dal funzionamento di base, per così dire, gli effetti del trauma migratorio, dello stress acculturativo e delle difese scissionali che caratterizzano l'esperienza di ristrutturazione dell'identità in un diverso contesto culturale. Si capisce dunque l'importanza del percorso diagnostico che precede, con la sua specificità, l'indicazione terapeutica. Ma come evitare il rischio di patologizzare comportamenti che riflettono semplicemente differenti modalità culturali? Come distinguere funzionalità e disfunzionalità all'interno delle diverse rappresentazioni culturali dello sviluppo infantile, della scolarizzazione e

dell'adolescenza? Quali correttivi inserire nella pratica di operatori dei servizi del territorio?" (Bevilacqua, 2009, 238-239).

Per tentare di rispondere a queste domande è utile esaminare alcuni presupposti di base relativi alla costruzione di un processo di valutazione diagnostica dei bambini migranti, individuando nello spazio che sta tra la segnalazione del disagio e la pianificazione di un intervento terapeutico, le azioni possibili ed auspicabili al fine della formulazione di una diagnosi "*culture reduced"*.

"E' lo spazio della valutazione psicodiagnostica o assessment psicologico, come viene spesso chiamato sulla scorta dell'uso sempre più frequente di un termine anglosassone che, almeno nelle nostre orecchie, suona più neutro e meno "giudicante"" (Bevilacqua, 2009, 238).

Esamineremo ora quali sono le caratteristiche dell'*assessment* multiculturale, partendo da alcuni riferimenti teorici e verificandone le specificità, i fattori di rischio e le eventuali misure correttive, prendendo spunto dagli esiti, relativi alla valutazione diagnostica, di un ampio progetto di ricerca portato avanti da un gruppo multidisciplinare afferente alla Cooperativa Crinali di Milano, in collaborazione con i CPBA (Centro di Psicologia Bambino e Adolescente) Distretti 2, 3 e 4 ASL di Milano e le UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) degli Ospedali San Carlo Borromeo e San Paolo di Milano. Il progetto ha riguardato lo "*Sviluppo del Servizio Sperimentale di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie e implementazione del lavoro di rete con i servizi del territorio*" (Cattaneo, Dal Verme 2009, 238-286).

3.4.4 Origini dell'Assessment Multiculturale

La questione della valutazione diagnostica di persone appartenenti a minoranze culturali è stata affrontata con grande interesse soprattutto negli Stati Uniti, società strutturalmente multietnica.

Nel 1936 la psicologa Florence Goodenough, il cui "test della figura umana" era usato per confrontare le culture diverse, durante un incontro della American Anthropological Association, asseriva: "L'ondata di interesse crescente per i test di intelligenza ha spazzato via gli argini della precauzione scientifica… né i test di intelligenza né i cosiddetti test di personalità e del carattere sono strumenti di misurazione. Essi sono strumenti di campionatura rappresentativi del tipo di compiti intellettuali che gli abitanti di una città americana sono, con tutta probabilità, chiamati a svolgere… questi test non sono rappresentativi della vita in altre circostanze culturali, per cui il loro uso come strumenti di misurazione, ai fini di un confronto, è inadeguato*"* (Goodenough, 1936, 1-11).

Veniva quindi messo in discussione l'uso multiculturale dei test poiché, dai risultati emersi per decenni dalle valutazioni su individui appartenenti a una cultura diversa da quella per cui il test era stato costruito, emergeva che tali individui riportassero punteggi medi significativamente diversi rispetto al gruppo di standardizzazione. In prove di intelligenza i punteggi risultavano progressivamente decrescenti con l'aumentare della distanza dalla cultura espressa dallo strumento (Anastasi, 1992; Boncori, 1993), mentre i punteggi dei test di personalità variavano in rapporto agli aspetti presi in considerazione, senza quindi una direzionalità precisa (Costantino, Malgady e Rogler, 1984). Questo trova spiegazione nella considerazione che la cultura in cui un individuo è immerso, modella in modo specifico lo sviluppo del pensiero, della memoria, del ragionamento e del *problem solving*, ma anche lo sviluppo dell'affettività e delle abilità sociali. Essendo, quindi, un test una misura oggettiva e standardizzata di un campione di

comportamento, risulta ovvio che le prestazioni siano influenzate dalla diversità tra la cultura del soggetto e la cultura all'interno della quale il test è stato realizzato.

Agli inizi degli anni Settanta, sempre negli Stati Uniti, l'Associazione degli psicologi neri (*Association of Black Psychologist*) propose una sospensione della somministrazione dei test di intelligenza alle minoranze, in quanto ritenuti motivo di discriminazione ed esclusione: "Etichettano i bambini come ineducabili, li assegnano a classi speciali; incrementano un'educazione inferiore; assegnano i bambini neri a ambiti educativi inferiori ai bianchi; negano ai bambini neri le opportunità educative migliori e distruggono la crescita e lo sviluppo intellettuali dei bambini neri*"* (Williams, 1973, 29-39).

Alla provocazione lanciata dall'Associazione degli Psicologi neri rispose, tra gli altri, Jensen nel 1980, asserendo che la sospensione della somministrazione dei test alle minoranze culturali, avrebbe potuto avere come esito un *assessment* soggettivo e potenzialmente più distorto di quello sospettato di discriminazione.

Il dibattito è, pertanto, antico ma ancora di grande attualità, poiché gli strumenti di valutazione ancora oggi utilizzati dagli operatori sono stati pensati e validati sulla base di standard culturali di matrice euroamericana, con il rischio di esporre soggetti di cultura diversa a distorsioni ed errori di attribuzione. "In genere, si rischia di patologizzare eccessivamente i soggetti, attribuendo loro diagnosi errate a cui seguono terapie inefficaci, se non addirittura dannose" (Coop. Crinali, 2004).

A tal proposito, negli anni Novanta, l'Associazione Nazionale degli psicologi scolastici americana (*National Association of School Psychologists, NASP)* forniva dei suggerimenti ai suoi associati che, considerando l'attuale panorama italiano, possono ancora essere ritenuti utili.

Le indicazioni date dalla NASP riguardavano: la possibilità di massimizzare le opportunità dei soggetti esaminati di fornire le migliori prestazioni; l'affidabilità e

l'equità dei piani di valutazione; le strategie comunicative tra clinici e soggetti; la valutazione di eventuali *bias culturali*, cioè errori costanti, sistematici e non casuali da attribuire alla diversità culturale del soggetto, rispetto alla connotazione culturale del test; la possibilità di traduzione degli strumenti nelle diverse lingue dei soggetti; la formazione degli operatori rispetto alle tecniche di valutazione utilizzate; l'opportunità di tenere sempre presente il background socioculturale degli esaminati per poter interpretare in maniera corretta le informazioni fornite; il confronto costante delle interpretazioni dei risultati con gli esiti di ricerche empiricamente validate.

Molti psicologi americani hanno raccolto queste indicazioni, elaborando valide proposte di *assessment* multimetodologico, che saranno descritte nelle pagine seguenti.

I bias culturali

Una valutazione adeguata della procedura di *assessment* in ambito multiculturale, richiede di tenere in grande considerazione il concetto di *bias culturali* (Van De Vijer, 2000; Van De Vijer e Tanzer, 2000).

Per *bias culturali* si intendono errori costanti, sistematici e non casuali, derivanti dalla diversità tra la cultura di provenienza della persona valutata e la cultura di cui la valutazione psicologica è espressione.

I *bias* culturali sono stati studiati soprattutto in relazione ai test psicologici, ma essi sono altresì presenti in tutte le fasi e gli strumenti di assessment: i colloqui clinici, la raccolta anamnestica, l'alleanza diagnostica tra tutti i soggetti coinvolti.

Si possono distinguere tre tipi di *bias* in relazione a: 1) fondamenti teorici che li generano (*bias* di costrutto); 2) metodo di valutazione o al modo in cui viene somministrato un test (*bias* di metodo); 3) contenuto dei singoli *item* proposti *(bias* legati ai singoli *item*).

I bias di costrutto possono verificarsi quando il costrutto psicologico indagato non è corrispondente nelle diverse culture.

I bias di metodo riguardano il campionamento, lo strumento e le procedure che presuppongono un grado di familiarità con le procedure e gli stimoli che può non essere presente in individui appartenenti a diverse culture. In particolare, i bias relativi alla somministrazione possono derivare da difficoltà di comunicazione tra operatori e pazienti, legate sia alle competenze linguistiche, che alla reticenza culturale rispetto alla rivelazione di aspetti intimi e privati della vita familiare che, erroneamente, può essere considerata come ostilità e chiusura. Per quanto concerne i bias legati a singoli item ci si può riferire ad aspetti funzionali dei test, come la non equivalenza linguistica o concettualizzazioni ed immagini che non trovano riscontro nella cultura del soggetto esaminato.

Allo scopo di evitare il rischio di invalidazione delle pratiche diagnostiche e di progettazione dell'intervento terapeutico, è indispensabile provvedere a misure correttive ai *bias* culturali.

Misure correttive ai bias culturali.

Nel nostro Paese, dove la migrazione rappresenta un fenomeno abbastanza recente, è raro poter contare su consultazioni e valutazioni intraculturali, in cui gli operatore dei servizi e i soggetti esaminati condividono la stessa lingua e le stesse rappresentazioni del disagio, come spesso avviene in paesi dove la migrazione si è consolidata con il passare del tempo. Ciò richiede che i servizi individuino alcune misure correttive ai possibili errori conseguenti ad una valutazione in condizioni di multiculturalità, tra le quali sono da porre in evidenza la formazione specifica e tecnica degli operatori; l'introduzione della figura del mediatore interculturale nel *setting* della consultazione psicodiagnostica; lo stile di erogazione del servizio e l'alleanza diagnostica; l'attenzione

allo stile di acculturazione; la scelta di strumenti *culture reduced* e modifiche metodologiche del protocollo.

Si rende necessaria una formazione specifica per gli operatori che trasformi la visione etnocentrica del processo valutativo, per poter sviluppare la competenza e la sensibilità culturale nei confronti di soggetti appartenenti a culture diverse dalla propria. A ciò si deve aggiungere una formazione tecnica sugli strumenti clinici e diagnostici solitamente utilizzati, che tenga conto del *background* culturale dell'utenza, accanto all'inserimento nel protocollo di valutazione di strumenti e metodologie connotati in ottica transculturale.

Parallelamente all'esigenza di maggiore specificità nella formazione, si rende necessario affiancare agli operatori dei servizi, all'interno del *setting* di consultazione, la figura del mediatore interculturale, nella sua nuova configurazione di facilitatore e promotore della comunicazione e competenza interculturale. Favaro e Fumagalli (2004, 25) sottolineano che "l'importanza del prefisso *inter* è data proprio dall'enfasi che viene posta, non più sui due poli, le due "culture", ma sugli spazi di riconoscimento soggettivo, reciprocità e cambiamento. Non si tratta tanto di conoscere, spesso in maniera folclorica e superficiale, le diverse culture, sfogliandone un ipotetico catalogo (tra l'altro un catalogo ponderoso inaccessibile, dato il numero elevatissimo delle provenienze) e contando sull'apporto dei mediatori culturali, ma di approfondire capacità e competenze che mettano in grado di sostenere la relazione con le diversità. Competenze che si situano, sia sul piano *cognitivo* (maggiori informazioni, apertura, intelligibilità, sospensione del giudizio, problematizzazione, consapevolezza di punti di vista differenti, ecc.) sia sul piano affettivo (decentramento, empatia, capacità di ascolto, analisi delle emozioni in gioco, ecc.)"

Un ulteriore aspetto che consente di migliorare la raccolta delle informazioni è quello della mediazione linguistica poiché, la possibilità di utilizzare la lingua madre,

considerata lingua degli affetti, grazie all'intervento del mediatore linguistico, "autorizza" a comunicare aspetti della propria condizione che, in precedenza, venivano "censurati" per il timore di non corrispondere alle aspettative della società di accoglienza.

Da un punto di vista più generale, sarebbe auspicabile anche modificare la struttura organizzativa dell'erogazione del servizio, rendendolo maggiormente fruibile a persone che si rivolgono generalmente alle istituzioni con minore conoscenza delle loro logiche rispetto all'utenza autoctona, nonché con paura e diffidenza.

Lo stile di erogazione del servizio o *social etiquette* (Dana, 2005) non riguarda soltanto il protocollo sulla base del quale viene fornita la prestazione specialistica, ma rappresenta l'insieme delle procedure e l'assetto emotivo di accoglienza che permette e rafforza l'alleanza tra gli operatori e gli utenti.

Nello specifico del presente lavoro, che si concentra su interventi con bambini migranti, un ulteriore ed importante correttivo per la prevenzione di *bias* culturali è l'attenzione alla costruzione di un'alleanza con i genitori. Lang e Del Corno (2005) propongono il concetto di "alleanza diagnostica" "come ricerca e condivisione delle spiegazioni del disagio o della "malattia" così come delle idee di cura" che, peraltro, è di estrema importanza anche per i genitori italiani.

Ai fini di un corretto processo diagnostico è fondamentale sapere cosa pensano entrambi i genitori sulle difficoltà dei figli, se condividono la "diagnosi", quali sono le rappresentazioni sulla scuola, le aspettative di successo ma, parallelamente, approfondire le modalità di allevamento dei figli, l'uso della lingua nell'ambiente familiare, lo stile di acculturazione, di cui si parlerà in seguito. I genitori possono assumere atteggiamenti di sfiducia nei confronti dei servizi o di assoluta delega. Nel primo caso hanno il timore di essere espropriati dal loro ruolo in quanto considerati inadeguati, mentre nel secondo caso possono sentirsi sfiduciati rispetto alle proprie

capacità genitoriali ed affidarsi completamente agli operatori. Entrambe le posizioni dovrebbero essere scoraggiate per poter favorire l'alleanza diagnostica, con un duplice vantaggio: da un parte il lavoro diagnostico sarebbe agevolato dal maggior contributo che un genitore può fornire, avendo ripreso contatto con le risorse e le competenze genitoriali che la migrazione ha reso temporaneamente inaccessibili; dall'altra ne sarebbe avvantaggiato anche il lavoro preventivo, poiché un genitore in grado di riassumere il proprio ruolo di guida, contribuisce a ridurre o ad eliminare il disagio che spesso un figlio può vivere a causa dell'inversione dei ruoli adulto-bambino che può determinarsi nella migrazione.

Si è, in precedenza, accennato allo stile di acculturazione della famiglia e ai vantaggi che l'attenzione posta su questa caratteristica possa portare all'approfondimento diagnostico.

Per acculturazione si intende "il grado di accordo con cui persone provenienti da culture differenti accolgono e integrano nei loro schemi gli elementi della nuova cultura (Paniagua, 1994; Hood e Johnson, 1997).

L'acculturazione è un processo che comporta cambiamenti sia a livello psicologico che culturale riguardando linguaggio, attitudini, stili cognitivi, identità, relazioni e usi familiari ed anche punti di vista sulla salute e sulla malattia.

La scelta di mantenere, rifiutare o integrare la propria cultura durante il processo di acquisizione della nuova , non rende immuni dall'accumulare una quantità più o meno elevata di stress che necessita di essere ridotto attraverso strategie di *coping* indirizzate all'adattamento alla nuova situazione.

Il concetto di stress di acculturazione (Berry e Kim, 1988) illustra bene la fatica di un processo che può durare anche per molto tempo. Gli Autori definiscono questo stress come uno stato psicologico e fisiologico generalizzato, sostenuto dal continuo contatto con fattori stressanti ambientali, che mobilita necessariamente delle strategie di *coping*

volte a fronteggiarlo fino a che non viene raggiunto un adattamento soddisfacente alla nuova situazione. Quando lo stress è eccessivo rispetto alle capacità di *coping*, il processo di acculturazione può avere ricadute negative sulla salute del soggetto, con problemi che possono riguardare gli aspetti psicologici, somatici e sociali. Secondo gli Autori lo stress di acculturazione può variare considerevolmente in relazione a quattro principali caratteristiche individuali e di gruppo: la natura della società di accoglienza; il grado di volontarietà della scelta, la possibilità di movimento e la stabilità del contatto; il tipo di strategia di acculturazione messa in atto; le caratteristiche demografiche della società e quelle personali degli individui.

In un'ottica transculturale bisogna porsi due interrogativi: dove si colloca questa persona nel suo processo di acculturazione alla nostra cultura? E dove rispetto alla sua cultura di origine? Ogni stile di acculturazione presenta caratteristiche diverse, vantaggi e criticità, ma è importante sottolineare il fatto che saper riconoscere e rispettare le scelte dei migranti rispetto alle strategie di acculturazione, facilita la costruzione dell'alleanza diagnostica.

"L'attenzione al processo di acculturazione è particolarmente importante con i bambini e adolescenti migranti, che vivono una doppia socializzazione. […..] Alcuni adolescenti vivono in maniera drammatica il conflitto tra la spinta di assimilarsi ai coetanei autoctoni e la fedeltà verso la famiglia e il proprio gruppo etnico […..] E questo conflitto, che mette a rischio la loro capacità di sviluppare adattamenti più funzionali alla realtà in cui vivono, deve avere un'attenzione specifica nelle procedure di assessment" (Cattaneo e Dal Verme, 2004, 248).

La scelta di strumenti di valutazione psicologica *culture reduced* e di modifiche nel protocollo diagnostico, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti cognitivi, deve ricadere su test a basso impatto culturale. Nella precedente analisi degli strumenti diagnostici per la definizione del profilo di sviluppo e per l'identificazione di eventuali

disturbi dell'apprendimento, sono stati identificati alcuni test che presentano le caratteristiche richieste da un *assessment* cognitivo in ambito multiculturale poiché, non utilizzando il canale verbale, superano l'impatto negativo che la scarsa conoscenza della lingua seconda può provocare, invalidando già nelle premesse l'attendibilità della diagnosi.

Gli effetti dei *bias* in questo ambito possono essere attenuati anche da alcune modifiche metodologiche nell'ambito del colloquio clinico e della raccolta anamnestica.

Van De Vijever (2000) suggerisce alcuni accorgimenti da utilizzare per la realizzazione di un *assessment* multiculturale:

- La ripetizione delle prove per permettere di familiarizzare con strumenti e stimoli poco abituali;
- L'utilizzo di istruzioni il più possibile dettagliate, servendosi anche di esempi e, laddove il soggetto abbia difficoltà a comprendere, di ulteriori spiegazioni;
- La valutazione di informazioni collaterali alla somministrazione in sé, quali gli atteggiamenti nei confronti del test, gli stili di risposta, l'analisi delle verbalizzazioni extra-test e il comportamento non verbale;
- La messa a punto di procedure di adattamento e di traduzione del test, in modo da garantire il più possibile l'equivalenza in ambito multiculturale.

Alcuni di questi suggerimenti si scontrano con i presupposti teorici e metodologici sottesi alla somministrazione dei test in generale, inducendo il dubbio rispetto alla reale attendibilità dei test, qualora vengano proposti con modalità diverse rispetto a quelle utilizzate ai fini della standardizzazione. E' possibile ipotizzare che una maggiore elasticità nelle procedure di somministrazione possa garantire un *assessment* diagnostico meno discriminante.

3.4.5 L'Assessment Multimetodologico

Le strategie da impiegare per realizzare una valutazione *culture reduced* "sono coerenti con le indicazioni della diagnostica multimetodologica, l'*assessment* cognitivo in ambito multiculturale che corrisponde maggiormente alle esigenze degli utenti e degli operatori. Con questo termine si identifica un programma di valutazione che comprenda metodi e strumenti differenti, coinvolga diversi professionisti e valuti il bambino nei diversi contesti: a scuola, a casa e nella comunità" (Cattaneo e Dal Verme, 1984).

Tra i modelli più interessanti della valutazione multimetodologica ricordiamo il *Comprehensive Assessment* di Samada e coll. (1998) e il *Biocultural Assessment* di Armour-Thomas e Gopaul-McNicol (1998).

Il *Comprehensive Assessment*, oltre ad identificare i deficit intellettivi, indaga anche le risorse ed i punti di forza, utilizzando molteplici metodi per stabilire in maniera precisa il livello di funzionamento del bambino, partendo dal presupposto che punteggi singoli o troppo ristretti non consentono una valutazione attendibile, soprattutto nel caso di bambini provenienti da ambiti socioculturali svantaggiati. L'équipe è multidisciplinare e comprende psicologi, assistenti sociali, insegnanti, *counsellor*, che possano favorire una maggiore articolazione del processo di *assessment*, basata su molteplici condizioni: mediche, linguistiche, scolastiche, di personalità, relative ai valori di riferimento, agli interessi e alle attitudini. La valutazione cognitiva viene effettuata solitamente per ultima, nella considerazione che i punteggi ottenuti possono essere influenzati dal grado di acculturazione del bambino, dalla competenza linguistica, dall'identità etnica e dall'ambiente socioeconomico di appartenenza.

Si tratta quindi di un processo in divenire, in relazione allo sviluppo del bambino, che consente l'evoluzione della valutazione in ragione del processo evolutivo del soggetto esaminato. Ciò perché la crescita presuppone anche l'acquisizione di maggiore

familiarità con la cultura di accoglienza, determinando un significativo cambiamento nel profilo intellettivo.

L'aspetto dinamico di questo tipo di valutazione, lo rende particolarmente adatto con bambini di recente immigrazione, per i quali il processo di acculturazione è ancora in atto.

Il *Biocultural Assessment* di Armour-Thomas e Gopaul-McNicol ha l'obiettivo di coniugare, in forma più estesa rispetto ad altri approcci, diverse matrici teoriche e metodologiche.

Grazie all'esperienza maturata dagli Autori presso il *Multicultural Educational and Psychological Services*, da loro fondato nella metà degli anni Ottanta, allo scopo di condurre ricerche e consulenze psicologiche a soggetti di diversa appartenenza culturale, linguistica ed etnica, essi constatarono che l'utilizzo diagnostico di metodologie non sensibili alle differenze culturali conduceva a risultati non corrispondenti all'effettivo sviluppo del bambino. I soggetti intervistati, infatti, fornivano sempre prestazioni al di sotto dei coetanei occidentali, pur dimostrando ottime competenze in altri ambiti della vita sociale. Essi mostravano disorientamento rispetto ad alcuni compiti di manipolazione di materiali, migliorando significativamente le prestazioni alla spiegazione supplementare del compito richiesto. Gli Autori ritennero opportuno, pertanto, ristrutturare il processo diagnostico, traendo alcune ipotesi dall'osservazione clinica e dalla ricerca cross-culturale e costruendo una nuova procedura di valutazione avvalendosi sia di strumenti di indagine psicometrica che di altre procedure standardizzate di diversa natura, tra cui la misura dell'intelligenza potenziale, cioè la stima della modificabilità cognitiva e dell'adattamento a nuove situazioni, e ciò che essi definiscono "*ecological assessement*", cioè il trasferimento di alcune esperienze della vita quotidiana alla diagnosi cognitiva psicometrica e la

conoscenza profonda del contesto di vita del soggetto, per riuscire a tradurre le consegne dei test in attività a lui familiari.

A tale scopo una particolarità di questo processo è rappresentata dal contributo che rappresentanti dei vari gruppi etnici, culturali e linguistici possono fornire alla costruzione degli item dei test da utilizzare con i bambini, poiché ciò consentirebbe di rendere più "ecologica" la valutazione dei processi di pensiero e delle strategie di apprendimento e i test cognitivi assumerebbero quella validità "emica" (Rogoff, 2003) utile per bambini appartenenti a specifiche culture.

Si può individuare nella clinica transculturale un esempio di *assessment* in grado di discriminare tra un semplice ritardo per motivi ambientali o di bilinguismo, e un disturbo specifico dello sviluppo, o inibizione intellettuale come difesa da emozioni contrastanti nelle relazioni con il mondo esterno.

Si approfondiranno quindi nel dettaglio le radici storiche e teoriche della clinica transculturale ed i suoi principi di base.

3.5 La clinica transculturale

La clinica transculturale è nata in Francia, in campo psichiatrico, oltre venti anni fa nelle periferie parigine, dalla consapevolezza di molti operatori che ritenevano inadeguati gli strumenti utilizzati abitualmente nella loro professione, rispetto alla comprensione della complessità della sofferenza dei migranti e per poter rispondere alle loro richieste di aiuto.

Serge Lebovici riunì presso il CHU Avicenne di Bobigny un gruppo di psichiatri, psicologi, antropologi, tra i quali anche Tobie Nathan, per tentare di comprendere le cause di cadute depressive in pazienti migranti, che sembravano essere ben inseriti nella società francese. All'interno di tale gruppo si sviluppò quindi l'approccio etnopsicanalitico, che trae le sue origini dagli studi effettuati da George Devereux in

Nuova Guinea, in Indocina e tra le popolazioni indigene americane. Devereux è stato uno psicanalista e antropologo di origine ungherese che è considerato il fondatore dell'etnopsichiatria (Devereux, 1978).

Il suo allievo Tobie Nathan (1996) presso il CHU di Avicenne, ha successivamente messo a punto un dispositivo di cura *specifico*, caratteristico di questo approccio, essenzialmente gruppale, dove il paziente migrante ha la possibilità di parlare la sua lingua materna e dove, inizialmente, viene costruita una cornice culturale. In seguito Nathan ha lasciato Bobigny e Marie Rose Moro (2005) ha sviluppato e modificato il metodo per applicarlo soprattutto alle problematiche delle seconde e terze generazioni di migranti, chiamandolo consultazione transculturale, per ricollegarlo alla corrente internazionale della clinica transculturale.

Alla base di quello che oggi viene chiamato "dispositivo di clinica transculturale", si può situare l'utilizzo complementarista della psicanalisi e dell'antropologia. Il termine "complementarista" indica che, per capire e curare pazienti di un'altra cultura o di una cultura diversa da quella del terapeuta, si devono utilizzare insieme, ma non simultaneamente, sia l'antropologia, per decodificare il senso collettivo (l'esterno), sia la psicanalisi, per decodificare l'interno (il contenuto). I due livelli non devono essere mescolati tra di loro: quanto appartiene alla cultura deve rimanere nella propria logica culturale e non essere trasformato in qualcosa di interno da interpretare con la psicanalisi. Lo stesso discorso vale anche per quello che è interno, che non deve essere trasformato in qualcosa di culturale .(Moro, 2009).

L'approccio metodologico complementarista è, contemporaneamente, un metodo e una posizione interiore di colui che ascolta. Il riconoscimento del livello culturale, la sospensione del giudizio di fronte alle rappresentazioni culturali, consentono di capire i bisogni del paziente e di pensare una possibile cura.

Georges Devereux chiamò in un primo momento "l'etnopsichiatria, "psichiatria transculturale" e, successivamente "psichiatria metaculturale", indicando con questa ultima espressione che lo studio della sofferenza psichica e delle psicopatologie in diversi contesti culturali e con persone provenienti da una grande varietà di orizzonti culturali, portava ad evidenziare una "unità psichica dell'umanità". Questo sembrava contraddire il lavoro di tutta una vita, cioè lo studio attento del nesso tra cultura, personalità e sviluppo psicologico; in realtà Devereux sottolineava che era importante comprendere il funzionamento psichico sia dal punto di vista delle sue forme, dei suoi meccanismi che dal punto di vista dei contenuti, dei materiali prodotti. Le forme sono simili ovunque, mentre i contenuti cambiano da un contesto culturale specifico ad un altro; la comprensione del comportamento umano e della sua configurazione psicologica dipende dunque, secondo lui, dall'unità di questi due aspetti che rappresentano l'integrazione della personalità, di ogni personalità, in diversi luoghi, cioè il nesso tra "similitudine e differenza." (Goussot, 2011).

L'etnopischiatria rappresenta una rivoluzione metodologica poiché una delle sue originalità è quella di essere stata costruita partendo da un principio metodologico invece che da uno teorico. Devereux (1972, 27) afferma che "Il complementarismo non è una "teoria" ma una generalizzazione metodologica. Il complementarismo non esclude nessuno metodo, nessuna valida teoria – ma le coordina tutte. […..] una pluridisciplinarietà che però non si fonde e resta "non simultanea": quella del doppio discorso obbligatorio".

Per costruire questa metodologia Devereux ha preso come modello la fisica dei quanti. Effettivamente Bohr (1918), generalizzando il principio di indeterminazione formulato da Heisenberger (1927), ha proposto la nozione di complementarità: "questo principio afferma che è impossibile determinare (misurare) contemporaneamente e con la stessa precisione la posizione e il momento dell'elettrone. In effetti più noi misuriamo con

precisione la posizione dell'elettrone (in un dato istante), più diventa imprecisa la nostra determinazione del suo momento – e viceversa, ben inteso" (Devereux, 1972, 24)

E' per questa considerazione che i discorsi della psicanalisi e dell'antropologia, obbligatori e non simultanei, sono detti complementari.

George Devereux, basandosi, quindi, da un lato sull'evoluzione dell'antropologia e, in particolare, sui lavori di Lévi-Strauss (1966), e dall'altra sull'evoluzione della psicanalisi, ha concluso che per capire e curare pazienti appartenenti ad un'altra cultura o ad una cultura diversa da quella del terapeuta, era necessario utilizzare sia l'antropologia che la psicanalisi. L'approccio complementarista può essere utilizzato indipendentemente dall'ambito specifico di pertinenza, avvalendosi di molteplici griglie di lettura. Si possono utilizzare i propri strumenti ed utilizzare tale approccio quando si è psicologi o assistenti sociali, educatori o medici. Sul piano metodologico, l'origine delle pratiche transculturali è psicanalitica, ma è possibile integrare altri strumenti.

Un grande merito del metodo complementarista è l'aver compreso che, a partire dal momento in cui si riconosce l'identità dell'altro e si rispettano le regole culturali, si favorisce il dialogo, lo scambio, l'alleanza, aumentando in tal modo l'efficacia dell'intervento.

La clinica transculturale, partendo dal metodo complementarista, propone alcuni principi alla base del dispositivo di consultazione utilizzato con i migranti:

- l'universalità psichica
- la codifica culturale
- il trauma dell'esilio
- la posizione dei curanti

a cui fa da cornice un ulteriore e fondamentale processo: la capacità di decentramento.

3.5.1 L' universalità psichica

Gli esseri umani, per quanto caratterizzati da culture diverse, appartengono tutti alla stessa specie e quindi sono tutti uguali, con lo stesso patrimonio genetico, gli stessi bisogni, le stesse esigenze relazionali e sociali.

Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura; come afferma T. Nathan "*Non esiste l'uomo 'nudo': non è dato in natura un uomo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all'interno di un sistema culturale"* (Nathan, 1996) .

Sembrerebbe un concetto scontato ma in realtà non lo è, poiché alcuni giudizi vengono attribuiti sulla base delle rappresentazioni culturali dominanti e ciò significa che non è stato integrato un principio fondamentale, quello che tutte le produzioni umane hanno uno stesso valore. Il principio dell'universalità psichica è un principio etico ma anche qualcosa di più forte, di più profondo, un principio filosofico e tecnico (Moro, 2002).

L'universalità psichica è uno dei principi sui quali si fonda, secondo Devereux, l'Etnopsichiatria: ciò che definisce l'essere umano è il suo funzionamento psichico che è uguale per tutti. Da ciò deriva la necessità di attribuire un medesimo statuto a tutti gli esseri umani, alle loro produzioni culturali e psichiche, ai loro modi di vivere e di pensare anche se tanto diversi e complessi (Devereux, 1970).

Secondo la Moro (2001, 42) "L'enunciazione di un tale principio può sembrare scontata, ma quel che emerge da molte ricerche definite "scientifiche" , condotte sia in passato che ai giorni nostri, testimonia come questo principio teorico non venga sempre rispettato. Si può parlare, dunque, di una universalità sia del funzionamento che dei processi psichici. Ora, se ogni uomo tende all'universale, vi tende dal particolare della sua cultura di appartenenza. Questa codifica è iscritta nella nostra lingua e nelle categorie cognitive di cui disponiamo che ci consentono di leggere il mondo in un determinato modo; è iscritta nel nostro corpo e nel nostro modo di percepire e di sentire

mediato dal processo di inculturazione; è iscritta, inoltre, nella nostra relazione con il mondo, mediata dai nostri sistemi di interpretazione e di costruzione dei significati. Anche la malattia non sfugge a questa codificazione culturale".

3.5.2 La codifica culturale

Gli esseri umani sono tutti uguali, ma sono anche tutti diversi. Essi nascono all'interno di un gruppo culturale, di una famiglia che trasmette la cultura del gruppo di appartenenza. Ogni persona poi realizza le proprie potenzialità all'interno di una specifica cultura. Ad esempio, tutti in natura hanno la possibilità di apprendere un linguaggio articolato e questa possibilità si realizza attraverso l'apprendimento di una lingua. Tale apprendimento contribuisce alla strutturazione dell'apparato psichico, percettivo e relazionale, struttura il rapporto dell'individuo con il mondo.

In tal senso la "cultura" viene definita da Nathan come un *contenitore*, come la "pelle" dello psichismo umano. Ciò spiega che, così come non esiste contenuto senza contenitore, non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di una cultura. Di conseguenza, la cultura determina la nostra capacità di pensare, percepire il mondo, sentire emozionalmente, in modo diverso rispetto a persone che appartengono a culture diverse (Cattaneo, 2006).

Ogni cultura, infatti, è diversa dall'altra, pur nella caratteristica comune di dare senso e significato all'esperienza, sia individuale che collettiva, di essere "macchine per produrre legami" come afferma Nathan.

Queste diversità rendono difficile entrare in contatto con le altre culture poiché è necessario confrontarsi con individui che non sono uguali a noi, con un duplice rischio: primo, quello di omologare a noi ciò che non lo è e, secondo, di stabilire una distanza eccessiva da chi abbiamo di fronte, tale da non aver più nessuna possibilità di contatto.

Poiché le difficoltà di fronte alla diversità si possono verificare anche in relazioni intraculturali, ancor più complesso appare l'incontro con persone appartenenti ad altre culture perché gli elementi culturali, che contraddistinguono l'individualità e veicolano rappresentazioni di sé, del mondo, tipiche di una cultura, sfuggono e questo determina difficoltà.

E' necessario fare una distinzione tra la cultura esterna e la cultura vissuta. La cultura esterna è quella del gruppo di appartenenza, mentre la cultura vissuta rappresenta l'elaborazione individuale della cultura.

La persona riceve dal suo gruppo di appartenenza la cultura esterna, attraverso complessi processi di trasmissione, attivi fin dalla nascita. Ciascuno processa in maniera individuale gli stimoli culturali che riceve, elaborando poi una sua personale versione della cultura. La cultura è dunque un processo dinamico, non qualcosa di immutabile: le società e gli uomini cambiano in continuazione.

Marie Rose Moro (1994, 53) definisce la cultura come "un sistema costituito da una lingua, da un sistema di parentela, da un corpus di tecniche e di modi di fare (le cure igieniche, la cucina, le arti, le forme di cura, le tecniche di *maternage*). Tutti questi elementi sparsi sono strutturati in maniera coerente attraverso modi di pensare: le rappresentazioni"

La Moro sottolinea tre livelli di codifica culturale fondamentali: il livello dell'essere, il livello del senso e quello del fare.

Il primo livello è quello dell'essere: l'essere del bambino, della madre, del padre, dei genitori, cioè delle rappresentazioni di ciò che un bambino è, di che cosa ha bisogno, di che cosa è una madre e di come si deve comportare. Esso riguarda il fatto che in ogni sistema culturale è possibile trovare le risposte alle domande che si riferiscono al piano ontologico: "Chi è un uomo? Chi è una donna? Chi è un bambino? Chi è una persona?".

Ogni cultura risponde in maniera diversa a queste domande, sulla base delle sue tradizioni.

Il secondo livello è quello del senso che rinvia ad interrogativi quali: “Perché mi sono ammalato? Perché proprio adesso? Perché i miei bambini si ammalano?” Tutti gli esseri umani si pongono queste domande ed in tutte le culture, ma ogni cultura fornirà spiegazioni diverse, culturali e individuali. Non bisogna dimenticare, però, che il senso culturale resta sempre il primo. E’ importante non dimenticare di cercare sempre il senso, affinchè esso esista, forse più precisamente i “sensi” che rappresentano un processo.

Il terzo livello è quello del fare che indica quali sono i procedimenti adatti per fronteggiare situazioni di sofferenza, per curare una malattia sulla base della spiegazione che si dà di essa.

Tutti i sistemi culturali, secondo Moro, hanno la capacità di sorreggere il gruppo e i singoli esseri umani rispetto alle domande esistenziali: *che senso ha quello che mi sta accadendo e che cosa devo fare*?(Moro, 1974).

Ogni individuo può produrre le proprie risposte se l’ambiente in cui si trova attribuisce un significato ad esse che, prima di essere individuali, sono collettive ed è per questo che la cultura vissuta può evolvere dinamicamente, trovando sostegno nella cultura interna che la rispecchia.

3.5.3 Il trauma dell’esilio

La clinica transculturale fonda il suo impianto metodologico anche sulle conseguenze del trauma dell’esilio, poiché la migrazione interrompe il ciclo di scambio e rafforzamento reciproco tra cultura interna e cultura esterna, impedendo il rispecchiamento che consente al sistema culturale interno di orientarsi nel mondo e dare senso all’esperienza. Migrare significa andare in un paese dove la maggior parte di

quello che la persona pensa non ha senso per gli altri. E' un evento sociologico ma, contemporaneamente, psicologico. Le sue conseguenze sugli individui, infatti, sono estremamente profonde, rappresenta un cambiamento di universo che produce i suoi effetti sulla persona, sulla sua interiorità, sul suo funzionamento.

Non tutti i migranti, necessariamente, svilupperanno esiti traumatici ma certamente tutti vivranno un'esperienza di rottura a cui reagiranno in modo diverso. Ci sono individui che riescono a ricostruirsi facilmente, mentre per altri può non essere così facile, perché il trauma dell'esilio richiama altri traumi anteriori che tendono a riaffiorare. Molti fattori possono influenzare la reazione al cambiamento: la personalità, le motivazioni della decisione di migrare, le modalità di accoglienza. Se l'ambiente sarà favorevole, sarà possibile un'elaborazione del trauma costruttiva che potrà favorirne la trasformazione in un'esperienza di arricchimento personale. In caso contrario, aumenteranno le probabilità di malessere.

Uno degli obiettivi principali della clinica transculturale è quello di ritessere i legami tra le rappresentazioni interne, legate alla cultura di origine, e quelle della cultura della società di accoglienza, per evitare che, dall'esperienza traumatica della frattura tra due mondi, nasca una situazione di sofferenza psicologica per l'individuo.

Tale obiettivo è funzionale anche alla prevenzione del disagio nelle nuove generazioni, poiché se i genitori non riescono nell'elaborazione del trauma migratorio, sarà maggiormente complesso per i figli costruire la propria identità. Spesso i genitori non consentono ai figli di accedere alle loro origini, alle loro radici, determinando una situazione di sospensione tra due mondi separati che impedisce loro di appartenere ad entrambe le culture. Cosa fanno questi bambini della loro alterità culturale? La seconda generazione è destinata a trasformare la società d'accoglienza, a diventare grandi nel paese di accoglienza e di rimanervi. Il loro destino è legato alla questione della trasmissione fra la prima e la seconda generazione, poiché anche se non hanno subito il

trauma della migrazione, è stato loro trasmesso. Vivono una situazione di rottura, cioè di separazione tra il mondo di casa e il mondo della scuola. La loro difficoltà rappresenta anche la loro grandezza e consiste nello stabilire dei collegamenti fra l'esterno e l'interno. Mantenere i rapporti tra "il qui" e "il là", senza eliminare nessuno dei due poli, è l'obiettivo fondamentale di ogni intervento di prevenzione con le famiglie migranti. Questo orientamento della clinica transculturale è il processo che Marie Rose Moro chiama "*metissage*" che nella nostra lingua può essere tradotto come "meticciamento".

La prima e la seconda generazione, quindi, pongono problemi diversi a cui bisogna rispondere in maniera non standardizzata, inventando nuovi approcci, "seguendo l'evoluzione delle situazioni e con la consapevolezza che per questi bambini ed adolescenti bisogna riflettere in termini di trasmissione, di rottura, più che in termini di trauma diretto. (Moro, 2008)

3.5.4 La posizione dei curanti

Evidentemente il processo di cura è una relazione bidirezionale nella quale non esiste solo il migrante e non è neutro, ma culturalmente segnato. Nel rapporto con un paziente appartenente alla cultura del curante, alcuni aspetti impliciti della cultura di quest'ultimo rimangono sullo sfondo perché sono da entrambi condivisi; quando il dialogo avviene tra persone appartenenti a paesi diversi, le costruzioni culturali, non essendo condivise, possono spaventare.

Nella clinica transculturale si favorisce una posizione di *decentramento culturale:* l'operatore deve saper cogliere che l'altro è portatore di elementi culturali che hanno una loro logica e possono essere capiti. Deve, inoltre, saper leggere ed essere consapevole delle proprie reazioni davanti all'alterità culturale ed imparare a considerare le rappresentazioni "altre" senza rinunciare alle proprie rappresentazioni

culturali che non sono né migliori né peggiori delle prime e che, di conseguenza, godono di pari dignità.

Un grande principio della clinica transculturale è quello di avere reintrodotto le cure nella società, di aver consentito alla società e al sistema sanitario di trovare un punto di contatto. In passato, nel settore sanitario o in quello scolastico, si era concentrati sulla tecnica, senza creare collegamenti: da una parte c'era la società e dall'altra il mondo sanitario, senza possibilità di interazione che, con la clinica transculturale ora è diventata possibile.

Il livello di posizione interiore del curante riguarda la reazione nei confronti delle rappresentazioni culturali dell'altro, la sua lingua, il suo modo di esprimersi e relazionarsi. Questo livello interpella l'antropologia, per la conoscenza culturale e per la possibilità che dà al curante di consentire al soggetto di mostrare la sua alterità. Di fronte all'alterità che la Moro definisce "idea di differenza, nel senso filosofico del termine, la sensazione di avere qualcosa in comune ma anche qualcosa di diverso, di essere portatori di differenze" (Moro, 2001, 45), si verificano reazioni così forti che la maggior parte degli immigrati cerca di minimizzare l'alterità che viene percepita dagli altri.

E' necessario quindi operare un decentramento per poter dare al soggetto lo spazio necessario per dire quello che ha da dire, sulla base di una doppia posizione che dipende da due livelli: il livello culturale e il livello psicologico. Ad entrambi i livelli è necessario essere consapevoli delle reazioni rispetto all'altro, delle risposte affettive e culturali ed essere in grado di analizzarle, facendo in modo che non impediscano all'altro di esprimere completamente sé stesso.

3.5.5 **Il dispositivo di consultazione transculturale dell'Ospedale di Avicenne**.

La consultazione transculturale o di etnopsichiatria esiste da più di 20 anni presso l'Ospedale di Avicenne, a Bobigny, nella periferia nord di Parigi. Il dispositivo è coordinato dal Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente del Reparto di Psichiatria Generale. Negli anni Ottanta, Serge Lebovici avvertì la necessità di rispondere meglio alle esigenze della popolazione migrante che afferiva al Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente e Tobie Nathan avviò, pertanto, la consultazione etnopsichiatrica. Dal 1989 Marie Rose Moro prese in carico la consultazione e Nathan aprì un Servizio di Consultazione presso l'Università di Parigi 8, il Centro Georges Devereux.

Il dispositivo propone un quadro terapeutico specifico ed originale di cura in situazione transculturale, cioè quando terapeuta e paziente non appartengono alla stessa cultura. I fondamenti teorici è sono quelli dell'etnopsichiatria e del complementarismo, che si riferiscono alla psicanalisi ed all'antropologia per capire e curare, tenendo conto degli elementi culturali. Il quadro di riferimento è quello della psicoterapia e delle consultazioni terapeutiche, ma può anche avere una funzione di aiuto alla diagnostica.

La consultazione transculturale può essere proposta a tutti i pazienti, bambini e adulti, migranti di prima, seconda e terza generazione, le cui problematiche sono fortemente legate alla storia migratoria, alle rappresentazioni della malattia nella cultura di origine ed alle difficoltà di creare un collegamento tra la cultura di origine e quella di accoglienza.

Si tratta di una consultazione di "seconda intenzione" in quelle situazioni in cui è stata già messa in atto una presa in carico individuale per il paziente e la sua famiglia. Quando l'équipe referente incontra difficoltà legate ad una diversa comprensione della malattia, agli elementi culturali espressi, ad una storia migratoria traumatica, a difficoltà

nella trasmissione transgenerazionale, si può ipotizzare di mettere in atto un dispositivo transculturale. In caso di difficoltà legate unicamente a questioni linguistiche è spesso sufficiente soltanto l'intervento di un interprete.

I pazienti sono inviati da altri medici, psicologi o psichiatri, dai servizi sociali o dai servizi per la protezione del bambino, l'intervento tiene conto della precedente presa in carico e il servizio inviante rimane referente durante tutto l'iter, come interlocutore per le questioni riguardanti il trattamento e tutti gli adempimenti pratici, assicurando il monitoraggio nelle sedute di terapia transculturale.

I motivi per l'invio possono essere di varia natura: problemi linguistici, difficoltà nella comprensione delle specificità culturali nella presentazione della malattia, questioni diagnostiche, trattamenti che richiedono una prospettiva emica, lavoro con famiglie che richiedono un approccio sensibile dal punto di vista culturale.

I servizi offerti si articolano in: sessioni di gruppo, terapie individuali, sostegno alla genitorialità, consulenza diagnostica e terapeutica ai colleghi, sessioni di lavoro con professionisti che necessitano di supporto nel lavoro con famiglie migranti, formazione e informazione su questioni transculturali, pratica forense.

L'équipe è composta dal terapeuta principale e da co-terapeuti (medici e psicologi, ma anche infermieri, operatori sociali, mediatori, studenti, visitatori) d'origine culturale e linguistica multipla, formati alla clinica, soprattutto alla psicanalisi e introdotti all'antropologia. Non è indispensabile essere migranti per partecipare alle consultazioni transculturali ma è importante aver fatto esperienza di decentramento e familiarizzare con altri sistemi culturali. Il gruppo consente il potenziamento delle esperienze reciproche, ricercando l'apprendimento e la pratica della diversità e del meticciato e non l'uniformità, in quanto il dispositivo proposto è per sua natura meticcio e centrato sulla nozione di alterità.

I pazienti provengono da tutto il mondo: Africa, Magreb, Asia, Antille, Turchia, Sri Lanka, Europa centrale. Il gruppo di terapeuti, solitamente una decina, riceve il paziente e la sua famiglia poiché, nelle società tradizionali, l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo di appartenenza. Per questo motivo è importante il gruppo nella situazione di cura. Inoltre, la malattia non riguarda soltanto l'individuo malato ma anche la famiglia e il gruppo e la cura deve essere gruppale, coinvolgendo sia il gruppo sociale che la comunità di terapeuti.

L'équipe inviante solitamente partecipa alla prima consultazione in quanto portatori di un segmento di storia familiare. Tale presenza evita che la nuova presa in carico costituisca una nuova rottura nel cammino della famiglia che, spesso ha alle spalle un lungo e complesso percorso terapeutico.

Il gruppo permette, inoltre, una materializzazione dell'alterità, poiché ogni terapeuta è di origine culturale diversa, ed anche una sua trasformazione in leva terapeutica (Devereux, 1972), nel senso di supporto all'elaborazione psichica. "Il meticciato degli uomini e delle donne, delle teorie, dei modi di fare, è un fattore implicito del dispositivo" (Moro, 2009, 116).

Per esplorare i processi con precisione e, se il paziente lo desidera, egli può parlare nella sua madrelingua, avvalendosi della traduzione da parte di un co-terapeuta o di un traduttore. Il processo che appare efficace in questo caso è la possibilità di passare da una lingua all'altra e non il rinvio esclusivo alla madrelingua. Ciò che risulta importante è la ricerca del legame tra due lingue.

Un altro elemento fondamentale è rappresentato dalla temporalità: le consultazioni durano circa due ore, tempo che sembra necessario affinchè il racconto si sviluppi in prima persona, data la rappresentazione tradizionale del tempo, dell'incontro e del percorso terapeutico. Allo stesso modo generalmente la presa in carico avviene sotto forma di consultazione terapeutica o di terapia breve inferiore a sei mesi, con sedute

mensili o bimensili, mentre più raramente le terapie lunghe sono condotte in un quadro di gruppo.

Gli attuali lavori in etnopsichiatria (Moro, 1998) dimostrano il buon adattamento di questa tecnica alla clinica dei migranti, con risultati terapeutici profondi e duraturi.

"L'esistenza di un dispositivo terapeutico complesso che si adatta ad ogni situazione, il decentramento culturale che ci costringe a sospendere una diagnostica spesso troppo precipitosa quando sia fatta a partire dalle nostre categorie diagnostiche occidentali - confusione fra materiale culturale come il maleficio e un delirio, non percezione di un affetto melanconico nel contesto di un discorso centrato sulla stregoneria… - e l'utilizzazione dello strumento del complementarismo conduce ad una molteplicità di ipotesi eziologiche, ciò è senza dubbio un fattore efficiente di questo dispositivo" (Moro, 2004)

E' stato dimostrato, infatti, nei lavori attuali sulla valutazione delle psicoterapie, che la capacità del terapeuta di modificare le sue ipotesi è un fattore di efficacia qualunque sia la tecnica (Moro e Lachal, 1996).

Le lingue dei pazienti, le loro rappresentazioni culturali, le logiche culturali diventano elementi del setting terapeutico e fonti di creatività sia per i terapeuti che per i pazienti.

M.R. Moro ci parla di dispositivo "a geometria variabile" poiché richiede la negoziazione del setting e della forma di presa in carico: individuale, in gruppo, con quali modalità. Solitamente questa costruzione avviene nel corso della prima consultazione.

Il dispositivo deve permettere un lavoro a più livelli, nello stesso tempo o in tempi paralleli, con luoghi di incontro e di elaborazione fra genitori e bambini e altri spazi strettamente individuali.

Per concludere, il dispositivo di consultazione transculturale "permette di integrare la molteplicità dei mondi, in tutta la loro complessità, in un tutto dove ormai è possibile

costruire ponti. Tuttavia, per quanto il dispositivo etnopsicoanalitico possa essere ricco dal punto di vista della sua pertinenza terapeutica, la sua complessità non ne permette un uso esteso." (Moro, Real, 2009, 126). Come abbiamo già visto in precedenza, non è sempre necessario utilizzare il dispositivo transculturale, poiché in molti casi è sufficiente utilizzare le tecniche classiche apportando semplici adattamenti del quadro, come ha fatto Devereux (1969) nella sua clinica transculturale. Da questa considerazione può derivare la necessità di una sensibilizzazione generale al lavoro clinico con i migranti, allo scopo di trovare aggiustamenti al proprio quadro personale per favorire il decentramento volto all'integrazione delle proprie teorie con quelle dell'altro.

3.6 L'intersezionalità

Dopo aver esplorato il concetto di identità e quello di disabilità, mi sembra utile qui di seguito dare conto del dibattito su un concetto che nel mio caso ben si addice al doppio svantaggio delle persone disabili che vivono nelle famiglie immigrate. Tale concetto, non ancora sufficientemente tenuto in considerazione, permette di inquadrare in modo più preciso la questione della quale mi sono occupata

Il termine intersezionalità "*Intersectionality"*, coniato in ambito femminista nel 1989 da Kimberlé Crenshaw, nasce nelle lotte antirazziste e femministe negli Stati Uniti e denota il modo in cui i soggetti sono posizionati simultaneamente nella società e nelle sue gerarchie di potere, ad esempio, in quanto donne ma allo stesso tempo, nere, della classe operaia, lesbiche, provenienti da contesti coloniali, migranti.

Questa prospettiva d'analisi, necessaria per scavare nel profondo delle condizioni reali e materiali di vita delle donne, è utile per non creare categorie essenzialiste che, se separate tra loro, rendono incapaci di comprendere la complessità del mondo reale. Intersezionalità si riferisce, dunque, all'interazione tra genere, classe, razza/etnia/cultura

e altre differenze nelle vite individuali e nella società. Il concetto di intersezionalità e di simultaneità è utile per contrastare l'idea delle multiple oppressioni che semplicemente si addizionano tra loro o della gerarchia tra le oppressioni. Il riconoscimento dell'intersezione tra genere, classe e razza rende superflua la domanda "Quale oppressione viene prima per una donna? Quella di genere, di classe o di razza?"

Nell'ottica dell'intersezione cade così l'idea che l'esperienza primaria per tutte le donne sia l'oppressione di genere e che il sessismo sia per tutte le donne il principale meccanismo di potere che regola le vite. Sessismo, razzismo e sfruttamento di classe interagiscono tra loro simultaneamente formando i soggetti in maniera differente in base alla collocazione razziale, di genere e di classe. Le donne non sono quindi un soggetto omogeneo poiché sono divise e diversificate dal potere in termini di classe, status, colore della pelle, nazionalità, accesso alla cittadinanza e al sistema di diritti.

L'intersezionalità permette quindi di comprendere a fondo gli effetti della costruzione della razza, del genere dello sfruttamento di classe sulle donne, sulle loro esperienze e sulle loro lotte; nonché di rendere visibile il percorso di marginalizzazione delle donne non privilegiate in termini di classe e delle donne non-bianche all'interno dei movimenti femministi in Occidente.

***"Pensare intersezionalmente",* un concetto al femminile.**

Dal punto di vista intersezionale, quindi, è possibile dire che ogni persona "appartiene" a più categorie sociali che interagiscono tra di loro, sia al livello soggettivo che a livello di gruppi e istituzioni. Non è però sufficiente proporre un elenco di queste categorie per poter parlare di intersezionalità; è indispensabile tenere in considerazione la relazione che tra queste esiste. . L'attenzione si sposta quindi su quelli che le pensatrici intersezionali definiscono "incroci" (Creenshaw 2001), oppure "intersezioni tra assi di

potere" (Yuval-Davis 2006), determinati dall'intreccio delle categorie maggiormente significative relativamente al contesto esaminato.

Helma Lutz e Norbert Wenning (2001) elencano ben quattrodici possibili categorie tra cui "scegliere" quelle che di volta in volta risultano più rilevanti: genere, razza o colore della pelle, sessualità, etnicità, classe, cultura, religione, appartenenza nazionale, abilità fisica, età, povertà, sedentarietà, collocazione geografica e *status* rispetto alla propria tradizione.

Come queste categorie funzionano, o interagiscono, a quale livello e perché sono i temi controversi all'interno di un dibattito che ha coinvolto, sin dai suoi esordi, l'accademia nordamericana prima ed europea poi. Le principali argomentazioni partono dalla formulazione che per prima ne ha dato Kimberlé Crenshaw, collegando il tema dell'intersezionalità ai diritti, quando nel 1989 coniò il termine "intersezionalità giuridica" per discutere le discriminazioni e violenze vissute da donne nere nordamericane.

Il dibattito sulla "discriminazione intersezionale" è proseguito parallelamente in ambito sia giuridico che accademico, allo scopo di individuare il funzionamento delle categorie sociali nei processi di marginalizzazione. Grande enfasi all'interno del dibattito, è stata posta sulla questione del "livello" di applicazione dell'intersezionalità: l'intersezione fra le differenze agisce a livello individuale o collettivo e quale può essere la relazione tra i due livelli?

Sulla domanda "gruppi o individui?" si sofferma Yuval-Davis in un suo saggio sul nazionalismo inglese. L'autrice sostiene l'impossibilità di concepire i comportamenti individuali se non collocati all'interno di una collettività (Yuval-Davis 2006). Per la studiosa è indiscutibile che ogni individuo abbia una collocazione socio-politica in un gruppo, rappresentata in modo diverso a seconda del momento storico e dei rapporti di

forza esistenti. A maggior ragione, è proprio il rapporto tra l'individuo e il "suo" gruppo a costituire il terreno di analisi più fertile per l'intersezionalità.

Per Yuval-Davis, nonostante ogni soggetto sia teoricamente situato all'intersezione di molteplici categorie sociali, nella realtà le persone tendono ad identificarsi con una, a volte due categorie, ad esempio come "nero" o come "donna" o, in alcuni casi, come "donna nera". Per l'autrice, l'analisi intersezionale, è applicabile a tutte quelle pratiche, quei comportamenti e quelle narrazioni che sono condivise all'interno di un gruppo e che riempiono di senso l'attaccamento individuale alle "identità".

Si riallaccia alla tensione fra individuo e gruppi sociali anche Patricia Hill Collins che, in *Some Group Matters* (2006), analizza la contraddizione tra il livello individuale e quello collettivo, aprendo la strada per l'attribuzione di un valore "scientifico" all'intersezionalità, a condizione che si applichi soltanto al livello soggettivo. In tal caso l'intersezionalità diventa una teoria basata su principi verificabili e falsificabili, in grado di spiegare la differenza tra esperienze personali nella vita quotidiana. Per l'autrice l'intersezionalità trova il suo impiego nell'analisi di una realtà sociale complessa consentendo l'esplorazione di un alto numero di categorie sociali e l'intersezione tra di esse.

Le difficoltà nella definizione e nella sua applicazione hanno sollevato numerose critiche e gli interrogativi sul suo statuto (teoria o strumento euristico?) non hanno facile risposta. Leslie McCall cerca di mettere ordine nel dibattito individuando al suo interno tre approcci metodologici alternativi: le posizioni "anti-categoriale", "intra-categoriale" ed "inter-categoriale".

La posizione anti-categoriale sostiene che le categorie non siano altro che "finzioni" per giustificare una vita sociale complessa, mentre in realtà i fattori che determinano sia i soggetti che le strutture sono inafferrabili, fluidi e molteplici. Tale approccio origina all'interno della corrente post-strutturalista del pensiero femminista e antirazzista che

sostiene la necessità di liberarsi delle categorie se si vuole conquistare una visione autenticamente egualitaria. In sostanza, "poiché le diseguaglianze materiali hanno come fondamento relazioni asimmetriche basate su razza, classe, sessualità, genere, ecc. occorre superare l'uso stesso di queste categorie per colpire gli assunti normativi che vi stanno alla base" (McCall 2005, 1773-1777). L'intersezionalità anti-categoriale si pone quindi all'interno del dibattito de costruttivista più generale.

Maggiormente diffuso è l'approccio "intra-categoriale", scaturito dall'esigenza di rispondere contemporaneamente alle politiche multiculturali, acriticamente fondate su delimitazioni tra gruppi, e all'impianto decostruttivista che proponeva di eliminare le categorie stesse.

Tale approccio non prevede l'eliminazione delle categorie ma esse devono essere "complicate". L'utilizzo di questa teoria avviene laddove i gruppi sociali vivono all'intersezione fra categorie diverse, allo scopo di mettere in luce il significato di tale esperienza che spesso viene ignorato. Questo approccio è il più usato nella ricerca qualitativa condotta in sociologia, antropologia, ecc., per poter analizzare le differenze "all'interno" di un gruppo o dell'esperienza di singole persone prese in esame. Sul terreno metodologico, l'analisi intra-categoriale prende in esame gruppi o individui sulla base delle categorie sociali rilevanti (genere, razza), intersecando soltanto una dimensione di ciascuna categoria.

"In altre parole, per ogni soggetto considerato si analizza una sola dimensione delle "sue" categorie: ad esempio "bianco" per il colore della pelle, "femminile" per il sesso, "cattolico" per la religione e così via. La molteplicità sta nel fatto che vengono fatte incrociare il maggior numero possibile di categorie (McCall 2005, 1780).

Infine, l'approccio "inter-categoriale" richiede di considerare come valide, in via provvisoria, le categorie esistenti con l'obiettivo di documentare le relazioni tra gruppi sociali e definire quelle che McCall chiama le "configurazioni della diseguaglianza".

L'attenzione va alle trasformazioni all'interno delle relazioni fra gruppi, piuttosto che a livello individuale. Il metodo corrisponde ad una indagine empirica delle diverse dimensioni in cui le categorie sociali sono configurate, in senso comparativo e trasformativo. Di conseguenza per un'analisi del genere il confronto avverrà tra "uomini" e "donne", mentre della classe verranno considerate le dimensioni "media", "lavoratrice" e "borghese". Le tre dimensioni della classe incrociate con le due del genere genereranno sei gruppi, come oggetto d'analisi. Aggiungendo poi il colore della pelle "bianco" e "nero" i gruppi diventeranno dodici. L'analisi poi procede simultaneamente esaminando i vantaggi e gli svantaggi che i membri dei gruppi sperimentano per l'assegnazione ad essi. McCall ipotizza che al cambiare del contesto emergeranno diverse "configurazioni della diseguaglianza", ossia "il complesso di rapporti esistenti fra forme diverse di diseguaglianza, in connessione con la struttura economica che le promuove, e il tipo di strategia anti-discriminatoria che sarebbe più proficua in tali condizioni" (McCall, 2005, 1789).

Ange-Marie Hancock riprende le distinzioni schematizzate da McCall con l'obiettivo di rendere l'intersezionalità una vera e propria teoria scientifica. Approfondendo la concezione "inter-categoriale" Hancock parla di dimensione "istituzionale" dell'intersezionalità (2007, 248).

La sua riflessione parte dall'esperienza personale di ricercatrice femminista. "L'uso che ne fece inizialmente fu quello di considerarla (l'intersezionalità) come una specificazione sostanziale (basata quindi sui contenuti) che enfatizzava la soggettività delle donne situate all'intersezione di categorie marginalizzanti quali la razza, il genere, la classe, l'orientamento sessuale, ecc. La comprensione di un numero sempre maggiore di categorie era necessaria per capire più in dettaglio questa loro esperienza. In un secondo momento, però Hancock dice di essere convinta che è necessario promuovere l'intersezionalità come paradigma in ambito normativo e come modello di ricerca

empirica, piuttosto che come specificazione relativa a contenuti. Si tratta di un passaggio fondamentale per rispondere a interrogativi di "giustizia distributiva, potere e funzione di *government* che sono centrali per le scienze politiche e per il nostro mondo" (Marchetti 2013, 144).

La riflessione sull'intersezionalità istituzionale viene proseguita da Myra Marx Feree (2011) che introduce la nozione di intersezionalità istituzionale "di tipo interattivo", allo scopo di enfatizzare il carattere dinamico ed evolutivo delle relazioni fra le dimensioni della disuguaglianza, sfuggendo il pericolo di collocare classe, razza e genere esclusivamente all'interno dell'istituzione di riferimento. Secondo Marx Feree l'analisi dovrebbe soffermarsi sugli ambiti che, all'interno delle istituzioni, non sono ancora "saturati" da un unico concetto. "Il genere non è una dimensione limitata alla organizzazione e riproduzione della famiglia, la classe non è una dimensione equivalente all'economia e la razza non è una categoria che può essere ridotta al primato di etnicità, nazioni e confini, ma tutti i processi che sistematicamente organizzano le famiglie, le economie e le nazioni sono costruiti contemporaneamente ai significati di genere, razza e classe, che sono presenti all'interno e che sono rafforzati da ognuna di queste istituzioni separatamente e assieme. In altre parole, ogni sistema istituzionale fa da contorno all'altro che a questo si adatta" (Marchetti, 2013, 143).

Dal 1989 in poi l'intersezionalità ha fatto ingresso nelle scienze sociali, lentamente ma decisamente. "Pensare intersezionalmente" è una prassi sempre più condivisa negli ambienti antirazzisti ed antisessisti in Nord America ed Europa. Attualmente, l'approccio intersezionale è diffuso in tutti gli ambiti di studio sulla diversità, nelle forme più svariate, anche oltre i *women's studies* dove si è originariamente sviluppato.

In Italia, l'intersezionalità si sta particolarmente affermando nei contesti accademici e di ricerca, che si trovano in forte contatto con le esigenze della società, nei quali viene messa in relazione sia con il pensiero di autrici afroamericane (De Vivo, 2009), sia con

la tradizione del femminismo francese (Perilli, 2009). Il pensiero intersezionale è inoltre utilizzato nella ricerca antirazzista che si occupa di genere, postcolonialismo e migrazione, all'intersezione fra antropologia e studi culturali (De Petris 2005; Marchetti 2011; Rivera 2010).

"Al di là delle distinzioni interne, il pensiero intersezionale conferma la sua rilevanza nel dibattito odierno per un'analisi della diversità nelle sue possibili forme, sollecitando una riflessione profonda sui processi di costruzione dell'identità, del rapporto fra individuo e collettività e, infine, del ruolo della dimensione istituzionale nel determinare le diseguaglianze tra persone". (Marchetti, 2011, 146).

Il discorso sulla "diversità" impone il confronto con il fatto che ogni persona presenta molteplici "diversità", sia rispetto alle altre persone, sia rispetto alla società nel suo complesso. "Oltre alla diversità culturale, ogni individuo è, al tempo stesso, uguale o diverso per quanto concerne il genere, la razza, la religione, la lingua, la classe. Ma come è possibile stabilire quali sono le differenze e quali le uguaglianze? Esiste un rapporto tra diversità? C'è una gerarchia fra di esse? E' più importante essere neri/bianchi o l'essere uomini/donne? O l'essere poveri/ricchi? O dovremmo mettere al centro la disabilità?"(Marchetti, 2013, 133).

A volte le molteplici diversità possono incrociarsi tra di loro, in quanto ogni persona può "appartenere" a più categorie sociali ed essere così maggiormente vulnerabile in tema di discriminazioni. Essere donna e nera, essere disabile e povero può innescare meccanismi di discriminazione multipla. L'interesse accademico di identificazione e comprensione del fenomeno della Discriminazione Multipla è relativamente recente. Il fenomeno è stato esplorato e concettualizzato soprattutto da studiosi in ambito sociologico e legale. Storicamente, il concetto e la definizione di "Discriminazione multipla" sono stati introdotti negli anni '80, in particolare negli Stati Uniti dall'afro-americana Kimberlé Crenshaw che, insieme ad altri studiosi identificò l'approccio della

Critical Race Theory, richiamando l'attenzione sui molteplici casi in cui razza e genere interagivano per plasmare le esperienze di donne nere. L'argomento portato avanti riguardava il fatto che gli individui possono appartenere allo stesso tempo a più gruppi svantaggiati e, potenzialmente, subire varie forme di discriminazione. L'autore finlandese Timo Makkonen, nel suo articolo del 2002 "*Multiple, Compound and Intersectional Discrimination*", descrive lo sviluppo del concetto di Discriminazione Multipla avanzato dalla Crenshaw. Il più recente sviluppo nel settore deriva dalla Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite contro il Razzismo, la Xenofobia e la connessa Intolleranza, tenutasi a Durban, nel Sud Africa nel 2001, dove la Discriminazione Multipla è stata riconosciuta dalla comunità internazionale e sono state adottate azioni contro il fenomeno: "*We recognize that racism, racial discrimination, xenofobia and related intolerance occur on the grounds of race, colour, descent or National or ethnic origin and that victims can suffer multiple or aggravated forms of discrimination based on other related grounds such as sex, language, religion, political or other opinion, social origin, property, birth or other status"* (Riconosciamo che il razzismo, la discriminazione razziale, la xenofobia e la relativa intolleranza si verificano per motivi di razza, colore, discendenza o origine nazionale o etnica, e che le vittime possono soffrire multiple o gravi forme di discriminazione basata su altri motivi correlati come sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro genere, origine sociale, di ricchezza, di nascita o di altro status).

Secondo Makkonen la Conferenza di Durban rappresenta il maggiore passo avanti a livello internazionale, poiché dopo Durban il concetto di Discriminazione Multipla è stato sempre riconosciuto in differenti forum sui diritti umani, sia governativi che non.

In letteratura, il fenomeno della Discriminazione Multipla ha ricevuto molteplici spiegazioni e definizioni. In ogni caso, la maggior parte degli studiosi ritiene che il termine "Discriminazione Multipla" è parte di una triade di situazioni di

discriminazione e descrive la situazione in cui una persona può essere soggetta a discriminazione per molteplici fattori che operano separatamente. La Discriminazione Multipla è detta anche Discriminazione Additiva. Le altre due situazioni sono la Discriminazione Amplificatrice e la Discriminazione Intersezionale.

La Discriminazione Amplificatrice, in contrasto con la Discriminazione Multipla, descrive una situazione in cui una persona subisce una discriminazione sulla base di due o più fattori nello stesso tempo e dove un fattore aggiunge discriminazione all'altro. La Discriminazione Intersezionale si riferisce ad una situazione in cui vari fattori operano ed interagiscono tra di loro nello stesso tempo e ciò li rende inseparabili.

Rispetto all'argomento oggetto del presente lavoro gli elementi che vanno a creare una dinamica intersezionale, con il relativo rischio di discriminazione, sono la diversità culturale dei bambini figli di migranti e la loro condizione di disabilità.

In questo capitolo si è voluto porre l'accento sul fatto che l'accertamento della condizione di disabilità nei minori migranti viene effettuato utilizzando gli strumenti diagnostici classici, non adattati o tradotti in risposta al sensibile incremento della popolazione migrante e la conseguente richiesta di accesso ai Servizi Sanitari. Anche se la ricerca in tanti anni è proseguita, si è specializzata e ha prodotto un pensiero più complesso intorno all'intelligenza, alle sue componenti e interrelazioni e alle connessioni fra processi cognitivi e emozioni, il problema della validità degli strumenti di valutazione a fronte di popolazioni che presentano condizioni di complessità rimane aperto.

Accanto ai rari tentativi di traduzione ed adattamento della testistica in uso, è necessario che gli operatori considerino le tematiche principali riguardanti il disagio dei bambini e degli adolescenti migranti e le possibili espressioni del disagio stesso, sotto forma di funzionamento o comportamento sintomatico, cercando di sottolineare gli elementi

specifici che la migrazione obbliga ad affrontare, e le condizioni favorevoli o sfavorevoli per lo sviluppo (Finzi, 2006).

Sarebbe, inoltre, auspicabile un impegno politico in tal senso, per incoraggiare la costituzione di organismi aventi lo scopo di promuovere e di coordinare le azioni a favore del miglioramento delle prestazioni offerte dai Servizi sanitari ai minori disabili con carattere migrante.

SECONDA PARTE

Lo studio di caso

CAPITOLO 4

IL DISEGNO DELLA RICERCA

Il lavoro di indagine teorica descritto nella prima parte dell'elaborato, ha orientato la scelta del contesto in cui effettuare la ricerca sul campo. Dall' analisi della letteratura scientifica orientata ai due ambiti della "doppia differenza": la disabilità e la diversità culturale, è emersa l'ipotesi secondo la quale i protocolli di diagnosi in uso presso i Servizi Sanitari risentono di una connotazione culturale e ciò potrebbe influenzare la valutazione delle capacità dei bambini stranieri disabili. Si è pensato, pertanto, di identificare un contesto in cui verificare nella pratica l'ipotesi iniziale, attraverso l'esplorazione delle procedure di valutazione diagnostica e di presa in carico di tali soggetti.

Gli intenti iniziali e le relative procedure di indagine sono stati varie volte modificati e il percorso attraverso il quale si è arrivati alla stesura di questo lavoro è parte integrante della tematica prescelta, in quanto ben rappresenta la problematicità di un approccio attento alle differenze culturali nei servizi ai quali l'infanzia immigrata si rivolge quando il percorso di integrazione scolastica non funziona.

Come si può facilmente immaginare verrà dato conto principalmente degli ostacoli incontrati.

Inizialmente, nel tentativo di operare un approfondimento empirico di quanto appreso teoricamente attraverso la lettura dei testi che trattano la Clinica Transculturale, si è tentato di identificare sul territorio romano, quelle istituzioni che operano in tale settore. L'INMP – Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà, si è rivelato il più rappresentativo in tal senso e si è chiesto alla Scuola Dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale – Sezione Pedagogia di stipulare una convenzione per attività di stage e ricerca (All. 1), allo scopo

di collaborare con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile nella valutazione e presa in carico dei bambini disabili figli di migranti afferenti al Servizio. Il progetto prevedeva l'affiancamento della Neuropsichiatra Infantile, responsabile nei colloqui di accoglienza, osservazione, presa in carico, restituzione alle famiglie e nella consulenza alle istituzioni scolastiche, attraverso colloqui con i docenti e Gruppi Integrati di Lavoro (GLH di Istituto ed Operativi). Un'importante azione prevista era quella di organizzare laboratori di socializzazione e di alfabetizzazione per la lingua italiana.

Sfortunatamente, prima della data di inizio prevista, il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'INMP è stato chiuso a causa di una provvisoria indisponibilità del personale[7].

In aggiunta alla rilevazione dei dati in ambito nazionale, il progetto aveva previsto anche la comparazione dei dati ottenuti durante il periodo di collaborazione con l'INMP, con quelli rilevati nel corso di un periodo di permanenza in Francia, presso la Maison des Adolescents di Cochin dell'Università Paris Descartes, diretta dalla prof.ssa Marie Rose Moro, dove è attivo un dispositivo di consultazione psichiatrica transculturale, che rappresenta il modello europeo da cui traggono ispirazione i Servizi che praticano la clinica transculturale.

Nonostante la prof.ssa Moro avesse inizialmente dato la propria disponibilità, in occasione della visita di chi scrive a Parigi per concordare i termini dello stage, non ha stata più confermato la disponibilità, fornendo motivazioni non proprio pertinenti di carattere pratico e linguistico[8].

Questo stato di cose ha determinato la necessità di rivedere il progetto iniziale e la ricerca di un nuovo contesto in cui svolgere il lavoro sul campo. Non potendo più

[7] Attualmente il Servizio è di nuovo attivo

[8] Tali motivi, a mio avviso, non giustificano in pieno il rifiuto e manifestano un atteggiamento pregiudizievole nei confronti di nuove figure professionali, nello specifico in ambito pedagogico, che desiderano approcciare ed esportare la metodologia della consultazione transculturale in altri ambiti e discipline.

realizzare un lavoro di tipo comparativo tra due realtà che, in ambiti culturali e territoriali diversi, mettono in pratica il medesimo approccio alla cura, la clinica transculturale, si è pensato di concentrarsi sullo studio di caso e di spostare il focus sull'esplorazione delle pratiche diagnostiche e terapeutiche attualmente in uso nel nostro Paese presso i servizi sanitari di primo livello, incaricati di formulare la diagnosi rispetto alle difficoltà presentate da bambini migranti e di provvedere alla loro presa in carico terapeutica ed al sostegno in ambito scolastico.

4.1 Giustificazione della ricerca: il campo, obiettivi ed ipotesi della ricerca

Il progetto di ricerca nasce dall'esigenza di approfondire ed ampliare le conoscenze in un ambito poco esplorato della ricerca sociale, quello della "doppia esclusione", derivante dalla diversità culturale e dalla disabilità, allo scopo di identificare buone prassi per l'inclusione dei bambini "disabili" con "carattere migrante" (CE, 2004).

L'analisi della letteratura internazionale sulla condizione di straniero e sulla disabilità (Caldin, 2010; Finzi, 2006; Gardou, 2006; Goussot, 2011; Grunberger, 2009; Moro, 2008; Palaiologou, 2007; Razo, 2006; Soriano, 2009), rivela un dato che accomuna i Paesi Europei a quelli d'oltre Oceano: molteplici filoni di ricerca hanno orientato il proprio sguardo sugli stranieri e sui processi migratori ed altrettanti sulla disabilità, ma scarso risulta il patrimonio conoscitivo relativamente alla condizione di disabile immigrato o figlio di migranti.

In Italia, negli ultimi cinque anni, in risposta ai bisogni espressi dalle istituzioni educative e socio-sanitarie, si è posto l'accento della ricerca sul fenomeno oggetto di indagine, attraverso studi che potessero stabilire l'entità del fenomeno in termini quantitativi/statistici, in città che presentano un alto tasso di migrazione come, ad esempio, a Bologna , Cesena, Brescia, Milano, Piacenza.

La strategia scelta per affrontare il fenomeno da studiare è stata quella dello studio di caso di tipo descrittivo (Yin, 1993) per poter presentare una descrizione completa del fenomeno all'interno del suo contesto, con l'obiettivo di condurre una analisi unitaria, qualitativamente e quantitativamente integrata, prendendo spunto dagli esiti del dibattito che ha caratterizzato la storia della ricerca pedagogica contemporanea. Si è proceduto quindi a formulare un piano della ricerca che, partendo dalle problematiche oggetto di studio, analizzando la letteratura sulla diversità culturale (Soriano, 2009; Benhabib, 2005; Botti, 2013; Chryssochoou, 2006; Hannerz, 2001; Wieviorka, 2002) e sulla disabilità (Bruner, 1971; Feuerstein, 2005; Gardou, 2006; Mahler, 1978; Piajet, 1967; Spitz, 1965; Vigotskij, 1974; Winnicott, 1977), con lo scopo di definire una cornice teorica di riferimento, si esplicasse attraverso l'osservazione partecipata sul campo in ambito sanitario e scolastico, fino a definire un possibile modello di intervento, esplicitandone i presupposti ed identificando gli strumenti utili alla sua realizzazione e generalizzazione.

La prima parte di questo lavoro, che riguarda lo studio teorico sulla diversità culturale e sulla disabilità, è stata effettuata partendo dalla constatazione che, nonostante le differenze rappresentino una realtà dell'essere umano, esse provocano in lui inevitabilmente sorpresa e meraviglia. La relazione tra la migrazione e le differenze culturali che, in seguito ad essa, emergono dall'incontro tra persone appartenenti a culture diverse, evidenzia in che modo le situazioni di convivenza multiculturale generino il confronto tra somiglianze e differenze e quanto tale confronto possa indurre una situazione di fragilità e destabilizzazione, sia in chi accoglie che in chi è accolto. La consapevolezza dell'esistenza di somiglianze e differenze, può provocare un'interferenza che, facilmente, evolve in paura.

L'identità è frutto dell'appartenenza culturale e, come tale, subisce l'influenza di ogni variazione, privazione e implementazione dell'esperienza vissuta. Il confronto in un

contesto multiculturale può indurre percorsi di rielaborazione del proprio vissuto culturale che, spesso, non trovano le condizioni adeguate per essere positivamente elaborati. La migrazione è un fenomeno complesso che coinvolge chi migra, ma anche la società che accoglie i migranti, creando vantaggi e benefici ma, contemporaneamente svantaggi e difficoltà. Riguarda sia l'uscita dal paese di origine in quanto emigrante, che l'entrata nel paese di accoglienza in quanto immigrato. Immigrato e emigrante sono pertanto due facce della stessa medaglia. In tale ottica si sono approfonditi i concetti di emigrazione e di immigrazione. Per emigrazione, si intende l'abbandono di spazi, suoni, odori e sensazioni del luogo in cui si è nati e vissuti per un certo periodo di tempo. Questi elementi costituiscono il vissuto psichico originario delle persone e creano una sorta di "cultura interna", che necessita di scambi continui con la "cultura esterna": nella migrazione, questo scambio perde in parte il proprio equilibrio perché non vi è più corrispondenza tra una cultura e l'altra. L'immigrazione, i cui risvolti psicologici sono stati illustrati nel primo capitolo, implica la ricostruzione di una nuova prospettiva con le proprie forze e con le proprie concezioni, a contatto con la cultura del Paese ospitante che, spesso, si presenta completamente differente da quella di origine e che è stata costruita, elaborata e trasmessa da intere generazioni.

Lo studio teorico sulla disabilità nei suoi aspetti legislativi ed etici, parte dal presupposto che ogni abilità compromessa rappresenta una variazione del funzionamento umano, così come indicato dalle più attuali classificazioni (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001; 2007), che riguardano le "componenti della salute" e non come nel passato le "conseguenze delle malattie". E', quindi, corretto parlare di "abilità diverse", di "handicap come socializzazione del deficit", di "domini della salute e domini ad essa correlati". I nuovi principi evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga conto dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica. Questo approccio permette la correlazione fra

stato di salute e ambiente, definendo in tal modo la disabilità "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole". "E' la cultura a definire la disabilità. Non esiste, infatti, disabilità senza un'idea di essa, una rappresentazione della stessa. Per questo motivo l'idea di disabilità è differente nelle varie epoche storiche e nei diversi Paesi del Mondo. Le differenze culturali caratterizzano le concezioni di salute e malattia. L'importanza del considerare le culture legate alla disabilità, sta nel capire come variano le definizioni, gli approcci, i linguaggi e i modi di relazionarsi alle persone con disabilità quando si trovano in terra straniera" (Martinazzoli, 2012, 67)

Da quanto emerso dall'approfondimento teorico sul concetto di disabilità, che è stato ampiamente analizzato nel terzo capitolo, risulta chiaramente quanto sia determinante l'influenza dell'ambiente sulla genesi della condizione di disabilità.

Come afferma Mercier " Il legame tra cultura e disabilità è complesso e si gioca su vari livelli. L'ambiente sociale e culturale può essere causa di disabilità e la cura e la presa in carico della persona con disabilità sono determinate dalla cultura e dal contesto in cui la terapia si svolge; così anche la rappresentazione sociale di disabilità ha delle determinanti culturali e degli effetti sociali" (Mercier, 1999, 57-59). Scegliere un particolare punto di vista sulla disabilità, determina la maniera di considerare le persone e le modalità di cura. Lo sguardo può essere orientato alla persona, al deficit, al contesto, alla soggettività, favorendo in tal modo diverse rappresentazioni sociali della disabilità.

Il concetto di "rappresentazione sociale" nasce da un lavoro di Serge Moscovici (1984, 3-69) che ha ampliato il concetto di rappresentazione collettiva usato da Durkheim (1898) per comprendere la produzione e l'elaborazione della conoscenza.

Per Moscovici certe rappresentazioni sono "sociali", non soltanto perché vengono condivise da membri di differenti gruppi, ma soprattutto perché sono il risultato della produzione collettiva di significato rispetto all'oggetto considerato. La condivisione non

comporta necessariamente comunanza di idee, ma significa che la conoscenza individuale è influenzata da principi comuni, condivisi dagli individui. La conoscenza comune permette di comunicare con gli altri e le rappresentazioni sociali svolgono proprio questa funzione: permettono che la comunicazione si realizzi.

"Secondo Moscovici , quando le persone si devono confrontare con strutture teoriche complesse o con novità, tentano di dare loro un senso trasformando idee astratte in immagini concrete nello sforzo di incorporare la nuova conoscenza in strutture già familiari. Le rappresentazioni sociali sono il risultato di due processi: 1) attraverso il processo di *oggettivazione* concetti astratti vengono trasformati in immagini concrete; 2) attraverso il processo di *ancoraggio*, la nuova conoscenza riceve un nome e viene classificata all'interno di strutture familiari." (Chryssochoou, 2004, 133-134).

Quindi le rappresentazioni sociali trasformano il nuovo nel familiare, aiutando le persone a relazionarsi con le novità e costituiscono la cornice in cui si sviluppa la visione del mondo che guida le persone a dare significato al loro ambiente, le orienta nelle loro pratiche e le aiuta a trovare il loro posto all'interno di un sistema sociale.

Mercier (1999) ripercorrendo il pensiero di Morvan (1988), riflette sulle rappresentazioni sociali nella disabilità mentale, evidenziandone alcune tipologie che determinano il concetto di disabilità, regolando le interazioni con le persone disabili. Ogni rappresentazione pone l'accento su diversi aspetti della disabilità, la cui combinazione rappresenta l'idea di persona con disabilità in ogni società. Essa può essere classificata, rifiutata, ritenuta sofferente, percepita immatura come un bambino e ciò determina l'approccio nei confronti del soggetto, nelle modalità di cura e relazione.

"Tali rappresentazioni corrispondono a delle immagini che le persone, attraverso una rappresentazione cognitiva e individuale e/o sociale e condivisa, compiono riguardo la disabilità, sia fisica che mentale" (Mercier, 1999, 59).

Periodi storici differenti hanno proposto differenti rappresentazioni di disabilità, di modalità di cura e presa in carico di soggetti disabili, così come culture differenti interpretano le disabilità con specifiche peculiarità. In alcune parti del mondo le rappresentazioni sociali si differenziano tra loro in relazione alle cause che le hanno determinate. Nelle società occidentali la causa è interna, legata ad un concetto di danno fisico o mentale e lo scopo della medicina occidentale è quello di riparare il danno.

Nelle società tradizionali l'attenzione è invece verso l'esterno, verso la società e le relazioni sociali che intercorrono tra gli individui e l'"invisibile" e "sovrannaturale": antenati, spiriti, magia.

Partendo dal concetto di diversità delle rappresentazioni della disabilità all'interno delle diverse culture si è formulata l'ipotesi fondante il progetto di ricerca che pone l'accento sulle difficoltà teoriche di una valutazione diagnostica culturalmente sensibile e competente.

Con i bambini, gli adolescenti immigrati e le loro famiglie, il problema dell'utilizzo di strumenti diagnostici si pone innanzi tutto a livello dei possibili errori o distorsioni (*bias*) che nascono dall'applicare modalità di indagine costruite secondo i parametri euro-centrici di funzionamento cognitivo, affettivo e relazionale ad un'utenza che ha poca familiarità con le nostre tecniche di colloquio, di raccolta anamnestica, di osservazione e con le nostre batterie testistiche. L'analisi di alcuni tra i più significativi test cognitivi utilizzati nei nostri servizi, condotta nel terzo capitolo, ha evidenziato le caratteristiche che possono ostacolare la validità del processo diagnostico. Come evitare il rischio di patologizzare comportamenti che riflettono semplicemente differenti modalità culturali? Allo stato attuale, mancano, per i test, dati normativi e parametri statistici di riferimento. Questo costringe gli operatori a trattare ogni caso come "unico", senza confronti affidabili che permettano "diagnosi differenziali" e interventi mirati. Come discriminare funzionalità e disfunzionalità all'interno delle diverse

rappresentazioni culturali dello sviluppo infantile, della scolarizzazione e dell'adolescenza? Quali correttivi inserire nella pratica diagnostica?

Protocolli diagnostici connotati culturalmente non sempre consentono di operare una valutazione attendibile delle funzioni di bambini figli di migranti, causando effetti a cascata in ambito familiare, relazionale, scolastico, perpetuando lo svantaggio dovuto alla condizione di doppia diversità.

Come si è visto più diffusamente nella disamina della letteratura sulle migrazioni, tale ipotesi è sostenuta dal fatto che, i dati emersi dalle ricerche svolte negli ultimi cinque anni nel nostro Paese, rilevano una situazione omogenea per quanto riguarda le principali difficoltà che incontrano tali soggetti. I risultati rivelano, infatti, un consistente numero di bambini con carattere migrante che presentano difficoltà negli apprendimenti scolastici Nella maggioranza dei casi tali deficit sembrano essere ricollegabili ad una scarsa esposizione alla L2 (italiano) in ambito familiare, su uno sfondo di difficoltà di inclusione sociale esteso a tutta la cerchia parentale. Riflettono su tale disfunzione gli esiti del progetto migratorio ed il trauma, ad esso conseguente, vissuto dai genitori dei bambini che determina spesso situazioni di conflitto intrafamiliare.

Ciò che risulta fondamentale nel lavoro sul campo è isolare le varie metodologie di valutazione utilizzate può consentire di isolare le diverse problematiche portate dai soggetti richiedenti l'intervento, separando ciò che è sociale e culturale da ciò che effettivamente rappresenta un aspetto deficitario nel funzionamento generale.

Si è quindi ipotizzato di stilare un protocollo di accoglienza e valutazione in un'ottica interculturale che possa definire i reali bisogni degli utenti a cui rispondere con interventi multidisciplinari.

Per poter verificare la validità dell'ipotesi iniziale, si è quindi effettuato uno studio empirico, con un duplice orientamento, così articolato:

1. Raccolta di dati quantitativi rispetto alla presenza nelle istituzioni scolastiche di bambini disabili a carattere migrante
2. Raccolta di dati qualitativi all'interno di un servizio sanitario di primo livello di conoscenza e verifica delle procedure diagnostiche e terapeutiche messe in atto nei confronti di una utenza rappresentata da bambini disabili a carattere migrante.

Per quanto riguarda i contesti della ricerca si è proceduto ad identificarli sulla base della tipologia di dati da rilevare.

1. Come prima cosa è stata effettuata una stima quantitativa del fenomeno e sono stati raccolti i dati relativi ai bambini disabili figli di migranti presenti nei 35 Distretti Scolastici di Roma e Provincia. L'indagine è stata svolta presso l'Ufficio Scolastico Regionale, dove sono state esaminate tutte le schede cartacee (All. 2) che ogni istituzione scolastica è tenuta ad inviare annualmente con l'indicazione di tutti gli alunni certificati ai sensi della legge 104/92, così da consentire la distribuzione del monte ore di sostegno da parte di insegnanti specializzati. Le schede riepilogative facevano riferimento all'anno 2011 e gli alunni sono stati classificati in base all'età, genere, classe frequentata, codice diagnostico ed ente valutatore (All. 3) E' stata, inoltre fatta una distinzione tra i contesti in cui sono presenti o meno gli insegnanti specializzati e gli assistenti educativi.

2. L'indagine qualitativa all'interno del servizio sanitario di primo livello, il TSMREE - Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva - afferente ad una ASL – Azienda Sanitaria Locale – nel territorio di Roma Sud, ha richiesto un iter burocratico che ha portato ad identificare la posizione da occupare all'interno del Servizio e tutti gli adempimenti necessari a

regolarizzare tale posizione. E' iniziato quindi un periodo di frequentazione, durato due anni. Si è trattato di uno *stage* disciplinato dalla normativa in materia di "volontariato" che ha richiesto, oltre alla produzione della documentazione amministrativa e al pagamento di un'assicurazione annuale, anche l'impegno di tutoraggio da parte dello psicologo che ha favorito la realizzazione della sperimentazione.

4.2 Metodologia della ricerca

Lo studio di caso è stato condotto utilizzando una metodologia di tipo quali-quantitativo, che si è sostanzialmente realizzata attraverso due fasi:

a) la rilevazione quantitativa di dati relativi alla condizione degli alunni di scuola primaria disabili con "carattere migrante" (CE, 2004)
b) l'indagine qualitativa di accertamento e verifica delle procedure diagnostiche in uso nei Servizi Sanitari ai fini della valutazione dell'handicap.

La raccolta dei dati statistici relativi alla presenza di alunni disabili con carattere migrante nelle Scuole Primarie dei 35 Distretti Scolastici e Roma e Provincia, è avvenuta attraverso la consultazione presso l'Ufficio Scolastico Regionale delle schede riguardanti gli alunni certificati ai sensi della legge 104//92 per l'anno 2011.

I dati sono stati classificati in base all'età, genere, classe frequentata, codice diagnostico ed ente valutatore, indicando inoltre la presenza o meno di insegnanti specializzati e di assistenti educativi. Sulla base dei dati emersi, in considerazione dell'alta densità di alunni disabili figli di migranti presenti nelle scuole primarie del XVII Distretto Scolastico, si è deciso di proseguire il lavoro di ricerca sul campo presso una Azienda Sanitaria Locale di quel territorio, allo scopo di identificare le procedure utilizzate dagli Operatori ai fini della certificazione di handicap.

Tale decisione ha orientato la scelta della strategia di indagine per approfondire qualitativamente il fenomeno studiato, che è stata quella dello studio di caso di tipo descrittivo, per indagare su un argomento empirico, con l'obiettivo di condurre uno studio unitario qualitativamente e quantitativamente integrato. Gli esiti del dibattito che ha caratterizzato la storia della ricerca pedagogica contemporanea hanno visto in alcuni momenti storici una vera e propria frattura tra studiosi. In particolare la ricerca educativa italiana ha riservato poco spazio alla metodologia dello studio di caso, sottovalutandola e stereotipandola come "il fratello minore fra i metodi delle scienze sociali" (Panchard,1967).

"In generale, gli studi di caso sono la strategia preferita quando le domande "come" e "perché" stanno per essere poste, quando il ricercatore ha poco controllo sugli eventi e quando l'attenzione è posta su un fenomeno contemporaneo in un contesto di vita reale" (Yin, 2005).

Di fatti, le domande "come" e perché" risultano le più esplicative ed adatte per giustificare l'utilizzo di studi di caso, "perché tali domande si occupano di legami operativi che necessitano di essere tracciati nel tempo, piuttosto che semplici frequenze o incidenze" (Yin, 2005, 38). Proprio attraverso la definizione della forma della domanda della ricerca è possibile identificare l'appropriata strategia di ricerca da utilizzare, tenendo conto delle possibili sovrapposizioni che possono verificarsi tra le varie strategie.

Lo studio di caso rappresenta uno strumento di approfondimento della conoscenza di un processo, la comprensione di un contesto nel suo insieme, un'attività basata sulla scoperta piuttosto che sulla conferma. Esso focalizza un evento nello spazio e nel tempo in cui esso si realizza (contesto reale), registrandone le caratteristiche più significative.

Come ogni altra strategia di ricerca, lo studio di caso presenta vantaggi e svantaggi specifici. Nel passato si riteneva che esso fosse utilizzabile soltanto nella prima fase

della ricerca (esplorativa), mentre i sondaggi lo erano per la fase descrittiva e gli esperimenti per quella esplicativa (Santini, 2001).

Oggi si ritiene che lo studio di caso possa essere utilizzato in ogni situazione problema, anche se possono verificarsi sovrapposizioni con altre metodologie di ricerca qualitativa.

Le critiche mosse a questa metodologia vanno dalla mancanza di rigore, alla difficoltà nella generalizzazione e replicazione dei risultati in diverse condizioni e la creazione di documenti non sempre facilmente interpretabili (Denzin, Lincoln, 1994).

I sostenitori dell'efficacia dello studio di caso affermano che le regole che lo caratterizzano non sono diverse da qualsiasi altra forma di attività di ricerca. Essi giustificano tale posizione argomentando che tutti i tipi di ricerca qualitativa si fondano sul principio in base al quale il significato della realtà è determinato dall'esperienza degli individui ed è mediato dalla percezione del ricercatore. In sostanza, nella ricerca qualitativa non si verifica la teoria, non si svolgono esperimenti e non si misura nulla. In antitesi alla ricerca quantitativa, che scompone un fenomeno nelle sue parti, che rappresentano le variabili dello studio, la ricerca qualitativa ha lo scopo di:

- "comprendere un fenomeno attraverso la *prospettiva interna* del significato che le persone danno alle loro esperienze e non da quella esterna del ricercatore" (Sherman e Web, 1988, 7);
- analizzare gli eventi in funzione del *contesto* a cui appartengono e delle interazioni che le caratterizzano;
- *spiegare un fenomeno* dove c'è insufficienza o fallimento di teorie esistenti, attraverso la *costruzione induttiva* di astrazioni, teorie, ipotesi. I ricercatori qualitativi, infatti, "non sperano di trovare dati a conferma di una teoria, ma di trovare una teoria che spieghi i loro dati" (Goetz e LeCompte, 1984, 4);

- *lavorare sul campo* e *osservare il comportamento* nel *setting* naturale dello studio, a stretto contatto con i partecipanti e non utilizzando soltanto documenti;
- avvalersi come strumento primario per la raccolta e l'analisi dei dati il "*ricercatore responsivo al contesto*. Egli può adattare le tecniche alle circostanze, può allargare la conoscenza della situazione attraverso la sensibilità agli aspetti non verbali, può elaborare i dati, esplorare le risposte anomale" (Guba e Lincoln, 1981);
- generare un prodotto *descrittivo* in grado di fornire la conoscenza del fenomeno utilizzando parole, descrizioni e illustrazioni piuttosto che i numeri.

Lo studio di caso si inserisce tra le numerose e varie metodologie utilizzate come strategie di ricerca qualitativa ed impiegato in svariati contesti scientifici.

Yin (1981a, 1981b) definisce lo studio di caso "un'indagine empirica che si propone di investigare un fenomeno contemporaneo nel suo contesto reale, quando i confini tra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti, in cui vengono utilizzate fonti multiple di prova", e sostiene che ciò consente di registrare le caratteristiche globali e significative di eventi di vita reale. Questo lo distingue anche da altre strategie di ricerca: l'esperimento separa il fenomeno dal suo contesto, riproducendolo in un ambiente controllato; l'inchiesta fa riferimento ad un contesto ma limita le variabili da analizzare per rendere fattibile il rilevamento.

Quando, quindi, intraprendere uno studio di caso? Generalmente, i fattori che aiutano nella scelta della strategia più appropriata sono l'oggetto dell'indagine, la possibilità o meno di esaminare direttamente sul campo, l'azione e il punto di vista dei soggetti coinvolti e il grado di focalizzazione su eventi contemporanei piuttosto che storici.

In relazione a questi fattori, gli studi di caso si dimostrano più utili quando:

- il campo sembra presentare importanti fattori esplicativi del fenomeno o i legami tra fenomeno e contesto non sono chiari ed è necessario includere entrambi nella ricerca
- gli eventi da osservare sono contemporanei
- il fenomeno non può essere riprodotto e manipolato in un *setting* di laboratorio.

Sulla scorta di tali evidenze e partendo, quindi, dal presupposto che ogni studio empirico possiede un progetto di ricerca implicito, la ricerca è stata svolta identificando i criteri generali del progetto e fissando alcune componenti indispensabili per un corretto svolgimento dell'indagine. Contrariamente ad altre metodologie, sviluppare un progetto di ricerca per lo studio di caso, appare estremamente complesso poiché non esiste un "catalogo" completo di ricerca per studi di caso, non vi sono testi che presentino una sintesi dei progetti di ricerca per situazioni quasi-sperimentali, né tantomeno sono rintracciabili "elenchi", come quelli che, solitamente, sono disponibili nella ricerca tramite indagine (Kidder, Judd, 1986).

L'impianto metodologico è stato, pertanto, fondato in massima parte sulle evidenze ricavabili dallo studio teorico del fenomeno. Si è individuato, quale teoria preliminare dello studio, l'assunto secondo il quale la valutazione diagnostica dei bambini disabili figli di migranti, effettuata presso le strutture sanitarie pubbliche, sarebbe inficiata dalla connotazione culturale degli strumenti diagnostici utilizzati. Sono state, quindi, identificate le componenti essenziali del progetto, secondo un piano d'azione che si caratterizza per l'insieme delle domande alle quali poter fornire risposte in base alle seguenti fasi di lavoro:

1. Individuazione e selezione dei dati da raccogliere: quantitativi, relativi alla presenza nelle istituzioni scolastiche di bambini disabili con carattere migrante e qualitativi, attraverso la consultazione dell'archivio clinico di un servizio

sanitario di primo livello e l'osservazione partecipata alla consultazione clinica di bambini disabili figli di migranti

2. Raccolta dei dati: effettuata in due luoghi e momenti diversi per confermare o meno l'ipotesi della ricerca. Presso l'Ufficio Scolastico Regionale per verificare l'incidenza nelle classi di bambini migranti che presentano difficoltà connesse alla presenza di bilinguismo e presso il TSMREE per analizzare la validità diagnostica dei protocolli di valutazione utilizzati nei servizi sanitari di primo livello con bambini migranti.
3. Analisi, connessione e interpretazione dei dati empirici: sulla base della documentazione raccolta, delle opinioni dei professionisti interpellati in ambito scolastico e sanitario, sugli esiti delle azioni sperimentali avviate nel corso della ricerca.
4. Elaborazione delle conclusioni, collegamento dei risultati alle variabili iniziali e definizione dei possibili ambiti di generalizzazione.

Attraverso il lavoro di raccolta, analisi ed elaborazione dei dati è stato possibile delineare un quadro generale in cui inserire la problematica oggetto di indagine per poterla analizzare nei suoi aspetti significativi, avvalendosi dei punti di vista dei vari attori a diverso titolo coinvolti, con il duplice obiettivo di verifica delle ipotesi iniziali e di possibili proposte operative.

CAPITOLO 5

RACCOLTA E ANALISI DEI DATI

La raccolta dei dati statistici relativi alle presenze di bambini disabili figli di migranti nelle scuole primarie dei 35 Distretti Scolastici di Roma e Provincia per l'anno 2011, è stata effettuata presso l'Ufficio Scolastico Regionale, esaminando le schede inviate da ciascuna scuola con l'indicazione di tutti gli alunni certificati ai sensi della legge 104/92. La classificazione dei dati, che sarà oggetto di analisi successiva, ha evidenziato un dato significativo riguardante la tipologia di disabilità più frequentemente riscontrata. Tra i bambini disabili figli di migranti che hanno frequentato la scuola primaria nell'anno 2011, la patologia più diffusa è risultata essere quella dei Disturbi Settoriali dello Sviluppo che, secondo la codifica delle diagnosi cliniche (All. 4) utilizzata dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, include i seguenti codici:

3.10 **Disturbo specifico del linguaggio**

3.20 **Disturbi dell'attenzione**

3.21 disturbo dell'attenzione senza iperattività

3.22 disturbo dell'attenzione con iperattività

3.30 **Disprassia**

3.40 **Disturbo specifico di apprendimento**

3.41 della lettura e della scrittura

3.42 del calcolo

3.43 misto

Alla luce dei dati quantitativi emersi e della forte incidenza dei Disturbi settoriali dello sviluppo, ci si è domandati se ci fosse una reale corrispondenza tra le condizioni dei bambini oggetto dell'indagine statistica e le effettive difficoltà presentante e quanto

fossero attendibili le relative valutazioni diagnostiche, operate avvalendosi di strumenti classici, culturalmente connotati. Il contesto di ricerca è stato, pertanto, individuato con l'obiettivo di effettuare una verifica tra quanto statisticamente appreso e le situazioni concretamente vissute. E' stato quindi deciso di effettuare una indagine esplorativa, che ha comportato, dal punto di vista organizzativo, un periodo di presenza intensiva di circa due anni presso un Servizio di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva di un'Azienda Sanitaria Locale della Capitale, che si è configurato a livello burocratico come volontariato qualificato.

La descrizione del progetto svolto presso la ASL sarà approfondito nel paragrafo 2.2, nel quale si illustrerà lo studio di caso.

5.1 I numeri delle migrazioni

Le presenze in Italia dei bambini disabili con carattere migrante

Il quadro di sintesi (Tab. 5) del Rapporto Nazionale del M.I.U.R. per l'anno scolastico 2011/2012 (MIUR, 2013), evidenzia che gli alunni stranieri in Italia rappresentano l'8,4% della popolazione scolastica totale.

Tab. 5 – Distribuzione degli alunni stranieri nell'a.s. 2011/2012

CARATTERISTICHE GENERALI	
Gli alunni con cittadinanza non italiana	755.939
L'incremento rispetto all'anno scolastico precedente	+45.676
L'incidenza degli alunni Cni sul totale degli alunni	8,4%
Il livello scolastico con l'incidenza più elevata	Primarie: 9,5%
Le scuole con il maggior aumento rispetto all'a.s. 2010/2011	Infanzia + 12.433
La nazione più rappresentata tra le provenienze	Romania: 141.050
Numero di cittadinanze straniere	193
Le scuole superiori con una maggiore presenza di stranieri	Istituti Professionali 64.852
Le scuole superiori con l'incidenza più elevata	Istituti Professionali 12,1%
PRESENZE E DINAMICHE TERRITORIALI	
La regione con il maggior numero di alunni Cni	Lombardia: 184.592
La regione con l'incidenza più elevata	Emilia Romagna 14,6%
La provincia con il maggior numero di alunni stranieri	Milano: 69.801
La provincia con l'incidenza più elevata	Prato: 18,8%
Associazioni tra cittadinanza e provincia più rilevanti	1. Ecuador-Genova 2. Tunisia-Trapani 3. Cina-Prato 4. Ucraina-Caserta 5. India- Cremona
SCUOLE CON ELEVATA CONCENTRAZIONE DI ALUNNI STRANIERI	
Le scuole con almeno un alunno con cittadinanza non italiana	44.716 il 77% del totale
Le scuole con almeno il 30% di alunni con cittadinanza non italiana	2.499 Il 4,3% del totale
Scuole con almeno il 50% di alunni stranieri	415
Scuole dell'infanzia con almeno il 50% di alunni stranieri	233
Province con il maggior numero di scuole con almeno il 50% di alunni stranieri	1.Milano (56) 2.Torino (34) 3.Brescia (32
ALUNNI ROM, SINTI, CAMINANTI	
Gli alunni rom	11.899
I rom nelle scuole secondarie di secondo grado 1	134
Femmine tra gli alunni	47,3%
Prime 3 regioni per alunni	1.Lazio (2.277) 2.Lombardia (1.727) 3.Piemonte (1.316)
Primi 3 comuni per alunni rom	1.Roma (2.027) 2.Milano (575) 3.Torino (516)
NATI IN ITALIA	
L'incidenza dei nati in Italia tra gli alunni con cittadinanza non italiana	44,2%
Le regioni con le maggiori percentuali di allievi nati in Italia	Lombardia e Veneto 50,9%
Nati in Italia tra gli stranieri nelle scuole dell'infanzia	80,4%
Nati in Italia tra gli stranieri al V anno delle secondarie II grado	7,2%
La regione con la % più alta di nati in Italia nelle scuole dell'infanzia	Veneto: 87,2%
La regione con la % più alta di nati in Italia nel V anno sec. II grado	Sicilia. 15,0%
RITARDI ESITI	27,6%
Stranieri iscritti in ritardo scolastico a 11 anni	70,9%
Stranieri iscritti in ritardo scolastico a 15 anni	12,3%
Stranieri ripetenti nel I anno di secondarie di II grado	

Il rapporto di sintesi dell'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili (2009) riguardante la situazione degli immigrati in Italia ad Aprile 2009 (Anno scolastico 2008/2009), a seguito della rilevazione in tutte le 10.746 istituzioni scolastiche segnala la seguente circostanza: gli allievi con cittadinanza non italiana sono 629.748 unità di cui 14.126 con disabilità, corrispondente al 2,2%.

Gli alunni disabili e i docenti di sostegno, per l'anno scolastico 2008/2009, sono :

ALUNNI (Totale nazionale 7.768.506 unità)

Infanzia	12.882	
Primaria	64.576	
Secondaria I grado	54.269	
Secondaria II grado	44.051	
Totale	175.778	**2,26% sul totale alunni nazionale**

DOCENTI (Totale nazionale 730.566 unità)

87.190 unità di sostegno rapporto medio/alunno docente 1/2,016

1. Per quanto riguarda la scuola dell'infanzia (12.882 unità - 1,33% del totale dei bambini) le disabilità sono: psico-fisica 12.280 unità; della vista 213; dell'udito 389 unità e i bambini iscritti risultano 967.575 unità.
2. Per la scuola Primaria (64576 unità - 2,52% del totale degli alunni) le disabilità sono: psico-fisica 61.560 unità; della vista 1.066 ; dell'udito 1.950 unità e gli alunni iscritti risultano 2.564.111 unità.
3. Per la scuola Secondaria di I grado (54269 unità - 3,31% del totale degli alunni) le disabilità sono: psico-fisica 51.735 unità; della vista 895; dell'udito 1.639 unità e gli alunni iscritti risultano 1.640.789 unità .
4. Infine per la scuola Secondaria di II grado (44.051 unità - 1,70%del totale degli alunni) le disabilità riscontrate sono: psico-fisica 41.994 unità; della vista 727; dell'udito 1.330 unità e gli alunni iscritti risultano 2.596.031 unità.

Si tratta quindi di un numero elevato di bambini figli di migranti che presenta difficoltà di vario tipo, con una percentuale superiore per quanto riguarda l'ambito psico-fisico, che include anche le difficoltà nell'apprendimento scolastico.

5.1.1 I bambini disabili figli di migranti nella scuola primaria

A partire dai grandi numeri, è stato più complesso capire quanti bambini disabili con carattere migrante frequentano le nostre scuole.

L'indagine quantitativa è stata indirizzata alla raccolta di dati relativi alle scuole primarie dei 35 Distretti scolastici di Roma e Provincia, con l'obiettivo di identificare un *target* dal quale poter ricavare dati rappresentativi della realtà presa in considerazione.

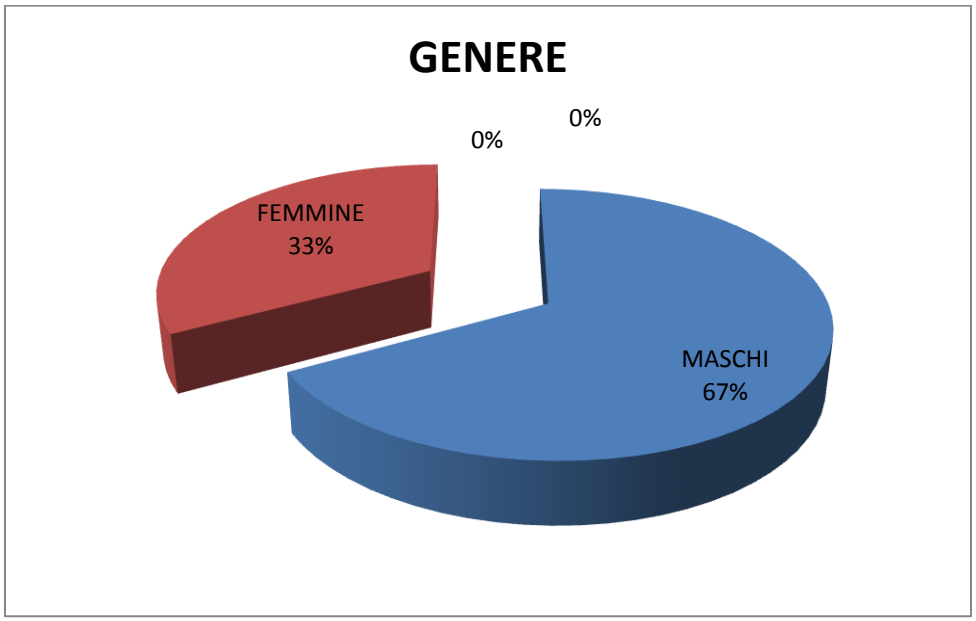
La consultazione delle schede inviate all'Ufficio Scolastico regionale del Lazio da ogni scuola per l'anno 2011, ha consentito di classificare gli alunni sulla base dell'età, il genere, la classe frequentata, il codice diagnostico, l'ente certificatore, la presenza o meno di insegnanti specializzati e di assistenti educativi, utilizzando per ogni Distretto una griglia di classificazione (All. 5).

La raccolta dei dati relativi agli alunni con cittadinanza non italiana, certificati ai sensi della Legge 104/92, ha prodotto i seguenti risultati, evidenziati anche nei successivi grafici:

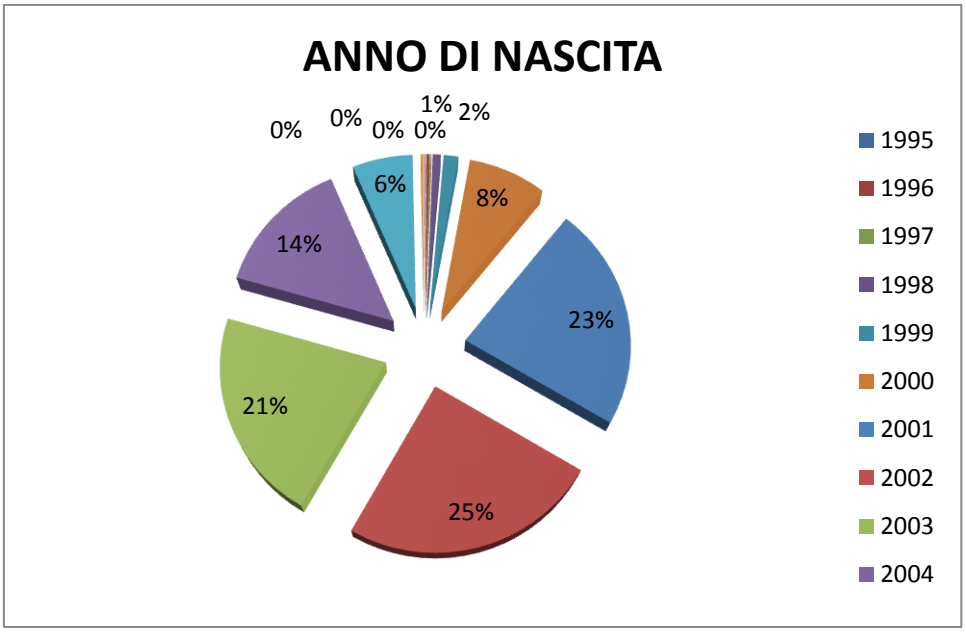
1. Il numero dei bambini "stranieri" aventi diritto al sostegno scolastico, ammonta a 877, di cui 588 maschi (67%) e 296 femmine (33%). Tale dato conferma un andamento comune che vede una maggiore debolezza dei bambini rispetto alle bambine
2. La distinzione operata per anno di nascita mostra una prevalenza di bambini certificati negli anni 2001, 2002, 2003, rispettivamente 10, 9 e 8 anni di età che frequentano le classi V, IV e III della Scuola Primaria. Tale dato sembra indicare che le maggiori difficoltà nell'apprendimento compaiono nel momento in cui la programmazione didattica diventa più impegnativa.

3. L'incidenza dei Disturbi settoriali dello sviluppo sul totale degli ambiti patologici rappresentati risulta essere del 48%, circa la metà del totale, a conferma dell'ipotesi formulata sulla possibilità che tali difficoltà siano influenzate da fattori ambientali e familiari
4. L'incidenza dei Disturbi Settoriali dello Sviluppo rispetto al genere mostra una netta prevalenza dei maschi (71%) sulle femmine (29%), che rispecchia in parte quanto già evidenziato nella proiezione relativa alla divisione per genere
5. La distribuzione territoriale nei 20 Municipi della Capitale e nei Distretti della provincia di Roma, evidenzia un'alta concentrazione di alunni disabili figli di migranti soprattutto nelle periferie urbane (Tab. 6)

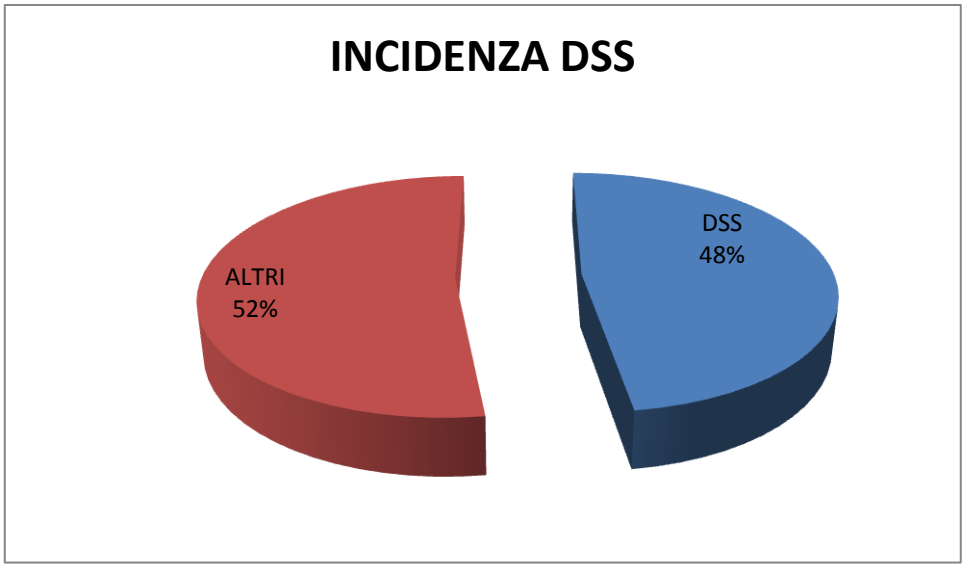
1.Incidenza dell'appartenenza di genere sul totale dei bambini certificati



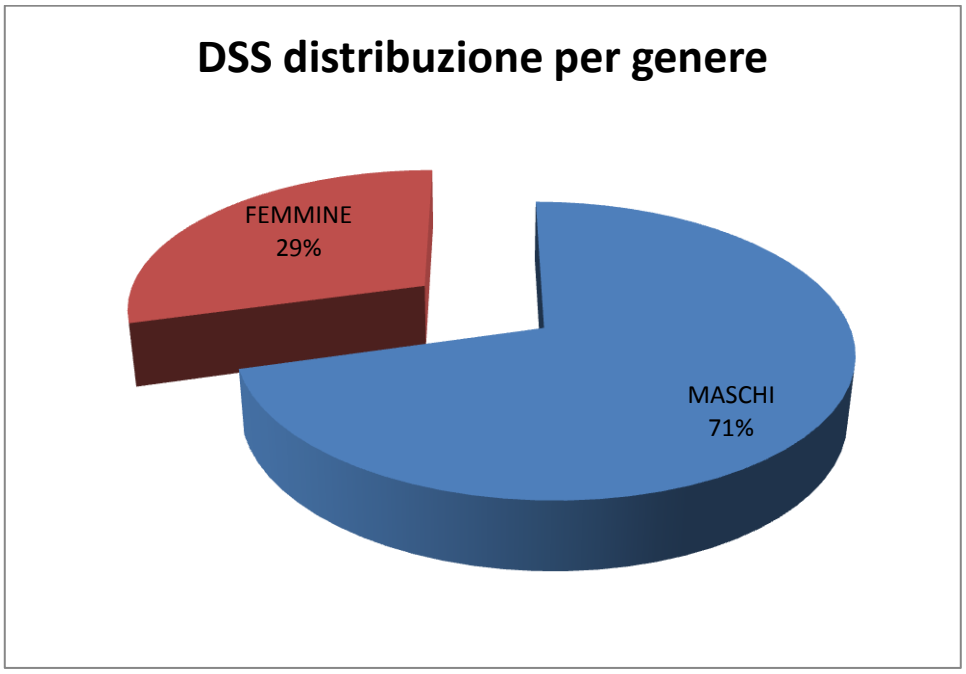
2.Totale dei bambini certificati suddiviso in percentuale per anno di nascita



3.Incidenza dei Disturbi Settoriali dello Sviluppo sul totale delle certificazioni esaminate



4.Distribuzione dei Disturbi Settoriali dello Sviluppo sulla base dell'appartenenza di genere



Tab. 6 - Riepilogo dati alunni con certificazione di sostegno a.s. 2011/2012

DISTRETTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTALE
9						1	7	5	3	2	2		20
10						3	4	5	4			1	17
11							2	4	3		4		13
12					1	1	8	11	8	7	1		37
13				1	2	4	4	5	3	3			22
14						4	14	17	19	6	2		62
15				1	2	2	15	16	8	3	3	1	50
16						6	24	20	25	12	5	1	93
17						2	6	6	4	8	2		28
18			1			1	7	15	2	4	1		31
19						1	4	5	3	4	2		19
20						2	13	5	6	1		1	28
21				1		1	6	6	4	7	3		28
22					1		4	1	1	3			10
23						3	3	4	7	4	5		26
24						3	2	3	4	2			14
25	1	3		1		2	1	6	3	2	1		20
26				1		2	9	7	8	8	1		36
27						2	6	6	8	5	3		30
28					1	5	11	7	7	5	2		38
29					1	1	3	4	2	4	3		18
30						1	4	9	4	6	2		26
31				1		1	5	7	10	1	2		27
32				1	3	1	3	7	3	4	1		23
33					3	3	9	7	7	3	2		34
34					2	2	3	2	1	1			11
35						1	1	4	4				10
36						2	2	4	6	2			16
37				1		2	1	5	5	2	2		18
38			1		1		1	2	1	3			9
39				1		1	2		1	2			9
40						2	1	1	1	1	1		7
41						2	4	2	3	4			15
42							5	4		3	1		13
43						3	4	3	7	1	1		19
	1	3	2	9	17	67	198	215	185	123	52	4	877

La raccolta dei dati quantitativi presso l'Ufficio Scolastico Regionale, ha evidenziato una consistente percentuale di bambini disabili a carattere migrante che frequentano le scuole primarie della Capitale.

Questo dato conferma quanto emerso anche dal Rapporto di sintesi dell'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili del 2009.

Un numero significativo di alunni (48%) risulta certificato ai fini del sostegno scolastico per i Disturbi Settoriali dello Sviluppo, che comprendono anche i Disturbi Specifici dell'Apprendimento. Questo dato contribuisce a sostenere l'ipotesi secondo cui alcune difficoltà presentate dai bambini a carattere migrante, potrebbero essere classificate erroneamente con DSA, in conseguenza dell'utilizzazione degli strumenti diagnostici classici.

Su questa ipotesi si fonda la ricerca sul campo svolta presso il Servizio Sanitario Nazionale.

5.2 Lo studio di caso

La ricerca sul campo, come già accennato in precedenza, si è basata sulla raccolta dei dati qualitativi all'interno di un Servizio Sanitario di primo livello. L'obiettivo è stato quello di conoscere e verificare le procedure diagnostiche e terapeutiche messe in atto nei confronti di una utenza rappresentata da bambini disabili a carattere migrante.

L'indagine ha riguardato l'inquadramento generale del Servizio, la conoscenza degli Operatori, l'accertamento delle prassi relative all'accoglienza ed alla presa in carico, con l'intento di svolgere un'approfondita indagine qualitativa sugli utenti già in carico e su quelli di nuovo inserimento, appartenenti al *target* preso in esame per lo svolgimento del progetto di ricerca.

Tutto il percorso è stato supervisionato da un tutor interno, con la qualifica di psicologo-psicoterapeuta, che ha consentito l'accesso alle sue cartelle cliniche e la totale collaborazione nell'affiancamento alla presa in carico.

Sicuramente la mia scelta del Servizio è stata condizionata dal fatto che, avendolo conosciuto in passato per motivi professionali, come "utente", è stato più agevole prendere contatti con lo psicologo che ha favorito e promosso l'accoglienza della mia richiesta di stage.

Ho avuto modo, in passato, di accedere al TSMREE in qualità di Responsabile di una Casa famiglia ubicata nel medesimo territorio. La necessità di portare in valutazione i bambini ospiti della comunità ha fatto si che si stabilissero buone relazioni con i professionisti, con i quali è stato possibile collaborare per la definizione dei progetti educativi.

Conoscevo, pertanto, già alcuni degli aspetti relativi alle valutazioni diagnostiche, attraverso le restituzioni ricevute dagli operatori in relazione ai casi sottoposti, ma non avevo avuto necessità e modo di entrare nel merito dei protocolli somministrati.

Per capire il funzionamento del T.S.M.R.E.E., il servizio va inserito all'interno dei quadri di riferimento nazionale e regionale più ampi: il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il Servizio Sanitario Regionale (SRN) ed il Distretto Sanitario.

5.2.1 Introduzione al SSN – Servizio Sanitario Nazionale

I dati relativi al funzionamento dell' Azienda Sanitaria Locale sono stati estrapolati dal portale della Regione Lazio, Servizio Sanitario Nazionale.

Si è consultato il sito, oltre che per avere una descrizione istituzionale, anche per verificare se, quanto in esso contenuto, corrispondesse ai servizi effettivamente offerti.

L'attività della Azienda Sanitaria Locale si basa su un principio fondamentale: *"La salute è un bene fondamentale per l'individuo e per la collettività."*

E' a questo principio che si ispira tutto il Sistema Sanitario Nazionale, sistema che è in continua evoluzione, come tutti i sistemi del mondo.

Il contesto sociale mutevole e complesso pone l'esigenza di avviare nel Paese un vero e proprio patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: i cittadini, gli operatori sanitari, le istituzioni, il volontariato, i produttori, non profit e profit, di beni e servizi di carattere sanitario, gli organi e gli strumenti della comunicazione, la comunità europea ed internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Gli operatori sanitari sono lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini. L'umanizzazione del rapporto relazionale in tutte le situazioni di incontro fra cittadini e Servizio sanitario nazionale è la strada prioritaria per realizzare il patto di solidarietà per la salute. Un sistema di servizi equo ed efficace è un fattore essenziale, anche se non esclusivo, per garantire la partecipazione alla vita sociale e l'espressione delle capacità individuali a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di uguaglianza delle opportunità all'interno dell'intera comunità.

Il Sistema Sanitario Regionale - S.S.R.

Tale articolazione si colloca organizzativamente, immediatamente al di sotto del Sistema sanitario nazionale, assumendo il ruolo istituzionale di tutela della salute della popolazione, con l'obiettivo esplicito di migliorarla.

Il S.S.R., se da un lato possiede le competenze necessarie per costruire e leggere l'informazione utile a definire il rapporto tra i fattori di rischio e l'insorgenza delle

malattie, dall'altro ha il compito di fornire comunque una risposta soddisfacente al bisogno di salute e di assistenza dei cittadini. Considerato che agiamo in un contesto in cui i cambiamenti dei comportamenti individuali e collettivi, sono determinati dal cambiare delle culture e dalla sempre maggiore mobilità della popolazione, la povertà e le diseguaglianze socioeconomiche sono causa di danni alla salute, sempre più frequentemente i cittadini si dichiarano insoddisfatti di numerosi aspetti del S.S.N. e si impone l'individuazione di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative della popolazione. I cittadini che utilizzano i servizi sanitari non sono in condizione di valutare direttamente quale "Prestazione" è utile per affrontare uno specifico problema di salute. E' il sistema sanitario stesso che sceglie per conto del cittadino la prestazione da erogare, garantendone l'efficacia e l'appropriatezza rispetto al problema di salute esistente. Il prodotto finale quindi, non è costituito dalle prestazioni ma dalla "quantità e qualità" di vita guadagnata per gli individui e la popolazione.
Di conseguenza il "successo" di un sistema sanitario viene misurato in termini di salute prodotta negli individui e nella popolazione di riferimento.

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario rappresenta una articolazione territoriale dell'Azienda U.S.L. che coincide con il territorio del Municipio; assicura alla popolazione residente l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie, garantendo la fruizione dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'ambito degli indirizzi e degli obiettivi definiti dal mandato istituzionale, dalla programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale, regionale, aziendale, il Distretto Sanitario si pone l’obiettivo di:

a) individuare i bisogni di salute della propria popolazione attraverso l'analisi dei dati epidemiologici demografici, sanitari e sociali e della domanda di salute espressa dai cittadini

b) ordinare i bisogni di salute secondo una scala di priorità definendo gli obiettivi che si intende perseguire

c) programmare le attività territoriali attivando i servizi utili ad erogare prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che soddisfino in modo appropriato ed efficace i bisogni di salute, identificando quei servizi e quelle modalità organizzative che, a parità di efficacia, presentano minori costi di produzione

d) realizzare il coordinamento e l'integrazione in funzione degli obiettivi prefissati, in una logica di assistenza globale riferita alla persona e di continuità assistenziale intesa come individuazione ed attivazione di percorsi assistenziali integrati:

    - con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, con i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri aziendali, con le strutture accreditate
    - con le realtà esterne all'Azienda: Municipio, Scuola, Organismi di rappresentanza dei cittadini, Volontariato sociale, Strutture private. In questo contesto si realizza in particolare il raccordo tra prestazioni sanitarie ad elevata integrazione sociale e quelle socio-sanitarie a rilevanza sanitaria gestite dai Comuni anche attraverso delega alle ASL;

e) orientare le attività distrettuali alla qualità gestionale-organizzativa, tecnico-professionale, relazionale, con particolare attenzione all'accessibilità,

all'accoglienza, all'umanizzazione, all'orientamento del cittadino nei servizi e alla qualità percepita.

Il TSMREE - Tutela della Salute mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva

Il T.S.M.R.E.E. si configura quindi come un Servizio rivolto ai bambini ed agli adolescenti (0 / 18 anni), ed alle loro famiglie; svolge interventi nel campo della neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, riabilitazione ed assistenza sociale a livello ambulatoriale, territoriale e domiciliare.

Gli interventi sono articolati in:

a) Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi di natura neurologica, neuropsicologica-cognitiva e psicologico-psichiatrica, quali cerebropatie, ritardi mentali, ritardi dello sviluppo psicomotorio, ritardi o disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, disturbi di comportamento e di relazione, difficoltà psicologiche di diversa entità e natura;
b) Interventi per la promozione e la tutela del benessere psicologico dei bambini e degli adolescenti, sostegno alle funzioni genitoriali, consulenza psicologica mirata alla soluzione di conflitti intrafamiliari;
c) Interventi per la tutela di bambini e adolescenti in condizioni di rischio o esposti a maltrattamenti e/o abusi; interventi derivanti da provvedimenti della magistratura (Tribunale dei Minori, Civile, Penale) in collaborazione con i Servizi Sociali del Municipio;
d) Interventi previsti dalla Legge 104/92 (legge quadro sull'handicap), per l'integrazione sociale e scolastica (certificazioni per il sostegno didattico, assistenza, partecipazione ai gruppi di lavoro specifici nella scuola, G.L.H. di Istituto ed Operativi), per l'assistenza domiciliare in collaborazione con il

Servizio Sociale Municipale, per i soggiorni estivi; informazioni e certificazioni per la richiesta delle provvidenze previste dalla legge;

e) Attività di consulenza alle Istituzioni educative e scolastiche sia per singoli alunni che per progetti di prevenzione o di formazione nel campo dell'intervento del Servizio.

L'accesso alle prestazioni, riservato ai cittadini che hanno la residenza nel Municipio di appartenenza del Servizio, è così disciplinato:

1. gli appuntamenti per la prima visita possono essere presi per telefono o di persona
2. il servizio è gratuito
3. per accedere alle prestazioni è necessario presentare il libretto di iscrizione al SSN o STP e il Codice Fiscale
4. le prestazioni prevedono la compilazione di una cartella contenente dati anagrafici ed anamnestici tutelati dalla normativa vigente sulla Privacy.

5.2.2 Il punto di vista degli operatori del TSMREE

Per ottenere un'immagine più esauriente possibile del funzionamento del Servizio sono stati svolti colloqui con alcuni operatori, sulla base di una traccia contenente una serie di domande specifiche, per poter verificare anche la percezione che hanno gli stessi del fenomeno oggetto di indagine.

Sono stati interpellati tutti i professionisti presenti all'interno del servizio: Responsabile, Psicologo, Neuropsichiatra Infantile, Assistente sociale, Logopedista, Fisioterapista, Educatore professionale, ma non tutti hanno dato la propria disponibilità a rispondere alle domande.

Le modalità di rilevazione sono state diversificate a seconda della loro disponibilità ed interesse al tema della ricerca, dei tempi a disposizione ed anche del rapporto di collaborazione che si è instaurato con ciascuno di loro.

Dal primo confronto individuale avvenuto con la psicologa che si è occupata del tutoraggio, con la quale la collaborazione si è svolta con assiduità e continuità durante tutto il periodo, sono emerse alcuni considerazioni che si ritengono estremamente importanti, sia al fine della conoscenza approfondita del Servizio, che per identificare le problematiche che, quotidianamente, gli operatori incontrano nella gestione della presa in carico dei bambini disabili migranti.

Dalla descrizione del Servizio è emerso che il fatto che il Servizio faccia parte del distretto significa che non è parte di un dipartimento, come ad esempio il CSM – Centro di Salute Mentale - che fa parte del DSM - Dipartimento di Salute Mentale. I Dirigenti apicali sono diversi ed i centri di costo sono diversi. Mentre il CSM gestisce fondi per progetti sanitari con gli utenti come i ricoveri in clinica, il TSMREE non ha fondi da gestire, ma li gestisce il Distretto, ad esempio è l'amministrazione del Distretto che fattura il ricovero in comunità terapeutiche per i minori Quindi non è un'Unità Organizzativa Complessa ma si tratta di un'unità organizzativa semplice il cui "primario", è il Direttore del Distretto, la Responsabile del Servizio è una sua sottoposta.

La particolarità del servizio è che la Responsabile, a differenza di quanto accadeva anni fa , è una psicologa. Ciò denota un progresso rispetto alle *lobbies* dei medici, anche perché per fare il responsabile necessitano doti organizzative e di gestione e di competenza tecnica che non sono necessariamente legate all'essere, in questo caso Neuropsichiatra Infantile.

Da un punto di vista organizzativo, il servizio lavora su tre ambiti, che fino a poco tempo fa corrispondevano a tre unità organizzative con tre diversi responsabili: Unità

Organizzativa Minori a Rischio e Rapporti con il Tribunale, Unità Organizzativa di prevenzione e cura dei disturbi psicopatologici, Unità Organizzativa di prevenzione e cura e riabilitazione per dei disturbi dello sviluppo e neuropsicologici. Per risparmiare sulle posizioni dirigenziali sono state eliminate le tre Unità Organizzative ed attualmente tutti fanno tutto. Le recenti disposizioni hanno dato al servizio delle incombenze che prima erano espletate anche dai centri riabilitativi accreditati e dagli ospedali. Ad esempio attualmente i certificati di sostegno debbono essere redatti solo dal TSMREE non hanno validità neanche quelli redatti dall'Ospedale Bambin Gesù o dal Policlinico Umberto I (via dei Sabelli) o dal Policlinico Tor Vergata. Inoltre è stato assunto anche l'onere del controllo e della ratifica dei progetti riabilitativi che prima venivano fatti in autonomia dai centri accreditati. Le basi di ricovero di pazienti che devono passare dal pronto soccorso ad una clinica le può fare solo un Neuropsichiatra del Servizio.

Per quanto riguarda l'accesso al Servizio si può desumere che: ad esso accedono minori i cui genitori fanno richiesta o diretta o telefonica, vengono ascoltati da uno degli operatori dell'equipe di accoglienza (composta da tre assistenti sociali ed un educatore professionale) che, una volta accertatosi che il minore risieda proprio nella circoscrizione di appartenenza del Servizio, riempie una scheda con i dati anagrafici, una breve sintesi della richiesta ed illustra brevemente il funzionamento del servizio al genitore specificando che ci sarà un'attesa di circa due mesi per il primo appuntamento.

Ogni 15 giorni circa la responsabile e la vice-responsabile si riuniscono per analizzare le schede e decidere la prima assegnazione che è sempre ad uno psicologo o ad un Neuropsichiatra Infantile (NPI), a seconda della problematica che si ipotizza dalla richiesta. Ai NPI vengono assegnati in prima battuta i bambini in età prescolare, soprattutto per quanto riguarda difficoltà di linguaggio o disturbi di tipo organico, disturbi del sonno, malattie genetiche, deficit sensoriali, etc. oppure quando le richieste

riguardano l'espletamento di un atto medico come il controllo di un progetto riabilitativo, la consulenza neuropsichiatrica, la certificazione ai fini della commissione medico-legale, la base di ricovero, il controllo di un piano terapeutico per alcuni psicofarmaci, etc. Agli psicologi vengono assegnati i disturbi di apprendimento, i disturbi di comportamento, le difficoltà psicologiche e psicopatologiche, i casi GIL (Gruppo di Lavoro Integrato con il Municipio per le situazioni di minori che hanno a che vedere con le AAGG ed i Tribunali, per i minorenni, ordinario, penale).

Per quanto riguarda gli adolescenti con gravi problemi come tentativi di suicidio, breakdown o crisi psicotiche, si attiva subito un'equipe composta da NPI, Psicologo e assistente sociale che agisce immediatamente.

Dopo la prima visita i NPI chiedono quasi sempre l'intervento dello psicologo o della logopedista, se occorre dell'assistente sociale. Gli psicologi invece fanno un primo colloquio con i genitori e tre colloqui con il minore (utilizzando all'occorrenza test strutturati) alla fine dei quali si valuta la necessità di chiedere l'indagine logopedica se si tratta di problemi di apprendimento, o la consulenza del NPI o dell'Assistente Sociale o dell'Educatore Professionale. La fase valutativa molto spesso necessita di un confronto con il contesto scolastico. Alla fine di questo processo valutativo si fa una diagnosi di equipe e si ricevono i genitori per una restituzione.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei genitori, viene rilasciata una relazione su quanto osservato oppure una certificazione L.170 o un Certificato per l'integrazione scolastica (Sostegno) dando indicazioni (quasi sempre lo fa l'assistente sociale) per avviare la procedura medico-legale per l'accertamento della invalidità (L.104). Si fa un progetto di intervento considerando i limiti delle risorse disponibili. Attualmente vengono offerti sostegni alla genitorialità, terapie familiari, terapie individuali brevi, consultazioni terapeutiche, consulenze scolastiche per il singolo bambino, terapie riabilitative (fisioterapia, terapia logopedica quasi sempre in piccoli gruppi), etc.

Fondamentale risulta nella percezione degli operatori il lavoro di rete, non soltanto\ con la scuola ma anche con case famiglia in cui sono inseriti i minori, altri servizi pubblici o privati sia sanitari che del privato sociale che sono inclusi nel progetto terapeutico per il minore. Molto lavoro viene fatto in collaborazione con il Municipio che fornisce l'assistenza domiciliare per l'aiuto alla famiglia ed al minore in casi sociali (SISMIF) o in situazione di handicap (SAISH).

Quindi esiste una parte di attività più certificatoria che vede nella valutazione l'intervento principe e una parte di attività clinica sia ambulatoria che extra-ambulatoriale (lavoro di rete). La scuola è il maggiore inviante sia per problematiche di apprendimento che per problematiche psicologiche. Negli ultimi anni sono aumentate le richieste fatte dai genitori stessi o dall'adolescente. Proprio negli ultimi tempi sono aumentati i tentativi di suicidio ed i breakdown che esitano in ricoveri.

Altro dato interessante appare essere quello relativo ai pazienti che frequentemente rimangono in carico al servizio per molto tempo, nei casi di handicapp fino al 18esimo anno poi c'è il passaggio al servizio dei disabili adulti. In caso di psicopatologia c'è il passaggio al CSM al raggiungimento del 18esimo anno.

***Colloqui con gli operatori sulla basse della traccia riportata in appendice* (All. 6)**

Come detto precedentemente, non tutti gli operatori hanno accettato di rispondere alle domande utili per chiarire il funzionamento del Servizio e le prassi adottate.

I dati raccolti, pertanto, si riferiscono a coloro che hanno poi accettato di collaborare: due psicologi, di cui uno Responsabile del Servizio, un assistente sociale, un logopedista e un educatore professionale. I dati sono riportati nella seguente griglia riassuntiva.

TAB 7 GRIGLIA PER LA CLASSIFICAZIONE DEI DATI RACCOLTI DURANTE I COLLOQUI CON GLI OPERATORI SULLA BASE DELLA TRACCIA RIPORTATA IN APPENDICE.

	RESPONSABILE	PSICOLOGO	ASSISTENTE SOCIALE	LOGOPEDISTA	EDUCATORE PROFESSIONALE
N. BAMBINI A SETTIMANA	**10**	**25**	**20 Bambini/genitori**	**12**	**8**
STRANIERI	**2**	**6**	**9**	**Pochi**	**2**
NAZIONALITA'	**Romania, Brasile, Ecquador, Fillippine, Cina, Bielorussia**	**Bielorussia, Romania, Brasile, Ecquador, Filipppine, Africa del Nord**	**Bangladesh, Egitto, Colombia, Perù, Ucraina, Romania**		**Perù, Filippine, a volte Asiatici, Sudamericani, India, Bangladesh**
ETA'	**6-18**	**8-17**	**2-18**	**Scolare**	**6-10**
GENERE	**M**	**M**		**M**	**M**
INVIANTE	**Scuola, Autorità Giudiziaria**	**Scuola, Autorità Giudiziaria**	**Genitori, Scuola**	**Scuola**	**Familiari, a volte su richiesta della scuola**
N. INCONTRI VALUTAZIONE	**5**	**1 con i genitori 3-5 con i bambini**	**Non esistono valutazioni strutturate sugli interventi svolti**	**2/3**	
CRITERI SPECIFICI PER VALUTAZIONE E TERAPIA	**Nessuno. Solo attenzione alla comprensione linguistica**	**Nessuno. Attenzione a non fare test verbali (WISC)**	**Si includono gli aspetti culturali**	**Si in relazione alla lingua parlata in famiglia, il tempo di esposizione alla L2 e al disturbo**	**Si cerca di considerare ad intuito l'interferenza della scarsa competenza linguistica**
STORIA MIGRATORIA	**SI**	**Si se parlano italiano ma non approfondita**	**Sempre**	**Non si raccoglie anamnesi**	**Si ma considerata superficialmente e posposta ai problemi attuali**
PAURE	**Insuccesso Scolastico Intervento del Tribunale**	**Preoccupazione per il giudizio altrui, problemi con autorità scolastica, integrazione scolastica**	**Meno acute rispetto ai genitori italiani. Considerato molto aspetto culturale**		**Difficoltà linguistiche e inserimento scolastico**
PATOLOGIE	**Difficoltà di apprendimento**	**Difficoltà di apprendimento, bassa autostima. Se non comprendono l'italiano inibizione o agitazione con o senza agiti aggressivi**	**Problemi di linguaggio e apprendimento. Inserimento. Psichiatrici in adozioni internazionali**	**Disturbi del linguaggio e apprendimento**	**Difficoltà di apprendimento per carenze specifiche soprattutto all'inizio del percorso scolastico**
RACCORDO CON LA SCUOLA	**SI GLH e riunioni con insegnanti**	**SI GLH e riunioni con insegnanti**	**Quando necessario con il consenso dei genitori**	**SI Incontri con insegnanti, invio relazioni**	**Si, colloquio telefonico e incontri di aggiornamento**
MEDIATORI	**NO**	**Richiesti ma non ottenuti**	**NO**	**NO**	**Teoricamente si ma quasi mai presenti**
COME MIGLIORARE	**Mediatori, formazione specifica, strutture esterne**	**Mediatori, lavorare sul trauma migratorio intergenerazionale, testologia ad hoc, formazione specifica, strutture esterne per il potenziamento linguistico e cognitivo**	**Interenti di presa in carico in piccoli gruppi per problema**	**Mediatori culturali e linguistici**	**Mediatori culturali, strumenti, continuità, associazioni esterne, sostegno alla genitorialità**
NOTE PERSONALI		**La situazione di carenza di personale consente di essere soltanto un punto di riferimento fino alla maggiore età ed il nodo della rete, se esistente, che si occupa dei minori.**	**Utile la collaborazione con la Scuola Dottorale e il progetto di accoglienza/intervento perché ha creato una sensibilità particolare negli operatori**		

Le varie testimonianze dei professionisti hanno consentito a chi scrive di avviare una riflessione generale sugli aspetti organizzativi e sulle pratiche messe in atto, dalla quale sono scaturite alcune considerazioni importanti.

Il quadro generale si presenta piuttosto omogeneo, sia rispetto ai dati anamnestici dei pazienti, che riguardano i paesi di provenienza, il genere preponderante che rispetto alle pratiche messe in atto e alla condizione di scarse conoscenze e competenze rispetto al fenomeno.

Per quanto riguarda i dati anamnestici risulta una priorità di richiesta di accesso al Servizio da parte di soggetti appartenenti al genere maschile, che rispecchia gli indici statistici sull'incidenza generale di alcuni disturbi soprattutto a carico dei maschi, in particolare per quanto riguarda i Disturbi di Attenzione con o senza iperattività, i Disturbi generalizzati dello sviluppo, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento. I paesi di provenienza risultano essere più o meno i medesimi per tutti gli operatori, mentre un leggero scarto si evidenzia per quanto riguarda l'età dei bambini, senza una esplicita motivazione o giustificazione.

Gli invii al Servizio vengono fatti soprattutto dalle istituzioni scolastiche, con alcuni casi di segnalazione da parte delle Autorità Giudiziarie (Tribunale dei Minorenni). Le richieste riguardano le valutazioni psicodiagnostiche ai fini dell'accertamento delle condizioni generali dei minori ed, eventualmente, dei loro genitori. In alcuni casi sono i genitori stessi a richiedere l'intervento, soprattutto per quanto riguarda i bambini adottati.

Non esistono protocolli di valutazione e di cura fondati su particolari criteri diagnostici e terapeutici che tengano conto delle differenze culturali ma, in tutti i casi, viene posta l'attenzione sugli aspetti linguistici e culturali, senza possedere, però, una base di conoscenza e competenza della clinica transculturale, confidando quindi esclusivamente sul buon senso ed intuito personale.

Gli ambiti patologici maggiormente rilevati riguardano le difficoltà dell'apprendimento e i disturbi del linguaggio, soprattutto per quei bambini che iniziano il percorso scolastico. A ciò si associa un profilo di personalità che denota insicurezza e bassa autostima.

I genitori manifestano le proprie preoccupazioni rispetto all'insuccesso scolastico, all'integrazione e alla possibilità di interventi da parte del Tribunale per i Minorenni. Sono anche molto preoccupati dal giudizio altrui, soprattutto dei compagni e genitori autoctoni.

Il Servizio non si avvale della presenza di Mediatori culturali durante i colloqui. Tale opportunità sarebbe da tutti auspicata ma, nonostante i tentativi fatti, al momento non è prevista, né prevedibile.

Quando necessario o in presenza di certificazioni ai sensi della Legge 104/92, il Servizio si raccorda con le istituzioni scolastiche, attraverso i GLH – Gruppi Integrati di Lavoro – di Istituto ed operativi e le riunioni con gli insegnanti, previo consenso dell'esercente la potestà genitoriale.

Tutti gli operatori concordano che, per migliorare la qualità delle prestazioni offerte, sia necessario incrementare e potenziare alcuni servizi tra cui la mediazione linguistica e culturale; fornire un'offerta formativa specifica per gli operatori e degli strumenti di valutazione *culture free;* favorire la creazione sul territorio di strutture convenzionate specializzate alle quali inviare i minori stranieri per la presa in carico terapeutica. Il Servizio garantisce, infatti, la possibilità di effettuare la valutazione diagnostica, ma non può assicurare interventi a livello psicoterapeutico e riabilitativo, per carenza di risorse umane. Allo stato attuale le consultazioni terapeutiche si svolgono in cinque sedute e, se necessario, la situazione viene seguita con incontri di controllo per tutto il periodo della scuola dell'obbligo.

I dati ottenuti dai colloqui fotografano un Servizio che stenta a rispondere in maniera adeguata alle istanze di una parte di popolazione che è diventata ormai piuttosto consistente. Uno dei principali problemi sembra essere quello dell'esiguità delle risorse umane impiegate e, di conseguenza, gli operatori devono sopportare un carico di lavoro eccessivo, in un ambiente non sempre confortevole e disponibile, utilizzando le proprie risorse e gli scarsi strumenti messi a disposizione, adattandoli alle esigenze di una categoria di utenza che non è più lecito considerare come emergenza, visto il consolidarsi del fenomeno migratorio in generale e nel territorio esaminato in particolare. La carenza di spazi, di tempo, di personale esperto, di supporto da parte di strutture esterne specialistiche e dei servizi municipali territoriali, non consente di poter strutturare degli interventi finalizzati alla presa in carico dei bambini disabili con carattere migrante che, invece, sarebbero auspicati da tutti gli operatori interpellati, risultando di grande utilità sia per i destinatari che per il Servizio coinvolto, che si trova a dover far fronte a specifiche richieste in assenza dei presupposti per poterlo fare adeguatamente. Ciò determina una situazione di difficoltà e scoraggiamento che trapela da quanto espresso durante i colloqui, che risulta essere di difficile soluzione in considerazione della complessità burocratica che affligge il nostro Paese che, allo stato attuale, viene superata esclusivamente grazie all'iniziativa ed alla sensibilità personale.

5.2.3 L'osservazione del contesto della ricerca

Parte integrante della ricerca è stata l'osservazione partecipata sul campo, effettuata da chi scrive nel periodo di stage.

La prassi del Servizio prevede che stagisti, volontari, tirocinanti affianchino il professionista, che assume il ruolo di tutor interno, per tutto il periodo della frequentazione, in un ottica di apprendimento e collaborazione reciproca. La differenza sostanziale tra i vari tipi di collaborazione è rappresentata dalle caratteristiche del

soggetto che, se viene ritenuto in qualche modo esperto nel campo, viene coinvolto nel lavoro vero e proprio, assumendo quindi un ruolo diverso da quello di semplice osservatore.

La mia condizione di volontario "qualificato", mi ha indotto a mettere a disposizione della ricerca anche le mie competenze cliniche e ciò ha consentito il totale coinvolgimento nelle attività svolte dal tutor. Pertanto, oltre alla consultazione delle cartelle cliniche da cui desumere le informazione utili a produrre le biografie dei bambini, ho potuto osservare direttamente i casi e partecipare alle procedure di valutazione e terapia dei bambini con carattere migrante seguiti dall'operatore in questione, fornendo il mio contributo personale . Da ciò sono derivate diverse azioni che verranno descritte in seguito.

Entrando nel Servizio come "addetta ai lavori" e non più come "utente" (v. par. 2.2), mi sono trovata a vivere una sorta di "migrazione" ed effettivamente questa esperienza mi ha portato a sperimentare alcuni dei risvolti psicologici che un viaggio presenta: incertezza, spaesamento ma anche accoglienza, interesse e curiosità rispetto alle problematiche che andavo ad indagare.

La struttura che ospita il Servizio

Il Servizio è ubicato in una palazzina costruita negli anni venti che risente della mancanza di manutenzione ed anche i locali destinati al TSMREE, al piano terreno, non sono adeguatamente attrezzati ed in buone condizioni strutturali. All'ingresso si trova la segreteria dove lavorano due amministrativi che rispondono al telefono, accolgono gli utenti e svolgono lavori organizzativi. Le stanze di terapia si affacciano su due corridoi. E' presente un servizio igienico per l'utenza ed uno per il personale.

Non c'è una sala riunioni e nell'archivio si trovano, oltre ai computer di uso comune e alle scaffalature per le cartelle cliniche, anche un frigorifero per la conservazione dei

cibi ed un forno a microonde ad uso del personale. Infatti la maggior parte del personale rimane anche in orario pomeridiano ed ha necessità di consumare i propri pasti all'interno. Mancano spazi di gestione dei tempi liberi tra una terapia e l'altra, anche in considerazione del fatto che non ci sono stanze sufficienti per tutti gli operatori presenti che, di conseguenza, hanno il gravoso onere di stabilire un'alternanza nell'utilizzazione degli studi.

Questo rappresenta un serio problema di cultura organizzativa (Alessandrini, 1995), sperimentato anche personalmente in occasione della consultazione delle cartelle cliniche, perchè in caso di necessità, la disponibilità al di fuori dei propri orari, è affidata esclusivamente alla buona volontà delle persone ed ai rapporti che tra di esse intercorrono. Il nodo problematico è rappresentato dal fatto che, spesso, non è possibile fissare appuntamenti a breve scadenza, anche se si ritengono necessari, per mancanza di spazi di accoglienza. Da ciò derivano i lunghi tempi di attesa per poter accedere al Servizio.

La raccolta dei dati

Per effettuare la raccolta e l'elaborazione dei dati avevo inizialmente previsto la permanenza per un anno ma, successivamente, anche incentivata dal tutor e da altri operatori interessati, ho richiesto la proroga per un ulteriore anno, allo scopo di poter sperimentare alcune azioni progettuali condivise e conseguenti al lavoro esplorativo. La frequenza è stata bi/trisettimanale, per 3-4 ore al giorno e si è svolta all'interno del Servizio per la consultazione delle cartelle e i colloqui con l'utenza ed all'esterno, soprattutto in ambito scolastico, con la partecipazione alle riunioni con gli insegnanti ed ai GLH Operativi. Ho, altresì, partecipato ad alcuni convegni e seminari insieme agli Operatori del Servizio.

Il lavoro esplorativo è iniziato con la compilazione di un elenco dei bambini con carattere migrante seguiti dallo psicologo tutor, che ha fatto una prima descrizione dei casi. Sono risultati in carico 13 bambini dei quali sono state poi consultate le cartelle cliniche ed estrapolata l'anamnesi e gli interventi fatti sino al momento della rilevazione. Contemporaneamente, il tutor ha programmato di richiamare a consultazione tutti i bambini segnalati, allo scopo di verificarne lo stato ed avviare un nuovo percorso valutativo, anche alla luce di quanto condiviso rispetto all'opportunità di diversificare il protocollo di valutazione in base alle caratteristiche culturali di ciascun assistito.

Inoltre, la Responsabile del Servizio ha ritenuto opportuno assegnare i nuovi casi in arrivo, tenendo conto della diversità linguistica e culturale, destinandoli tutti allo psicologo tutor. Sono quindi pervenuti altri 7 casi. L'indagine conoscitiva si è quindi svolta su un totale di 20 casi, che hanno consentito di articolare il lavoro di ricerca come di seguito illustrato.

Lavoro esplorativo sul campo

La prima fase del lavoro esplorativo ha riguardato la raccolta e l'analisi dei dati dell'Ufficio Scolastico Regionale del Lazio, dai quali risulta che nelle scuole primarie del Distretto 17, che insiste nel territorio del Municipio 9, dove ha sede la ASL oggetto di studio, nell'anno 2011 sono stati certificati 28 bambini disabili stranieri, che corrisponde al 30% circa del totale dei 35 Distretti esaminati. Questo dato potrebbe essere sottostimato poiché, dall'esame dei registri di accoglienza della ASL dell'anno 2011 (gennaio-dicembre), risultano pervenute al Servizio n. 74 richieste, sulle 508 totali registrate (14,56%), per l'accoglienza di bambini/ragazzi stranieri appartenenti alle categorie di immigrati, figli di migranti, adottati. Si è ritenuto opportuno, pertanto,

approfondire questo aspetto effettuando una ricerca che si è articolata essenzialmente in due fasi: la raccolta dei dati e l'analisi dei dati.

Nella fase di raccolta dei dati sono stati effettuati i seguenti passaggi:

1. Raccolta dei dati qualitativi, attraverso la consultazione delle cartelle cliniche, relativi a bambini provenienti da contesti migratori, assegnati e presi in carico dallo psicologo che è stato incaricato del tutoraggio dello stage. Dalle cartelle cliniche sono stati selezionati i dati utili per compilare le schede anamnestiche di 13 pazienti in carico, contenenti i dati anagrafici, l'ente o persona di invio al Servizio, la procedura di accoglienza, la destinazione del caso all'operatore referente, il processo di valutazione e presa in carico e tutte le azioni messe in atto, dal momento dell'accoglienza presso il Servizio al momento della rilevazione dei dati.

2. osservazione e collaborazione all'accoglienza e presa in carico di nuovi casi. Nel corso della permanenza presso il Servizio sono stati assegnati allo psicologo referente 7 pazienti rispondenti alle caratteristiche analizzate nel presente lavoro. L'indagine si è quindi svolta anche attraverso la partecipazione al primo colloquio con i genitori per la raccolta anamnestica, al primo colloquio con il bambino/a e condivisione nella definizione dell'iter diagnostico, assistenza nella procedura valutativa e restituzione alla famiglia con indicazioni rispetto alla presa in carico o ad altri interventi necessari. Ove necessario si è realizzato il raccordo con l'istituzione scolastica di riferimento, attraverso i GLH Operativi ed i colloqui con i docenti.

3. osservazione e collaborazione ai controlli periodici dei 13 pazienti già in carico. Partecipazione ai colloqui di verifica periodica con bambini già assistiti. Partecipazione alle riunioni in ambito scolastico (GLH, colloqui con i docenti). Condivisione nella ridefinizione del percorso terapeutico ed eventuale rivalutazione.

Sui 20 casi estrapolati sono state ricostruite le biografie che possono essere ordinate sulla base di alcune tipologie e classificati come segue:

a. bambini migranti di prima generazione
b. bambini migranti di seconda generazione
c. bambini migranti adottati (prima generazione)
d. bambini migranti già in carico al servizio
e. bambini migranti di nuovo accesso al servizio

Un ulteriore passaggio è stato quello di quantificare le richieste di accesso pervenute al Servizio nel corso di un anno solare da parte di famiglie migranti per i loro figli minori. Sono state analizzate tutte le schede di accoglienza compilate dagli operatori nel corso dell'anno 2011 e da queste estrapolate quelle relative ai bambini figli di migranti.

Il significativo numero di bambini con carattere migrante afferenti al Servizio, per i quali non vengono attuati interventi specifici ed efficaci, in relazione alla loro condizione di doppia differenza, ha sollecitato una riflessione rispetto alla necessità di ri-pensare le procedure relative all'accoglienza. Gli operatori sono, infatti, impegnati con regolarità nella valutazione e nella presa in carico di bambini che presentano una doppia differenza, essere disabili ed essere migranti e sarebbe quindi necessario un adeguamento delle procedure che vanno dal momento della rilevazione del bisogno,

sino alla presa in carico terapeutica. Tale evidenza ha dato luogo alla realizzazione di una terza fase di ricerca, attraverso la formulazione di proposte operative, che ha tratto ispirazione dalla Ricerca Azione e che verrà illustrata nel capitolo 6.

5.2.4 Le procedure di accoglienza nel Servizio

Il Servizio di Accoglienza per gli utenti che richiedono l'accesso al TSMREE è gestito da un gruppo di professionisti composto da tre assistenti sociali e da un educatore professionale.

L'accoglienza avviene sia in presenza che telefonicamente, quotidianamente e gli operatori si alternano per assicurare la continuità del Servizio. Viene compilata una scheda di accoglienza con l'indicazione dei dati anagrafici della persona che richiede l'intervento, del motivo della richiesta, l'eventuale ipotesi di intervento. Nell'annotare il motivo della richiesta, l'operatore tenta di delineare la storia del soggetto per fornire ogni elemento utile al Responsabile del Servizio per poter procedere all'assegnazione del caso, mettendo in relazione le problematiche eventualmente emerse e le caratteristiche professionali degli operatori.

Agli utenti viene fatta una restituzione immediata relativamente ai tempi di presa in carico.

Con cadenza quindicinale, il Responsabile del Servizio ed il vice-Responsabile si riuniscono per esaminare le nuove schede di accoglienza e, sulla base delle caratteristiche e delle problematicità rilevate, procedono all'abbinamento tra il richiedente ed il professionista che, nel momento in cui prende atto dell'assegnazione, convoca per un primo colloquio i genitori del bambino.

5.2.5 La presa in carico

La presa in carico avviene attraverso un primo colloquio con i genitori per la raccolta dei dati anamnestici e della storia del bambino, con particolare riferimento alla nascita, sviluppo, problematiche sanitarie, scolarizzazione ed alla rilevazione di tutte le informazioni utili alla conoscenza dei motivi che hanno determinato la richiesta di intervento. Si richiede ai genitori la firma del consenso informato per la presa in carico diagnostica del bambino. Successivamente, viene convocato il bambino per una prima osservazione ed, eventualmente se ne ravveda la fattibilità, la somministrazione di test. Nello specifico della presente indagine lo psicologo, dopo aver effettuato una prima osservazione, procedeva alla somministrazione del Test della Figura Umana che, solitamente, viene accettato volentieri dai bambini, facilitando la relazione e ponendo le basi per le ulteriori indagini.

Il test della Figura Umana trae la sua origine dagli studi effettuati sul disegno infantile, che si sono sviluppati soprattutto all'inizio del ventesimo secolo. Da tali studi emersero due punti di particolare importanza: una evidente correlazione tra l'evoluzione del disegno infantile e lo sviluppo mentale del bambino, e un'evoluzione costante del disegno della figura umana in tutti i bambini. Partendo da questi due presupposti fondamentali, Florence Goodenough, (1920), elaborò un test di intelligenza per bambini basato sul disegno della figura umana (Test del" bonhomme" o D.A.M. Draw A Man).

Secondo questo metodo viene assegnato un determinato punteggio ad ogni dettaglio del disegno e la somma dei punti così ottenuti viene trasformata in età mentale e quindi in quoziente intellettivo.

Utilizzando il test della figura umana come test cognitivo, si è evidenziato sempre di più che il disegno del bambino risulta condizionato, oltre che da fattori di tipo cognitivo, anche da altri fattori legati più propriamente all'affettività, poiché tali fattori influiscono sul modo di disegnare la figura umana.

Gli studi (Machover, 1949) che seguirono i primi lavori della Goodenough contenevano suggerimenti importanti riguardo la relazione tra il disegno della figura umana e le variabili della personalità: il modo in cui viene eseguito il disegno, i contenuti rappresentati, nonché le riflessioni associate al disegno, sono fortemente legati agli aspetti affettivi e alle variabili di personalità del soggetto che esegue il disegno.

In pratica, quindi, il profilo che emerge dalla somministrazione di questo test, può fornire un orientamento per i successivi *step* diagnostici.

La valutazione prosegue, solitamente, con la somministrazione delle scale di Wechsler (1939)[9], scelte in relazione all'età anagrafica del bambino, che richiedono un tempo medio di somministrazione di due ore.

Successivamente, in base al profilo di sviluppo emerso, si decide per un approfondimento di tipo cognitivo di tipo non verbale, per una valutazione logopedica per la verifica della presenza o meno di DSA (Disturbo Specifico dell'Apprendimento), di Disturbi del linguaggio o per l'accertamento in altri ambiti patologici: ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), Disturbi dello Sviluppo, ecc.

L'iter valutativo richiede in media da tre a cinque incontri, in seguito ai quali, dopo aver elaborato i risultati dei vari test, si programma un incontro di restituzione alla famiglia per condividere gli esiti e programmare eventuali interventi riabilitativi e di consulenza alla scuola, che devono essere autorizzati dai genitori.

5.2.6 Analisi delle cartelle e costruzione delle biografie

Come detto in precedenza, la consultazione delle cartelle cliniche ha riguardato i bambini con carattere migrante in carico allo psicologo tutor.

[9] Le scale di Wechsler sono lo strumento clinico più diffuso per la misurazione delle capacità intellettive di bambini e adulti.

Le cartelle cliniche di tutti gli utenti sono conservate nell'archivio in ordine alfabetico, contraddistinte da un numero progressivo che viene assegnato al momento dell'apertura del fascicolo, solitamente durante il primo colloquio con i genitori. All'interno della cartella viene conservata tutta la documentazione amministrativa ed i diari dei colloqui.

Per ogni soggetto, ho iniziato la raccolta dati con la lettura della scheda di accoglienza, che fornisce immediatamente un profilo generale del caso, continuando, poi, con la rilevazione di tutte le azioni messe in atto per indagare la problematica segnalata e per intervenire allo scopo di risolverla. Alcuni pazienti sono in carico da molti anni e, di conseguenza, la mole della documentazione è notevole. Spesso si tratta di pazienti precedentemente in carico ad altri operatori ed è stato quindi complesso ricostruirne la storia e seguire agevolmente i vari passaggi che si sono succeduti nel tempo, anche in considerazione delle differenze metodologiche rilevate tra un operatore e l'altro.

A volte, la documentazione è risultata incompleta, soprattutto per quanto riguarda l'anamnesi, mentre si è potuta riscontrare una meticolosa annotazione nei diari dei colloqui. Ovviamente, anche in questo caso, si sono riscontrate enormi differenze metodologiche e di stile tra i vari operatori.

Per quanto riguarda le storie migratorie, da nessuna delle cartelle analizzate, è risultato che sia stata fatta una analisi, anche minima, del percorso migratorio della famiglia. A volte è stato anche difficile identificare l'appartenenza etnica degli utenti, soprattutto nelle schede di accoglienza, molto spesso, non appare indicata la nazionalità della famiglia.

I dati raccolti sono stati ordinati in schede analitiche (All. 7) che sono state poi utilizzate per costruire le biografie di ogni paziente, in cui sono stati annotati in maniera sintetica, gli interventi effettuati.

Dai dati complessivi sono stati individuati e analizzati i casi indicati nel seguente schema:

SCHEMA DEI CASI INDIVIDUATI

Cartelle cliniche di n. **20** pazienti di cui **13** già in carico al Servizio precedentemente e **7** di nuovo accesso.

I **13 casi già in carico** sono così ripartiti:

PRIMA GENERAZIONE:	4 di cui:
	4 adozioni CASI 1-2-3-4
SECONDA GENERAZIONE:	9 di cui:
	2 famiglia mista CASI 5-6
	7 nati in Italia da genitori migranti CASI 7-8-9-10-11-12-13

I **7 casi di nuovo accesso** sono così ripartiti:

PRIMA GENERAZIONE:	3 di cui:
	1 adozione CASO 14
	2 ricongiungimenti CASI 15-16
SECONDA GENERAZIONE:	4 di cui:
	1 famiglia mista CASO 17
	1 ricongiungimento CASO 18
	2 nati in Italia da genitori migranti CASI 19-20

Come si vedrà nelle biografie, questi casi sono interessanti ai fini dell'ipotesi della ricerca. Dalla loro analisi e dal confronto, infatti, emerge una profilo piuttosto omogeneo per quanto riguarda le problematicità evidenziate dalla valutazione

diagnostica. La maggior parte di loro, infatti, presenta difficoltà negli apprendimenti scolastici e problemi comportamentali derivanti dall'insuccesso scolastico e dal fallimento dei processi di integrazione. Un ulteriore elemento comune è la situazione di bilinguismo, mentre altamente differenziate tra di loro appaiono le storie familiari e il *background* migratorio.

BIOGRAFIE DEI BAMBINI DISABILI CON CARATTERE MIGRANTE

Le schede biografiche dei 20 casi estrapolati dalla consultazione delle cartelle cliniche sono state riunite in base alle tipologie, riportate nel precedente schema e vengono presentate nel medesimo ordine.

CASI 1-2-3-4 BAMBINI GIA' IN CARICO AL SERVIZIO DI PRIMA GENERAZIONE ADOTTATI

CASO 1 (1997 – FEMMINA)
I GENERAZIONE ADOTTATA
Presa in carico: 2011, richiesta diretta genitori

Nata in Polonia nel 1997 ed adottata all'età di 9 anni. Padre deceduto, madre alcolista. Ha 2 sorelle più grandi rimaste in Polonia. Non ha frequentato la scuola nel paese di origine e fino ai 5/6 anni è vissuta in un ambiente fortemente deprivato. E' stata collocata in casa famiglia fino all'età di 9 anni.
Inizialmente ha manifestato uno stato depressivo e presenta gravissime difficoltà nell'apprendimento. Frequenta una scuola privata e la direttrice l'ha inviata a valutazione in centro privato dove è stata somministrata una batteria di test per accertare il livello intellettivo, i disturbi specifici di apprendimento e la personalità. E' risultato uno sviluppo intellettivo nella norma, con caduta nelle abilità verbali (medio inferiore). Difficoltà nella comprensione, ricezione ed espressione linguistica; nel ragionamento aritmetico. Le capacità mnestiche sono inferiori alla media con ipotesi di origine psicologica relativa a rimozione massiccia difensiva con probabile influenze sulla memoria di lavoro. Dal punto di vista psicologico mostra una buona percezione della realtà e capacità di adattamento. Disturbo specifico di apprendimento della lettura per L2.
PROGRAMMAZIONE
Colloqui periodici con la ragazza, restituzione ai genitori, certificazione per i DSA e colloqui periodici con la direttrice della scuola per monitorare i cambiamenti.

CASO 2 (2002 - FEMMINA)
I GENERAZIONE ADOTTATA

Presa in carico: 2008, su richiesta dei genitori adottivi

Nata in Cambogia nel 2002. Adottata a cinque anni. Ha una sorella, figlia naturale dei genitori, di cui è molto gelosa e si confronta sempre con lei.
Seguita nel Servizio da aprile 2008 a maggio 2010. Aveva precedentemente fatto una valutazione logopedia in altra struttura per problemi linguistici ma non sono riportati i risultati in cartella.
I genitori riferiscono che si comporta come una bambina di tre anni (ne ha sei), non è organizzata, fa ridere i compagni a scuola. A casa mostra grandi capacità manuali, fantasia.
Gli insegnanti riferiscono che sta progredendo dal punto di vista linguistico. Manifesta problemi per le sue differenze somatiche e stanno facendo un lavoro sull'integrazione.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Dalla valutazione cognitiva effettuata con WIPPSI e Matrici Progressive di Raven, risulta un livello cognitivo alto , con un iperinvestimento nella sfera intellettiva e nelle prestazioni scolastiche.
PROGRAMMAZIONE
Si propone un percorso psicoterapeutico breve, colloqui con i genitori per accertare la loro accettazione nei confronti della figlia e una valutazione per problemi nel calcolo e di attenzione. Non presenta disturbi specifici dell'apprendimento ma difficoltà legate al bilinguismo. Si consiglia di farla affiancare nello studio per tre ora a settimana da un'esperta nell'inserimento di bambini adottati.
I genitori decidono di portarla per una valutazione presso il Servizio di NPI di via dei Sabelli.
Non ci sono stati accessi al Servizio da ottobre 2011 a settembre 2013.

CASO 3 (2002 - FEMMINA)
I GENERAZIONE - ADOTTATA

Presa in carico: 2010, richiesta diretta dei genitori

Nata in Cambogia nel 2002 e vissuta sempre in Istituto. Non è presente storia pregressa. E' stata adottata nel 2007 all'età di cinque anni e mezzo.
Bambina fortemente deprivata, con problemi legati alla sua storia di istituzionalizzazione. I genitori adottivi, in particolare la madre, non accettano la disabilità della figlia, pur non negandola, ma tentano di attivare tutte le possibili risorse per favorire un miglioramento. Tale situazione causa un alto livello d'ansia nella bambina.
E' seguita presso l'Ospedale Bambin Gesù, dove è stata effettuata valutazione cognitiva che ha rivelato un quoziente intellettivo al di sotto della norma, difficoltà nella lettura, scrittura e scarse abilità meta fonologiche. L'indice di comprensione verbale nonè valutabile. Profilo adattivo disarmonico. Diagnosi: Disturbo aspecifico di apprendimento. Deficit cognitivo di grado lieve. Consigliata terapia logopedica, sostegno scolastico. Approccio meta cognitivo con Metodo Feuerstein.
Ha effettuato una valutazione logopedica privata da cui è risultato che le difficoltà di apprendimento e le capacità relazionali sono compromesse dall'incapacità a padroneggiare la lingua italiana. Non è stato possibile reperire un logopedista madrelingua cambogiano, quindi la valutazione non risulta completamente attendibile. La conclusione è stata: "capacità di comprensione ed espressione del linguaggio, fonologiche e meta fonologiche inferiori ai limiti della norma italiana per scarsa esposizione alla L2. Ritardo nella produzione linguistica italiana. Consigliata terapia logopedica 2/3 volte alla settimana per 45 minuti".
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Preso atto delle precedenti valutazioni, rilasciata certificazione ai sensi della legge 104/92 per "Disturbo specifico del linguaggio con compromissione dell'apprendimento scolastico (3.10).
PROGRAMMAZIONE
Applicazione del Metodo Feuerstein, come indicato nella valutazione del Bambin Gesù, per 2 ore settimanali, per un totale di 45 ore, ottenendo sensibili miglioramenti sul piano didattico. La terapia continua per i due anni successivi privatamente, integrando al Metodo, strumenti per il potenziamento delle abilità logiche/matematiche, velocizzazione della lettura, comprensione del testo.
Parallelamente presa in carico dei genitori per una terapia bimensile allo scopo di dare sostegno nell'accettazione della disabilità della figlia, con l'obiettivo di limitare i danni derivanti da elevatissimi livelli di ansia da prestazione.

CASO 4 (2005 – FEMMINA)
I GENERAZIONE ADOTTATA

Presa in carico: 2010, su invio dei Servizi Sociali che seguono l'adozione per consulenza psicologica genitoriale

Nata nella Repubblica Ceca nel 2005 è stata adottata ad ottobre 2009 insieme al fratello nato nel 2007. Istituzionalizzata per lungo tempo in due diverse strutture. I genitori adottivi non riescono a gestire la bambina. La signora non desiderava figli ed ha accontentato il marito intraprendendo il percorso adottivo. La bambina tende a farsi carico del fratello e teme di essere di nuovo abbandonata.
Da una valutazione effettuata in Boemia presso un Consultorio è risultato: "Sviluppo grafo-motorio ritardato. Ragionamento concreto. Relazioni sociali nella norma. Conoscenze nella media. Ha bisogno di una guida gentile e affettuosa ma coerente e ferma. Consigliata terapia logopedia e valutazione cognitiva.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
A gennaio 2010, durante il primo colloquio con i genitori, la bambina e il fratello, emerge un atteggiamento di sfida nei confronti della mamma adottiva. La bambina si mostra oppositiva e provocatoria. Mostra carenza di stimoli culturali ed affettivi. Attaccamento disinibito, entrambi i fratelli cercano di conquistare l'adulto. La madre è rigida, pignola, la spaventa continuamente ed ha attese di perfezione nei riguardi della figlia. Deve contenerla fisicamente per non permetterle di farle male quando l'abbraccia. Presenta uno sviluppo disarmonico, aspetti adultomorfi, traumatizzata e spaventata.
PROGRAMMAZIONE
rinviata la valutazione alla fine del primo anno della scuola primaria ma non c'è stato più accesso al Servizio.

BAMBINI DI PRIMA GENERAZIONE ADOTTATI

I casi da 1 a 4 riguardano bambini di prima generazione che sono stati adottati già grandi: il più piccolo a 4 anni e il più grande a 9 anni. Tale dato fornisce già un primo orientamento rispetto ai risvolti psicologici che i percorsi adottivi possono manifestare ed alle possibili influenze sulle problematiche portate all'attenzione del Servizio, poiché ognuno di loro è portatore di una storia vissuta altrove, in contesti deprivanti ed in condizioni di instabilità affettiva.

Un dato significativo che emerge dall'analisi è quello che riguarda l'accettazione del bambino all'interno del nucleo familiare. Su tre casi su quattro, si evidenzia chiaramente dalla documentazione esaminata, che i genitori adottivi non sembrano aver

completamente accettato il bambino o la problematica che lo riguarda, negandola o attribuendola al suo vissuto originario, poichè l'immagine che se ne sono fatti durante il periodo di attesa non corrisponde a quella reale.

Un elemento di continuità tra le biografie dei bambini adottati sembra essere quello riguardante la maggiore attenzione che le famiglie dedicano alle difficoltà dei figli. Questo aspetto ha il vantaggio di permettere di rilevare precocemente eventuali disturbi, ma può anche determinare un "accanimento terapeutico" da parte dei genitori, che desiderano ad ogni costo avere un figlio "normale".

In ognuno dei quattro casi sono stati identificati difficoltà linguistiche gravi e problemi comportamentali e relazionali.

Il risultato dell'analisi impone una riflessione sui nodi problematici sottesi a tutti i percorsi di adozione internazionale che, alle difficoltà derivanti dal fatto in sé, aggiunge quelle legate alla diversità e che comporta, quindi, che tutte le persone coinvolte siano in grado di accettare reciprocamente le molteplici differenze di cui sono portatori.

Il bambino straniero adottato vive sempre una condizione problematica, connessa al suo passato, alla deprivazione affettiva precoce, al ritrovarsi in luoghi e con persone sconosciute, a dover elaborare un nuovo lutto.

Infatti, l'adozione inizia inevitabilmente con l'abbandono di un bambino e l'esperienza dell'abbandono influenza tutto il suo vissuto a diversi livelli. Gli effetti dell'abbandono possono essere gravissimi poiché la perdita delle figure genitoriali è un evento traumatico che può compromettere la possibilità di costruire nuovi legami, di dare fiducia e di riceverne. Sono stati condotti molteplici studi sui bambini che subiscono una deprivazione affettiva precoce e sulle conseguenze della deprivazione (Winnicott, 1986; Mahler, 2000; Klein, 2012). Già dagli anni quaranta Spitz (2009) ha studiato gli effetti dell'ospedalizzazione su bambini piccoli, mettendo in evidenza che la separazione dalla figura materna per lunghi periodi di tempo possa provocare difficoltà

nell'assimilazione del cibo e disturbi del sonno. Negli anni cinquanta Bowlby (1989) ha formulato la teoria dell'attaccamento, sottolineando l'importanza del legame del bambino con la madre in funzione dello sviluppo successivo. Per Bowlby il legame di attaccamento è "una necessità primaria che si sviluppa indipendentemente dalla soddisfazione dei bisogni fisiologici di base ed è presente fin dalla nascita".

Tutti i bambini alla nascita sono predisposti al legame di attaccamento e soltanto in rari casi non ci sono le condizioni per stabilirlo. La privazione di questa possibilità può compromettere lo sviluppo intellettuale e sociale del bambino, che può avere gravi disturbi sia fisici che psicologici: ritardo nello sviluppo fisico, apatia, disturbi dell'alimentazione, facilità a contrarre malattie. Inoltre, possono verificarsi ritardi nello sviluppo psicomotorio nelle aree della locomozione e dell'acquisizione del linguaggio. Possono emergere comportamenti eccessivamente passivi o, all'opposto, molto aggressivi, ricerca continua di attenzioni ed affetto, il desiderio esagerato di possedere oggetti ed una bassa soglia di tolleranza alla frustrazione. La privazione di un legame esclusivo può addirittura portare al raffreddamento affettivo, causa di psicosi precoci e autismo infantile. Nicole Quémada (2000, 42) afferma che " Il bambino resta immaturo per mancanza di amore. Questa immaturità lo rende incapace d'amare, lo rende infelice, solitario, asociale, amorale, incline alla delinquenza. Tutto questo accade come se, non avendo conosciuto l'amore della madre, egli non avesse imparato ad amare".

Se all'esperienza dell'abbandono ed al conseguente trauma, si aggiunge l'esperienza dell'istituzionalizzazione, come spesso accade, la già difficile situazione di deprivazione affettiva si aggrava ulteriormente. L'istituzione che lo accoglie può garantire al bambino cure adeguate e relazioni affettive ma, inevitabilmente verranno a mancare quei legami esclusivi che si instaurano tra genitori e figli. Il bambino inizierà a colpevolizzarsi per l'abbandono subito, perchè per lui è impossibile pensare che i genitori possano sbagliare, tentando di rifugiarsi in un mondo immaginario e fantastico per non scontrarsi

con la realtà ed il suo comportamento esteriore potrà essere di adeguamento passivo, apparente indifferenza o ribellione e provocazione. Oscillerà tra sentimenti contrastanti, dal desiderio di affidarsi ad un nuovo adulto per riceverne l'affetto, al timore di essere nuovamente tradito, trovandosi in tal modo in grande difficoltà ad instaurare rapporti affettivi che durano nel tempo.

Il bambino straniero, nel momento dell'adozione, oltre a doversi confrontare con la certezza della perdita definitiva delle figure di riferimento, deve affrontare anche lo sradicamento dalla sua terra di origine e il confronto con le diversità che il nuovo contesto ambientale propone. Il bambino può sentirsi estraneo perché il nuovo ambiente è completamente diverso da quello a lui familiare: i paesaggi, il clima, i luoghi di vita. La diversità linguistica rappresenta, insieme alle caratteristiche somatiche, il principale segno della differenza tra il bambino e il nuovo mondo, soprattutto tra lui ed i nuovi genitori. Tutto si presenta nuovo alla sua esperienza e deve imparare a conoscere una serie di nuovi codici, nuove regole, nuovi modi di comunicare che gli rendono davvero difficile sentirsi parte integrante del nuovo nucleo familiare. Ciò può causare importanti difficoltà di adattamento reciproco, anche in considerazione del fatto che, spesso, le aspettative di genitori e figli sull'incontro, tanto immaginato e fantasticato, si discostano dalla realtà, al punto tale che i genitori non riescono a sentire quel bambino come loro figlio e il bambino non considera quegli adulti come genitori. La diversità culturale, spesso, può rendere genitori e figli assolutamente estranei. I genitori non ritrovano il figlio che hanno immaginato, cioè un bambino senza passato la cui vita inizia al momento dell'adozione poiché "il pensiero della vita precedente è causa di ansie e timori, e dall'altra parte è rassicurante l'idea che l'adozione rappresenti una nuova rinascita. Rimuovere il passato è una tentazione forte, e più piccolo è il bambino minore è il suo passato" (Fadiga, 1999, 40).

Nel considerare, quindi, le difficoltà dei bambini adottati, è indispensabile guardare alla situazione in un ottica globale, tentando di inserire le problematiche in un contesto più ampio che comprenda il passato ed il presente di genitori e figli. Il passato può fornire gli elementi utili a definire l'origine delle difficoltà e il presente a collocarle in un ambito più definito, quello della famiglia nel suo insieme, chiamata ad accettare le diversità ed a curare le differenze.

CASI 5-6 BAMBINI GIA' IN CARICO AL SERVIZIO DI SECONDA GENERAZIONE FAMIGLIA MISTA

CASO 5 (2005 – MASCHIO)
II GENERAZIONE FAMIGLIA MISTA

Presa in carico: 2010, su invio della Scuola

Nato nel 2005 in Italia, da padre libanese e madre di origine algerina. La madre è vissuta tra Roma e Parigi e sembra aver subito un forte trauma all'età di 8 anni a seguito della scomparsa del padre e del ritrovamento del suo cadavere, probabilmente ucciso dalla compagna. Ciò ha determinato problemi psichiatrici.
Segnalato dalle insegnanti per problemi relazionali, comportamentali e di attenzione. La scuola richiede la certificazione per il sostegno scolastico ma i genitori non sono d'accordo attribuendo tale richiesta ad altre necessità dell'istituzione. Nella scuola primaria usufruisce dell'Assistente Educativo
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Ha manifestato un ritardo nell'acquisizione del linguaggio ma attualmente parla fluentemente, nonostante alla valutazione sia risultata una struttura frastica semplificata e difficoltà fonologiche. E' stato sottoposto a valutazione neuropsicologica e neuropsichiatrica ed emerso un lieve ritardo cognitivo caratterizzato da un profilo disomogeneo. La valutazione è stata effettuata tra maggio 2010 ed ottobre 2010 dallo psicologo ed il protocollo comprendeva: Colloquio clinico, WIPPSI, Scala Griffith e visita neuropsichiatrica. Dalla visita neuropsichiatrica è risultato un funzionamento borderline ai limiti bassi ma con potenzialità di modificazione. La certificazione ai sensi della Legge 104/92, è stata prodotta per Ritardo Psicomotorio (cod. 4.20) con necessità di sostegno scolastico. I genitori non hanno consegnato la certificazione e, di conseguenza, non usufruisce del sostegno.
Le difficoltà sembrano essere emerse alla nascita del fratello avvenuta nel 2007.
Manifesta sentimenti di disistima e richiede continuamente l'attenzione dell'adulto, è iperattivo e presenta difficoltà di attenzione e concentrazione.
Il padre spesso parla la sua lingua madre ed i professionisti lo sollecitano a parlare italiano a causa delle difficoltà che il bambino manifesta. La madre parla perfettamente italiano.
PROGRAMMAZIONE
Si effettua presa in carico per ADHD (Disturbo di Attenzione con Iperattività). Collabora ma ha bisogno di tempi di attesa prolungati. Ha buone capacità relazionali e si affeziona alla persona che gli mostra attenzione. Si rinforza se viene responsabilizzato. Il lavoro terapeutico comprende l'utilizzo degli strumenti del Metodo Feuerstein, di apprendimento mediato e procedure specifiche per l'ADHD. Al termine della terapia viene inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale.
Partecipa volentieri al laboratorio ma, come previsto, nel lavoro di gruppo ripropone comportamenti di iperattività e di scarsa attenzione alle attività proposte. Si rende quindi necessario un approccio individuale.

CASO 6 (2006 – MASCHIO)
II GENERAZIONE FAMIGLIA MISTA

Presa in carico: 2010, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2006 da madre italiana e padre albanese. Ha una sorella nata nel 2009. Il padre è un profugo arrivato quando aveva 16 anni con il barcone e gettato in mare nel mese di febbraio. La sua storia migratoria è complessa e rivela rabbia e impossibilità a controllare l'aggressività. Ha anche una storia familiare difficile per aver assistito alla morte del fratello di 7 anni morso da un serpente.
Il bambino è stato valutato presso l'Ospedale Bambin Gesù a 18 mesi poiché presentava autolesionismo che si è trasformato ora in eterolesionismo a carico dei compagni e dei genitori. La mamma attribuisce i suoi comportamenti alla nascita della sorella, che si mostra tranquilla e serena. Il Bambin Gesù consiglia sostegno alla genitorialità e valutazione psicodiagnostica del bambino. Soffre anche di un disturbo dell'alimentazione. Ha vissuto con grande sofferenza la morte del nonno materno, avendo assistito alla sua grave malattia. E' presente nei suoi disegni. Ha un rapporto conflittuale con la nonna materna.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Viene preso in carico ad aprile 2010 attraverso una serie di incontri con i genitori, con il bambino e con entrambi. Dallo Sceno-test (1971) emerge una ipotesi di attaccamento insicuro, gelosia nei confronti della sorella e forti sentimenti di paura. Da un punto di vista cognitivo non si rilevano particolari problemi, anche se non riesce ad esprimersi bene.
La scuola riferisce continui problemi comportamentali, soprattutto con le figure femminili.
A maggio 2011 viene prodotta certificazione per "Disturbo del comportamento con crisi di rabbia sulla base di una difficoltà di regolazione affettiva (disturbo emozionale di tipo ansioso-depressivo 5.10-5.21-5.22).
Ad ottobre 2011 viene somministrata WIPPSI ma collabora poco. Si mostra oppositivo. Non emergono problemi cognitivi ma difficoltà nel linguaggio espressivo, non riesce a strutturare la frase, affollamento di parole, non riesce a formulare un racconto.

BAMBINI DI SECONDA GENERAZIONE FAMIGLIE MISTE

I casi 5 e 6 riguardano le famiglie miste. Il primo ha entrambi i genitori stranieri ma di diversa origine, mentre il secondo ha un genitore italiano ed uno straniero. I due bambini presentano caratteristiche comuni, apparentemente connesse alla loro storia familiare. Infatti entrambi hanno un fratello/sorella minore e, da quanto riferito dai genitori, i problemi sembrano essere emersi proprio dopo la nascita del secondo figlio.

Manifestano problemi comportamentali per alcuni aspetti simili ed entrambi presentano difficoltà linguistiche.

Le difficoltà riscontrate in questi bambini potrebbero avere origine, in parte, anche dall'appartenere ad una famiglia che si caratterizza per la presenza di *partner* che fanno parte gruppi culturali differenti. Il fenomeno della famiglia mista rappresenta uno dei più nuovi mutamenti sociali che accompagnano l'immigrazione ed è molto recente nel contesto italiano rispetto ad altri paesi europei. Si tratta di una realtà eterogenea che nasce dalla combinazione di moltissime tipologie relazionali, differenti motivazioni migratorie, modelli familiari e origini culturali diverse.

E' complesso identificare i criteri per poter dare una chiara definizione di coppia mista per differenziarla da un'altra che non lo è. "Qualsiasi famiglia è mista in termini di unione fra background individuali differenti o fra generi e status sociali diversi (Falicov, 1995) e implica sempre, per chi ne fa parte, una sfida alla comprensione delle reciproche diversità culturali. L'incontro fra i membri della coppia mista avviene in una zona di "compatibilità fra differenze, ossia in un luogo dove essi possono gestire le proprie diversità e appartenenze attraverso un incessante lavoro di costruzioni simboliche, di articolazioni non stereotipate del proprio pensiero e una ridefinizione identitaria" (Fenaroli, Panari, 2006, 11). Per raggiungere questa "zona di compatibilità" è necessario "migrare" dal proprio territorio di appartenenza per stabilire legami con una persona che, a sua volta, proviene da un altro territorio culturale, attraverso una migrazione congiunta, concreta o virtuale, per decentrarsi progressivamente da una posizione culturale definita in base a molteplici criteri.

Un ulteriore passaggio avviene nel momento in cui da coppia si diventa famiglia. Il passaggio della genitorialità è una delle sfide più complesse nel ciclo di vita familiare, poiché impone di rimettere in discussione presente, passato e futuro. Per i genitori di una coppia mista la sfida potrebbe essere più impegnativa perché si devono confrontare

anche con la comprensione delle reciproche diversità culturali. L'appartenenza a diversi gruppi culturali non porta sempre l'inconciliabilità dei punti di vista, può essere soltanto più complessa perché la cultura può ripercuotersi sulla loro stessa percezione rispetto alla genitorialità. In confronto ad altre situazioni genitoriali, essi non si possono basare su qualcuno che abbia fatto una simile esperienza, che può risultare nuova sia all'interno della famiglia che nel contesto sociale di appartenenza. La difficoltà di condividere con altri la propria esperienza, può coinvolgere anche le relazioni con i parenti, gli amici, gli insegnanti, con i genitori dei compagni dei figli e "può accadere che i pregiudizi, gli stereotipi, le irrealistiche aspettative che nel contesto sociale investono la coppia interculturale, finiscano con il sottolineare proprio la loro differenza, contribuendo così ad enfatizzare la distanza delle unioni miste dalle famiglie omogame e autoctone (Fenaroli, Panari, 2006, 77).

I figli delle coppie miste, nel loro percorso di identificazione e differenziazione, hanno a disposizione più modelli culturali a cui riferirsi che, oltre a rappresentare un ulteriore compito di sviluppo da affrontare, può essere considerato un'opportunità ed un arricchimento per il loro vissuto. Devono confrontarsi con molteplici realtà, quella biculturale dei genitori e quella del contesto sociale in cui sono inseriti, trovandosi spesso ad affrontare sfide connesse con la pluriappartenenza e con la costruzione di un'identità multipla. Spesso questi bambini, messi di fronte a valori, norme o tradizioni contrastanti, scelgono la "terza via", che consente loro di non deludere i genitori ma, al tempo stesso, di sentirsi in sintonia con quanto richiesto dall'ambiente.

CASI 7-8-9-10-11-12-13 BAMBINI GIA' IN CARICO AL SERVIZIO DI II GENERAZIONE NATI IN ITALIA DA GENITORI MIGRANTI

CASO 7 (1999 - MASCHIO)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2006, su invio del Pediatra

Nato in Italia da genitori di origine peruviana. Il padre appare affettuoso ma non la mamma. Ha un fratello nato nel 2006, anche lui seguito dal Servizio. Nonostante abbia avuto difficoltà nello svezzamento, non ha manifestato problemi sino al 2006, dopo la nascita del fratello. Ha iniziato a non mangiare ed a manifestare problemi comportamentali, ma il pediatra teme che non sia soltanto un problema alimentare. Peggiorato sensibilmente all'ingresso nella scuola primaria. Si ribella alle maestre. E' introverso, non fa amicizia facilmente. A scuola è bravo ma è lento.
La valutazione è iniziata nel 2006 ed è stato seguito fino al 2008, attraverso colloqui con i genitori ed osservazione del bambino.. Nel 2010 c'è stata una richiesta per un nuovo accesso al servizio per difficoltà di apprendimento scolastico.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Sono stati somministrati: test della Figura Umana e della Famiglia, test di Bender e WISC-R.
Dalla valutazione cognitiva è emerso un profilo cognitivo nella norma con prestazioni alte negli aspetti più automatici dell'astrazione e della conoscenza che compensano le grandi difficoltà di comprensione e di performance. Dalla successiva visita neuropsichiatrica emerge che il nucleo problematico è nell'esposizione orale che determina ansia da prestazione e conseguente sintomatologia da umore deflesso. La valutazione logopedia rivela un disturbo specifico dell'apprendimento con particolare riferimento alla comprensione con richiesta di intervento immediato.
Gli insegnanti dichiarano di non conoscere bene il bambino e di necessitare di ulteriore tempo per fornire il loro parere.
PROGRAMMAZIONE
Percorso di sostegno alla genitorialità per orientare l'aiuto al bambino, il monitoraggio del bambino in ambito scolastico ed un'attività riabilitativa.
L'ultimo colloqui con gli insegnanti nel 2011 ha rivelato che non ci sono particolari problemi, i genitori pretendono troppo dal figlio ma non hanno rapporti con la scuola.
Da ottobre 2011 a settembre 2013 non c'è stata più richiesta di intervento da parte della famiglia.

CASO 8 (2000 – FEMMINA)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2010, segnalata dalle insegnanti per verifica sul comportamento

Nata in Italia nel 2000 da genitori di origine indiana. Figlia unica. Padre disoccupato. Madre pasticcera. Non hanno altri figli per problemi economici. Durante la scuola dell'infanzia è stata tre mesi in India e quando è tornata non parlava più italiano. A casa parlano indiano.
Le insegnanti segnalano difficoltà di memoria e attenzione. E' vivace, "rigida", fissata sulla pulizia e sul suo aspetto, non vuole essere grassa.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Valutazione da marzo 2010 a maggio 2010. Somministrata WISC-R da cui è emerso un lieve ritardo cognitivo con maggiore compromissione nell'area verbale. Difficoltà di attenzione e concentrazione. Tendenza alla rinuncia. Ansia da prestazione, insicurezza, reattività di fronte alla frustrazione.
La valutazione della lettura attraverso le prove MT rivela lettura rallentata, difficoltà nella prosodia e nella rielaborazione orale del testo e problemi di comprensione linguistica.
La famiglia (madre) non accetta la diagnosi e non vuole richiedere l'invalidità civile perchè teme che venga stigmatizzata. L'accesso al servizio è incostante, viene convocata ripetutamente ma non si presenta ed anche la bambina non accetta la presa in carico.
Dal GLH di ottobre 2011 risulta che ha gravissime difficoltà di tipo ortografico e, non riuscendo a vedere la bambina presso il Servizio, si richiede all'insegnante di sostegno di somministrare alcune prove di verifica, dalle quali emerge un profilo di grave disortografia.
Convocata al Servizio la bambina non mostra entusiasmo ma viene somministrato test della Figura Umana e della Famiglia dai quali emerge un desiderio di diventare grande ed una identificazione con la madre. La figura paterna è vista come minacciosa.
PROGRAMMAZIONE
Intervento terapeutico presso il Servizio ma la ragazza non si presenta ai colloqui.

CASO 9 (2001 – MASCHIO)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2006, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2001 da genitori dell'Equador. Ha un fratello più grande. I genitori sono separati a causa della violenza del padre, che non si occupa dei figli.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Dalla prima valutazione emerge un disturbo della sfera emozionale di tipo ansioso-depressivo (5.22) con difficoltà di attenzione (3.21) conseguente allo stato emozionale. Manifesta problemi comportamentali a casa e a scuola. Molto insicuro.
Ad ottobre 2007 viene effettuata una valutazione psicologica che evidenzia una situazione altamente problematica. Segue valutazione cognitiva da cui non si rilevano difficoltà cognitive anche se le capacità intellettive risentono delle difficoltà di attenzione e di concentrazione. Immaturità linguistica nell'espressione orale e scritta.
A maggio 2008 valutazione psicologica che rivela un quadro psicopatologico importante che trova riscontro nei comportamenti agiti sia a casa che in ambito scolastico.
A novembre 2008 inizia un percorso psicoterapeutico che manifesta a breve i suoi effetti. Nel GLH del gennaio 2009, infatti, gli insegnanti riferiscono che è più tranquillo, si affida totalmente all'insegnante di sostegno. Segnalano un possibile DSA. Permangono alcuni problemi comportamentali che vengono attribuiti alla situazione familiare estremamente problematica.
Da marzo 2009 a marzo 2011 alterna periodi di tranquillità a periodi di irrequietezza, ha ancora momenti di tristezza, richiede attenzione.
Dalla valutazione logopedica emerge un Disturbo specifico grave (dislessia), ma rifiuta gli ausili a scuola e questo peggiora la situazione degli apprendimenti.
PROGRAMMAZIONE
A dicembre 2012 preso in carico per dislessia, ma ha organizzato le sue strategie di lettura che gli fanno superare il problema. Presenta disortografia.
La diagnosi di DSA ha provocato in lui una nuova caduta di autostima ("sono dislessico") e si mostra preoccupato per l'ingresso nella scuola media. Permangono problemi linguistici per cui si inserisce nel laboratorio di potenziamento lessicale.
Partecipa al laboratorio con continuità, fortemente motivato dalla mamma che teme per il suo inserimento nella scuola media . Socializza facilmente, utilizza il computer con competenza e risponde positivamente alle sollecitazioni ambientali.

CASO 10 (2001 – MASCHIO)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2007, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2001 da genitori di origine peruviana. Ha due fratelli nati nel 1995 e nel 2004. Padre laureato e madre diplomata. E' stato in casa famiglia con la madre per problemi attualmente risolti. Il fratello a tre anni non parla e i genitori richiedono valutazione linguistica anche per lui.
Segnalate difficoltà generalizzate negli apprendimenti, linguistiche e ritardo nell'acquisizione del linguaggio. A casa parlano spagnolo e mostra difficoltà nella comprensione orale.
I problemi comportamentali sembrano legati all'immaturità perché è stato inserito alla scuola primaria a cinque anni. Dopo una serie di colloqui con gli insegnanti i genitori si convincono a fermarlo nella prima classe e cambia scuola. Non vuole stare in classe, è isolato ma spesso disturba.
Al GLH di maggio 2009 la situazione sembra essere migliorata, ha raggiunto gli obiettivi di integrazione ma stenta a relazionarsi con i bambini in difficoltà. Ha difficoltà logiche e problemi di attenzione e percezione spaziale. Vuole diventare più bravo.
Nel gennaio 2011 le insegnanti lo rinviano al servizio perché è molto agitato. Viene certificato per Disturbo di attenzione senza iperattività (3.21).
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Alla somministrazione della WISC-R a marzo 2011 emerge un profilo intellettivo nella norma con caduta sul piano verbale. Manifesta problemi di memoria, non interiorizza gli apprendimenti, non riflette e non si auto corregge. Gravi difficoltà in geometria e nella comprensione del testo.
La valutazione logopedica mostra un profilo di discalculia con difficoltà anche nell'ortografia. Si attuano a scuola misure compensative e dispensative.
PROGRAMMAZIONE
Viene inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale. Si mostra collaborativo e si relaziona adeguatamente con i compagni. Sembra non avere dimestichezza con il computer ma ha desiderio di imparare. Partecipa a tutti gli incontri e appare sensibile al potenziamento.

CASO 11 (2002 – MASCHIO)

II GENERAZIONE

Presa in carico: 2009, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2002 da genitori di origine peruviana. Figlio unico. La famiglia è in Italia da 15 anni. Il padre è aggressivo nei confronti della madre in presenza del bambino, lui ha paura del padre ma ha un buon rapporto con lui.
Il bambino non va bene a scuola, è aggressivo con i compagni. Risente dei problemi familiari.
A maggio 2010 la mamma chiede un nuovo intervento per sostegno psicologico perché sono peggiorate le condizioni familiari. Lei vuole la separazione. Il bambino è oppositivo e indisciplinato a scuola.
A giugno 2010 viene valutato presso l'Ospedale Bambin Gesù che emette diagnosi di "Difficoltà emotive e di comportamento".
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
A luglio 2010 viene somministrata WISC-R ed emerge un profilo cognitivo nella norma ma al colloqui clinico si rivela tendenza all'anticipazione e al controllo. Possibili aspetti ossessivi-fobici. Incertezze nel parlare nelle risposte a domande, come se volesse controllare una balbuzie. Scarsa la comprensione verbale. Difficoltà nel disegnare la figura femminile al test della Figura umana. Aspetti di sessualizzazione precoce.
Non accede più al Servizio dopo la valutazione.

CASO 12 (2003 – MASCHIO)

II GENERAZIONE

Presa in carico: 2008, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2003 da genitori di origine polacca. Ha un fratello nato nel 2007. I genitori non hanno stabilità lavorativa e non sono integrati socialmente. A casa parlano polacco e il bambino mischia le lingue. Se non viene compreso si agita ma non è aggressivo. Il pediatra ha consigliato una valutazione linguistica. Frequenta la scuola polacca nel pomeriggio perché la mamma vuole tornare in Polonia. Non frequenta i compagni di classe nel pomeriggio. La mamma ha problemi di etilismo ed il padre è violento.

PRESA IN CARICO SPECIALISTICA

A febbraio 2008 primo accesso al servizio ma non effettua valutazione perché non si presenta agli appuntamenti. La logopedista da indicazioni sulla gestione del bilinguismo che sembra apparire il problema più importante e che determina i comportamenti di chiusura del bambino.

Dopo un periodo di silenzio di due anni, ricompare nel 2010 ma non sembra che i problemi si siano risolti. A gennaio 2011 passa ad altro operatore ed inizia la valutazione con la somministrazione di WISC-R da cui emerge un profilo intellettivo nella norma. Presenta dislalia e ansia da prestazione. Dalla valutazione logopedica emerge discalculia e disortografia e si produce certificazione DSA legge 170/2012.

PROGRAMMAZIONE

Viene inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale al quale partecipa con regolarità ed impegno. E' timido ma accetta di fare tutte le attività, mostrando buone capacità di socializzazione e buona volontà.

CASO 13 (2006 – MASCHIO)

II GENERAZIONE

Presa in carico: 2010, su richiesta dei genitori

Nato in Italia nel 2006 da genitori di origine peruviana. Ha un fratello maggiore nato in Italia, seguito già dal Servizio per problemi di linguaggio.
Presenta un gravissimo problema del linguaggio. Tende ad arrendersi dicendo "è troppo difficile". Vorrebbe andare in prima elementare ma il padre lo ritiene troppo piccolo. Parla molto, si distrae, presenta dislalia.
Ha effettuato un trattamento logopedico in altra struttura non meglio specificato in cartella.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
A dicembre 2010 colloquio con i genitori dal quale è emerso che fa brutti sogni. Tende ad arrendersi, è immaturo nel linguaggio, presenta difficoltà nella comprensione. Ci tiene ad essere bravo ed è molto volenteroso. E' stato inserito in prima elementare e l'insegnante della scuola dell'infanzia si è molto risentita. I genitori nutrono molte aspettative nei suoi confronti.
Alla valutazione intellettiva com WIPPSI risulta un quoziente alto con caduta sugli aspetti verbali. Nel test della Figura Umana appare collaborativo.
Valutazione logopedica: molto attento e partecipativo. Tempi di attenzione lunghi. Racconta volentieri della scuola. Non è presente relazione logopedica in cartella.
Non ha richiesto accesso al servizio.

BAMBINI DI SECONDA GENERAZIONE

I casi da 7 a 13 riguardano bambini che sono nati in Italia da entrambi i genitori migranti, che rappresentano quindi la "vera" seconda generazione di migranti.

Si tratta di bambini che, anche se differenziati dalla molteplicità delle caratteristiche individuali, possono essere collocati in una cornice diagnostica piuttosto omogenea. Tutti manifestano infatti difficoltà di apprendimento, problemi nelle interazioni sociali, comportamenti aggressivi, che sembrano influenzarsi a vicenda.

Un'altra componente che li accomuna è il desiderio che manifestano i genitori rispetto al successo scolastico e all'inclusione sociale, sollecitando un forte investimento sull'istruzione, che nella maggior parte dei casi è considerata la più importante motivazione del loro percorso migratorio, per assicurare un futuro migliore ai loro figli.

Nella maggior parte dei casi questi bambini percepiscono, in maniera forte, la loro diversità rispetto ai coetanei autoctoni in maniera forte rispetto ai loro coetanei di prima generazione, vivendo con disagio la doppia appartenenza. Non si sentono membri a pieno titolo né del nucleo familiare, né della comunità che li accoglie e ciò determina un vissuto di incertezza e di sospensione che ostacola il processo di costruzione dell'identità sociale.

Il tema delle seconde generazioni è stato precedentemente affrontato nel secondo capitolo illustrando i meccanismi di costruzione dell'identità, dove si sottolinea quanto il conflitto generato dalla doppia appartenenza solleciti, nella seconda generazione di migranti, la necessità di ricevere l'autorizzazione familiare a vivere pienamente la realtà in cui sono inseriti, senza peraltro disconoscere le proprie origini culturali. Ciò può favorire la costruzione di una doppia etnicità, che può essere considerata la migliore ipotesi identitaria, in quanto protegge da altre condizioni dannose quali la resistenza culturale, l'assimilazione e la marginalità, che non possono consentire il raggiungimento di una posizione di equilibrio tra l'assunzione dei valori familiari e di quelli proposti dalla società di accoglienza e ostacolando, di conseguenza, la piena inclusione nei contesti di vita.

CASO 14 BAMBINO DI NUOVO ACCESSO AL SERVIZIO DI PRIMA GENERAZIONE ADOTTATO

CASO 14 (1997 - FEMMINA)
I GENERAZIONE ADOTTATA

Presa in carico: 2011, richiesta diretta dei genitori

Nata in Cambogia nel 1997. Collocata in istituto alla morte della madre, non si hanno notizie sulla storia pregressa. Adottata all'età di 8 anni.
Dopo l'adozione sono emerse difficoltà di apprendimento, aggressività, immaturità emozionale.
La famiglia adottiva ha provveduto a richiedere 2 valutazioni in strutture private.
Dalla prima è emerso un buon livello cognitivo ma problemi specifici. Balbuzie a scuola, scarso rendimento nonostante la grande volontà di studio. Problemi nella logica. E' stata inserita in un gruppo di sostegno per problemi d'ansia per qualche mese ed è stato consigliato una psicoterapia per favorire uno sviluppo emotivo più armonico.
Dalla seconda, effettuata in altro centro, specifica per la valutazione degli apprendimenti è emerso una compromissione generalizzata negli aspetti lessicali su base fonologica, problemi nelle funzioni esecutive. Tutoraggio con l'Associazione Italiana Dislessia.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Preso atto dei risultati delle due indagini precedenti, è stata formulata diagnosi di "Quadro borderline cognitivo (4.30) – Quadro disarmonico con probabile inibizione intellettiva", a seguito di somministrazione di WISC-R che ha rivelato un QIT di 69 (insufficienza mentale).
La ragazza non accede più al Servizio ma continuano gli interventi in ambito scolastico attraverso i GLH operativi.

CASI 15-16 BAMBINI DI NUOVO ACCESSO AL SERVIZIO DI PRIMA GENERAZIONE RICONGIUNTI

CASO 15 (2002 – FEMMINA)
I GENERAZIONE (ricongiungimento)

Presa in carico: 2012, su invio della Scuola

Nata in Perù nel 2002 da genitori di origine peruviana. Ha un fratello di 16 anni che frequenta il liceo scientifico con buoni risultati. I genitori sono emigrati ed hanno lasciato i figli in Perù, si sono ricongiunti nel 2010; lavorano a tempo pieno e spesso la bambina rimane sola a casa. Il padre è stato adottato ad un mese di vita. E' tornata soltanto una volta in Perù dopo il ricongiungimento. A casa parlano spagnolo.
Le insegnanti segnalano problemi di apprendimento e difficoltà di linguaggio. In particolare problemi nella memorizzazione, presenti anche in Perù. E' distratta.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
A dicembre 2012 si effettua colloquio con i genitori per anamnesi, colloquio con la bambina e somministrazione della WISC-R da cui risulta un profilo cognitivo nella norma e difficoltà linguistiche tali da richiedere la valutazione logopedica.
PROGRAMMAZIONE
In attesa di valutazione si inserisce nel laboratorio di potenziamento lessicale. E' una bambina piacevole e gioiosa. Si mostra entusiasta di partecipare al laboratorio e molto felice di lavorare al computer. Manifesta problemi linguistici sia in comprensione che in produzione. Socializza facilmente con gli adulti e con i compagni.

CASO 16 (2005 - MASCHIO)
I GENERAZIONE

Presa in carico: 2012, su invio della Scuola

Nato nelle Filippine nel 2005 da genitori di origine filippina. Fino a cinque mesi è vissuto con la mamma nel paese di nascita, in seguito per due anni e mezzo è rimasto nelle Filippine con la nonna materna e, successivamente si è ricongiunto ai genitori. Il papà ha conosciuto il bambino all'età di un anno. La mamma è in Italia da 20 anni ma non parla bene l'italiano. Il padre da 8 anni e non parla bene l'italiano. In casa con loro vive un cugino di 18 anni che spesso si occupa del bambino. In casa parlano filippino, inglese e italiano.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Al colloquio con la madre vengono riferite difficoltà linguistiche, stancabilità e difficoltà di apprendimento a scuola.
Valutazione da aprile 2012 a giugno 2012 dallo con somministrazione di: Test della Figura Umana, Matrici Progressive di Raven. Emerge un profilo cognitivo nella norma. Tende a riportare tutto su sé stesso e sul concreto, parla tanto e si aiuta con il linguaggio non verbale. Mostra un comportamento adultizzato con tendenza a controllare l'ambiente.
PROGRAMMAZIONE
Si invia alla Cooperativa ETNA – Etnopsicologia Analitica - per la presa in carico terapeutica.
Inserito nel gruppo di potenziamento lessicale, partecipa volentieri alle attività mostrando competenza ed abilità nello svolgimento del laboratorio. Molto motivato e desideroso di imparare, ma ha sempre bisogno di richiami perché tende a voler finire prima degli altri.

BAMBINI DI PRIMA GENERAZIONE RICONGIUNTI

I casi 15 e 16 descrivono bambini che hanno affrontato un processo di ricongiungimento familiare. Sono entrambi nati nel paese di origine dei genitori e, dopo un periodo di convivenza con loro, hanno dovuto affrontare la separazione e la lontananza in seguito alla loro migrazione.

Entrambi i bambini presentano gravissime difficoltà di linguaggio, essendo stati esposti per lungo tempo esclusivamente alla lingua materna, a cui si associano problemi di apprendimento, di memorizzazione, attenzione e concentrazione.

I bambini che si ricongiungono ai genitori immigrati non sono coinvolti nella decisione di lasciare il proprio paese di origine, dove sono vissuti anche per molti anni, affidati

alle cure di parenti. Subiscono il progetto dei genitori che investono molto, in termini di attese e successo scolastico, su bambini che non riescono sempre a trovare una nuova collocazione, specialmente al momento del loro arrivo nel paese di accoglienza.

Si trovano a dover "elaborare il lutto" conseguente alla separazione dalle figure di riferimento presenti nel paese di origine, in un ambiente completamente sconosciuto, attraversando innumerevoli cambiamenti e non avendo, talvolta, validi riferimenti alternativi al momento del loro arrivo nel nuovo Paese. I genitori, infatti, devono trovare il modo per riadattare il "sistema famiglia" ai bisogni dei nuovi arrivati, creando uno spazio interiore per accoglierli e consentire loro di stabilire nuovi legami di appartenenza.

Anche la scuola non è pronta ad accogliere le loro istanze poichè, più che orientarsi verso l'apprendimento e il successo scolastico, sono tese ad individuare nuovi riferimenti, ad essere accettati dal gruppo dei pari, a conoscere e comprendere il contesto in cui vivono. Le difficoltà di inserimento scolastico rappresentano per i bambini ricongiunti una delle prime criticità del loro percorso migratorio. Spesso vengono inseriti in corso d'anno scolastico, in classi più basse rispetto all'età anagrafica a causa del percorso scolastico precedente che, spesso, si manifesta frammentato e non corrispondente alla scansione temporale del paese di accoglienza. Ciò può determinare ritardo nell'apprendimento, marginalizzazione, abbandono scolastico.

Il percorso di inclusione sociale di questi bambini si manifesta, di conseguenza, più complesso ed articolato rispetto a quello di altri bambini migranti di prima generazione che hanno affrontato il progetto migratorio insieme ai loro genitori. Il ricongiungimento comporta un duplice sentimento di abbandono vissuto nel tempo, di sradicamento e di grande fatica in relazione all'esperienza di provvisorietà e di vita "tra due mondi" che questi bambini devono fronteggiare.

CASO 17 BAMBINO DI NUOVO ACCESSO AL SERVIZIO DI SECONDA GENERAZIONE FAMIGLIA MISTA

CASO 17 (2003 - FEMMINA)
II GENERAZIONE FAMIGLIA MISTA

Presa in carico: 2012, su invio della Scuola

Nata in Italia nel 2003 da padre italiano e madre dominicana. Ha un fratello più grande nato nel 2001 ed uno più piccolo nato nel 2006. La situazione familiare appare complessa. La madre è depressa per la situazione scolastica della bambina ed il padre appare una figura "indefinibile".
Le insegnanti comunicano ai genitori difficoltà di apprendimento gravi e l'intenzione di bocciarla. I genitori colpevolizzano la scuola, soprattutto il padre, che nega i problemi della figlia.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Valutazione da marzo 2012 a maggio 2012 con somministrazione di: WISC-R, Matrici Progressive di Raven, Prove di lettura MT, AC-MT per le abilità di calcolo, TPV- test di percezione visiva e integrazione visuo-motoria.
Si rileva Disturbo Specifico dell'Apprendimento.
PROGRAMMAZIONE
Predisposta la certificazione ai sensi della Legge 170/2010 per Disturbo Specifico dell'Apprendimento e indicazione di tutoraggio per gli apprendimenti a casa.

CASO 18 BAMBINO DI NUOVO ACCESSO AL SERVIZIO DI SECONDA GENERAZIONE RICONGIUNTO

CASO 18 (2005 – MASCHIO)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2011, su invio della Scuola

Nato in Italia nel 2005 da genitori di origine moldava. Ha una sorella di 11 anni nata in Moldavia e vissuta con la nonna. Il bambino è vissuto i primi due anni e mezzo in Italia con i genitori e poi per un anno con la zia ed i nonni in Moldavia. Poi la famiglia si è ricongiunta. Situazione lavorativa stabile. E' bilingue perché a casa parlano moldavo ma tra fratelli parlano in italiano. E' andato a scuola un anno prima perché la sorella frequentava la stessa scuola.
Presenta difficoltà di apprendimento, iperattività, immaturità.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
All'osservazione risulta sereno ma non sta mai fermo. Non conosce alcune parole, riferisce che ha difficoltà nella lettura. Alla WISC-R risulta un profilo intellettivo nella norma con caduta nel verbale. Manifesta impulsività e fretta nell'esecuzione dei compiti, soprattutto nel calcolo.
PROGRAMMAZIONE
Si rilascia certificazione per Bisogni Educativi Speciali e si inserisce nel laboratorio di potenziamento lessicale.
Frequenta il laboratorio con continuità ed entusiasmo. Presenta le medesime caratteristiche di impulsività, iperattività ed urgenza di completare il compito. Deve essere sempre richiamato a lavorare con calma.

BAMBINO DI SECONDA GENERAZIONE RICONGIUNTO

Il caso 18 riguarda un bambino nato e vissuto in Italia con i genitori per due anni e mezzo e, successivamente, affidato nel Paese di origine alla zia ed ai nonni materni che già si occupavano di una sorella dalla sua nascita. Successivamente si è ricongiunto ai genitori in Italia. E' un bambino che ha vissuto una doppia migrazione, dall' Italia, paese di nascita alla Moldavia, paese di origine della famiglia prima e poi tornato nuovamente in Italia insieme alla sorella per ricongiungersi ai genitori. E' bilingue e manifesta difficoltà di apprendimento, iperattività e immaturità affettiva. Dai colloqui con la mamma emerge che la sorella, nata e vissuta in Moldavia, non presenta le stesse difficoltà linguistiche del fratello.

Sembra utile sottolineare che un fenomeno di particolare rilievo presente in Moldavia, così come in Romania ed in Ucraina, è quello dei cosiddetti "*orfani bianchi*". Bianchi come la neve in inverno o come il candore dei loro anni. Secondo un recente rapporto dell'Unicef[10], in Moldavia sarebbero 100 mila. Gli "orfani bianchi" sono tutti i minori con uno o entrambi i genitori all'estero, emigrati in cerca di un lavoro migliore. Nel piccolo paese stretto tra Romania e Ucraina, 100 mila adolescenti vivono senza almeno uno dei genitori (quasi sempre la madre), 17 mila sono affidati ai nonni o ad altri congiunti. Almeno 500 (ma il numero potrebbe essere molto maggiore) vivono praticamente da soli. Su una popolazione di appena 3 milioni e 600 mila abitanti tali numeri descrivono una profonda lacerazione del tessuto sociale.

Questi bambini e adolescenti sono esposti a fortissime tensioni psicologiche. L'assenza dei padri e, soprattutto, delle madri, su larga scala (un'intera generazione di emigrati, solo in Italia i moldavi sono oltre 120 mila) produce un *gap* difficilmente recuperabile, soprattutto per quanto riguarda gli adolescenti, essi sono soggetti a gravissime crisi depressive che, spesso, sfociano in suicidi.

Gli "organi bianchi" sono l'altra faccia della "sindrome italiana", quella singolare forma di depressione che colpisce le badanti straniere impiegate in Italia.

Il termine "sindrome italiana" è stato coniato nel 2005 da due psichiatri ucraini, Andriy Kiselyov e Anatoliy Faifrych, i quali avevano notato che la depressione dilagante tra tante donne tornate in patria dall'Italia, dove per anni avevano lavorato come badanti, spesso per 24 ore al giorno in condizioni di isolamento, poggiava le sue basi su una frattura del tutto nuova. Quelle giovani madri, per anni unica fonte di sostentamento del proprio nucleo familiare rimasto nel paese d'origine, ora facevano fatica a reinserirsi all'interno di quello stesso nucleo. Il rapporto con i figli, molto spesso, si era deteriorato. L'estraneità aveva prodotto alienazione, quest'ultima una nuova solitudine.

[10] www.alternativasociale.ro

E da qui il passo al crollo era stato brve. Gli “orfani bianchi” sono figli della stessa frattura.

Nel nostro caso, dal quadro familiare generale emergono segnali che possono far riflettere sul fatto che questo bambino sia stato sottoposto a notevoli fattori di stress che stanno influendo negativamente sugli apprendimenti e sul comportamento.

CASI 19-20 BAMBINI DI NUOVO ACCESSO AL SERVIZIO DI SECONDA GENERAZIONE NATI IN ITALIA DA GENITORI MIGRANTI

CASO 19 (2004 – MASCHIO)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2012, su invio della Scuola

Nato in Italia da genitori di origine peruviana. Ha un fratello maggiore seguito dal Servizio per discalculia, disgrafia e disortografia, con un funzionamento intellettivo superiore alla norma. I fratelli sono molto legati tra di loro. I genitori sono divorziati e il padre non si occupa dei figli. La mamma ha un nuovo compagno, che è stato accettato volentieri dai figli. Il bambino ha avuto problemi alla nascita ed è stato spesso ospedalizzato.
Presenta difficoltà linguistiche e di apprendimento. Ha subito un trauma conseguente al divorzio dei genitori.
E' già stato seguito presso il Servizio in precedenza per terapia logopedica.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Dal colloquio con la madre emerge una situazione scolastica complessa e la signora riferisce che l'insegnante di sostegno non lo aiuta. Il bambino è molto insicuro. Ha difficoltà di scrittura e problemi di memorizzazione.
Novembre 2012 valutazione cognitiva: si mostra collaborativo e sereno ma manifesta scarsa autostima. Alla BVN-Batteria di Valutazione Neuropsicologia risulta nella norma per memoria, attenzione e discriminazione visiva. Alla WISC-III risulta un quoziente medio inferiore confermato dalle Matrici Progressive di Raven.
PROGRAMMAZIONE
Si richiede un ulteriore ciclo di terapia logopedica e viene inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale insieme al fratello.
Partecipa con entusiasmo e volontà al laboratorio, sostenuto tantissimo dal fratello che tende a sostituirsi a lui. Non presenta abilità informatiche ma è molto interessato ad imparare. Ha ottime capacità relazionali sia con gli adulti che con i compagni.

CASO 20 (2004 - FEMMINA)
II GENERAZIONE

Presa in carico: 2012, su invio della scuola

Nata in Italia nel 2004 da genitori di origine romena, separati: il padre vive in un'altra città dove ha costituito una nuova famiglia, ha una figlia piccola. La mamma lavora in uno studio commerciale, è ben integrata. Non tollera la separazione e non ha perdonato l'ex marito, trasferendo sulla bambina il suo vissuto. Già conosciuta al Servizio dal 2008 per indagine sociale richiesta dal Tribunale dei Minorenni.
A casa parlano molto la lingua materna.
La scuola segnala problemi comportamentali e di relazione con i pari. Non ha difficoltà di apprendimento ma comportamentali: in competizione con le bambine e comportamenti seduttivi nei confronti dei maschi. Fa piccoli furti, isolata dalle bambine, bugiarda, non vive su un piano di realtà. Desidera la perfezione e una famiglia normale. Tende a complicarsi la vita.
PRESA IN CARICO SPECIALISTICA
Colloqui con la mamma, con la bambina, somministrazione batteria test cognitivi. E' risultato un QIT nella norma alla WISC-R e nettamente sopra alla norma nelle Matrici Progressive di Raven.
Dal colloquio con la mamma e dall'osservazione della bambina è risultato un forte investimento nelle problematiche familiari, con peggioramento dopo la nascita della sorellastra. Il padre si disinteressa ancora più di prima e la bambina tenta di trovare un compagno per la mamma per alleviare la sua sofferenza.
PROGRAMMAZIONE
Colloqui periodici con la bambina, la mamma e le insegnanti per controllare la situazione comportamentale.

5.2.7 Considerazioni generali sui casi esaminati

Tutti i 20 casi esaminati, pur nella loro estrema eterogeneità, presentano alcune caratteristiche comuni. Ciò può consentire una classificazione in base alla tipologia dell'ambito patologico che può risultare utile per un uso futuro.

Emergono, infatti in modo particolare, importanti difficoltà di inserimento e di apprendimento scolastico che richiamano l'attenzione sul vissuto di estraneità e di percezione e rifiuto della propria diversità in confronto al gruppo classe ed i severi problemi linguistici, derivanti dal bilinguismo e dall'esposizione alla lingua seconda, connotata da elementi di discontinuità e di inadeguatezza linguistica in ambito familiare.

Molti dei bambini considerati presentano difficoltà di attenzione, spesso associate ad iperattività e comportamenti antisociali, che possono presumibilmente derivare dal doversi confrontare, nel contesto scolastico, nuovo e non sempre completamente accogliente, con un curriculum didattico complesso, possedendo scarse competenze linguistiche e relazionali. Questo può facilmente favorire l'assegnazione di etichette diagnostiche che non sempre corrispondono al reale profilo di sviluppo.

Un altro fattore di rischio di emarginazione e di stigmatizzazione è rappresentato dalla condizione di bilinguismo, che si presenta estremamente variegata.

Nel nostro caso sono state rilevate, in particolare, alcune forme di "semilinguismo". L'espressione è stata coniata da due psicologi scandinavi, Skutnabb-Kangas e Toukomaa (1976), nell'ambito di una ricerca su ragazzi di madrelingua finlandese in territorio svedese.

I due studiosi scoprirono una correlazione positiva fra lo sviluppo della madrelingua prima del contatto con la L2 e la competenza raggiunta successivamente in L2.

Viceversa i ragazzi che avevano abbandonato troppo presto la lingua materna rivelavano una competenza linguistica sia in L1 che in L2 inferiore ai coetanei monolingui. Tale condizione di sviluppo incompleto del bilinguismo fu definita "semilinguismo".

Diverse forme di bilinguismo e modi diversi di essere bilingui risultano estremamente diffuse. Favaro in un suo contributo (2012) afferma che "Quando comunica, il bambino che ha imparato a farlo in due codici deve scegliere la lingua adatta a ogni interlocutore, in ciascun luogo e situazione e questo può comportare un certo disorientamento." Il bilinguismo può però anche rappresentare una risorsa ed una ricchezza poiché consente di ampliare la propria visione del mondo, poiché come afferma Steiner "ogni lingua dice il mondo a modo suo" (Favaro, 2012, 251).

Il problema emerge quando un soggetto, in età diverse della sua vita, dalla prima infanzia all'adolescenza e all'età adulta, a seguito di un progetto migratorio direttamente o indirettamente vissuto, deve confrontarsi con una nuova lingua. Molteplici sono le relazioni che possono scaturire dal confronto tra due codici linguistici differenti, quali conflitto, complementarietà, integrazione quando una nuova lingua sostituisce quella originaria. Gli effetti, che possono portare a sostanziali cambiamenti e perdite. Essa è sottoposta ad un processo di erosione che può dipendere da fattori diversi, alcuni interni alla famiglia ed alla comunità di appartenenza, altri legati all'ambiente esterno che non riconosce la lingua materna, di fatto svalorizzandola. La prima tappa nell'erosione di una lingua, chiamata "*attrition",* si manifesta attraverso esitazioni nel trovare la parola giusta, l'uso di prestiti dalla lingua dominante, fino ad arrivare all'impossibilità di formulare delle frasi dopo lunghi anni di contatto con la lingua seconda. La perdita di una lingua dipende in gran parte dall'età in cui questa è stata acquisita. Sembra che la pubertà rappresenti uno spartiacque in quanto, se un bambino non ha modo di praticare adeguatamente la lingua materna fino alla pubertà, vi è un serio rischio di dimenticanza, mentre nel caso opposto le possibilità di mantenimento sono molto elevate (Abdelilah-Bauer, 2008).

Le biografie linguistiche dei bambini che presentano carattere migrante sono, quindi, estremamente diversificate, in relazione alle diversità culturali che questi bambini presentano. Dall'indagine annuale che il MIUR – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca – (MIUR, 2011) conduce in relazione alle caratteristiche ed ai dati degli alunni di nazionalità straniera, risultano sul territorio italiano ben 191 nazionalità e 78 lingue nazionali. Il livello di competenza acquisito nella lingua di origine dipende da fattori diversi legati all'età, al luogo di nascita, al percorso scolastico, alle scelte familiari, alla tipologia delle lingue.

Per poter classificare le differenze è possibile distinguere tra i bambini stranieri nati in Italia, la seconda generazione di migranti, ed i bambini nati all'estero ed arrivati in Italia con i genitori o in seguito al ricongiungimento familiare.

I primi hanno, in generale, un'età più bassa e possono essere così classificati:

- I monolingui al momento dell'ingresso nella scuola dell'infanzia e che, in conseguenza di ciò, diventano bilingui, aggiungendo la lingua seconda e sviluppando il cosiddetto "bilinguismo precoce consecutivo o aggiuntivo", che riguarda quindi i bambini dai 3 ai 6 anni e richiede loro di inserirsi rapidamente negli scambi con i pari e con gli adulti, saper partecipare ad una conversazione e rispettarne i turni.

- I bambini che, grazie all'inserimento nell'asilo nido, sviluppano immediatamente una competenza in entrambe le lingue, parlando generalmente la lingua materna a casa e l'italiano a scuola, praticando in tal modo il cosiddetto "bilinguismo precoce simultaneo". A volte questi bambini possono presentare un lieve ritardo nell'acquisizione del linguaggio, poiché devono sviluppare simultaneamente due sistemi linguistici e, spesso, tendono a mescolare le parole nelle due lingue, attingendo alla loro riserva di parole quando un termine risulta maggiormente recuperabile nella prima o nella seconda lingua.

- I bambini che iniziano l'apprendimento della seconda lingua in età scolare, dopo i 6 anni che, avendo già acquisito una padronanza nella propria lingua, devono percorrere un cammino veloce per poter comunicare in fretta, dovendo trasformare il nuovo codice anche in forma scritta, trovandosi quindi nella condizione di "bilinguismo consecutivo e tardivo"

- I bambini che imparano soltanto l'italiano (L2) per una scelta familiare o in seguito ad un orientamento riduttivo in ambito scolastico e che sono quindi monolingui per la lingua italiana.

I secondi, hanno generalmente un'età più elevata e presentano, nel momento in cui sono inseriti a scuola, differenze linguistiche e culturali e possono essere così classificati:

- I bambini non scolarizzati nel paese di origine che praticano la propria lingua madre esclusivamente per gli usi comunicativi orali
- I bambini che hanno sviluppato entrambe le competenze: orale e scritta
- I bambini che praticano una varietà dialettale a casa ma che hanno imparato a leggere e a scrivere nella lingua nazionale del contesto di provenienza (ad esempio gli arabofoni)
- I bambini che praticano la lingua materna orale in famiglia ma che sono stati scolarizzati in una lingua straniera (ad esempio i filippini che frequentano le scuole private di lingua inglese).

La possibilità che si realizzi un bilinguismo "perfetto" è alquanto rara poiché, considerando una società monolingue, sono poche le occasioni per usare indifferentemente nella quotidianità entrambe le lingue. Di conseguenza, lo squilibrio che può verificarsi, risulta normale e naturale.

Mackey (1976) propone sei criteri di classificazione delle diverse situazioni di bilinguismo:

1. Il numero delle lingue coinvolte

2. Il tipo delle lingue

3. L'influenza di una lingua sull'altra (a livello fonetico, fonemico, lessicale o strutturale)

4. Il grado di competenza nell'uso

5. Le oscillazioni nell'uso, in relazione all'epoca vissuta, alle occasioni, agli interlocutori

6. La funzione sociale delle lingue utilizzate

In base a questi criteri è quindi possibile condurre una analisi delle diverse forme di bilinguismo dei bambini stranieri, scoprendone la ricchezza e la varietà della comunicazione in tutti gli ambiti di vita. Ciò che è utile sottolineare è che le competenze linguistiche già acquisite in qualunque lingua, rappresentano punti di forza ed opportunità da valorizzare e non ostacoli che si frappongono all'apprendimento di nuove lingue. La ricerca sul bilinguismo (Cummins, 1979; Bettoni, 2014), di fatti, ha superato la fase in cui si pensava che i bambini posti in contesti di bilinguismo fossero, generalmente, a rischio di difficoltà di linguaggio. Da oltre trenta anni si va affermando la tesi che, per imparare meglio la seconda lingua, è indispensabile non abbandonare la lingua materna. Alla rappresentazione della mente come spazio cognitivo limitato al cui interno si trovano i due palloncini linguistici, Cummins (1979), sulla base dei suoi studi sull'immigrazione in Canada, sostituisce la suggestiva e famosa immagine degli iceberg: se sopra il livello del mare vediamo due iceberg distinti l'uno dall'altro, che rappresentano le due lingue, sotto il livello del mare essi si ricongiungono. Sostanzialmente, egli afferma che le due lingue provengono da uno stesso motore centrale, che regola i processi cognitivi comuni che devono essere sviluppati e fatti funzionare al meglio. Ogni bambino sviluppa la propria lingua fino a raggiungere una

competenza complessa, attraverso una evoluzione cognitiva promossa dalla stretta relazione che esiste tra pensiero e linguaggio (Vygotskij, 1934). Bilinguismo e multilinguismo sono quindi possibili poiché una persona può attingere facilmente due o più lingue in un unico centro; le lingue materne non disturbano l'apprendimento dell'italiano, anzi, se mantenute e sviluppate, possono addirittura favorirlo.

L'analisi delle biografie sottolinea che, in relazione al bilinguismo, le famiglie incontrano le maggiori difficoltà in quanto la competenza linguistica dei genitori è di gran lunga inferiore a quella dei figli. Alcune famiglie pretendono che i loro figli mantengano o acquisiscano la lingua materna, in vista di futuri progetti di rientro nel paese di origine, mentre altre insistono sulla necessità dei figli di padroneggiare la seconda lingua per avere maggiori opportunità scolastiche e lavorative nel futuro. I bambini, generalmente, non apprezzano la loro condizione bilingue che, spesso, vedono come ostacolo all'apprendimento e, conseguentemente, all'integrazione nel gruppo dei pari, manifestando peraltro sia comportamenti di accondiscendenza nei confronti dei desideri dei genitori, sia di deciso rifiuto del mantenimento della lingua materna. Ciò si verifica, soprattutto, nella seconda generazione, in relazione al disagio derivante dal confronto con la doppia appartenenza culturale, come già in precedenza esposto nel secondo capitolo, al paragrafo 2.3.

5.2.8 Analisi delle richieste di accoglienza nell' anno 2011

Per quantificare il numero delle richieste di accoglienza effettivamente pervenute al Servizio nel corso di un anno solare, sono state esaminate tutte le schede di accoglienza pervenute al Servizio nel corso dell'anno 2011. Questo dato risulta di particolare importanza ai fini della comparazione tra le effettive richieste e i dati emersi dalla raccolta effettuata presso l'Ufficio Scolastico Regionale relativa al medesimo anno.

Come evidenziato in precedenza, l'incidenza dei bambini disabili con carattere migrante, sembrerebbe sottostimato nelle istituzioni scolastiche del Distretto di appartenenza del TSMREE in questione.

Dalla consultazione dei Registri contenenti le schede di accoglienza compilate dagli Operatori del servizio accoglienza nel 2011, è emerso un dato estremamente significativo rispetto al numero dei bambini figli di migranti che manifestano problematiche di varia natura e, per i quali, le istituzioni scolastiche o gli stessi genitori e le Autorità Giudiziarie, richiedono un intervento da parte del Servizio Sanitario.

Infatti, su un totale di 508 schede di accoglienza esaminate, ben 74 si riferiscono a bambini con cittadinanza non italiana, una percentuale pari al 14,56%.

La consultazione ha consentito di rilevare, per la maggior parte delle schede esaminate, i dati relativi al luogo e anno di nascita, alla cittadinanza, al genere ed alla motivazione della richiesta, che sono stati inseriti in un scheda riepilogativa (All. 8)

L'analisi dei dati ha prodotto i risultati inseriti nel seguente schema:

SCHEMA RICHIESTE ACCOGLIENZA ANNO 2011

Schede di accoglienza di n. 74 pazienti così ripartiti:

8 schede contengono soltanto il nome e il cognome del minore

Le altre 66 rilevazioni sono suddivise in:

PRIMA GENERAZIONE: 26 di cui: 11 adottati (2 attualmente in casa famiglia)

3 famiglie miste

10 migranti (1 in casa famiglia)

SECONDA GENERAZIONE: 40 di cui: 36 nati a Roma

3 nati in Italia

1 nato nel Regno Unito

La cittadinanza di origine dei minori per entrambe le tipologie, rispecchia il *target* rilevato attraverso la consultazione delle cartelle cliniche e da quanto desunto dal confronto con gli operatori.

Per quanto riguarda l'appartenenza di genere si riscontra e conferma una prevalenza di maschi, mentre risulta estremamente eterogenea l'età dei minori, che va dai 2 mesi ai 18 anni.

Consistente il numero di minori segnalati dall'Autorità Giudiziaria ed in carico al GIL – Gruppo Integrato di Lavoro – della Azienda Sanitaria Locale, che ammonta a 6 unità.

Per poter sinteticamente illustrare il genere di richieste avanzate ed il tipo di programmazione generalmente attuata, si riportano a titolo esemplificativo i dati estrapolati da 5 schede di accoglienza relative al periodo preso in esame (2011).

RIFERIMENTO N. 2

NATA A ROMA NEL 2003 FEMMINA, MADRE BOLIVIANA (ragazza madre)

La bambina aveva già avuto un'accoglienza al servizio nel 2007 per disturbo del linguaggio
Formula una nuova richiesta nel 2011 per il rinnovo della certificazione handicap.
Frequenta la III elementare presso una scuola pubblica.
Certificazione 2007: Disturbo specifico di linguaggio 3.10; disturbo di attenzione con iperattività 3.22
Si programmano:
Visita neuropsichiatrica
Valutazione logopedica
Colloqui con educatore professionale
Restituzione alla famiglia

RIFERIMENTO N. 4

NATO IN COLOMBIA NEL 1998, MASCHIO, ADOTTATO INSIEME A 1 O 2 FRATELLI.

Il bambino aveva già avuto un'accoglienza al servizio nel 2006 per ritardo generalizzato
Formula una nuova richiesta nel 2011 per rinnovo certificazione handicap. Frequenta la I media presso una scuola pubblica.
Certificazione 2006: Ritardo cognitivo medio- lieve 4.12; disturbo della sfera emozionale 5.20
Disturbo visuo-spaziale
Si programmano:
Visita neuropsichiatrica
Valutazione psicodiagnostica
Valutazione cognitiva

RIFERIMENTO N. 5 e N. 6 (sorelle)

NATA A LIMA NEL 1997, FEMMINA
NATA A LIMA NEL 1995 FEMMINA

Le bambine si sono ricongiunte con il padre, la madre è rimasta in Perù. Il padre ha una nuova compagna ed 1 figlio.
Richiesto sostegno psicologico per entrambe le sorelle ma nel frattempo una delle minori è tornata dalla mamma
Si programmano:
colloquio con padre
invio per l a presa in carico alla Cooperativa ETNA – Etnopsicologia Analitica - in quanto il servizio effettua soltanto psicoterapie brevi (10 sedute)

RIFERIMENTO N. 7

NATA A ROMA NEL 2004, FEMMINA, GENITORI BANGLADESH

La bambina aveva già avuto un'accoglienza al servizio nel 2007 per ritardo mentale e altri disturbi neurologici
Formula una nuova richiesta nel 2011 per rinnovo certificazione.
Il Bambin Gesù relaziona problemi fisici: ipertermia, pregressa rabdomiolisi, sindrome atassica, sviluppo in area borderline.
Certificazione 2007: Altri disturbi neurologici 1.30; ritardo mentale 4.10
Si programmano:
valutazione cognitiva
valutazione degli apprendimenti
consulenza scolastica

I dati inseriti dagli operatori dell'accoglienza nelle schede non consentono di rilevare in maniera specifica quali sono le problematiche maggiormente segnalate, poiché si tratta di indicazioni estremamente sintetiche e spesso gli operatori incontrano difficoltà, soprattutto per quanto riguarda le richieste telefoniche, nello stabilire una comunicazione efficace con i richiedenti, a causa delle difficoltà linguistiche riscontrate. L'indagine è servita quindi ad effettuare una stima soprattutto quantitativa del fenomeno, che ne ha confermato la forte incidenza.

Un dato interessante emerso è che, molto spesso, a distanza di anni, vengono nuovamente sottoposti al Servizio casi già presi in carico precedentemente. Ciò avviene, alcune volte per il rinnovo della certificazione ai sensi della legge 104/92, mentre, in alcuni casi, tale evidenza può suggerire il perdurare di una situazione di difficoltà che, nonostante l'intervento specialistico, non ha trovato definitiva soluzione.

Sarebbe di grande interesse poter approfondire, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche aperte successivamente alla richiesta di accoglienza, alcune evidenze in relazione alle varie connotazioni del fenomeno, per poter operare una comparazione con le precedenti rilevazioni, con l'obiettivo di individuare le eventuali variazioni che, presumibilmente, sono avvenute in relazione ai cambiamenti che il panorama migratorio, considerato nella sua generalità, comporta nel tempo e quanto tali cambiamenti influiscono sul fenomeno oggetto del presente lavoro di ricerca.

CAPITOLO 6

Proposte operative

Sulla base di quanto verificato attraverso tutto il lavoro esplorativo si possono individuare gli ostacoli più probabili allo svolgimento di un buon lavoro di presa in carico. Il Servizio, infatti, non dispone di risorse economiche ed umane per fronteggiare le esigenze che emergono dalle trasformazioni sociali e la complessità degli iter amministrativi impediscono di lavorare in rete con altre istituzioni.

Si è cercato quindi di individuare alcune possibili azioni da mettere in atto all'interno del Servizio, che non implicassero un coinvolgimento di risorse esterne ed alcun impegno economico.

Tale iniziativa rappresenta una terza fase della ricerca, derivata dagli esiti della raccolta ed elaborazione dei dati quantitativi e qualitativi, che possiamo definire di ricerca intervento o ricerca azione.

La ricerca azione

Per Ricerca Azione si intende "una metodologia che tende a coniugare teoria e prassi, rendendo la ricerca direttamente finalizzata ad un'azione e intraprendendo quest'azione in modo mirato ad una trasformazione in contesti educativi, psicologici e sociali […..]. La ricerca influenza dunque l'azione e l'azione orienta la ricerca in un andamento circolare in cui il feedback ha la funzione di collante tra teoria e prassi" (Aluffi Pentini, 2001, 1).

Il termine action research (ricerca azione o ricerca intervento) è stato coniato da Kurt Lewin (1946) per indicare un modello di ricerca che collega la stessa ricerca al cambiamento ed al miglioramento dei sistemi sociali con i quali viene in contatto.

Il ricercatore diventa agente di cambiamento in quanto progetta di modificare il campo di indagine nel momento stesso in cui lo studia. La ricerca, oltre ad avere carattere conoscitivo, studiando come avviene il cambiamento ed in che misura, promuove l'azione sociale, è volta all'azione, tendendo alla risoluzione del problema. A tale scopo, identifica i fattori che possono ostacolare il cambiamento, per programmare interventi che possano favorirlo e quali sono gli effetti dell'intervento a breve e lungo termine.

I destinatari dell'azione sono coinvolti direttamente, in un rapporto di parità e confronto con i ricercatori, in quanto collaborano nella definizione dei problemi oggetto di indagine e nello svolgimento ed impostazione della ricerca.

La ricerca azione risulta efficace per la sua flessibilità procedurale e per la possibilità di verifica in ogni sua fase. Ciò consente di riadattare il disegno della ricerca ai nuovi elementi mano a mano che emergono, producendo effetti nel momento stesso in cui si svolge.

6.1 La realizzazione delle azioni

La terza fase della ricerca si è realizzata, come già detto, attraverso la proposta di realizzazione di due interventi:

a) un protocollo di accoglienza che possa rispondere alle problematiche personalmente riscontrate nell'utenza, durante il periodo di collaborazione alla presa in carico. E', infatti, constatare la difficoltà dei genitori a sostenere i colloqui con gli operatori, trovandosi inevitabilmente in una condizione di asimmetria comunicativa, sia di origine linguistica che sociale. I migranti occupano sempre una posizione di svantaggio nel confronto e nel dialogo con i servizi alla persona, a causa dello scarto esistente tra i ruoli reciprocamente rivestiti, aggravato dalla difficoltà di comprensione e produzione della lingua

dell'interlocutore. Ciò ostacola la totale manifestazione dei propri bisogni e difficoltà della descrizione della propria situazione familiare e delle proprie percezioni sui problemi incontrati dai figli, non consentendo agli operatori di poter tracciare un profilo esaustivo del soggetto che dovranno prendere in carico, privando la raccolta anamnestica dei fattori culturali che possono essere alla radice delle difficoltà emerse.

b) un laboratorio di potenziamento lessicale, motivato dal considerevole numero di diagnosi di disturbo del linguaggio e difficoltà di apprendimento, rilevate durante la consultazione delle cartelle cliniche. Dall'analisi qualitativa dei risultati dei test cognitivi emerge, infatti, una carenza lessicale diffusa, testimoniata dalla caduta verbale in sede di attribuzione di punteggi relativamente al quoziente intellettivo. La maggior parte dei bambini non conosce il significato di molte parole, pur conoscendo l'oggetto o la situazione a cui si riferiscono. I test cognitivi sono strutturati per una somministrazione rigida, senza possibilità di dare ulteriori spiegazioni e ciò appare estremamente discriminante.

   E' ipotizzabile, quindi, che lavorare sullo sviluppo del lessico possa, parzialmente, porre rimedio alle loro difficoltà, soprattutto, in ambito scolastico.

   Sarebbe auspicabile attivare percorsi di questo tipo a scopo preventivo, prima dell'età scolare, onde evitare l'instaurarsi di difficoltà di apprendimento con gravi ricadute sul vissuto personale di autostima e conseguenti problemi di inclusione ed integrazione.

Si illustreranno ora le due proposte operative: il protocollo di accoglienza transculturale e il laboratorio di potenziamento lessicale.

6.1.1 Progetto integrato di accoglienza transculturale

Per comprendere le procedure di accoglienza delle famiglie richiedenti interventi presso il Servizio, oltre ad esaminare le cartelle cliniche, è stato possibile indagare in pratica come tali procedure si svolgono, sia attraverso quanto riferito dai singoli operatori sanitari, sia grazie all'affiancamento durante i colloqui con i genitori ed i bambini effettuati dalla psicologa tutor di stage.

Dai dati raccolti, è emerso che non esiste una procedura di accoglienza differenziata per modalità e contenuti tra i richiedenti autoctoni ed alloctoni afferenti territorialmente al Servizio.

Dal confronto con alcuni operatori sanitari (educatore, logopedista, psicologa, terapista della riabilitazione, assistente sociale) è risultata evidente la loro difficoltà ad entrare in relazione con le famiglie migranti, ritenendosi spesso non sufficientemente competenti per identificare gli aspetti culturali sottesi ai loro vissuti, di non riuscire a volte ad abbattere le barriere linguistiche e di conformarsi, quindi, al modello relazionale in uso. Sono consapevoli di non poter rispondere in tal modo adeguatamente a bisogni, spesso nascosti, se non sulla scorta di interventi guidati dalla "buona volontà" dei singoli.

In presenza di prassi diagnostiche e relazionali da tempo consolidate, risulta difficile decentrare il proprio punto di vista per considerare quanto, gli atteggiamenti delle persone richiedenti interventi sanitari, siano influenzati dalla componente culturale, con il rischio di sottovalutare le problematiche riportate o, ancor più pericolosamente, di stigmatizzare il pensiero e l'espressione del loro disagio.

Ad esempio, il silenzio da parte dei genitori che spesso caratterizza le sedute di restituzione, viene interpretato a volte come disinteresse o apatia, mentre invece nasconde il rispetto per l'operatore sanitario, l'umiliazione, la delusione di fronte alla restituzione di una diagnosi negativa nei confronti di quel figlio sul quale hanno trasferito tutte le loro ambizioni ed aspettative. Spesso il progetto migratorio si basa

proprio sull'opportunità di dare ai propri figli, più che a loro stessi, un futuro migliore. Vediamo persone diplomate ed anche laureate, svolgere le più umili professioni per consentire ai figli di studiare, vivendo in un ambiente più favorevole del loro paese di origine e con maggiori possibilità economiche, con l'obiettivo di garantire loro una posizione futura che, dal loro punto di vista, potranno acquisire soltanto attraverso lo studio. Sapere che il figlio presenta un ritardo mentale o un disturbo dell'apprendimento o del linguaggio, è una notizia che spesso lascia interdetti e "silenziosi" di fronte a chi ha la competenza ed il "potere" di dare valutazioni.

Il progetto integrato di accoglienza transculturale nasce quindi da uno scambio ed un incontro tra professionalità diverse, rappresentante da persone che si sono trovate concordi nel manifestare l'esigenza di sperimentare una procedura nuova, basata su un modello teorico ampiamente conosciuto e sperimentato in Italia ed all'estero, la clinica transculturale.

Da ciò la proposta di riservare uno spazio di accoglienza dedicato alle famiglie migranti, avviando il progetto, allegato in appendice (All. 9), che si è realizzato nell'anno 2013 nell'arco di 8 mesi.

La presentazione della proposta progettuale all'amministrazione centrale è stata fatta avvalendosi della collaborazione dell'assistente sociale del Servizio, che ha svolto tutte le procedure amministrative richieste, sia presso l'Amministrazione della ASL che presso il Servizio sociale del Municipio di competenza territoriale, cui è stata chiesta la collaborazione per concedere ed integrare tutte le risorse disponibili sul territorio.

Svolgimento del progetto ed esiti

Nonostante le inevitabili e prevedibili difficoltà burocratiche, il progetto è stato avviato nel mese di febbraio 2013.

La procedura ha previsto uno spazio dedicato al primo colloquio con le famiglie migranti, su appuntamento nella giornata del martedì dalle ore 9.30 alle ore 11.30. Gli appuntamenti venivano fissati dagli operatori incaricati dell'accoglienza (3 assistenti sociali e 1 educatore professionale).

I colloqui sono stati effettuati dalla sottoscritta, affiancata a volte, da una tirocinante assistente sociale. Hanno previsto una raccolta anamnestica sul bambino ed alcune domande sulla storia migratoria tratte dal questionario per i genitori (All. 10).

Al termine del colloquio, tutti gli atti disponibili (anamnesi, storia, consenso informato, informativa sulla privacy, ecc.) venivano inseriti nella cartella clinica o, in caso di nuovo paziente, si procedeva all'apertura di una nuova cartella. Successivamente il paziente veniva preso in carico da un operatore scelto dalla dirigente del servizio in relazione alle problematiche emerse (neuropsichiatra, psicologo).

La realizzazione del protocollo non ha avuto una durata sufficiente per poterne definire l'efficacia assoluta. Sono stati effettuati 12 colloqui nel corso degli 8 mesi, inclusa la pausa estiva. Tutti i genitori riportavano la richiesta della scuola per la valutazione di difficoltà di apprendimento, con richiesta di certificazione per il sostegno.

Sono emerse situazioni di profondo disagio, disoccupazione, pessime condizioni abitative, non conoscenza delle procedure amministrative in generale: permesso di soggiorno, assistenza sanitaria, richiesta di indennità presso i servizi sociali municipali. A volte non erano neanche al corrente dell'esistenza di determinati servizi.

In aggiunta, quindi, ad una funzione di orientamento per gli operatori rispetto alla situazione socio-ambientale del bambino da prendere in carico, di accoglienza specifica

ed indirizzata all'identificazione di bisogni non sempre facilmente esprimibili, il progetto di accoglienza ha favorito il raccordo tra i migranti ed il servizio sociale sanitario che ha il ruolo di supportare le famiglie nel raggiungimento di una stabilità socio-psico-ambientale indispensabile a garantire la tutela dei figli minori.

Sfortunatamente, non è stato possibile avere la disponibilità del mediatore culturale, in quanto la richiesta avanzata ai Servizi sociali del Municipio territorialmente competente, è stata disattesa. Esiste infatti la possibilità di avvalersi della mediazione attraverso un progetto municipale, il Programma Integra, società cooperativa sociale integrata il cui scopo è attivare e sostenere i processi di integrazione sociale di migranti e rifugiati al fine di favorire l'avvio di percorsi di autonomia sostenibili e duraturi e contribuire al benessere e allo sviluppo della comunità. La cooperativa mette a disposizione la figura del mediatore culturale in convenzione con il Municipio e, da un contatto diretto, si era resa disponibile ad estendere il servizio alla ASL. Purtroppo la pratica aperta dall'assistente sociale della ASL e rivolta al Municipio non è andata a buon fine.

La sensazione provata e condivisa con gli operatori, rispetto al clima che si è creato durante i colloqui, è stata quella di percepire chiaramente, man mano che il colloquio andava avanti, un allentamento della tensione manifestata inizialmente dalle famiglie. Si sono mostrate tutte pienamente collaborative e si è avvertito il piacere e il desiderio di parlare della propria storia, del vissuto conseguente alla loro condizione di migranti e dei problemi che quotidianamente sono chiamati ad affrontare ed a risolvere.

Per quanto riguarda l'atteggiamento in relazione alle difficoltà dei figli, hanno manifestato la volontà di affidarsi ai professionisti, verbalizzando la loro incapacità a comprenderle e la paura dell'insuccesso scolastico e del giudizio della scuola nei loro confronti. Sono stati messi in luce i loro obiettivi rispetto al percorso migratorio, con particolare riferimento al benessere dei figli in una prospettiva futura.

Per quanto riguarda “noi operatori”, l’incontro con le famiglie, ha comportato l’esigenza di decentramento, di rinnovamento delle nostre modalità di pensiero, di ampliare il livello di complessità dei nostri modelli, prendendo le distanze da atteggiamenti di giudizio. Avere di fronte genitori “diversi” ha sollecitato una riflessione sulla genitorialità, sul fatto che esistono mille modi per essere madri e padri e, non necessariamente, il nostro è il migliore. La clinica transculturale ci insegna che è necessario saper lasciare lo spazio affinchè possano emergere tutte le potenzialità, astenendosi da qualsiasi giudizio sul “miglior modo di essere padri o essere madri” (Cattaneo, dal Verme, 2009, 13). Occorre porsi degli interrogativi sulla dimensione culturale della genitorialità e confrontarsi con essa per favorire lo scambio e il confronto delle nostre percezioni con quelle dell’altro. Proprio grazie allo scambio con l’altro c’è possibilità di modificarsi e migliorarsi. Ignorare l’alterità significa privarsi dell’aspetto creativo dell’incontro, della possibilità di integrare la diversità e rinunciare al *métissage* delle idee e delle tecniche (Cattaneo, dal Verme, 2009, 15).

6.1.2 Laboratorio di potenziamento lessicale

L’analisi delle cartelle cliniche e la collaborazione all’accoglienza dei minori figli di migranti presso il Servizio, ha dimostrato che, nella maggior parte dei casi, le segnalazioni avvengono per difficoltà di apprendimento, rilevate in massima parte in ambito scolastico. Una osservazione qualitativa di tali difficoltà, condotta attraverso la conoscenza dei bambini e delle famiglie, con colloqui periodici ed approfondimenti diagnostici, ha consentito di circoscrivere gli ambiti patologici, mostrando l’assoluta preminenza di difficoltà linguistiche a carico dei minori accolti. Le possibili cause di tale fenomeno sembrano poter essere attribuite in massima parte ai contesti di bilinguismo in cui i bambini vivono. Si è riscontrata una carenza lessicale diffusa.

Ciò ha suggerito di proporre un laboratorio di potenziamento lessicale destinato a due gruppi di minori ripartiti in base all'età anagrafica, che ha avuto luogo con cadenza settimanale dal mese di maggio 2013 al mese di ottobre 2013. Tale azione potrebbe essere generalizzata ad altri contesti, ad esempio essere esportata in ambito scolastico per l'implementazione dei prerequisiti dell'apprendimento.

E' stato scelto di proporre un'attività laboratoriale per la flessibilità dell'approccio e la probabile familiarità da parte dei bambini e ragazzi, in quanto le pratiche laboratoriali sono attività educative e didattiche ordinarie in ambito scolastico e per la flessibilità di questo approccio.

La didattica laboratoriale si rintraccia già nella pedagogia di Dewey (1949) attraverso l'individuazione del circuito "esperienza-riflessione".

Essa applica tre principi che risultano particolarmente interessanti: 1) gli obiettivi dell'educazione vanno fondati sui bisogni intrinseci del soggetto che apprende; 2) la cooperazione contribuisce efficacemente a "liberare e organizzare" le capacità di chi apprende e a trasformarle in competenze; 3) la valenza educativa delle attività sta nelle connessioni e nella flessibilità di percorsi riconosciuti dall'alunno come significativi per sé e spendibili nel compito di intervenire sulla realtà.

La funzione laboratoriale si esplicita nella funzione fondamentale di dare risposte efficaci e personalizzate, per migliorare la crescita di alcune dimensioni relazionali, per facilitare l'acquisizione di nuove conoscenze ed abilità e per far maturare competenze.

Chiappetta Cajola (2012, 199) suggerisce che "L'organizzazione laboratoriale promuove infatti l'uso funzionale delle strategie per svolgere una determinata attività, stimolando il soggetto alla ricerca e alla scoperta autonoma delle strategie più efficaci. […..] L'uso funzionale delle strategie, dunque, è tale perché esse non vengono insegnate isolatamente, ma sono applicate in un processo guidato fortemente dalla motivazione.

Anche i bambini con uno stile passivo possono divenire nel tempo propositivi, via via che cresce il coinvolgimento e che si interiorizza l'uso di strategie nuove".

"La flessibilità è una scelta che si compie sul piano scientifico, in cui trova spazio la comunicazione animata e creativa degli educatori" (Chiappetta Cajola, 2012, 200).

Le attività sono state quindi svolte con l'intento di impiegare le risorse derivanti da una pratica che, recentemente, ha assunto un ruolo fondamentale nella didattica, anche in considerazione delle caratteristiche dell'attuale popolazione scolastica.

Al termine della primo laboratorio, in considerazione dei buoni risultati ottenuti, gli operatori del Servizio hanno deciso di continuare l'attività in autonomia, proseguendo il lavoro iniziato insieme.

I partecipanti al laboratorio sono stati selezionati tra i bambini conosciuti personalmente durante l'arco dei due anni di stage. Ad essi se ne sono aggiunti altri che presentavano difficoltà linguistiche e di apprendimento scolastico, segnalati dagli operatori, soprattutto dalle logopediste.

Il gruppo di operatori che ha condotto il laboratorio era formato, oltre a me in veste di esperta della procedura, da un Educatore professionale interno al Servizio e da due tirocinanti, un'educatrice professionale ed una psicologa.

Gli strumenti e la metodologia utilizzati per la conduzione del laboratorio sono stati:

- Tecniche e metodi di animazione di gruppo: i partecipanti al laboratorio non si conoscevano tra loro ed è stato quindi necessario iniziare gli incontri con attività di socializzazione, sia per promuovere la coesione nel gruppo e poter lavorare in un clima di collaborazione e continuità, che per consentire agli operatori di poter valutare il contesto in cui si operava ed identificare le strategie per stabilire le potenzialità di tutti. I giochi di interazione ed apprendimento di gruppo consentono, infatti, l'attivazione di processi che hanno lo scopo di stimolare la consapevolezza di dimensioni relazionali e di facilitare l'acquisizione di nuovi

modi di pensare, sentire e relazionarsi. L'obiettivo è stato quello di poter stabilire regole condivise e creare un clima interpersonale positivo, propedeutico allo svolgimento delle attività di potenziamento lessicale vere e proprie.

- Lo strumento didattico di riferimento è stato "Benvenuto in classe! 2 – Arricchimento lessicale e fondamenti di ortografia e grammatica per bambini stranieri", che si compone di un volume e di un CD-ROM (Erickson, 2009).

  Sia il volume che il CD presentano le medesime attività, articolate in 15 unità. Ogni unità presenta un contesto stimolante, in cui appaiono quattro bambini, due italiani che fungono da tutor di altri due con cittadinanza non italiana. L'aspetto dell'accoglienza empatica del bambino nuovo arrivato, che sta apprendendo la lingua italiana come L2, caratterizza il fluire dei dialoghi e la metodologia. Le unità presentano le difficoltà fonologiche in un contesto di arricchimento lessicale relativo ad ambienti ed esperienze relazionali, vissute in ottica interculturale.

  Lo strumento è destinato agli "alunni in estraneità linguistica" che necessitano un approfondimento dell'alfabetizzazione primaria e che, conoscendo già i primi elementi della lingua, a livello funzionale, devono approfondire le difficoltà fonologiche, consolidare e ampliare la struttura morfo-sintattica e l'aspetto lessicale della L2. Si rivolge ad alunni che, avendo già acquisito le abilità di base di lettura e scrittura e non presentando gravi difficoltà di apprendimento, cioè significativi deficit a livello cognitivo, hanno bisogno di perfezionare l'apprendimento ortografico e lessicale per accedere alle funzioni linguistiche più complesse, necessarie ad un buon processo di integrazione.

Descrizione dei gruppi e delle attività

Sulla base delle rilevazioni e delle segnalazioni relative ai bambini da inserire nel Laboratorio di potenziamento lessicale, sono stati individuati 15 partecipanti che sono stati divisi per età anagrafica e ripartiti in due gruppi sufficientemente omogenei, che hanno svolto le attività con cadenza settimanale nell'arco di tempo di 1 ora, nella giornata del mercoledì alle ore 8.30 e alle ore 14.30.

Il primo gruppo (ore 8.30) era composto da 7 bambini nati tra il 2005 e il 2007, tranne che per una bambina nata nel 2002 che, per impegni lavorativi dei genitori, non si è potuta inserire nel gruppo dei coetanei.

Il secondo gruppo (ore 14.30) era composto da 8 ragazzi nati tra il 2000 e il 2004, tranne che per un bambino nato nel 2005 che, per impegni lavorativi dei genitori, non si è potuto inserire nel gruppo dei coetanei.

Gli orari sono stati scelti soprattutto con l'obiettivo di non intralciare l'attività didattica scolastica. I bambini del primo gruppo frequentano la scuola primaria e quindi si è pensato di ritardare di un'ora l'ingresso a scuola, piuttosto che svolgere le attività dopo il termine delle lezioni alle ore 16.30 per evitare il rischio di un eccessivo affaticamento e il conseguente minor rendimento e utilizzo positivo delle attività. I ragazzi del secondo gruppo hanno frequentato il Laboratorio al temine dell'orario scolastico (14.30).

Tale programmazione ha facilitato anche i genitori che, prima di andare al lavoro, potevano accompagnare i bambini del primo gruppo, mentre i ragazzi del secondo gruppo, avendo già acquisito autonomia, non necessitavano dell'accompagnamento.

Le attività si sono svolte utilizzando una doppia modalità: computer e schede cartacee. I bambini/ragazzi, dopo aver effettuato un rituale di presentazione e distacco dal contesto ambientale esterno, attraverso le suddette tecniche di animazione, si sedevano intorno ad un grande tavolo rotondo insieme agli operatori. Ad ognuno di loro veniva

consegnata la scheda operativa del giorno e, contemporaneamente, veniva lanciato il programma sul computer e proiettato su schermo con videoproiettore. Uno alla volta tutti i partecipanti si alternavano per svolgere gli esercizi alla tastiera, mentre gli altri, assistiti se necessario dagli operatori, li svolgevano sulle schede cartacee.

Ogni partecipante, quindi, ha avuto anche l'opportunità di apprendere alcune competenze informatiche di base (tastiera, funzioni di immissione, gestione e memorizzazione dati, ecc.) che, molti di loro, non avevano mai avuto la possibilità di sperimentare. Alcuni si sono mostrati molto competenti, mentre altri hanno acquisito con entusiasmo le prime nozioni. Tutti hanno mostrato di prediligere le attività svolte direttamente al computer, soprattutto per non misurarsi con la scrittura che, per molti di loro. crea evidentemente maggiori problemi a livello grafico ed ortografico.

Allo scopo di consentire di effettuare la restituzione degli esiti del laboratorio ad alcuni genitori sono state fornite indicazioni allo psicologo titolare del caso, che si riportano di seguito.

Osservazioni per la restituzione ai genitori

LABORATORIO 1:

E' stato presente ad ogni incontro, ha mostrato da subito un notevole interesse per gli argomenti da noi proposti. Frequentando la prima media, è stato sin da subito reattivo alle nostre stimolazioni e ha mostrato motivazione ad andare avanti; riusciva a concludere gli esercizi in breve tempo e ha utilizzato bene e velocemente il computer.
Ho notato in lui una leggera competizione con il resto del gruppo e fretta/ curiosità di andare avanti. Si è tuttavia inserito senza problemi nel gruppo di lavoro.
Intervento da proporre: in considerazione del suo interesse e impegno, occorre intervenire anche in presenza di probabili episodi di insuccesso che potrebbero scoraggiarlo e influire negativamente, incentivandolo e non dando eccessivo risalto a tali episodi facendoglieli apparire come normali e prevedibili.

LABORATORIO 2

E' stato presente quasi ad ogni incontro e, in breve tempo, si è inserito nel gruppo. Ha mostrato un certo interesse per gli argomenti da noi proposti e ha saputo cogliere facilmente le nostre stimolazioni, nonostante presentasse alcune lacune grammaticali.
Attraverso l'esercizio linguistico ha fatto emergere anche degli aspetti personali. Ha dimostrato una grande motivazione e una grande curiosità.
Intervento da proporre: potenziamento linguistico- grammaticale

LABORATORIO 3

Pur essendo il più piccolo del gruppo si è relazionato facilmente e velocemente con i compagni. Ha mostrato notevoli capacità relative allo svolgimento degli esercizi da noi proposti. Ha, inoltre, mostrato la tendenza a volersi mettere in competizione, concludendo velocemente l'esercizio proposto e volendo andare avanti con il programma non tenendo conto dei tempi degli altri.

Ha dimostrato una buona capacità dell'uso del computer e una grande curiosità degli esercizi e dei giochi da noi proposti.

Intervento da proporre: promuovere esercizi di autoregolazione e autocontrollo con l'intento di contenere l'impulsività e l'iperattività

LABORATORIO 4

E' arrivato nel gruppo a corso già iniziato ma si è facilmente inserito con i compagni. Si è subito interessato e si è messo velocemente al passo con gli altri compagni. E' apparso motivato e curioso per il lavoro svolto precedentemente; ha saputo lavorare senza problemi con il computer, riuscendo anche a rispettare i tempi degli altri.

Intervento da proporre: scoprire se al primo generico giudizio possono esserci momenti critici non rilevati.

LABORATORIO 5

Ha partecipato al gruppo di potenziamento lessicale in compagnia del fratello maggiore. Nonostante fosse uno dei più piccoli del gruppo, è riuscito a seguire con interesse e curiosità gli argomenti da noi proposti. Ha partecipato attivamente ad ogni lavoro individuale e/o di gruppo.

Attraverso gli esercizi linguistici ha migliorato la pronuncia di alcune parole della lingua italiana. Ha mostrato voglia e curiosità nell'utilizzo del computer.

Intervento da proporre: potenziamento linguistico- grammaticale attraverso esercizi teorici e pratici con l'ausilio di strumenti specifici.

LABORATORIO 6

Ha frequentato il corso con il fratello minore. Ha partecipato attivamente e facilmente è entrato in relazione con il gruppo. Durante lo svolgimento degli esercizi è emerso, da parte sua, il desiderio di stimolare il fratello più piccolo, invitandolo a fare sempre meglio e sempre più velocemente.

Ha mostrato comunque una buona conoscenza della lingua italiana, con qualche lacuna grammaticale. Ottima capacità nell'uso del computer e curiosità ad andare avanti.

Intervento da proporre: incentivarlo a descrivere e raccontare episodi o sue impressioni, sotto forma di attività o di giochi, per correggere la lacuna riscontrata.

LABORATORIO 7

Tra i più grandi del gruppo, non ha avuto problemi ad inserirsi con gli altri compagni. Ha tuttavia partecipato agli incontri con costanza ma non sempre attivamente. Ha mostrato maggiore concentrazione nei compiti/esercizi svolti al computer.

Intervento da proporre: stimolare la sua motivazione e concentrazione senza l'ausilio di altri strumenti (computer) e stimolare le sue attitudini personali e soggettive

Le attività programmate e svolte, oltre a testimoniare la validità dell'intervento che ha raggiunto l'obiettivo di potenziare le abilità presenti e promuoverne di nuove, hanno permesso agli operatori di isolare alcune problematiche da approfondire attraverso ulteriori ricerche e sperimentazioni, rinforzando, peraltro, la necessità di progettare percorsi di *life long learning* destinati a tutte le persone che operano con bambini in ambito multiculturale.

L'esperienza del laboratorio, oltre ad essere assolutamente innovativa all'interno del Servizio e, come tale, ad aver destato l'interesse e la curiosità degli operatori, con conseguente incremento della loro sensibilità al fenomeno studiato, ha fornito ulteriori informazioni utili alla definizione del profilo del bambino disabile con carattere migrante. Si è ottenuta conferma di quanto rilevato attraverso la raccolta e l'analisi dei dati ma, allo stesso tempo, sono emerse una serie di evidenze utili a circoscrivere il fenomeno entro confini maggiormente definiti, per poter programmare ulteriori interventi finalizzati.

Negli esiti delle attività è possibile identificare due principali ambiti: relazionale e cognitivo.

Dal punto di vista relazionale è stato osservata la capacità di coesione nei gruppi e la solidarietà. Nessuno dei soggetti coinvolti ha manifestato difficoltà di inserimento ed integrazione nel gruppo, mostrandosi disponibile alla relazione ed allo scambio solidale, ognuno attraverso il proprio stile comunicativo e relazionale. Non sono stati rilevati comportamenti inibiti, di fuga, di evitamento nel rapportarsi con i pari. Anche i bambini tendenzialmente più inclini a gareggiare per essere "il più bravo", hanno espresso il loro temperamento rispettando gli altri, i loro tempi e le loro modalità di lavoro.

Per quanto riguarda la motivazione alla partecipazione, è opportuno fare una distinzione tra bambini direttamente motivati al miglioramento ed all'acquisizione di competenze superiori e bambini la cui motivazione deriva dal rispetto dei desideri genitoriali. Alcuni

di loro, in particolar modo i più grandi, non sembravano eccessivamente entusiasti ma hanno partecipato puntualmente a tutti gli incontri, mostrando buona volontà ed applicandosi nelle diverse attività proposte. Tale atteggiamento riconduce al tema degli obiettivi della migrazione dei genitori, che rappresenta spesso l'opportunità di favorire la costruzione di un futuro migliore per i propri figli, di cui l'apprendimento scolastico costituisce il presupposto.

Da un punto di vista cognitivo, sono emerse alcune differenze sostanziali. I ragazzi più grandi sembrano aver individuato alcune strategie di compensazione alle difficoltà linguistiche e di apprendimento, ma mostrano una flessibilità cognitiva inferiore a quella mostrata dai compagni più piccoli. I gruppi erano molto eterogenei, per età anagrafica, per appartenenza etnica, per livello di inserimento sociale. Alcuni bambini si sono mostrati molto competenti nell'utilizzo del computer, mentre altri hanno dovuto imparare anche il semplice uso della tastiera, ma differenze di questo genere non hanno determinato atteggiamenti di discriminazione tra di loro, anzi tutti si sono impegnati ad aiutare i coetanei meno competenti.

Gli operatori si sono sentiti parte dei gruppi nel ruolo educativo ricoperto, ottenendo il rispetto e la considerazione dei bambini. Ciò ha consentito di svolgere le attività rispettando le regole dettate, attraverso modalità di scambio e non impositive, consentendo l'apprendimento reciproco in situazione di decentramento.

Le attività svolte rappresentano un modesto contributo a quanto sarebbe auspicabile programmare per preparare i bambini migranti ad affrontare il loro percorso scolastico. I risultati positivi emersi da questa sperimentazione possono, però, sollecitare gli operatori sanitari e scolastici a ripensare le pratiche attualmente in uso, modificandole ed incrementandole, in un ottica di prevenzione del disagio pedagogicamente orientata. Ciò potrebbe portare alla riduzione dei fattori di stress indotti dal confronto con un sistema scolastico ancora purtroppo "meritocratico". Il risultato potrebbe essere quello

di facilitare sia gli stessi apprendimenti ma, soprattutto, evitare nei bambini migranti l'irrigidimento e il ripiegamento su se stessi, sia da un punto di vista psicologico che identitario.

Il progetto che è stato messo a punto fa tesoro dell'esperienza professionale e degli studi svolti durante gli anni di dottorato e costituisce un prodotto, ci si augura, spendibile anche in contesti diversi da quello dove è stato effettivamente messo in pratica.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

1. Considerazioni conclusive

Lo studio del fenomeno della condizione di "doppia differenza", in cui si trovano i bambini disabili figli di migranti, ha consentito di svolgere una attenta analisi in merito ad alcune importanti questioni che interpellano, in particolare, la pedagogia speciale e la pedagogia interculturale. La complessità e la multidimensionalità del fenomeno propone una "doppia sfida" per le istituzioni scolastiche e sociosanitarie che, a diverso titolo, sono chiamate a confrontarsi con la realtà di una popolazione in crescente e continua espansione. Per rispondere a tale sfida, risulta di fondamentale importanza il contributo ed il confronto con altre discipline quali l'antropologia culturale e medica, l'etnopsichiatria, la psicologia transculturale che, in un'ottica di complementarietà, possano fornire ulteriori strumenti di osservazione e di conoscenza della realtà.

Il progetto di ricerca prende in considerazione, in maniera specifica, le conseguenze che possono derivare dall'essere disabili e migranti, nei processi di inclusione sociale.

In particolare, parte dalla situazione delle istituzioni scolastiche del nostro Paese dove si riscontra una considerevole presenza di bambini disabili con carattere migrante e tra questi, una percentuale piuttosto consistente, riguarda bambini che, a seguito di accertamenti diagnostici effettuati in conseguenza della segnalazione da parte degli insegnanti, in relazione alle difficoltà mostrate negli apprendimenti scolastici, ricevono una certificazione per il sostegno.

La riflessione sulle istituzioni scolastiche ha sollevato alcune questioni che hanno richiesto approfondimento e chiarimento.

Ed è a partire da tale riflessione che è stata messa in discussione l'adeguatezza delle procedure e ci si è, di conseguenza, interrogati rispetto alla attendibilità delle pratiche

diagnostiche attuate presso i servizi sanitari per l'accertamento della disabilità, in particolare rispetto alla connotazione culturale degli strumenti di valutazione utilizzati. L'obiettivo è stato quello di individuare gli ostacoli che possono compromettere una corretta diagnosi, definendone l'origine e la tipologia.

L'analisi della letteratura nazionale ed internazionale sulla doppia diversità ha evidenziato la presenza di un patrimonio conoscitivo piuttosto limitato in relazione all'incrocio delle due dimensioni. Mentre, infatti, le due condizioni, la disabilità e la migrazione considerate separatamente, rappresentano campi di indagine esaurientemente indagati, poche sono le ricerche svolte sul tema dei bambini disabili e migranti.

Le finalità perseguite da tali indagini sul fenomeno, riguardano soprattutto la rilevazione di dati quantitativi per stabilirne l'entità numerica e l'incidenza.

Le problematiche che dall'analisi della letteratura emergono riguardano gli aspetti legati alla valutazione delle difficoltà presentate da questi soggetti in ambito scolastico e gli ostacoli che incontrano gli insegnanti e gli operatori sociosanitari nel collocare queste difficoltà in una cornice diagnostica esente da influenze culturali.

L'approfondimento delle teorie sulla migrazione ha permesso di evidenziare in che modo le sue possibili conseguenze possono influenzare il processo di inclusione sociale. La situazione di migrazione, sia vissuta direttamente dai soggetti che indirettamente, attraverso l'esperienza migratoria della propria famiglia, causa effetti che possono riflettersi sul benessere dei bambini stranieri in condizione di disabilità. Il vissuto migratorio può infatti esporre ad una situazione di ulteriore vulnerabilità psichica che, facilmente, può ostacolare il processo di sviluppo. In conseguenza di ciò possono emergere difficoltà generalizzate e a diversi livelli, di tipo relazionale, cognitivo e comportamentale.

La presenza di un vissuto di spaesamento e di disorientamento derivanti dalla messa in discussione dei propri riferimenti culturali, comporta una possibile minaccia di crisi identitaria, con la conseguenza di non riconoscere la propria originaria appartenenza ma, contemporaneamente, di non sentirsi parte del nuovo contesto sociale. Ciò determina una situazione di discontinuità e di sospensione in un presente senza radici che non consente di formulare alcuna proiezione nel futuro, con conseguenze critiche sulla maturazione dei migranti e sulle loro aspettative sociali

D'altro canto, la situazione di emigrazione potrebbe favorire invece la scoperta di risorse interiori per poter fronteggiare con successo e creatività gli ostacoli derivanti da una condizione di sradicamento culturale. Il confronto con l'alterità, infatti, consente di acquisire la consapevolezza della propria identità etnica e la possibilità di mantenere il rapporto con la cultura di origine. Contemporaneamente, sviluppa la capacità di guardare la realtà utilizzando categorie e modalità proprie della cultura di accoglienza. Tali risorse possono rappresentare per i bambini disabili figli di migranti la possibilità di uscire dalla situazione di discontinuità e di sospensione e stabilire i presupposti per poter vivere una condizione di doppia appartenenza culturale.

Quando, sul vissuto di estraneità culturale e di sospensione tra due diverse rappresentazioni della realtà, si innesta anche la condizione di disabilità, la sfida identitaria diventa ancora più complessa.

Il concetto di disabilità ha assunto una connotazione diversa rispetto al passato, grazie anche alle differenze sostanziali e terminologiche che le classificazioni internazionali attualmente propongono. La condizione di disabilità viene oggi considerata una variazione del funzionamento dell'individuo e non è più uno stato di malattia: rappresenta la modificazione di uno stato di salute in correlazione alle influenze del contesto in cui essa si manifesta. Le più recenti classificazioni non contemplano più il termine "handicap" ma questo non è scomparso definitivamente dai documenti ufficiali,

soprattutto per quanto riguarda la normativa e la sua applicazione. L'accertamento della disabilità richiede dunque, oltre alla giusta considerazione per la flessibilità che il concetto implica, anche la necessità di una visione globale della persona disabile, che comprenda tutti i fattori di influenzamento ambientali e sociali a cui è sottoposta.

Gli strumenti diagnostici attualmente utilizzati per la valutazione, non sono in grado di fornire una visione ecologica della persona. Ciò è ancor più vero se si prende in considerazione la popolazione oggetto della presente ricerca, i bambini disabili figli di migranti.

I protocolli esistenti sono connotati culturalmente perché pensati per una popolazione occidentale e non tengono conto delle differenze culturali. Ciò determina un' inevitabile attribuzione di etichette diagnostiche che non sempre corrispondono alla situazione reale.

Partendo quindi dall'assunto che i protocolli per la valutazione dei bambini disabili con carattere migrante inseriti nella nostra scuola, non forniscono un profilo diagnostico pienamente attendibile e globale, la ricerca si è indirizzata verso la verifica di quanto presupposto, attraverso lo studio di caso.

Il campo in cui si è svolta la ricerca, un servizio di diagnosi e cura per l'età evolutiva è stato analizzato riguardo all'organizzazione e alle pratiche adottate nei confronti dei minori stranieri.

Sono state evidenziate le disfunzionalità di approccio alle questioni intersezionali tra disabilità e migrazione.

Grazie all'analisi delle cartelle cliniche e alle osservazioni condotte sul campo è stata confermata l'ipotesi iniziale di una conoscenza inadeguata delle tematiche intersezionali da parte degli operatori sociosanitari, neuropsichiatri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali interpellati.

Ciò è stato evidenziato proponendo 20 biografie di utenti, significative per sottolineare ciò che viene e non viene fatto, esplicitando in che modo gli strumenti di valutazione non prendono in considerazione gli elementi culturali che possono influenzare le prestazioni dei bambini sottoposti a diagnosi, che non trovano quindi sufficiente attenzione.

La scelta della biografia vuole sottolineare il grande potenziale di un'anamnesi accurata rispetto anche alla storia migratoria familiare. Le conseguenze del progetto migratorio, infatti, anche se non è stato vissuto direttamente dai bambini disabili, incidono sulla loro storia e possono spiegare alcuni dei motivi che determinano le situazioni di difficoltà in cui spesso vengono a trovarsi gli utenti "intersezionali".

La biografia può consentire di operare una distinzione tra i bambini figli di migranti che hanno bisogno di un sostegno linguistico e i bambini che presentano invece una disabilità di altro tipo, perché è estremamente complesso stabilire una chiara demarcazione tra i problemi linguistici e la difficoltà di apprendimento ed anche stabilire se i problemi di linguaggio possono rientrare nelle difficoltà di apprendimento.

In relazione alle criticità individuate ed esposte in particolare nel quinto capitolo e in relazione all'attività di potenziamento lessicale svolta con alcuni bambini (v. sesto capitolo) è stata elaborata la proposta di un protocollo di accoglienza che ho chiamato progetto integrato di accoglienza transculturale, e di un percorso laboratoriale che ho chiamato laboratorio di potenziamento lessicale che costituiscono il risultato pratico di questo lavoro. Ci si augura che questi due strumenti possano essere spendibili nei servizi sociosanitari che vogliano migliorare i loro interventi rispetto all'utenza straniera.

2. **Azioni di sistema realizzate**

Il progetto integrato di accoglienza transculturale, che ha coinvolto in particolare gli assistenti sociali del Servizio, è nato con l'obiettivo di verificare se una diversa modalità di approccio all'utenza migrante, potesse in parte facilitare e migliorare il lavoro degli operatori nella raccolta delle informazioni utili a definire una cornice culturale in cui inserire le difficoltà presentate dai bambini con carattere migrante, allo scopo di identificare con maggior precisione la natura delle problematicità segnalate.

L'intervento, anche se realizzato in tempi brevi e senza l'auspicata collaborazione dei mediatori interculturali, ha evidenziato l'utilità di una conoscenza più approfondita delle famiglie migranti, soprattutto si è rivelato vantaggioso per loro poter esprimere il proprio disagio in relazione alle difficoltà incontrate dai figli, i timori rispetto al rischio di insuccesso scolastico, i sentimenti che emergono dalla paura che il fallimento dei loro figli possa rappresentare anche il fallimento del proprio progetto migratorio. Per quanto riguarda gli operatori del Servizio, la conoscenza, anche parziale, della storia migratoria e degli aspetti della cultura familiare, rappresenta un valore da aggiungere alle conoscenze e competenze utilizzate per definire il profilo diagnostico dei soggetti e programmare un percorso terapeutico ed educativo.

Il protocollo di accoglienza transculturale potrebbe trovare applicazione, oltre che nei contesti sanitari, anche nelle istituzioni scolastiche ed educative extrascolastiche con l'obiettivo di creare una collaborazione tra istituzione e famiglia che potrebbe risultare di reciproco vantaggio. La diversità dei riferimenti culturali molto spesso, infatti, non consente di stabilire un dialogo che favorisca la partecipazione alla vita sociale delle persone migranti. Attraverso il confronto con l'alterità si perviene alla conoscenza ed alla riduzione degli ostacoli alla comunicazione che, sovente, sono rappresentati dalla paura dell'incontro con la diversità.

Il laboratorio di potenziamento lessicale, che ha coinvolto un Educatore professionale del Servizio e due tirocinanti, è stato realizzato per verificare la possibilità di potenziare le capacità linguistiche dei bambini e ragazzi figli di migranti, che presentano difficoltà di apprendimento scolastico. L'obiettivo è stato quello di valutare, attraverso la metodologia laboratoriale, i margini di modificabilità dei soggetti inseriti nelle attività, in relazione all'acquisizione del lessico, alle competenze relazionali e alla motivazione all'apprendimento.

Le attività sono state proposte a soggetti già in possesso delle abilità di letto-scrittura, molti dei quali avevano già sviluppato alcune strategie compensative rispetto alle loro specifiche difficoltà. La sperimentazione ha comunque fornito alcuni elementi sui quali poter basare azioni future, anche e soprattutto, dirette a prevenire il disagio scolastico.

Sembrerebbe infatti di grande utilità poter generalizzare attività simili in altri contesti per creare una competenza linguistica di base che possa ridurre la complessità dovuta al confronto con cambiamenti e nuove richieste da parte dell'ambiente di apprendimento.

Eventuali iniziative in tal senso potrebbero considerare anche l'opportunità di formare classi di preparazione all'inserimento nelle classi cosiddette normali, che prevedano anche la presenza di bambini italiani, nell'ottica di stabilire un ambiente di apprendimento realmente inclusivo e multiculturale. Ciò potrebbe consentire una esposizione generalizzata a tutti gli aspetti linguistici, non circoscritta soltanto alla didattica, perseguendo anche l'obiettivo di accogliere tutti gli alunni con la loro storia e il bagaglio di competenze personali, organizzando un sistema inclusivo non assimilativo, che possa accogliere l'alterità culturale, le lingue d'origine e promuovere l'apprendimento della lingua italiana come lingua di scolarizzazione e socializzazione.

Le proposte progettuali avanzate nel corso della ricerca sul campo, rappresentano soltanto una minima parte delle iniziative possibili per facilitare il processo di inclusione sociale dei bambini disabili figli di migranti. Tale percorso inizia con

l'inserimento scolastico e dai buoni esiti di questo, trae le risorse per estendersi agli altri contesti sociali. La principale richiesta da parte della scuola ai servizi sanitari riguarda l'accertamento delle capacità cognitive per identificare la presenza o meno di una disabilità. I servizi sanitari non hanno attualmente gli strumenti adeguati per discriminare tra una reale condizione di disabilità e la presenza di fattori culturali che possono influenzare negativamente gli apprendimenti. Da ciò può derivare l'attribuzione non realisticamente fondata della condizione di disabilità. L'intersezione tra tale condizione, l'essere disabile, e la diversa appartenenza culturale, l' essere migrante, provoca una doppia diversità che sottopone i bambini disabili figli di migranti ad una doppia fatica, costruire la propria identità e ridurre lo svantaggio derivante dalle diverse capacità in ambito cognitivo, relazionale e comportamentale. Contemporaneamente la condizione di doppia diversità propone una doppia sfida alle istituzioni scolastiche e sanitarie per l'inclusione nel tessuto sociale e per la gestione delle problematiche che da essa possono derivare.

La volontà e la possibilità di ripensare le procedure di diagnosi e cura, i percorsi di sostegno all'integrazione scolastica, le pratiche di socializzazione in diversi ambiti di vita, rappresentano le strategie e le modalità attraverso le quali si può rispondere con successo alla sfida, trovando nella sensibilità, solidarietà e coscienza civile le risorse e gli strumenti per creare una società realmente inclusiva, nel rispetto delle reciproche differenze e somiglianze.

3. Prospettive

La ricerca sul campo ha evidenziato alcune problematicità, partendo dalle quali è possibile formulare una procedura di accoglienza, valutazione e presa in carico dei bambini disabili figli di migranti presso i Servizi sanitari, che potrebbe essere organizzata come segue.

Per prima cosa è necessario che gli operatori sociosanitari ricevano una adeguata formazione alla clinica transculturale. Costituire una équipe multidisciplinare consente di modificare le procedure di raccolta anamnestica che devono tenere in considerazione anche tutti gli aspetti connessi alla storia migratoria familiare. Una anamnesi congiunta, che rispecchi le opinioni e le sensazioni di tutti i professionisti coinvolti, permette la definizione dei reali bisogni dei bambini e, di conseguenza, orienta il processo di identificazione di un protocollo di valutazione esente da connotazioni culturali, che possono pregiudicare l'attribuzione di una corretta diagnosi. La procedura deve includere assolutamente una osservazione in altri contesti, tra cui di fondamentale importanza risultano essere l'ambito familiare e quello scolastico.

Tutte le informazioni raccolte devono confluire all'interno di uno strumento biografico che, presentando la situazione nella sua globalità, permette di indirizzare le successive azioni di presa in carico e di interventi in rete con altre istituzioni.

1. FORMAZIONE ALLA CLINICA TRANSCULTURALE

   Come approfondito nel paragrafo 3.5 del capitolo che analizza il tema della disabilità, la clinica transculturale si fonda su alcuni principi di base sui quali poter costruire un dispositivo di accoglienza per i bambini disabili figli di migranti che richiedono l'accesso ai servizi di diagnosi e cura. E' pertanto opportuno formare a tali principi una équipe presente in ciascun Servizio, composta da assistente sociale, psicologo, logopedista ed educatore.

   I componenti dell'équipe possono frequentare dei corsi specifici[11] per riflettere sulle nuove forme identitarie, individuali e collettive ed acquisire gli strumenti necessari per relazionarsi adeguatamente con un'utenza straniera. E' auspicabile

[11]Esempi di corsi di formazione sono il Corso Internazionale di Medicina Transculturale organizzato dall'INMP e il Corso di formazione-aggiornamento on line sulla "Salute della popolazione immigrata" organizzato dalla Fondazione ISMU

che in ogni Servizio, almeno uno dei rappresentanti di ciascuna professione, possa fruire di una formazione specifica alla clinica transculturale.

2. ANAMNESI CONGIUNTA

Per anamnesi congiunta intendo, alla luce della mia ricerca, una sinergia di competenze interdisciplinari da mettere a disposizione dell'utenza migrante. L'équipe di professionisti adeguatamente formati può condurre una raccolta anamnestica congiunta, attraverso un approccio multidisciplinare e multiculturale[12] .

L'obiettivo è quello di integrare prospettive differenti e complementari, identificando meglio la complessità delle problematiche legate alla migrazione, per poter definire ciò che è culturalmente determinato o co-determinato da ciò che è espressione di disturbo/patologia individuale, che richiede un invio ad altre figure professionali per l' approfondimento diagnostico e il progetto terapeutico.transculturale, realizzato durante lo studio di caso e descritto nel sesto capitolo, che potrebbe fornire, attraverso le richieste specifiche rivolte ai genitori, gli elementi utili al riconoscimento dei fattori di rischio per lo sviluppo del bambino.

3. PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE *CULTURE REDUCED*

Come si è detto, per *culture reduced test*, si intendono quegli strumenti di misurazione dell'intelligenza che sono in grado di ridurre i *bias* culturali, fornendo un profilo più attendibile dello sviluppo cognitivo del soggetto. La

[12] La raccolta anamnestica "congiunta" è stata utilizzata all'interno del progetto "Sviluppo del servizio di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie e implementazione del lavoro di rete con i servizi del territorio" condotto dai Centri di Psicologia Bambio e Adolescente della ASL di Milano e dalle Unità Operative di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza degli ospedali S. Carlo Borromeo e S. Paolo di Milano (Cattaneo, dal Verme, 2009, 257

procedura di anamnesi congiunta consente agli operatori di scegliere i test da somministrare da inserire in un protocollo standard per raccogliere le informazioni fondamentali sul funzionamento cognitivo, linguistico, emotivo e relazionale del bambino, consente di effettuare uno *screening* veloce, per poi indirizzare agli approfondimenti necessari, che richiedono tempo e risorse, solo i casi che ne evidenziano il reale bisogno.

Si evitano così i pericoli sottolineati nen terzo capitolo a proposito dei test che vengono somministrati per la valutazione globale dei bambini migranti. L'analisi ha rilevato alcune problematicità connesse soprattutto all'impiego di test per la valutazione cognitiva, che utilizzano la modalità verbale.

E' quindi necessario utilizzare test che non richiedano particolari abilità verbali e, oltre a quelli illustrati precedentemente quali le Matrici Progressive di Raven e la Scala Leiter, possono essere inseriti nel protocollo il TINV e il TEMAS, che presentano ulteriori vantaggi in tal senso.

Il TINV – Test di Intelligenza Non Verbale - di Hammill, Pearson e Wiederholt, pubblicato da Erickson, risulta particolarmente adatto al lavoro diagnostico con i migranti perché valuta le abilità cognitive di soggetti per i quali i test di intelligenza tradizionali non sono adatti o impossibili da somministrare. E' stato pensato per persone con problemi linguistici, non udenti o affette da afasia o da deficit motori e neurologici ed è applicabile a persone che non parlano la lingua locale come gli immigranti o svantaggiate dal punto di vista socioeconomico. Le istruzioni possono essere date attraverso la forma gestuale e la risposta è data nella stessa forma indicando la soluzione dei problemi scegliendo tra varie possibilità. Il test consente di ottenere valori di età di sviluppo e tre quozienti di intelligenza non verbale ed è idoneo a misurare i diversi livelli di abilità cognitive in mancanza di una lingua comune, a porre

valutazioni precise del livello assoluto di intelligenza e a definire percorsi di apprendimento adeguati alle caratteristiche cognitive di ciascun soggetto.

Il TEMAS di Costantino, Meucci, Malgady e Rogler, pubblicato da Giunti OS è adatto ai fini della valutazione dei migranti e completa il TINV. Si tratta di un test proiettivo/narrativo ideato per essere utilizzato con bambini e adolescenti appartenenti a diversi gruppi etnici. TEMAS è l'acronimo di Tell Me A Story (Raccontami una storia) e coinvolge i bambini nel compito di raccontare una storia sulla base di una serie di immagini.

E' uno strumento pensato fin dalla sua origine con validità multiculturale, in grado di ridurre i *bias* culturali che, nella complessità del contesto valutativo, possono compromettere l'attendibilità ed il valore della diagnosi. La sua utilità si manifesta nell'ambito della psicologia clinica e dello sviluppo per comprendere i punti di forza e i deficit di funzionamento cognitivo, affettivo, intrapersonale e interpersonale di bambini ed adolescenti; per definire il piano di trattamento e per valutare i progressi e i risultati delle terapie. Risulta di grande utilità anche in ambito scolastico poiché i principali indicatori cognitivi sono: il tempo di reazione, la fluenza verbale, il numero di omissioni e trasformazioni di personaggi, eventi, elementi dell'ambiente e capacità di riconoscere e/o risolvere i conflitti che emergono dall'analisi degli stimoli proposti.

Nel protocollo di valutazione proposto, per supportare l'indagine cognitiva, è utile proporre anche un test per la misurazione dell'autostima. Tale proposta muove dalla considerazione che, spesso, la frustrazione dovuta all'insuccesso scolastico e alle difficoltà di socializzazione, può determinare nei bambini migranti, un vissuto di disistima che non può non aggravare le loro difficoltà complessive.

Un test diretto ad accertare tale componente è il TMA – Valutazione multidimensionale dell'autostima – di Bracken, pubblicato da Erickson. Il TMA risulta utile in vari contesti clinici e scolastici, per condurre valutazioni multidisciplinari allo scopo di interpretare situazioni di disagio responsabili di difficoltà nell'apprendimento o di comportamenti antisociali. Il test permette una precisa misurazione dell'autostima in età evolutiva, nelle sue molteplici dimensioni, valutando le sei aree in cui viene tipicamente suddivisa l'autostima generale del soggetto: interpersonale (i rapporti sociali con i pari e con gli adulti), scolastica (i successi o i fallimenti sperimentati a scuola), familiare (le relazioni con la famiglia e il grado in cui si sente amato e valorizzato), corporea (l'aspetto, le capacità fisiche e sportive), la padronanza sull'ambiente (la sensazione di poter dominare gli eventi della vita).

Il TMA è utile da un punto di vista clinico per effettuare una diagnosi ed educativo per programmare progetti personalizzati, considerando la possibile relazione diretta e una possibile associazione tra la presenza di un insufficiente livello di autostima, una mancata costruzione di identità e la manifestazione di difficoltà in ambito scolastico e di comportamenti problematici.

4. OSSERVAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

Per realizzare un percorso diagnostico puntuale e utilizzabile al meglio ai fini di un intervento di valutazione e successiva presa in carico dei bambini migranti, è assolutamente necessaria l'osservazione nel contesto classe. Ciò consente di integrare i risultati dell'anamnesi congiunta e della somministrazione di un protocollo di valutazione *culture reduced* con la possibilità di raccogliere ulteriori informazioni in ambito scolastico, sia attraverso i colloqui con gli insegnanti sia con l'osservazione diretta nel contesto classe, e può contribuire a

fornire un quadro complessivo della situazione cognitiva e relazionale del bambino disabile migrante. Nel contesto scolastico è infatti possibile rilevare i vari aspetti che riguardano lo stile di apprendimento, l' intelligenza utilizzata tra i vari tipi a disposizione, le modalità di relazionarsi con gli adulti e nel gruppo dei pari. Tutti aspetti questi che non possono essere verificati all'interno di un setting diagnostico, seppur orientato alla globalità della valutazione.

5. OSSERVAZIONE IN AMBITO FAMILIARE

Una pratica poco utilizzata ma che, alla luce delle specificità delle situazioni intersezionali, fornisce informazioni altrimenti difficili da reperire è quella dell'osservazione del bambino all'interno del suo contesto familiare.

In famiglia emergono tutti gli aspetti relazionali e comportamentali che, nel rapporto con l'altro sono spesso inibiti o controllati. E' dato anche di esplorare tutti gli aspetti legati alle difficoltà linguistiche che spesso nascono proprio in ambito familiare per l'esposizione contemporanea a diverse lingue.

Sfortunatamente, non è facile poter accedere a questo genere di osservazione, sia per motivi personali delle famiglie, che temono l'invasione del loro spazio privato e il giudizio delle istituzioni, sia per fattori legati alle prassi normative che consentono gli interventi domiciliari soltanto in situazioni in cui è a rischio il benessere dei minori e a esclusiva cura dei servizi sociali municipali o su indicazione dell'autorità giudiziaria.

6. LA BIOGRAFIA

A completamento del processo diagnostico si propone lo strumento biografico che rappresenta il punto di congiunzione tra tutti gli elementi ricavati, ma anche il punto di partenza per programmare e realizzare gli interventi di presa in

carico utilizzando strumenti e modalità specifiche, che possono integrare o sostituire i classici sistemi di presa in carico. Durante lo studio di caso è stato proposto un Laboratorio di potenziamento lessicale, che è stato descritto nel sesto capitolo. L'intenzione di questa azione è stata quella di affrontare una delle problematiche che sono emerse principalmente dall'analisi delle biografie, le difficoltà in ambito linguistico, ma si potrebbero mettere in atto altri interventi in altrettante aree di problematicità.

Ad esempio, in relazione ai risultati dell'accertamento dei livelli di autostima, si potrebbe ipotizzare un progetto di Educazione Razionale Emotiva (ERE), per favorire nel bambino la realizzazione delle proprie potenzialità e del benessere, contrastando e riducendo il vissuto di disistima.

L'ERE è una procedura psicoeducativa, introdotta in Italia dallo psicologo Mario Di Pietro nel 1992 e rappresenta un'estensione in ambito educativo di una teoria e di una prassi psicoterapeutica ideata dallo psicologo Albert Ellis nel 1989 e conosciuta con il termine di Terapia Comportamentale Razionale Emotiva (REBT). L'ERE viene attuata attraverso un percorso didattico che porta il bambino ad acquisire consapevolezza delle proprie emozioni e dei meccanismi ad esse sottostanti e ad apprendere le strategie per fronteggiare in maniera costruttiva le difficoltà che può incontrare nell'ambiente. I suoi obiettivi principali sono: incrementare la frequenza e l'intensità di stati emotivi piacevoli; favorire l'accettazione di se stessi e degli altri; acquisire la capacità di superare gli stati d'animo spiacevoli; aumentare la tolleranza alla frustrazione; favorire l'acquisizione di abilità di autoregolazione del comportamento; promuovere la cooperazione in alternativa alla competizione.

Le azioni previste dall'ERE educano il bambino a trasformare le proprie emozioni disfunzionali imparando ad usare in modo costruttivo la propria capacità di pensare razionalmente.

La definizione del profilo del bambino disabile figlio di migranti deve quindi avvenire attraverso una serie di passaggi imprescindibili e grazie a questo lavoro ritengo di aver fornito una serie di elementi a sostegno di questo tipo di protocollo di accoglienza, diagnosi e intervento pedagogico e/o riabilitativo utilizzabile dalle istituzioni sociosanitarie. Si tratta di una procedura che richiede indubbiamente delle nuove competenze ma che in termini di risorse non comporta necessariamente maggiori costi soprattutto se se ne apprezzano le potenzialità anche in termini di prevenzione di disagi più gravi. Anzi tale procedura potrebbe infatti comportare una semplificazione degli *iter* attualmente in uso.

La proposta avanzata in questo lavoro rappresenta quindi una prospettiva diversa da cui guardare il fenomeno della doppia fragilità dei bambini disabili figli di migranti, sfruttando proprio in chiave intersezionale tutte le possibili risorse personali ed istituzionali a favore del loro benessere e della loro piena inclusione sociale.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., “Due volte diversi? Alunni stranieri con disabilità a Brescia e nella provincia. Sist.Statistico nazionale, comune di Brescia – unità di staff statistica, fascicolo 6/2007

AA.VV., *Report from the Danish experts*, allegato a Grounberger A., Kyriazopoulou M., Soriano V., (a cura di) “Diversità culturale e handicap”, Rapporto di Sintesi. Agenzia Europea per lo sviluppo dell’Istruzione degli Alunni Disabili, 2009

Abou S., *L’identité culturelle*, Antropos, Parigi, 1981

Alessandrini G., *Apprendimento organizzativo. La via del Kanbrain*, Unicopli, 1995

Aluffi Pentini A., Lorenz W, Per una pedagogia antirazzista. Teorie e strumenti in prospettiva europea. Junior, Brescia, 1995

Aluffi Pentini A., *La ricerca azione. Motore di sinergia tra teoria e prassi*., Pitagora Editrice, Bologna, 2001

Aluffi Pentini A., *Laboratorio Interculturale. Accoglienza, comunicazione e confronto in contesti educativi multiculturali.* Junior, Bergamo, 2002

Aluffi Pentini A., a cura di, *La mediazione interculturale: dalla biografia alla professione*. Franco Angeli, Milano, 2004

Anastasi A., *I test psicologici*, Franco Angeli, Milano, 2002

Ancora A, Sbardella A., *L’approccio transculturale nei servizi psichiatrici. Un confronto tra gli operatori*. Franco Angeli, Milano, 2011

Ancora A., *I costruttori di trappole del vento. Formazione, pensiero, cura in psichiatria transculturale.* Franco Angeli, Milano, 2006

Anthony E. J., *The syndrome of the psychologically invulnerable child*, in E. J. Anthony, C. Koupernik (a cura di), The child in his family: Children at psychiatric risk, New York: Wiley, 529–545, 1974

Anzieu D., *L’io-pelle*. Borla,Roma, 2005

Appadurai A., *Modernità in polvere*. Meltemi, Roma, 2001

Armour-Thomas E., Gopaul-McNicol S, *Assessing intelligence: Applying a biocultural model,* California: Sage Publications, 1998

Athanasiou M.S., *Current nonverbal assessment instruments: A comparison of psychometric integrity and test fairness.* Journal of Psychoeducational Assessment, 18, 211-229, 2000

Baddeley, A.D., Hitch, G., *Working memory*. In G.H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47–89). New York: Academic Press, 1974

Bateson G., *Mind and nature. A necessary unit,* Bantam Book, Toronto, 1979

Bauman Z., *Dentro la globalizzazione*. Laterza, bari, 1999

Belacchi, C., Cornoldi C. (2008). *Il contributo dell'analisi degli errori alla comprensione dei processi cognitivi implicati in un test di intelligenza fluida: Il caso delle Matrici di Raven – Forma Colore*. 16° Congresso nazionale AIRIPA, Piacenza, 19-20 ottobre 2008

Benat Tachot L., Gruzinski S. (a cura di), *Passeurs culturels. Mécanismes de métissage*. Presses universitarires de Marne-la-Vallé, edition de la Maison des sciences de l'homme, Paris, 2001

Benedict R., *Modelli di cultura*, Feltrinelli, Milano, 1979

Beneduce R., *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo,* Franco Angeli, Milano, 2004

Benhabib S., *La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianze e diversità nell'era globale*. Il Mulino, Bologna, 2005

Bennett M.J, *Principi di comunicazione interculturale*, Franco Angeli Editore, Milano, 2002

Bennett, M. J. *Towards ethnorelativism: A developmental model of intercultural*

sensitivity, in M. Palge (Ed.), *Education for the intercultural experience*, Yarmouth, MN: Intercultural Press, 1993

Berninger V.W., Whitaker D, *Theory-based branching diagnosis of writing disabilities*, "School Psychology Review, 22 (4), 623-642, 1993

Berry, J.W., Kim, U., *Acculturation and mental health*. In P.R. Dasen, J.W. Berry e N. Sarorius (Eds.), *Health and Cross-Cultural Psychology: Toward Applications* (pp. 207-236). Newbury Park, California: Sage, 1988

Bertagna, G. Valutare tutti, valutare ciascuno, La Scuola, Brescia, 2004

Bertalanffy L. von, *General System Theory*, Brasiller, New York, trad. It. Di Bellone E., Teoria generale dei sistemi, Mondadori, Milano, 1971

Bettoni C., *Bilinguismo e multilinguismo. Usare un'altra lingua. Guida alla pragmatica interculturale*, Laterza, Bari, 2014

Bindi L., *Bambini, adolescenti e giovani stranieri. L'indagine qualitativa*, in: Uscire dall'invisibilità. Bambini e adolescenti di origine straniera in Italia, Unicef, 2005

Boncori L., *I test in psicologia. Fondamenti teorici e applicazioni,* Il Mulino, Bologna, 2006

Boncori L., *Teoria e tecniche dei test*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993

Booth T., Ainscow M., *L'Index per l'inclusione. Promuovere l'apprendimento e la partecipazione nella scuola*, Carocci, Roma, 2014

Botti C. (a cura di*), Le etiche della diversità culturale*, Le lettere, Firenze, 2013

Bowlby J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano, 1989

Bradley-Johnson S., Cognitive assessment of the youngest children: A critical review of tests. Journal of Psychoeducational Assessment, 19. 19-44, 2001

Buono S., Zagaria T., *ICF – Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Ciclo Evolutivo e Disabilità / Life Span and DisabilityVol. 6, N. 1, 2003, pp. 121-141

Bracken B., *Test TMA – Valutazione multidimensionale dell'autostima* – Erickson, Trento, 2003

Bruner J., *Prime fasi dello sviluppo cognitivo*, Armando, Roma, 1971

Caldin R., Argiropoulos D., Dainese R., *Genitori migranti e figli con disabilità. La rappresentazione dei professionisti e la percezione delle famiglie*. Infanzia e Famiglie. Ricerche di Pedagogia e didattica, 5,1, 2010

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

Cambi F. , *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Carocci, Roma, 2001

Canevaro A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Mondadori, Milano, 1999

Canevaro A. , *Le parole che fanno la differenza*, Edizioni Erickson , Trento, 2000

Canevaro A., *Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi).* Erickson, Trento, 2006

Carrol J.B., *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies.* Cambridge Unviesity Press, New York, 1993

Castelletti P., *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione.* Nuove tendenze della psicologia, 4 (2), 211-233, 2006

Catarci M., Fiorucci M. Santarone D., a cura di, *In forma mediata:saggi sulla mediazione interculturale*. Unicopli, Milano, 2009

Cattaneo M. L., *Elementi di base della clinica transculturale*, in: Quaderno di formazione alla Clinica Transculturale, Coop. Soc. Crinali, Milano, 2006

Cattaneo M.L. , dal Verme S., *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali di genere*. Edizioni Unicopli, Milano, 2005

Cattaneo M.L., dal Verme S., a cura di, *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Franco Angeli, Milano, 2009

Chaloff J., Palmas Queirolo L., *Scuole e Migrazioni in Europa. Dibattiti e prospettive*. Carocci, Roma, 2007

Chiappedi M, Zoppello M., Rossi R., Scarabello E.M., Piazza F., *Disturbi specifici dell'apprendimento e psicopatologia: L'importanza della diagnosi precoce.* Minerva Pediatrica, 59 (3), 281-287, 2007

Chiappetta Cajola L., *Didattica del gioco e integrazione. Progettare con l'ICF*, Carocci, Roma, 2012

Chiappetta Cajola L., (a cura di), *Didattica e valutazione per l'orientamento degli allievi con disabilità. ICF-CY e certificazione delle competenze nei processi inclusivi*, Anicia, Roma, in corso di stampa

Chryssochoou X., *Diversità culturali. Psicologia sociale della differenza*. A cura di C. Volpato, Utet Università, 2006

Ciola A., *Stare qui, stando là (Star seduto tra due sedie, o… la condizione del migrante)*, in Terapia Familiare, 54, F. Angeli, Milano, 1997

CNEL, *Le seconde generazioni e il problema dell'identità culturale: conflitto culturale o generazionale?*, Fondazione Andolfi, Roma, 2011

Comunità Europea, in Eurydice, *L'integrazione scolastica dei bambini migranti in Europa.* Bruxelles, 2004

Consiglio d'Europa, Piano d'Azione 2006-2010. App. 4.6 p. 32

Contini A., *Il paradigma del métissage, tra estetica e scienze umane*, Ricerche di Pedagogia e Didattica, 4, 2 – Pedagogia Interculturale, Sociale e della Cooperazione, 2009

Cooperativa Crinali, *Disagio psichico dei minori migranti e possibilità di intervento da parte dei servizi,* Atti del convegno, Milano, 7 maggio 2004

Coppo P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003

Cornoldi C. (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento,* Il Mulino, Bologna, 2007

Costantino G. , Malgady R.g., Rogler L.H., *Cuento folkloricos as a therapeutic modality with Puerto Rican children.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 739-746, 1984

Costantino G., Meucci C., Malgady R.G., Rogler L.H., *TEMAS – Tell Me a Story –* Giunti O.S. Firenze, 1993

Coulby D., Gundara J., Jones J. (a cura di) *Intercultural Education. World Yearbook of Education*, Kogan Page, Londra, 1997

Creanshaw K.W., *Demarginalising the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Amto-discrimination Doctrine, Feminis Theory and Anti-racist Politics,* in: Lutz H., Herrerar Vivar M.R., Supik L., a cura di, *Framing Intersectionality. Debates on a Multi-faceled Concept in Gender Studies,* Ashgate, Burlington, 2011

Cummins J. *Linguistic Interdependence and the Educational Development of Bilingual Children*, In: Revies of Educational Research, Sage Journals, Spring 1979, Vo. 49, n. 2, 222-251

Cyrulnik, B., *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare le esperienze traumatiche,* Raffaello Cortina, Milano, 2009.

Damiano E., *L'azione didattica. Per una teoria dell'insegnamento*, Armando, Roma, 199 Deardoff D.K., *Identification and assessment of intercultural competence*, in: Journal of studies in international education, Fall 2006

Dana R.H., *Multicultural Assessment: principles, applications and examples*, Taylor e Francis, 2005

De Petris S., *The "agency" e differenze. Percorsi del femminismo postcoloniale,* "Studi culturali", s. II, n. 2, pp. 259-290, 2005

De Vivo B., *Non tutte le donne sono bianche,* in: Bonfiglioli C., Corradi L. Cirillo L. De Vivo B., Fabbris S., Perilli V., *La straniera: informazioni, sito-bibliografie e ragionamenti su razzismo e sessismo,* Alegre, Roma, 2009

Deardoff D.K., *The identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization of higher education in the United States*. In: Journal of Studies in International Education, Fall 2006, 10, 241-266

Del Corno F, Lang M., *Elementi di psicologia clinica,* Franco Angeli, Milano, 2005

Delors J., (a cura di), *Nell'educazione un tesoro, Rapporto all'UNESCO della Commissione Internazionale sull'educazione per il Ventunesimo Secolo*, Armando, Roma, 1997

Demetrio D., *L'età adulta. Teorie dell'identità e pedagogie dello sviluppo*. Carocci, Roma, 2003

Denzin N.K., Lincoln Y.S., *Handbook of research,* Thousand Oaks, California, 1994

Derrida J., Dufourmantelle A., *Sull'ospitalità*. Baldini e Castoldi, Milano, 2000

Devereux G., *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Parigi,

Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*. Armando Editore, Roma, 2007

Devoto G., Oli G., *Il Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana.* Edumond Le Monnier, Firenze, 1971

Dewey J., *Democrazia ed educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1949

Di Pietro M*., L'educazione razionale emotiva*, Erickson, Trento, 1992

Durkheim, É., *Représentations individuelles et représentations collectives*, Revue de métaphysique et de morale 6: 273-302, 1898

Ellis A., *Ragione ed emozioni in psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1989

Easterbrooks S.R., O'Rourke C.M., *Gender differences in response to auditory-verbal intervention in children who are deaf or hard of hearing.* American Annals of the Deaf, 146, 309-319, 2001

Edelstein C., *L'integrazione – Un approccio dal basso*, in m@gm@ - Rivista Elettronica di Scienze Umane e Sociali – Osservatorio di Processi Comunicativi, vol. 4 n. 2, 2006

Erikson E. H. *Identity and the Life Cycle* .International University Press, New York, 1959

Erikson, E. H. , *Childhood and society* (2nd ed.). Norton, New York, 1963

Erikson E.H. , *Identity: Youth and Crisis*. Norton, New York, 1968

Erikson E.H., *Infanzia e società*, Armando, Roma, 2008

Evans R.I., *Dialogue with Erik Erikson*,Harper & Row, New York, 1967

Fabietti U., *L'identità etnica* , Carocci, Roma, 1998

Favaro G., a cura di, *Alfabeti interculturali*. Guerini e Associati, Milano, 2000

Favaro G., *Insegnare l'italiano agli alunni stranieri*. La Nuova Italia, Firenze, 2002

Favaro G., Napoli M., a cura di, *Come un pesce fuor d'acqua. Il disagio nascosto dei bambini e dei ragazzi immigrati*. Guerini e Associati, Milano, 2002

Favaro G., Napoli M., *Ragazzi e ragazze nella migrazione. Adolescenti stranieri. Identità, racconti, progetti*, Guerini, Milano, 2004

Favaro G., Fumagalli M., *Capirsi diversi, Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Carocci, Roma, 2004

Favaro G., *Parole, lingue, alfabeti nella classe multiculturale*, In: ItalianoLinguaDue, n. 1, 2012

Ferrarotti F., *La convivenza delle culture. Un'alternativa alla logica degli opposti fondamentalismi*. Dedalo, Bari, 2003

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

Finzi I., *Le dimensioni psicologiche del disagio dei bambini e adolescenti migranti*, in: ITEMS la newsletter del testing Psicologico, Giunti O.S., Firenze, 2006

Fiorucci M., *Gli altri siamo noi. La formazione interculturale degli operatori dell'educazione*. Armando Editore, Roma, 2011

Flach, F., *The resilience hypothesis and post-traumatic stress disorder,* in Wolfe, M.E. - Mosnaim, A.D., (eds.), Post-traumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment, Washington- DC, American Psychiatric Press, 1990.

Flynn J. R., *Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure* in *Psychological Bulletin*, vol. 101, 1987, pp. 171–191.

Fondazione Cariplo, Bertelsmann Stiftung, *Competenza interculturale: la competenza chiave del 21° secolo?*, Gutersloh/Milano, ottobre 2008

Franzini M., *Formazione alle competenze interculturali nell'adozione internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2012

Freud S. , *Au-delà du principe de plaisir*, in: "Essais de psychanalyse, Payot, Parigi, 1920

Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti (1900-1905)*. In: Opere vol 4, Bollati Boringheri, Torino, 1989

Frith, U., *Beneath the surface of developmental dyslexia***.** In K. Patterson, J. Marshall, & M. Coltheart (Eds.), Surface Dyslexia, Neuropsychological and Cognitive Studies of Phonological Reading. (pp 301-330). London, 1985

Fromm E. *Avere o essere?*, Mondadori, Milano, 1976

Gardou C., *Diversità, vulnerabilità e handicap. Per una nuova cultura della disabilità.* Erickson, Trento, 2006

Garmezy N., Rutter M., *Stress, coping and development in children*. John Hopkins University Press, Baltimore, 1983

Giraud F., Moro M.R., *Il bambino figlio di migranti a scuola*. In: M.R. Moro, Q. De la Noè, Mouchenik Y, Baubet T., *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano, 2009

Giuliani C., Bellomira R., Borghetto L. *Immigrazione e disabilità di un figlio: sfide educative e socioculturali*, in Psicologia dell'educazione, vol. 4, n. 1, 2010

Glaser R., *The future of testing: A research agenda for cognitive psychology and psychometric*. American Psychologist, 36, 923-936, 1981

Gobbo F., *Pedagogia interculturale. Il progetto educativo nelle società complesse*, Carocci, Roma, 2002.

Göbel, K., Hesse H. – G. (2000), *Outlines of the operationalization of the construct "intercultural competence*, in DESI, 2000

Goodenough F.L., *Measurement of intelligence by drawings*, World Book Company, Chicago, 1926.

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

Grinberg L, Grinberg R., *Identità e cambiamento*, Armando, Roma, 1992

Grotberg E., *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit.* Early Childhood Development: Pratice and Reflections, 8, Bernard van Leer Foundation, Netherlands, 1995

Grunberger A., Kyriazopoulou M., Soriano V., *Multicultural diversity and special needs education*. Agenzia Europea per lo sviluppo dell'istruzione degli alunni disabili, Odense, 2009

Gustafsson J.E., *A unifying model for the structure of intellectual abilities*. Intelligence, 8, 179-203, 1984

Hammil D.D., Pearson N.A., Wiederholt J.L., *Test TINV – Intelligenza non verbale*, Erickson, Trento, 2003

Hancock A.M., *Intersectionality as a Normative and Empirical paradigm,* "Politics and Gender" s. III, n. 2, pp. 248-254, 2007

Hannerz U., *La diversità culturale*. Il Mulino, Bologna, 2001

Hill Collins P., *Some Group Matters: Intersectionality, Situated Standpoints and Black Feminist Thought,* in: Lott. T.L., Pittman J.P., a cura di, *A companion to African-American Philosophy,* Blackwell, New York, 2006

Holaday, M., Warren-Miller, G., Smith, A. and Yost, T.E. , *A preliminary investigation of on-the-scene coping mechanisms used by disaster workers*. Journal of Mental Health Counseling, 17, 347-369, 1995.

Hood A.B., Johnson R.W., *Assessment in counseling: A guide to the use of psychological assessment procedures,* Alexandria, VA, American Counseling Association, 1997.

Hooper S.R., Hatton D.D., Baranek G.T., Roberts J.P. , Bailey D.B., *Nonverbal assessment of IQ attention, and memory abilities in children with fragile-X syndrome using the Leiter-R,* Journal of Psychoeducationl Assessment, 18, 255-267, 2000

Kardiner A., *The individual and his society*, Oxford University Press, London, 1939

Kidder L., Judd C.M. *Research methods in social relations*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1986

Klein M., *I primi stadi dello sviluppo infantile*, Bollati Boringhieri, Torino, 2012

Jacobson E. *Il Sé e il mondo oggettuale*, Martinelli, Firenze 1974.

Ingstad B., Reynolds White S., *Disability and cultures,* University of California Press, Berkley London, 1995

Laplanche J., Pontalis J.B., *Vocabulaire de la psychanalise*, PUF, Parigi 1967

Laplantine F. Nouss A., *Il pensiero meticcio*, Elèuthera, Milano, 2006

Lazarus R. , *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York, 1966

Lazarus, R.S., Averill, J.R. and Opton, E.M., T*he psychology of coping: issues of* Coping and Adaptation, Basic Books, New York, 1974.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. *Stress, appraisal and coping,* Springer, New York, 1984

Leiter R.G., *Instruction manual for the Leiter Inte rnational Performance Scale,* Stoelting Co., Wood Dale, IL, 1979

Leman J., *The education of immigrant children in Belgium*, in "Anthropology and Education Quarterly", vol. 22, n. 2, 1991

Levine M.N., *Leiter International Performance Scale: A handbook,* Western Psychological Services, Los Angeles, C.A., 1982

Lévi-Strauss C., *L'identità*. Sellerio, Palermo, 1980

Lévi-Strauss C., *Il pensiero selvaggio*. Il Saggiatore, Milano, 2004

Linton R., *Lo studio dell'uomo*, Il Mulino, Bologna, 1973

Losi N., *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Roma, 2000

Lutz H., Wenning N., *Differenzen über Differenz – Einführung in die Debatten,* in: H. Lutz, Wenning N., a cura di, *Unterschiedlich Verschieden. Differenz in der Erziehungswissenchaf,* Leske & Budrick, Opladen, 2001

Machover K. *Personality projection in the drawing of the huam figure: A method of personality investigation,* Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 1949

Mahler M., Pine F., Bergman A., *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi e individuazione.* Bollati Boringhieri, Torino, 1978

Mahler M., *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000

Malaguti E., *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento, 2010

Manetti M., Zuino A., Frattini L., Zini E., *Processi di resilienza culturale. Confronto tra modelli euristici*, Associazione Italiana di Psicologia, Giornata di Studio "Spazi interculturali: trame, percorsi, incontri", Roma 18-19 settembre 2008

Mangeot S.D., Miller L.J., MacIntosh D.N., McGrath-Clarke J., Simon J., Hagerman R.J., e Goldson E., *Sensory modulation dysfunction in children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder*, Developmental Medicine and Child Neurology, 43, 399-406, 2001

Mantovani S., *Bambini e genitori immigrati nelle scuole dell'infanzia in cinque paesi.* In: Educazione Interculturale Vol. 5, N. 3, Ottobre 2007

Marchetti S., *Le ragazze di Asmara. Lavoro domestico e migrazione postcoloniale.* Ediesse, Roma, 2011

Marhshall J. C. e Coltheart M. (a cura di), *Surface dyslexia and surface dysgrafia*, London, Routledge and Kegan Paul 1985.

Marx Ferree M., *The Discursive Politcs of Feminist Intersectionality*, in: Lutz H. Herrera Vivar M.T., Supik L, a cura di, *Framing Intersectionality. Debates on a Multi-faceted Concept in Gender Studies*, Ashgate, Burlington, 2011

Masten A.S., Best K., Garmezy N., *Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity.* Development and Psychopathology, 2, 425-444, 1990

Mautuit D., *L'intègration sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap: des concept a l'evaluation des actions*, éd. Dialogue Cergy Poutoise, in "Revue Europeenne du Handicap Mental", vol. 2, n. 7, 1995, pp. 15 - 24

McCall L., *The complexity of Intersectionality*, in: "Signs", s. XXX, n. 3, pp.1771-1800, 2005

McCloskey M., Caramazza A., Basili A.G., *Cognitive mechanism in number processing and calculation: Evidence from Discalculia*, Brain and Cognition, 4, 171-196, 1985

McCloskey M, Caramazza A, *Cognitive mechanisms in normal and impaired number processing*. In: G.Deloche e X. Seron (Eds) *Mathematical disabilities: a cognitive neuropsychological perspective.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1987

McCubbin H.I., McCubbin M.A., *Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity.* Family Relations, 37, (3), 247-254, 1988

Mead G. H., *Mente, sé e società*, Giunti, Firenze, 1966

Ministero della Salute, *Consensus Conference 3. Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Roma, 6-7 dicembre 2010

MIUR, *Alunni con cittadinanza non italiana. Approfondimenti e analisi* Rapporto Nazionale a.s. 2011/2012. Quaderni ISMU – Iniziative e studi sulla multi etnicità – Roma, 1/2013

Monceri F., *Ordini costruiti. Multiculturalismo, complessità, istituzioni*, Rubettino, Roma, 2008

Montessori M., *Pedagogical Antropology*. Frederick A. Stokes Company, New York, 1913

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

Moro M. R., Baubet T., *Psicolpatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*. Koinè, Roma, 2010

Moro M.R., *Far crescere bambini e adolescenti: un approccio transculturale*, in Convegno "Il trauma della migrazione e i bisogni della crescita. Piccoli sordi in terra straniera", Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia, 21/11/2008.

Moro M.R., Lachal C., *Introduction aux psychothérapies*, Nathan, Paris, 1996

Moro M.R., *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Franco Angeli, Milano, 2005

Moro M.R., *Bambini immigrati in cerca di aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale.* A cura di D. Demetrio. Utet Libreria, Torino, 2001

Moro M.R., De La Noë Q., Mouchenik Y., Baubet T., *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Franco Angeli, Milano, 2009

Moro M.R., Neuman D., Real I., *Maternità in esilio. Bambini e migrazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010

Moro, M.R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Paris, Dunod, 2 edizione 2000.

Moro. M.R., *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove.* Saggi Frassinelli, Milano, 2008

Morvan J.S., *Représentations des situations de handicap e de inadaptation chez les éducateurs specialisés, les assistents de service e les insegnants specialisés en formation*, PUF, Paris, 1988

Murineddu M., Duca V, Cornoldi C., *Difficoltà di apprendimento scolastico negli studenti stranieri,* in Difficoltà di Apprendimento Vol. 12, N. 1, Edizioni Erickson, Trento, 2006

Nathan T., *La function psychique du trauma*, Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie, Le pensée sauvage, 8, 1997

Nathan T., *Principi di etnopsicanalisi*, Bollati Boringheri, Torino, 1996

Nordahl T., Overland T., *Idealer og realiteter. Evaluering av spesialundervisningen i Oslo kommune,* Ministry of Education and Research: NOVA Research Institute, NOVA Rapport 20/98, 1998

Norris, F.H, Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F., & Pfefferbaum, R.L. *Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness*. American Journal of Community Psychology, 41, 127-150, 2008.

Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Erickson, Trento, 2001

Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Bambini e Adolescenti, Erickson, Trento, 2007

Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Masson, 1996

Palaiologou N., *School adjustment difficulties of immigrant children in Greec*", in "Intercultural Education", vol. 18, n. 2, 2007

Panchard E., *La recherche en pédagogie*. Éditions Nauwelaerts, Paris, 1967

Paniagua, F.A., *Assessing and treating culturally diverse clients: a practical guide*, Thousand Oak , CA, 1994

Papadopoulos R.K., *I rifugiati, la 'casa' e il trauma*. In: Papadopoulos R.K. (a cura di), L'assistenza terapeutica ai rifugiati. Nessun luogo è come casa propria. Magi, Roma, 2006

Patterson J.M., Garwick A., *Levels of family meaningin family stress theory*. Family Process, 33, 287-304, 1994

Phinney J. S., Horenczyk G., Liebkind K., Vedder P., *Ethnic identity, immigration and well-being*, in Journal of Social Issue, 3, 493-510, 2001.

Piaget J., *La rappresentanzione del mondo nel fanciullo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1966

Piaget J., *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*, Torino, Einaudi, 1967

Pinto Minerva F., *L'intercultura*, Edizioni Laterza, Bari, 2002

Pizza G. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo,* Carocci, Roma, 2005

Pompeo F., *Antropologia e intercultura*, Anicia, Roma, 2008

R. Santini, *Studio di caso*, G..L.I.P., Latina, 2001

Razo N.P., *The representation of migrant students in special education in Texas*, in "Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences", vol. 66 (9°), 2006

Remotti F., *Contro l'identità*. Laterza, bari, 1999

Ricoeur P., *La semantica dell'azione*, Jack Book, Milano, 1996

Rivera A., *La bella, la bestia e l'umano. Sessismo e razzismo senza escludere lo specismo,* Ediesse, Roma, 2010

Rogoff B., *The cultural nature of human development*, Oxford University Press, N.Y., 2003

Sabbadini M., Galloni F., *La scala di valutazione cognitiva LEITER-R Aspetti generali, interpretazione e modalita di somministrazione*, Springer, 2002

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

Santerini M., *Intercultura*, La Scuola, Brescia, 2003

Schnapper, D. *La France de l'intégration. Sociologie de la nation en 1990,* Paris, PUF, 1991

Serres M., *Hermés Vol. 4, La Distribution*, Edition de Minuit, 1997

Seymour P.M., *Developmental dyslexia: A cognitive experimental analysys,* In: Coltheart M., Sartori G, Job R., The Cognitive Neuropsychology of Language, Psychology Revivals, Psychology Press, 1987

Skutnabb-Kangas T., Toukomaa O., Teaching Migrant Children, Mother Tongue and Learning the Language of Host Country in the Contesxt of Socio-cultural situation of the Migrant Family, Tutkimuksia Research Reports, Tampere, Finland, 1976

SIOS, Cooperative Group for Ethnical Association in Sweden, *We are all and unique, and yet more alike than we imagine. A book about disability, ethnicity, reception and treatment*. SIOS, Sweden, 2004

Sluzki C.E., *Migration and family conflict*, in "Family Process", vol. 18, 1979, pp. 379-390

Spitz, R.A., *The first year of life : a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations.* New York : International Universities Press, 1965

Susi F., *Come si è stretto il mondo. L'educazione interculturale in Italia e in Europa: teorie, esperienze e strumenti* . Armando, Roma, 1999

Susi F., *L'interculturalità possibile*. Anicia, Roma, 1995

Tajfel, H., Frazer, C. (a cura di), *Introducing social psychology*, Harmondsworth, 1978

Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Arrivare non basta: complessità e fatica della migrazione*. Franco Angeli, Milano, 2007

Tressoldi P. , Cornoldi C., *BVSCO – Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica 2*, Giunti O.S., Firenze, 2000

Ungar M., *A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth.* Youth and Society, 35 (3), 341-365, 2004

Valenzuela J., Rojo A., Soriano C., *Trends in Cognitive Lingusitics*, Peter Lang, Francoforte, 2009

Valtolina G.G., Marazzi A., *Appartenenze multiple. L'esperienza dell'immigrazione nelle nuove generazioni*. ISMU, Milano, 2007

Van de Vijver F. J. R., Tanzer N. K, Bias *and equivalence in cross-cultural assessment: An overview*. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 54,119-135, 2004

Van de Vijver F. J.R., *The nature of the bias.* In: Dana (ed.) R.H.. *Handbook of crosscultural and multicultural personality assessment*, Mahwah, N.J, 2000

Vigotskij L., *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori e altri scritti*, Giunti Barbera, Firenze, 1974

Vocabolario della lingua italiana *Lo Zingarelli 2013*, Zanichelli, 2012

Vygotskij L.S., *Psicologia pedagogica. Manuale di psicologia applicata all'insegnamento e all'educazione*. Erickson, Trento, 2006

Von Staabs G., *Sceno test*, Hogrefe, Firenze, 1971

Wallnöfer G., *Pedagogia Interculturale*. Mondadori, Milano, 2000

Walsh F., *A family resilience framework: Innovative practice applications.* Family Relations, 551 (2), 130-137, 2002

Werning R., Löser J. M. and Urban M., *Cultural and Social Diversity. An Analysis of Minority Groups in German Schools*. In The Journal of Special Education, Vol. 42, No. 1: May 2008, pp. 47–54

WHO – World Health Organization, *ICDH- International Classification of Functioning and Disability*, WHO, Geneve, Switzerland, 1999

WHO – World Health Organization, *Health Systems: Improving Performances.* WHO, Ginevra, 2000

Wieviorka M., *L'inquietudine delle differenze*. Mondadori, Milano, 2008

Wieviorka M., *La differenza culturale: una prospettiva sociologica*. Laterza, Bari, 2002

Williams B., *Problems of the self*, Cambridege University Press, Cambridege, 1973

Winnicott D.W.,. *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo.* Armando, Roma, 1977

Winnicott D.W., *Il bambino deprivato*, Raffaello Cortina, Milano, 1986

Yin K. Robert, Application of Case Study Research., Sage Pubblications, Inc.,1993

Yin R. K., *Lo studio di caso nella ricerca scientifica. Progetto e metodi*. Armando Editore, Roma, 2005

Yuval- Davis N., *Belonging and the Politics of Belonging*, "Pattern of Prejudice", s. XL, n. 3, pp. 196-213, 2006

Zanfrini L., Sociologia delle migrazioni. Ed. Laterza, Bari, 2004

SITOGRAFIA

www.anffas.net

www.cespi.it

www.cestim.it

www.coe.it

www.dirscuola.eu

www.dossierimmigrazione.it

www.dpi.org

www.ec.europa.eu

www.edf-feph.org

www.eu/unesco.org

www.european-agency.org

www.fishonlus.it

www.fra.europa,eu

www.ifcinitaly.it

www.indire.edu

www.intestcom.org

www.interno.gov.it

www.iom.it

www.irp.wisc.edu/index.htm

www.ismu.org

www.istruzione.it

www.italy.iom.it

www.lavoro.gov

www.manuale-dignitas.it

www.nasponline.org

www.oecd.org

www.osservatoriodisabiltà.it

www.portaleimmigrazione.it

www.reteclassificazioni.it

www.salute.gov.it

www.simmweb.it

www.stranieriinitalia.it

www.welfare.gov.it/icf

www.who.int/classification/icf

RIFERIMENTI NORMATIVI

LEGGI NAZIONALI SULL'IMMIGRAZIONE

Legge n. 943 del 30/12/86 Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine

Decreto legislativo n. 286 del 26/07/1998 Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero

Legge n. 39 del 28 febbraio del 1990 n.39 Conversione in legge recante norme urgenti in materia di aiuto politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione di cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello Stato. Disposizioni in materia di asilo.

Legge 6/03/98 n. 40 Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero

Legge 189 del 30/07/2002 (legge Bossi-Fini) Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo

.

Legge 94 del 15/07/2009 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica"

LEGGI NAZIONALI SULLA DISABILITA'

Costituzione della Repubblica Italiana – artt. 2, 3, 32, 38

Legge 30 marzo 1971, n. 118 Scuola – mutilati ed invalidi civile – soggetti portatori di handicaps – diritto alla frequenza delle scuole secondarie superiori

Legge 4 agosto 1977, n. 517 Forme di integrazione e di sostegno […] portatori di handicap da realizzare con i docenti di ruolo in servizio nella scuola media comune

Legge 13 maggio 1978, n. 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Legge n. 270/ 1982 Istituzione del ruolo dell'insegnante di sostegno

D.P.R. 12 febbraio 1985, n. 104 Approvazione dei nuovi programmi didattici per la scuola primaria (Alunni in difficoltà di apprendimento ed integrazione dei soggetti portatori di handicap)

Sentenza della Corte Costituzionale del 3 giugno 1987, n. 215

Legge 11 agosto 1991, n. 266 Legge quadro sul volontariato

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

Legge 28 agosto 1997, n. 285 Disposizione per la promozione dei diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

Legge 21 maggio 1998, n. 162 Modifiche alle Legge 104/92

Legge 8 novembre 2000, n. 328 Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali

Linee guida del M.I.U.R. prot. n. 4274/09 Integrazione scolastica degli alunni con disabilità

Legge 8 ottobre 2010, n. 170 Nuove norme in materia di disturbispecifici di apprendimento in ambito scolastico

RIFERIMENTI ESTERI

Dichiarazione Universale delle Nazioni Unite dei diritti dell'uomo
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948

Dichiarazione Universale delle Nazioni Unite dei diritti del fanciullo
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1959

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con ritardo mentale
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 1971

Dichiarazione Universale delle Nazioni Uniti dei diritti dei disabili motori e sensoriali
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il9 dicembre 1975

Dichiarazione Universale delle Nazioni Unite dei diritti dei disabili visivi e uditivi
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 9 maggio 1979

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989

Regole Standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità
adottate dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 1993

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità
approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006

Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui Diritti Umani Vienna 14-25 giugno 1993

Conferenza europea su bambini migranti in situazione di Handicap Copenhagen 7-8 giugno 1999

ALLEGATI

ALL. 1

CONVENZIONE PER ATTIVITÀ DI STAGE E DI RICERCA

TRA

L'Università degli Studi Roma Tre – Scuola Dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale – con sede in Roma Via Milazzo 11/B – 00185, C.F. e P.IVA n. 04400441004, nella persona della Direttrice, Prof.ssa Carmela Covato (soggetto promotore)

E

L'I.N.M.P. – Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà – con sede in Roma – Via di S.Gallicano 25/A C.F. e P.IVA 09694011009, nella persona del Direttore, Prof. Aldo Morrone (soggetto ospitante)

PREMESSO

- che al fine di consentire agli allievi dottorandi della Scuola Dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale, Sezione di Pedagogia, di implementare il lavoro di ricerca teorica attraverso stages che comportino la frequentazione di settori di diretta attinenza ai progetti di ricerca predisposti e finalizzati alla stesura della tesi finale;
- che lo stage si configura come completamento del percorso formativo di dottorato ed i suoi obiettivi sono quindi esclusivamente didattici e volti all'acquisizione di conoscenze di settore;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

ART. 1

L'I.N.M.P. si impegna ad accogliere presso le sue strutture, su proposta dell'Ente Promotore, allievi iscritti alla Scuola Dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale, Sezione Pedagogia dell'Università Roma Tre, per attività di stage e di ricerca correlate alla stesura della tesi finale di dottorato.
Il numero e la tipologia dei tirocinanti accolti è stabilito in accordo tra le parti.
.

ART. 2

Lo stage formativo non costituisce rapporto di lavoro, né collaborazione professionale ad alcun titolo.
Durante lo svolgimento l'attività è seguita e verificata da un tutor designato dal soggetto promotore in veste di responsabile didattico-organizzativo (tutor promotore) e da un responsabile indicato dal soggetto ospitante (tutor aziendale).
Per ciascun dottorando stagista inserito nell'ente ospitante in base alla presente convenzione viene predisposto un progetto formativo contenente il nominativo dello stagista, i nominativi dei tutor, obiettivi e modalità di svolgimento del tirocinio con l'indicazione dei tempi di presenza presso il soggetto ospitante, le strutture del soggetto

ospitante presso cui si svolge lo stage, gli estremi identificativi delle assicurazioni Inail e per la responsabilità civile.
Per ciascun tirocinante l'Ente ospitante si impegna a redigere, a fine stage, una relazione finale sullo svolgimento e ad esprimere una valutazione di merito sulle attività svolte dal partecipante.

ART. 3
Il soggetto ospitante non eroga agli stagisti rimborsi spese o borse di formazione.

ART. 4

Per ciascun stagista inserito nell'ente ospitante in base alla presente convenzione, il soggetto promotore garantisce la copertura assicurativa contro gli infortuni sul lavoro presso l'Inail, nonché per la responsabilità civile presso compagnie assicurative operanti nel settore.
L'assicurazione copre lo svolgimento di tutte le attività rientranti nel progetto formativo, anche al di fuori della sede del soggetto ospitante

ART. 5

Durante lo svolgimento dello stage il dottorando è tenuto a:
- svolgere le attività previste dal progetto formativo;
- rispettare le norme in materia di igiene, sicurezza e salute sui luoghi di lavoro;
- mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, informazioni o conoscenze in merito a processi e atti acquisiti durante lo svolgimento dello stage.

ART. 6

La presente Convenzione decorre dalla data di sottoscrizione e termina il 28/10/2011, salvo rinnovo con atto formale previo accordo fra le parti.

ART. 7
Per qualsiasi controversia che dovesse nascere dall'esecuzione della presente convenzione, è competente a decidere il Foro di Roma.

Roma,

Per il soggetto promotore	Per il soggetto ospitante
La Direttrice della Scuola Dottorale	Il Direttore Generale
Prof.ssa C. Covato	Prof. A. Morrone

UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE
Scuola Dottorale in Pedagogia e Servizio Sociale – Sezione Pedagogia

Progetto formativo e di orientamento

Nominativo dello stagista ORIETTA CIAMMETTI

Nato/a a ROMA il 06.01.1953 C.Fiscale CMM RTT 53A46 H501L

Domicilio : Via GIOVANNI SALVIUCCI 1 ROMA tel. 06 86398420 cell 338 2748399

Frequentante II ANNO SCUOLA DOTTORALE IN PEDAGOGIA E SERVIZIO SOCIALE – SEZIONE PEDAGOGIA

Azienda ospitante: INMP - Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà di Roma

Sede dello stage: Via S. Gallicano 25/A tel. 06 45503140
Periodo dal 03/01/2011 al 28/10/2011
Orario: martedì 9.30 – 13.30 e giovedì 14.00 – 18.00
E' previsto inoltre il servizio esterno per l'osservazione in ambito scolastico dei bambini presi in carico, da definire secondo necessità
Tutor aziendale: dott.ssa Angela Romano
Docente guida: prof.ssa Anna Aluffi Pentini
Polizze assicurative:
Polizza infortuni n. 1787/77/12200000
Compagnia Assicurativa unipol assicurazioni
R.C. pos. N. 1787/65/12300000
Compagnia Assicurativa unipol assicurazioni

Obiettivi dello stage:
- Osservazione delle pratiche di accoglienza, diagnosi e progettazione degli interventi
- Osservazione partecipata delle strategie in ambito didattico relativamente ai bambini presi in carico

Obblighi dello stagista
- seguire le indicazioni dei tutori e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti od altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materie di igiene e sicurezza.

Roma, ……..….

Firma dello stagista …….
INMP UNIVERSITA'

ALL 2

Scheda di rilevazione dell'Ufficio Scolastico Regionale per gli alunni disabili

* CODICE MECCANOGRAFICO DELL'ISTITUTO PRINCIPALE :	
* DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO PRINCIPALE :	
* DISTRETTO DELL'ISTITUTO PRINCIPALE :	

N.	Cognome	Nome	Data nascita	** Struttura sanitaria	Cod. prevalente	Cod. secondario	Cl.	Sez.	Num. alunni classe	Assistente di base	Assistente x autonomia/comunicazione	Codice plesso

Totale alunni con disabilità	
PSICOFISICI (EH)	
NON UDENTI (DH)	
NON VEDENTI (CH)	
TOTALE	
TOTALE PLESSI	

DATA DI COMPILAZIONE:

TIMBRO DELLA SCUOLA

FIRMA E TIMBRO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

N.B.: * Indicare le classi in ordine crescente;

** ASL, Centri accreditati, Centri specialistici delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie, IRCSS.

Rilevazione alunni con disabilità. Anno scolastico 2011/2012.
Di Rolando Alberto Borzetti - News - 17.02.2011
Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Direzione Generale – Ufficio IIIVia Pianciani, 32 – 00185 Roma
A00DRLA – Registro Ufficiale Roma, 7 febbraio 2011
Prot. n. 3266 - Uscita
Ai Dirigenti delle Istituzioni Scolastiche Statali
di ogni ordine e grado di Roma e Provincia

Ai Direttori Generali AA.SS.LL.
Ai Servizi Area Tutela Salute Mentale
e Riabilitazione Età Evolutiva - T.S.M.R.E.E.
Alle OO.SS. del Comparto Scuola
LORO SEDI

Oggetto: Rilevazione alunni con disabilità. Anno scolastico 2011/2012.

Per predisporre l'assegnazione delle risorse di sostegno per il prossimo anno scolastico è necessario che questo Ufficio abbia un'esatta rilevazione degli alunni con disabilità presenti in ciascuna istituzione scolastica. A tal fine, le SS.LL. avranno cura di segnalare gli alunni per i quali la normativa vigente, DPCM 23 febbraio 2006 n.185, ribadita dall'art. 7 della C.M. n.101 del 30/12/2010, prevede l'attribuzione della risorsa di sostegno.

Si richiama la scrupolosa osservanza delle vigenti disposizioni sia per quel che riguarda le modalità e procedure di individuazione dei soggetti con disabilità sia ai fini della assegnazione delle ore di sostegno. La ratio delle norme è quella di assicurare ogni possibile forma di tutela ai disabili in condizione di particolare gravità, sempre tenendo in considerazione la specifica tipologia di handicap da cui è affetto il soggetto interessato. Pertanto la proposta da parte delle istituzioni scolastiche relativa al sostegno da attribuire a ciascun alunno disabile, come è noto, è affidata al gruppo di lavoro di cui all'art. 5, comma 2, del DPR 24 febbraio 1994, che redige congiuntamente il PEI (Piano Educativo Individualizzato) ai sensi dell'art. 12 della legge 104/92 partendo da idonea e completa certificazione sanitaria della ASL.

Si richiama inoltre la particolare attenzione delle SS.LL. sul fatto che la legge n. 170 dell'8/10/2010 ha innovato in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico. Pertanto tutte le diagnosi riferite a tali disturbi (codici: 3.40 – 3.41 – 3.42 – 3.43) non abbinate ad altri codici non debbono essere prese in considerazione ai fini della presente rilevazione e gli alunni non debbono essere inseriti negli allegati.

Si conferma che la documentazione cartacea non dovrà essere inviata a questo Ufficio, ma rimanere agli atti della Scuola ed essere materia di informazione per il personale specializzato e curricolare che si occupa dell'alunno con disabilità. Per gli alunni delle classi di passaggio da un ordine di scuola all'altro, per il quale sia confermata la richiesta di sostegno, sarà cura dell'Istituto di provenienza dell'alunno trasmettere a quello di nuova iscrizione le dovute informazioni nel rispetto di quanto previsto nel D. L.vo 195/2003. Infatti la conoscenza della documentazione da parte dei docenti dei due ordini di scuola è necessaria per favorire la continuità del curricolo formativo.

Per l'assegnazione della risorsa di sostegno saranno prese in considerazione soltanto le segnalazioni, corredate del codice diagnostico, riportate negli Allegati A che devono essere compilati in tutte le parti, per ogni ordine di scuola (A1 per la Scuola dell'Infanzia, A2 per la Scuola Primaria, A3 per la Scuola Secondaria di I grado, A4 per la Scuola Secondaria di II grado).

Per uniformità di compilazione, si ritiene opportuno allegare la codifica delle diagnosi cliniche. Il numero degli alunni con disabilità riportato negli allegati A, deve corrispondere al numero degli stessi comunicato all'Ufficio organico dell'Ambito Territoriale Provinciale di Roma, tenendo presente che gli alunni sprovvisti del codice diagnostico non saranno presi in considerazione.

Si richiama la particolare attenzione delle SS.LL. sulla necessità di comunicare con elenco a parte i nominativi degli alunni iscritti che nell'anno scolastico 2010/2011, a seguito di contenzioso giudiziario, sono stati destinatari di sentenza con assegnazione del sostegno con rapporto 1/1.

Riguardo la documentazione cartacea, che si ribadisce dovrà restare agli atti della scuola, si ritiene utile ricordare che:

- La certificazione deve essere prodotta:
· per ogni nuova individuazione di alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi della legge n. 104/92 art. 3;
· per il passaggio da un ordine di scuola all'altro, anche nell'ambito dello stesso istituto;
· per la modifica di una diagnosi precedentemente rilasciata.
- Il modello B registra gli alunni presenti nello stesso ordine di scuola, certificati nell'anno
scolastico precedente e confermati per l'anno scolastico 2011/2012 dalle strutture sanitarie
competenti.
La Scuola provvede a compilare la parte sinistra del Modello, unicamente per i dati anagrafici e scolastici (classe che frequenterà nel successivo anno scolastico).
Si ricorda che il consenso della famiglia (non ad un generico sostegno scolastico, ma alla certificazione di una situazione di handicap ai sensi della L.104/92) deve essere acquisito ogni anno agli atti della Scuola, con timbro e firma del Dirigente scolastico in calce al Modello B.
Secondo quanto disposto dalla Direttiva della Regione Lazio n.13601/D4/00 del 5 febbraio 2007 e in assenza di ulteriori disposizioni, saranno ritenute valide, ai fini della assegnazione delle risorse di sostegno, le certificazioni e i Modelli B rilasciati da parte delle Aziende Sanitarie Locali tramite i Servizi a gestione diretta o Centri Accreditati ex art. 26 della L. 833/78, nonché dai Centri Specialistici delle Aziende Ospedaliere e Universitarie e dagli IRCSS.
Ciò premesso, si invitano le SS.LL. a trasmettere i dati richiesti negli Allegati A, che saranno consegnati con raccomandata a mano alla stanza 325 - piano 3° - entro e non oltre la dataindicata nel sotto elencato calendario:
Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di 1° grado: lunedì 7 marzo
· Scuola Secondaria di 2° grado: mercoledì 16 marzo
N.B. Gli Istituti Comprensivi dovranno compilare gli Allegati relativi ai tre ordini di scuola (Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado) ed inviarli con relative lettere di trasmissione e buste separate, lo stesso dicasi per i Circoli Didattici con Scuola dell'Infanzia. Gli Istituti di Istruzione Superiore dovranno specificare i codici delle sedi dove sono inseriti alunni con disabilità.
Per consentire a questo Ufficio di rispettare le scadenze dei successivi adempimenti di competenza, si raccomanda di attenersi scrupolosamente alle date sopra indicate e di compilare gli allegati anche in assenza di alunni con disabilità.
Si allegano i modelli:
A1 per la Scuola dell'Infanzia
A2 per la Scuola Primaria
A3 per la Scuola Secondaria di 1° grado
A4 per la Scuola Secondaria di 2° grado
Allegato B per tutti gli ordini di scuola, da custodire agli atti della scuola.
Si allegano inoltre:
A) Codifica delle diagnosi cliniche
B) Modello elenco alunni con sentenza.
Nel ribadire il rispetto delle scadenze, si ringrazia per la consueta, fattiva collaborazione.
F.to IL DIRIGENTE
Mariangela Caturano

ALL. 3

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DISTRETTO XVII

Scuola	Anno	Sesso	Struttura Sanitaria	Codice Prevalente	Codice Secondario	Classe	AEC	Assistente Specifico
V. Latina	2005	M	ASL/RMC	4.20	\	1	NO	NO
	2004	F	ASL/RMC	3.10	3.22	2	NO	NO
	2002	M	ASL/RMC	4.10	\	2	SI	NO
	2002	F	ASL/RMC	3.21	\	4	NO	NO
	2004	F	ASL/RMC	4.20	\	1	NO	NO
	2004	M	CASA S. ROSA	3.10	\	2	NO	NO
	2001	M	CMPH	3.10	3.30	4	NO	NO
A. Manzoni	2003	F	RMC	4.11	\	2	NO	NO
G. Cagliero	2003	M	RMC	2.14	3.17	2	SI	SI
	2001	F	RMC	1.30	4.30	4	NO	NO
Giuseppe Garibaldi	2004	F	RMC	4.11	3.10	2	NO	NO
	2004	F	RMC	3.10	\	3	NO	NO
	2002	M	RMC	3.21	5.22	4	NO	NO
	2001	F	CRC BALBUZIE	4.11	5.21/3.30	4	NO	NO
	2001	M	RMC	3.21	\	5	NO	NO
	2001	M	RMC	5.22	3.21	5	NO	NO
	2002	M	CENTRO CMPH	4.41	L 104 GR	3	SI	NO
	2003	F	C.S. ALESSIO M. SAVOIA	2.22	L 104 GR	3	SI	SI
Marcello Mastroianni	2004	M	RMC	4.30 - 3.21	5.22	2	NO	NO

	2004	M	RMC	3.10	3.43	2	NO	NO
	2003	F	RMC	3.10	3.22	3	NO	NO
	2002	F	RMC	1.11	3.22/ 4.12	3	NO	NO
	2000	M	RMC	3.43	5.20	4	NO	NO
	2002	F	RMC	4.11	\	4	NO	NO
	2001	M	RMC	4.11	\	5	NO	NO
	2005	M	ADM	3.10	\	1	NO	NO
	2000	M	RMC	4.11	\	5	NO	NO
Mommsen	2004	M	IST. ORTOFON	3.10 - 4.30	5.22	1	SI	NO

ALL. 4

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Direzione Generale – Ufficio III
Via Pianciani, 32 – 00185 Roma

CODIFICA DELLE DIAGNOSI CLINICHE

DISTURBI NEUROLOGICI

1.10 Esito paralisi cerebrale infantile
1.11 Emiplegia
1.12 Diplegia
1.13 Tetraplegia
1.14 Sindrome distonico/atetosica
1.15 Atassia
1.20 Malattia neuro muscolare
1.21 Distrofia
1.22 Altre malattie muscolari
1.30 Altri disturbi neurologici

DISTURBI SENSORIALI

2.10 Ipoacusia
2.11 trasmissiva di grado medio
2.12 trasmissiva di grado grave o profondo
2.13 neurosensoriale di grado medio
2.14 neurosensoriale di grado grave o profondo
2.20 Deficit visivo
2.21 di grado medio
2.22 di grado grave

DISTURBI SETTORIALI DELLO SVILUPPO

3.10 Disturbo specifico del linguaggio
3.20 Disturbi dell'attenzione
3.21 disturbo dell'attenzione senza iperattività
3.22 disturbo dell'attenzione con iperattività
3.30 Disprassia
3.40 Disturbo specifico di apprendimento
3.41 delle lettura e/o della scrittura
3.42 del calcolo
3.43 misto

DISTURBI GLOBALI DELLO SVILUPPO

4.10 Ritardo mentale
4.11 di grado lieve
4.12 di grado medio
4.13 di grado grave
4.20 Ritardo psicomotorio (solo entro i sei anni)
4.30 Bordeline cognitivo
4.40 Disturbo generalizzato dello sviluppo
4.41 non altrimenti specificato (NAS)
4.42 di tipo autistico

DISTURBI DELLO SVlLUPPO AFFETTIVO-RELAZIONALE

5.10 Disturbo della condotta
5.20 Disturbo della sfera emozionale
5.21 di tipo depressivo
5.22 di tipo ansioso
5.23 di tipo fobico/ossessivo
5.30 Disturbo di personalità
5.31 Disturbo bordeline di personalità
5.32 Disturbo psicotico

ALLEGATO B

PARTE RISERVATA ALLA SCUOLA	***PARTE RISERVATA ALLA STRUTTURA SANITARIA**
Distretto Scolastico_____	Distretto Sanitario di _____
Codice Istituto_____	Settore Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva
TIMBRO della Scuola	**Altro**
Scuola dell'Infanzia ☐ **Scuola Primaria** ☐ **Scuola Secondaria di 1° grado** ☐ **Scuola Secondaria di 2° grado** ☐ **PLESSO SCOLASTICO (o Sede Distaccata)** _____	**Timbro della Struttura Sanitaria Autorizzata**
SI RICHIEDE LA CONFERMA DELL'ATTIVITA' DI SOSTEGNO PER L'A.S. 2011/12	N° CODICE CATEGORIA DIAGNOSTICA

Cognome e Nome	**Nat_/a_____ il_____**	Classe-che-frequenterà	**Prevalente**	**Secondario**	**Firma Operatore/i Sanitario/i**

N.B.: Il consenso scritto per confermare la richiesta del sostegno, da parte dei genitori degli alunni in elenco, è agli atti della Scuola.	**N.B. :Annullare gli spazi non utilizzati.**
DATA E FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO	**DATA E TIMBRO STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA**

***ASL, Centri accreditati, Centri specialistici delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie, IRCSS.**
NB: Far riferimento alla codifica delle diagnosi.

ALL. 5

RIPARTIZIONE DEGLI ALUNNI CERTIFICATI PER DISTRETTO SCOLASTICO – ANNO 2011

DISTRETTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTALE
9						1	7	5	3	2	2		20
10						3	4	5	4			1	17
11							2	4	3		4		13
12					1	1	8	11	8	7	1		37
13				1	2	4	4	5	3	3			22
14						4	14	17	19	6	2		62
15				1	2	2	15	16	8	3	3	1	50
16						6	24	20	25	12	5	1	93
17						2	6	6	4	8	2		28
18			1			1	7	15	2	4	1		31
19						1	4	5	3	4	2		19
20						2	13	5	6	1		1	28
21				1		1	6	6	4	7	3		28
22					1		4	1	1	3			10
23						3	3	4	7	4	5		26
24						3	2	3	4	2			14
25	1	3		1		2	1	6	3	2	1		20
26				1		2	9	7	8	8	1		36
27						2	6	6	8	5	3		30
28					1	5	11	7	7	5	2		38
29					1	1	3	4	2	4	3		18
30						1	4	9	4	6	2		26
31				1		1	5	7	10	1	2		27
32				1	3	1	3	7	3	4	1		23
33					3	3	9	7	7	3	2		34
34					2	2	3	2	1	1			11
35						1	1	4	4				10
36						2	2	4	6	2			16
37				1		2	1	5	5	2	2		18
38			1		1		1	2	1	3			9
39				1		1	2		1	2			9
40						2	1	1	1	1	1		7
41						2	4	2	3	4			15
42							5	4		3	1		13
43						3	4	3	7	1	1		19
	1	3	2	9	17	67	198	215	185	123	52	4	877

ALL. 6

TRACCIA PER IL RILEVAMENTO DATI PER OPERATORI ASL

1. Qualifica
2. Titolo di studio
3. Genere
4. Età
5. Anzianità di servizio
6. Quanti bambini vedi a settimana al Servizio?
7. Quanti stranieri?
8. Di quali nazionalità?
9. Di quale fascia d'età?
10. Genere preponderante
11. Chi richiede l'intervento?
12. Come viene effettuata l'accoglienza?
13. Quali sono i criteri di assegnazione dei casi?
14. Come si articola la valutazione?
15. Per i bambini stranieri segui criteri di valutazione diversi?
16. I genitori sono coinvolti?
17. L'anamnesi riguarda anche la storia migratoria?
18. Si mostrano collaborativi?
19. Qual è solitamente la loro percezione rispetto al problema del figlio?
20. Quali sono le patologie più frequentemente rilevate nei bambini stranieri?
21. Hai notato differenze fra bambini nati altrove e bambini nati in Italia figli di migranti?
22. Quali sono i criteri di certificazione di handicap?
23. Quali sono i principali trattamenti attuati per i bambini stranieri?
24. Mediamente per quanto tempo vengono seguiti?
25. Esiste raccordo con la scuola?
26. Se si, in che modo?
27. Viene sempre fatta la diagnosi funzionale?
28. Viene sempre fatto il PEI?
29. Ci sono altre figure professionali esterne al Servizio che collaborano alla valutazione?
30. E' prevista la collaborazione di mediatori linguistico/culturali?
31. Pensi che si dovrebbe migliorare l'accoglienza e la presa in carico dei bambini stranieri che presentano difficoltà?
32. Se si, in quale maniera?
33. Considerazioni personali

ALL. 7

SCHEDE ANAMNESTICHE RELATIVE AI 20 CASI ESAMINATI

PAZIENTE: A NAZIONALITA': TUNISINA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2005 SCUOLA: INFANZIA PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE APRILE 2010 "A SCUOLA DICONO CHE HA PROBLEMI DI ATTENZIONE, PROBLEMA DI RELAZIONE O CARATTERIALE DA VERIFICARE. RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE E' MIGLIORATO DIDATTICAMENTE. E' CAMBIATO DALLA NASCITA DEL FRATELLO"

I COLLOQUIO: APRILE 2010

STORIA:
Famiglia composta da padre libanese, madre nata a Roma ma di origine algerina. 2 figli nati a Roma. Il fratello è nato nel 2007. La mamma è vissuta tra Roma e Parigi. Il nonno materno è scomparso quando la signora aveva 8 anni ed è stato trovato morto, forse ucciso dalla compagna.
Quando la signora era piccola è stata sottoposta a visita psichiatrica

PROBLEMATICHE EMERSE:
Dopo la nascita del fratello il bambino è molto cambiato. Cerca attenzioni, è aggressivo, graffia in maniera sproporzionata. Ha problemi di attenzione e le insegnanti chiedono il sostegno (secondo la mamma per problemi della classe e non del bambino). Ha acquisito padronanza linguistica a 3 anni ma attualmente è molto loquace. Fa il buffone. Ha una buonissima memoria. Ciuccia il dito quando è stanco. Testardo, oppositivo. Soffre di scialorrea.
Con l'ingresso nella scuola primaria la situazione è precipitata. Non vogliono tenerlo in classe per l'orario completo anche se frequenta il modulo e usufruisce di insegnante di sostegno e AEC.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nesuno

Interni:
Maggio 2010 colloquio madre/bambino: è preoccupato di stare solo nella stanza. Sbava e succhia il dito. Vuole scrivere. E'imitativo, leggermente strabico, non segue. Ha una camminata strana. Impulsivo. Orientamento nello spazio incompleto. Vuole fare rumore con i cubi. Non rispetta le consegne, ha difficoltà di attenzione. La madre non riesce a contenerlo. Ha comportamenti inadeguati.
Maggio 2010 colloquio insegnanti: Indietro didatticamente. E' migliorato con schede e rinforzi. Attenzione diminuita. Non regola la deglutizione, succhia il dito. Non si

pulisce il naso. Riemersa l'aggressività. Dopo l'intervento alle tonsille e adenoidi è migliorato.
Giugno 2010 consulenza tra colleghi: la scuola richiede il sostegno. Alla WIPPSI il bambino ottiene un QT di 60 /QV 59, QP 70), sono presenti dislalie, salivazione eccessiva, tiene sempre uno o più dita in bocca. Visus particolare. Caduta nella comprensione. Si richiede videat neuropsichiatrico.
Luglio 2010 visita NPI e consulenza tra colleghi: è come un bambino di 1 anno e 6 mesi. Ritardo solo linguistico ma non molto grave. Disturbo di attenzione dipendente da difficoltà di comprensione. Non ha orientamento spaziale (chiudere/aprire dice il contrario). E' disturbato dagli applausi. Non riesce a separarsi dalla madre, Prudente, ha il senso del pericolo, imita il fratello di 3 anni.
Certificazione del Neuropsichiatra "Si certifica che il bambino A.R. è seguito presso questo servizio in quanto presenta un ritardo psicomotorio. Il bambino necessita di terapia logopedia e neuro cognitiva da effettuarsi presso centri convenzionati.
Certificazione legge 104/92 "Ritardo psicomotorio (4.20). Il quadro comporta difficoltà di apprendimento. E' pertanto necessaria nella scuola una attività di sostegno didattico.
DIAGNOSI FUNZIONALE
2.1 Il bambino mostra un lieve ritardo cognitivo caratterizzato da un profilo disomogeneo. Si rilevano difficoltà attentive, con frequenti comportamenti volti ad evitare il compito se la richiesta è troppo impegnativa. Notevole stancabilità, con deterioramento delle prestazioni e minima collaborazione nelle prove strutturate. Sul piano linguistico: struttura frastica semplificata, difficoltà fonologiche.
2.2 E' in grado di costruire relazioni con l'adulto ma necessita della presenza della figura di riferimento, da cui ha notevoli difficoltà di separazione. Tende a mettere in atto comportamenti regressivi; deve essere supportato dalla mediazione dell'adulto nella relazione con i pari.
2.3 Difficoltà nelle prassie bimanuali (da monitorare e approfondire). Presenta scialorrea.
2.4 Da approfondire la capacità di integrazione oculo-manuale e quella uditiva
2.5 Raggiunte le autonomie di base, devono comunque essere promosse le autonomie personali e sociali
3. Indicazioni operative
- Facilitare la relazione con i pari (mediazione dell'adulto)
- Monitorare il livello di comprensione delle consegne
- Utilizzare supporti concreti (immagini, oggetti) per lavorare sull'integrazione logico-linguistica. Espandere le prassie e rinforzare le autonomie e l'autostima. No assistente no trasporto

Settembre 2010 scala Griffith 5 anni e 4 mesi QI 79. Sbava, cammina sulle punte dei piedi. Si tappa le orecchie e dice sempre "non lo so fare". Ecolalico. Bassi i tempi di attenzione. Si accorge se scrive le lettere al contrario
Ottobre 2010 Visita NPI: Funzionamento borderline ai limiti bassi. Si sta modificando. Lavoro su: grafismo, prerequisiti, potenziare le risorse che fanno da traino alle debolezze. 1 anno indietro. Chiesto al padre di parlare italiano quando torna dalla Tunisia. Forse dovrà fare un altro anno di materna, Migliorata ipotonia buccale.

La madre non consegna la certificazione per il sostegno e la situazione scolastica precipita. Il padre accusa le maestre e i compagni per la situazione del bambino. Si richiede AEC ed inserimento nel modulo.

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :

Colloqui con la mamma e con il bambino.
GLH: gli insegnanti non riescono a gestirlo per tutto l'orario scolastico e lo fanno uscire prima. Con l'Assistente educativo è tranquillo. La madre non tollera che esca prima
Presa in carico per ADHD. Il bambino collabora ma ha bisogno di tempi di attesa prolungati. Ha buone capacità relazionali e si affeziona alla persona che gli mostra attenzioni. E' iperattivo, quando viene responsabilizzato si rinforza. Vengono somministrate le prove per l'Attenzione e Concentrazione Viene svolto un lavoro sia con strumenti del Metodo Feuerstein che con materiali specifici per il disturbo di attenzione e iperattività.
Si inserisce nel laboratorio di potenziamento lessicale.

PAZIENTE: B NAZIONALITA':ITALIANA MADRE STRANIERA

ANNO NASCITA: 2003 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTO MADRE GENNAIO 2012
"Le insegnanti dicono che ha difficoltà di apprendimento e vogliono bocciarla"
I COLLOQUIO: FEBBRAIO 2012 (presenta anche assistente sociale)
STORIA:
Famiglia mista, padre italiano e madre di Santo Domingo, ha un fratello più grande del 2001 ed uno più piccolo del 2006. Situazione familiare complessa. La figura del padre è "dubbia", la madre è depressa per la situazione scolastica della bambina.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà di apprendimento gravi. I genitori colpevolizzano le insegnanti, soprattutto il padre, che nega i problemi della figlia.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni con partecipazione alla presa in carico:
Marzo 2012- maggio 2012 test
WISC-R: QIT 90 QIV 86 QIP 96
Matrici progressive di Raven: 25° centile III medio inferiore
"Intelligenza di tipo divergente. Creatività che va coltivata"
Prove di lettura MT: correttezza: sufficiente; rapidità: sufficiente; comprensione: richiesta di intervento immediato
Disortografica.
Prove per la discalculia: conoscenza numerica: richiesta di intervento immediato; accuratezza: richiesta di attenzione
TPV-test di percezione visiva e integrazione visuo-motoria: nella media tranne che per figura-sfondo e costanza della forma.
Certificazione legge 170 per DSA e richiesta di tutor per gli apprendimenti a casa

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
vedi interventi interni

PAZIENTE: C NAZIONALITA': FILIPPINA NATO A MANILA

ANNO NASCITA: 2005 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE MARZO 2012
Difficoltà linguistiche, stancabilità a scuola, difficoltà di apprendimento
I COLLOQUIO: APRILE 2012
STORIA:
Famiglia di origine filippina. Figlio unico. La madre è in Italia da 20 anni, ha raggiunto la zia e la sorella a Roma; il padre da 8 anni. Parlano 3 lingue. Lui è nato a Manila, fino a 5 mesi è stato con la mamma, poi per 2 anni e mezzo è vissuto nelle Filippine con la nonna materna. Ad 1 anno e mezzo è stato operato per occlusione intestinale che ha lasciato una cattiva alimentazione e problemi intestinali. Tolto il pannolino a 4 anni. Parla a 1 anno e mezzo (mamma, papà) non riesce a dire bene le parole. Cammina a 14 mesi. Il padre conosce il figlio quando ha 1 anno.
Non tornano spesso nelle Filippine, l'ultima volta per la morte del padre di lei.
La signora faceva la badante ad un anziano insieme al marito che lavora nel suo negozio di abbigliamento. Ora è deceduto e loro sono in affitto nella casa dove lavoravano. Ora la mamma lavora presso una famiglia come collaboratrice tutte le mattine.
Vivono con un nipote di 18 anni, figlio della sorella della signora, che si occupa a volte del bambino.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà linguistiche. Iperattivo. A volte adultizzato ma contemporaneamente con aspetti regressivi.
INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno
Interni con partecipazione alla presa in carico:
Colloqui anamnestici madre
Aprile 2012 colloquio bambino
Parla delle Filippine. Riferisce che il cugino di 18 anni urla perché è arrabbiato con lui che tocca il suo Ipad. Il cugino lavora con suo padre nel bosco in montagna. Studia l'italiano per stranieri.
Il bambino dice di essere più veloce a leggere rispetto al cugino. Dice di aver sentito la mamma in sala d'aspetto che urla con il cugino. Va a controllare se la mamma è fuori.
Molto interessato ai computer, parla tanto e si aiuta con i gesti.
Impulsivo e distratto.
Aprile 2012 colloquio bambino
Molto chiacchierone.
Test della Figura Umana: piccola. Cancella ripetutamente. Riporta tutto su sé stesso e sul concreto. Disegna anche il cugino. Inizia il padre ma rimane fermo alla testa.
Si deve procedere con colloquio insegnanti, genitori ed invio alla Cooperativa Etna per la presa in carico.
Inserito nel gruppo di potenziamento lessicale

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO : dal I colloquio vedi interventi interni

PAZIENTE: D NAZIONALITA': PERUVIANA nato a ROMA

ANNO NASCITA: 1999 SCUOLA: I PRIMARIA PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE NEL 2006 E NEL 2010 per colloquio psicologico per problemi alimentari
2006: Inviato dalla pediatra ma non è soltanto un problema alimentare. Da prima che nascesse il fratellino (nel 2006 seguito dal Servizio), peggiorato nel comportamento (vivace, un po' aggressivo con il fratello, non ubbidisce ai genitori e alle maestre. Problemi di alimentazione: non mangia più. Già sa leggere ma si rifiuta spesso di fare i compiti. Dice bugie. Geloso del fratello.
2010: A scuola è bravo, ma ha difficoltà nel parlare, nelle materie orali. A casa molto peggiorato nel comportamento, non obbedisce, non risponde, non ascolta. Madre preoccupata. Anche il padre vuole che torni per la consulenza. Sembra che il bambino non si interessi a niente. Aggressivo con il fratello. Geloso."
I COLLOQUIO: 2006
STORIA:
Famiglia di origine peruviana, padre portiere, madre collaboratrice familiare. 2 figli nati a Roma
Difficoltà nello svezzamento, poi bene per 2 anni. Dalla nascita del fratello non mangia.
Bilinguismo italiano/spagnolo

PROBLEMATICHE EMERSE:
Dalla nascita del fratello presenta problemi alimentari e comportamentali. Alla scuola materna la maestra si lamentava ma alle elementari è peggiorato. Si sta ribellando.
Padre affettuoso, madre no. Molto chiuso. Bravo a scuola ma lento. Non socievole, non fa facilmente amicizia.
Non si accontenta mai. Il fratello si diverte ed è sempre soddisfatto. Vorrebbe essere come lui

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni: nessuno

Interni:
2006-2008 Osservazione del bambino e colloqui con i genitori
Nel 2010 nuovo accesso al Servizio. Appare più piccolo della sua età. Ogni volta che c'è la seduta ha reazioni allergiche. Si esprime bene. Tendenza a rinunciare. Motivato a fare bene ma chiede sempre conferma.
Somministrazione test: Figura Umana, Famiglia, Bender
Non sa esprimersi ma studia. A casa parlano spagnolo. Alterna scrittura piccolissima a scrittura grandissima. Ha bisogno di conferme.
Agosto 2010 WISC-R: QIT 96 (QIV 112 QIP 81)
Conclusioni della WISC-R: "le alte prestazioni negli aspetti più automatici dell'astrazione e della conoscenza compensano le grandi difficoltà di comprensione (intelligenza sociale) e delle prove di performance. Maggiori difficoltà si riscontrano nell'uso di stimoli concreti e nell'organizzazione visiva. Necessita di videat neuropsichiatrico e visita logopedica. Caduta logico-linguistica, forse probabile integrazione, capacità di ordinare a livello linguistico sequenze di struttura verbale (necessarie prove di comprensione verbale)
Luglio 2010 Visita neuropsichiatrica: Collaborazione e parzialmente sintonico. Nucleo problematico: esposizione orale. Controllato e "pensieroso". Rischio di ansia da

prestazione. Scarsa connotazione emotiva dei vissuti riportati (timidezza?). Coartazione. Si richiede consulenza logopedica per approfondimento comprensione verbale e capacità narrativa, integrazione logico linguistica.
Valutazione logopedica settembre 2010:
Lettura: comprensione 3/10 richiesta intervento immediato
Leggermente disgrafico. Lettura fluente e prosodica. Riassume solo pochi elementi
Settembre 2010: colloquio con insegnanti: "conoscono poco il bambino e richiedono successivo confronto"
INTERVENTO DA PROGRAMMARE: sostegno alla genitorialità per orientare l'aiuto al bambino. Monitoraggio del bambino, capire i progressi scolastici. Attività riabilitativa.
Aprile 2011 colloquio con insegnanti: "non rilevano particolari problemi. I genitori pretendono troppo ma non sono mai andati ai colloqui
.
PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Nessun accesso al Servizio da ottobre 2011 a settembre 2013

PAZIENTE: E NAZIONALITA': CAMBOGIANA

ANNO NASCITA: 2002 SCUOLA: INFANZIA PUBBLICA

RICHIESTA: MADRE MAGGIO 2008 PER VALUTAZIONE PSICOLOGICA E COGNITIVA
I COLLOQUIO: maggio 2008
STORIA:
Bambina adottata. Non dati anamnestici in cartella

PROBLEMATICHE EMERSE:
I genitori riferiscono che a scuola fa ridere i compagni, non è organizzata nel distribuire le merende, si comporta come una bambina di 3 anni (ne ha 6). A casa grandi capacità di manipolazione, fantasia. Si confronta con la sorella (figlia naturale) che è molto brava, soffre di gelosia ed è in competizione con lei.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Valutazione logopedica per problemi di linguaggio. Non presente relazione in cartella

Interni:
Seguita da aprile 2008 a marzo 2010
Maggio 2008 colloquio insegnanti: buon recupero linguistico. Manifesta problemi per le sue differenze somatiche. Stanno facendo un lavoro sull'integrazione.
Giugno 2008 valutazione psicologica: lenta, relazione orientata a quello che sa fare meglio.
WIPPSI: QIT 109 (QIV 101, QIP 115)
CPM: 90 centile
Iperinvestimento nella sfera intellettiva e nelle prestazioni scolastiche. Favorire autostima, percezione e accettazione di sé.
E'stata accettata dai genitori?
Proposto intervento psicoterapeutico breve, colloqui con genitori e insegnanti.
Si ritiene necessaria valutazione per discalculia e attenzione.
Giugno 2009 valutazione apprendimenti prove di lettura MT-Cornoldi: Lettura: predilige la correttezza alla rapidità, si stanca, è preoccupata di sbagliare. Nessun deficit di memoria. Inibita in prove più complesse. Dettato rallentato perché rilegge in continuazione. Da giugno 2009 a ottobre 2009 ha velocizzato la lettura.
In agosto 2011 i genitori decidono di portarla in Via dei Sabelli.
A settembre 2011 cambia le maestre.
Viene affiancata nello studio da una ragazza che si occupa di inserimento di bambini adottati per 3 ore a settimana

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Non ci sono stati accessi al servizio da ottobre 2011 a settembre 2013

PAZIENTE: F NAZIONALITA': INDIANA NATA A ROMA

ANNO NASCITA: 2000 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE FEBBRAIO 2010
"Segnalata dalle insegnanti per verifica sul "comportamento"
I COLLOQUIO: MARZO 2010
STORIA:
Famiglia di origine indiana. Figlia unica. Il padre è aiuto cuoco ma disoccupato, la madre lavora in pasticceria. I genitori si sono conosciuti in Italia ma si sono sposati in India. I nonni materni vivono a Roma. Quando frequentava l'asilo sono andati per 3 mesi in India ed al ritorno non parlava più italiano. A casa parlano indiano. Vorrebbe un sorella ma non hanno le condizioni economiche per avere altri figli.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Le insegnanti segnalano difficoltà di memoria e attenzione. E' molto vivace, comanda lei sui genitori "ha preso della madre", è rigida, fissata sulla pulizia: pulisce tutto prima di toccare, anche da piccola. Non mangia frutta e verdura. Andava in piscina ma le veniva fame, è ingrassata ed ha smesso il nuoto.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno
Interni:
Marzo 2010 valutazione logopedica per richiesta sostegno didattico per DSA-
Prove lettura MT: lettura rallentata, difficoltà nella prosodia e nella rielaborazione orale del testo (servono input). Problemi di comprensione.
Maggio 2010 colloquio insegnanti
Secondo la madre dovevano segnalarla l'anno precedente. Stanno programmando obiettivi minimi
Maggio 2010 colloquio madre
Non accetta il certificato per richiedere l'invalidità civile, ha paura che sia stigmatizzata. In un secondo momento accettano di richiedere invalidità
Maggio 2010 osservazione bambina III elementare
Sembra non vedere bene, non capisce le parole perché gli adulti parlano velocemente. Non le piace l'India perché fa caldo. Non si sente indiana, è nata a Roma. Fa capoeira.
Test:
WISC-R: QIT 64 QIV 58 QIP 74 <69 insufficienza mentale
Difficoltà di attenzione/concentrazione. Stancabilità. Difficoltà linguistiche, parole scorrette. Si scoraggia ma potrebbe recuperare.
Maggio 2010 osservazione bambina
Non ha niente da raccontare. Riferisce che a scuola parla tanto, ha memoria e riesce a stare attenta. Difficoltà in italiano. Ha 6 in comportamento perché parla sempre e non sta mai ferma. Non riesce ad ascoltare le consegne del Wartegg perché parla tantissimo
Dice che non le piace la bocca, non vorrebbe averla.
Sceno test: le stanno antipatici i papà perché menano
Maggio 2010 restituzione madre
Nega le sue difficoltà ed è convinta che le maestre non l'aiutano. Proiezione delle sui difficoltà sugli altri. E' molto spaventata per il ritardo cognitivo, teme per il futuro.
Certificazione 5.5.2010 Ritardo cognitivo lieve 4.11
Diagnosi funzionale

2.1 lieve ritardo cognitivo con maggio compromissione nell'area verbale; sono presenti difficoltà di attenzione e concentrazione con stancabilità e tendenza a rinunciare. Si segnala la cadura in comprensione verbale. La competenza nell'ambito della percezione visiva è suscettibile di espansione per supportare altre competenze
2.2. insicura, ansia da prestazione, reattiva di fronte alla frustrazione
2.5 autonoma a livello personale e sociale
3 espandere l'area logico-linguistica. Implementare le risorse visuo-spaziali per supportare le informazioni. Lavoro sulla comprensione del testo. Sostenere l'autostima.
GLH operativo giugno 2011
Non presenta grandi difficoltà. Si è ben inserita.

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
GLH ottobre 2011
La bambina ha enormi difficoltà, soprattutto di tipo ortografico. Le insegnanti chiedono strumenti per poter intervenire. Hanno ridotto le ore di sostegno da 11 a 6. Ho consigliato di chiedere un'integrazione. Il comportamento è migliorato ma è sempre molto "chiacchierina".
Ho inviato all'insegnante di sostegno schede e consigli per la disortografia.
L'assistente sociale della ASL cercherà di inserire la famiglia nel progetto "SIMILI" di promozione dell'integrazione ma la famiglia è molto chiusa, si vergogna del problema. La mamma non è venuta al GLH.
Marzo 2012 colloquio bambina
Il prossimo anno andrà alla scuola media
Proprietà di linguaggio. Dice di essere brava a scuola. Trova difficile la matematica ma scrive bene, va sempre meglio, ha un buon voto. Ha 4 amiche preferite. Sta a dieta.
Test della Figura Umana
FU1 Foglio verticale. Cancella subito, Inizia dall'alto, testa grande.
E' una persona inventata, femmina di 18 anni, ha i capelli a cipolla, lavora e studia, fa la segretaria in ufficio e fa il liceo. Abita con i suoi genitori, ha una sorella di 5 anni. Esce ed ha le amiche, è contenta della sua vita
FU2 maschio dall'alto inventato. Ha 16 anni. Studia alle superiori vive da solo perché se ne è voluto andare via da casa. C'era qualcosa che non andava…"non mi viene". Ha una sorella che vive con i genitori. La casa gliel'hanno data i genitori perché lui non guadagna. Ha amici, va bene a scuola. Non è contento, vorrebbe lavoro ma non tornerebbe a casa.
Albero: terreno-sole-albero piccolo-chioma chiusa. Cancella spesso. Rondini. Nido nel tronco tana scoiattoli. Albero di mele ispirato da…..
Famiglia: cambia orientamento foglio (orizzontale). Dal basso: terreno
Al centro: papà, a sinistra del padre: mamma, a sinistra della madre: figlia
Famiglia inventata: felice ricca i genitori lavorano la figlia va a scuola fa la III, è unica ed è contenta. La mamma lavora al bar il papà è direttore di un centro commerciale. Stanno fuori, hanno visto un fotografo ed hanno chiesto di fare una foto.
Non vorrebbe essere nessuno dei tre.
Il più felice è il padre perché si sente bene nella vita
Il più triste è un po' la figlia perché si sente piccola, più piccola, vorrebbe essere grande, sposata, lavorare.
Si identifica con la figura della mamma.
E' molto preoccupata per le prove Invalsi a maggio

PAZIENTE: G NAZIONALITA': POLACCA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2003 SCUOLA:INFANZIA PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE FEBBRAIO 2008 PER VALUTAZIONE LINGUISTICA
"L'insegnante riferisce difficoltà di linguaggio; bambino bilingue. A casa parlano polacco con il bambino e lui "mischia" le 2 lingue. Quando non viene compreso si agita, ma non è aggressivo. Anche il pediatra consiglia la valutazione linguistica".
I COLLOQUIO: FEBBRAIO 2008
STORIA:
Famiglia di origine polacca con 2 figli nati a Roma. Il fratello è nato nel 2007.
Non hanno stabilità lavorativa e non sono integrati socialmente. Parlano polacco e il bambino frequenta la scuola polacca nel pomeriggio perché la madre vuole tornare in Polonia. Economicamente non possono permettersi di invitare i compagni a casa e fare regali per i compleanni quindi il bambino non frequenta i compagni di classe.
Problemi di alcolismo (madre) e padre violento. La madre è a Roma da 15 anni

PROBLEMATICHE EMERSE:
Attaccatissimo alla madre, stenta a separarsene. Dislalico, non riesce a produrre una frase completa e "mischia" italiano e polacco. E' geloso del fratello che lo infastidisce.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni:
Febbraio 2008 visita neuropsichiatrica e logopedia
La madre non ricorda le tappe di sviluppo. Gli operatori non sono in grado di valutare, in assenza anche di dati anamnestici completi, la presenza o meno di un Disturbo specifico del linguaggio. La logopedista propone di dare indicazioni sulla gestione del bilinguismo essendo più indulgenti per la lingua italiana, in attesa di una valutazione approfondita.
Aprile 2010 ricomparso dopo 2 anni. Colloquio bambino/madre
La madre lo obbliga a parlare polacco mentre lui vuole parlare italiano per giocare con gli altri bambini. Con la madre parla polacco e italiano, a scuola solo italiano. La madre pensa che si trova male a scuola e si rifiuta di leggere per paura di essere preso in giro. A casa legge ma fa i compiti quando il fratello dorme altrimenti lo infastidisce. Le insegnanti dicono che è preciso ma se si deve sforzare si innervosisce, non gli va.
Il padre è distaccato, non si interessa ma "i loro uomini sono così. E'cambiato dalla nascita del fratello. La madre ha sofferto di depressione post partum, è nervosa. Rapporto coniugale teso, conflittualità agita davanti al bambino.
Ottobre 2010 colloquio bambino
David vuole che la madre stia con lui quando fa i compiti. Lei vuole che impari il polacco per tornare tra un anno in Polonia. Dice di trovarsi bene a scuola. Su richiesta racconta della sua casa in Polonia ma non ricorda molto. E' collaborativo, comprende bene le consegne, costruisce le frasi in modo semplice. Non riesce a fare il disegno spontaneo, riproduce un modello. Dal disegno della famiglia sembra identificarsi con il padre, simpatica la mamma, più simpatico il fratello, più felice il fratello.
Dicembre 2010 colloquio madre

Non partiranno perché il padre ha trovato un lavoro. Il bambino ha lasciato la scuola polacca anche se a lui manca tanto perché si divertiva. E' oppositivo per svolgere i compiti a casa. La madre ha difficoltà con gli altri genitori. Pensa di inserirlo in un gruppo di basket. E' preoccupata per l'apprendimento e dice "ha già dimenticato tutto". Ha difficoltà ad aiutarlo.
Gennaio 2011 passaggio ad altro operatore
Aprile 2011 Valutazione
Cammina sulla punta dei piedi. Parla velocemente ma non correttamente. Non sa dire che classe frequenta.
WISC- R: QT 86 QV 79 QP 111
Si preoccupa ma nega l'ansia. Si distrae. Si guarda attorno mentre ascolta le domande. Aggrotta spesso le sopracciglia. Dislalico.
Maggio 2011 colloquio bambino
Sembra inventare le cose tanto per parlare. Non vuole andare in Polonia perché è lontano. Approfondire la situazione familiare (alcolismo, aggressività)

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Ottobre 2011 colloquio madre/bambino
A casa è vivace, ride. Quando la mamma esce dalla stanza si chiude, non vuole parlare della sua tristezza, la nega. Disegna e parla simultaneamente
Novembre 2011 GLH operativo
Il Servizio ha difficoltà a vederlo perché la madre non lo porta. Non ha sostegno. Mischia le lingue. A casa parlano esclusivamente polacco. Fa il dettato ma non comprende le consegne e tenta di copiare. Perseverazioni anche a scuola, fa le cose in modo meccanico, non ragiona. Esce prima della fine dell'orario perché frequenta anche la scuola polacca. Non ripete le lezioni alle insegnanti e non riesce a fare le verifiche scritte. L'anno scorso la madre è andata a scuola ubriaca e non le hanno consegnato il bambino. Hanno chiamato il padre che è arrivato con un amico che lo calmava. La madre era terrorizzata, il bambino dice che il padre la picchia. La relazione dell'episodio è nel fascicolo della scuola ma nessuno ha fatto denuncia. E' attaccato in modo ossessivo ai compagni, li manipola, ruba le loro cose. Comprende bene le materie pratiche. Buona l'attenzione visiva, nel copiato non tralascia nulla. Il padre è oppositivo non vuole intromissioni nella famiglia. Vanno costretti a fare le cose.
Dicembre 2011 relazione logopedia
Discalculico e disortografico si richiede certificazione DSA legge 170
Inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale

PAZIENTE: H NAZIONALITA': MOLDAVA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2005 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE OTTOBRE 2011
E' bilingue moldavo/italiano. E' andato prima a scuola perché la sorella frequentava già la stessa scuola. Ha difficoltà di apprendimento"
I COLLOQUIO: NOVEMBRE 2011
STORIA:
La famiglia è di origine moldava e vivono da 9 anni in Italia. Ha una sorella di 11 anni vissuta in Moldavia con la nonna. E' vissuto i primi 2 anni e mezzo con i genitori in Italia e poi per 1 anno con la zia ed i nonni in Moldavia, poi la famiglia si è ricongiunta.
La situazione lavorativa è abbastanza stabile. Il padre è diplomato all'istituto superiore di canto e ballo e fa il muratore, la mamma ha diploma di cuoca e sarta e fa la collaboratrice familiare. Vivono in casa con la sorella della madre e suo marito.
La sorella di 11 anni è brava a scuola

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà di apprendimento sin dalla I elementare. Immaturo, iperattivo.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni con partecipazione alla presa in carico:
ottobre 2011 colloquio genitori
riferiscono difficoltà di apprendimento, immaturità, iperattività narrando la storia familiare (vedi sopra)
ottobre 2011 colloquio bambino
Tranquillo. Non conosce alcune parole. Dice di giocare con la sorella più grande. In Matematica ha preso 10. In Italiano non va benissimo perché non conosce alcune parole. Sa leggere ma dice che è un po' difficile. Scrive bene con pochi errori. Scrive con la mano destra.
Fa un disegno spontaneo iniziando dal basso, disegna un albero di Natale. Poi una mamma iniziando dalla testa.
Mentre disegna fa dei versi con la bocca e con la lingua.
Dicembre 2011 Test
WISC-R QIT 86 QIV 70 QIP 106
Impulsivo nei calcoli, si butta ad indovinare. Non conosce il significato di molte parole. Non sta mai fermo e parla in continuazione
Marzo 2012 Restituzione genitori
Il padre non è potuto venire per lavoro. La mamma dice che è iperattivo da quanto cammina. A casa parlano moldavo per non farglielo dimenticare. I fratelli parlano italiano tra di loro e con i bambini della loro comunità.
Comunica meglio con i compagni ma è timido. La classe è numerosa 26 bambini. Lui ha fretta di finire e sbaglia.
Prove per attenzione Fatta certificazione per legge BES e consegnata alla madre
Inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :Dal I colloquio. Vedere interventi interni.

PAZIENTE: I NAZIONALITA': PERUVIANA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2001 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: MADRE
"Cattivo inserimento in classe. Entrato in prima elementare a 5 anni. Le insegnanti si lamentano che il bambino è troppo piccolo, non sa leggere, Scrive ma dorme in classe"
I COLLOQUIO: MAGGIO 2007
STORIA:
Famiglia di origine peruviana 3 figli (1995, 2001, 2004) Il padre è laureato in lingue e fa l'animatore, la madre è diplomata e fa la collaboratrice familiare. E' stato in casa famiglia con la madre perché situazione familiare problematica ma al momento sembrerebbe risolta. Il figlio minore a 3 anni non parla (richiedono valutazione linguistica) ma non ha difficoltà a scuola. Il figlio maggiore non presenta problemi ma è stato già seguito dal servizio. Problemi con la casa in affitto. Non hanno residenza e questo preclude ogni attività pubblica (centro estivo)

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà generalizzate negli apprendimenti. Difficoltà linguistiche e ritardo nell'acquisizione del linguaggio. A casa parlano spagnolo e lui mostra difficoltà nella comprensione orale. Problemi comportamentali probabilmente legati all'immaturità

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni:
Maggio 2007 Colloquio insegnanti
Difficoltà generalizzate negli apprendimenti ed iniziali problemi relazionali e comunicativi. Non funzionale l'interazione con le insegnanti (sempre NO), atteggiamento infantile, vuole soltanto giocare. Difficoltà spaziali, solo ora inizia ad usare bene lo spazio nella pagina. Da settembre è seguito da un insegnante a scuola per L2 per bambini stranieri. Problema di livello di sviluppo, di maturazione. Il padre accusa le insegnanti di averlo trascurato, ha faticato tanto senza risultati. La madre ha compreso la situazione ed è favorevole alla permanenza in prima elementare. Il padre è rivendicativo: la legge lo permette. Prima di accettare vuole il parere della ASL. L'insegnante di sostegno dice che non c'è bisogno di aiutarlo. La scuola materna ha consigliato il passaggio in prima perché sembrava che non ci fossero difficoltà che poi sono emerse.
I genitori decidono di fermarlo in prima elementare
Maggio 2007 Osservazione bambino
Sembra che la situazione familiare sia problematica. Dallo Sceno test emerge l'assenza di figure umane. Nei disegni c'è sempre casa e sole.
Febbraio 2008 Colloquio genitori
Hanno fatto il cambio di abitazione e di scuola. Il bambino inizia bene ma le maestre si lamentano perché non sapevano che aveva già fatto la prima. Cambia atteggiamento, è agitato, disturba, non vuole stare a scuola. Le insegnanti chiedono intervento del servizio per sapere come comportarsi. Alterna comportamento inibito, isolato a fasi di disturbo. Richiede la valutazione degli apprendimenti perché, secondo lei, ha un DSA.
Maggio 2009 GLH

Tranquillo, sereno, la situazione è migliorata, quasi raggiunti gli obiettivi di integrazione ma non si relazione con bambini in difficoltà. Apprendimento: propositivo, carente nella logica e nella comprensione delle consegne. Tabelline alla perfezione ma non riesce a svolgere i problemi. Segue la programmazione della classe. E' impulsivo, ha bisogno di essere gratificato. L'ipotesi per il prossimo anno è di continuare il programma di seconda per la matematica. In Italiano va bene ma ha difficoltà in L2
Ottobre 2009 Colloquio genitori
Il bambino dice che la scuola è "facile/difficile", fa compiti extra più difficili per diventare più bravo.
Novembre 2009 GLH
Si impegna per dimostrare qualcosa. Ancora problemi di integrazione. Difficoltà nella logica, molto preciso ma ha un problema di attenzione e della percezione degli spazi (schema corporeo). Non ha difficoltà nelle funzioni esecutive. Buona memoria. Studia con il padre
Gennaio 2011
La scuola fa invio al servizio perché è molto agitato.
Si produce certificazione per Disturbo dell'attenzione senza iperattività (3.21)
Marzo 2011 Osservazione bambino e test
Difficoltà nella comprensione delle domande. Dice che ha smesso di fare calcio perché perdeva sempre. Ha una tosse nervosa. Non conosce i legami di parentela.
WISC-R
QIT 89 QIV 84 QIP 98
Manifesta un problema di memoria, non interiorizza gli apprendimenti, è sbrigativo e non riflette. Non si auto corregge. Adeguato negli aspetti meccanici strumentali, buona l'automatizzazione ma gravi difficoltà nei problemi geometrici e nella comprensione del testo. Nelle risposte multiple mette le crocette in ordine casuale. Bravo negli aspetti pratici. Preciso.
Valutazione logopedica:
test somministrati: scala Weschler, Prove MT velocità e correttezza in lettura, DDE batteria per la valutazione della dislessia e disortografia, BDE batteria per la valutazione della discalculia
probabile inibizione emotiva, capisce lo spagnolo ma non lo parla
Lettura: errori di tipo fonologico sufficiente
Scrittura: errori di ortografica di tipo fonologico
Profilo di discalculia , con difficoltà anche ortografiche. Disturbo di attenzione senza iperattività.
A scuola: misure compensative e dispensative legge 170. Utilizzo della tavola pitagorica, calcolatrice e mappe procedurali. Programmi di videoscrittura dotati di correttore automatico.

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Ottobre 2011 colloquio bambino con psicologa
Parla bene, inflessione, difficoltà a formulare frasi. Si trova bene con tutti i bambini della classe. Parla velocemente, si muove leggermente e sbatte le palpebre (ricorrente anche in seguito).
Dice che alle scuole medie sarà bello perché conoscerà altri amici. Fa i compiti da solo e se non riesce chiede al padre. Fatica ad orientarsi. In IV elementare ha cambiato casa. Si sente sicuro, va bene a scuola ma non riesce a ricordare bene. Ripete le stesse parole perché non riesce a spiegarsi e non riesce a ricordare più informazioni contemporaneamente.
Aiuta il padre che fa l'animatore di feste.

Ottobre 2011 GLH operativo
Lavora, si impegna molto, non perde occasione per dimostrare quanto vale.
Criticità: ad un certo punto si blocca. Segue la programmazione della classe ma semplificata.
Ha difficoltà nell'elaborazione di determinati contenuti. Problemi in matematica.
Lingaggio: vocabolario ridotto
Ottimo comportamento. Buone le relazioni. Richiede attenzione
Ha frequentato un corso di italiano per stranieri. 6 ore di sostegno.
Per le scuole superiori si farà la certificazione BES per difficoltà di memoria
Inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale.

PAZIENTE: L NAZIONALITA': PERUVIANA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2002 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE GENNAIO 2009
"il bambino va male a scuola, è aggressivo verso gli altri bambini. Risente dei problemi che intercorrono tra i genitori. Il pare alza le mani con la moglie in sua presenza. Una volta è venuta anche la polizia. I genitori vivono insieme ma il rapporto è conflittuale. Già venuta al Servizio precedentemente"
I COLLOQUIO: non registrato
STORIA:
Figlio unico. Padre aggressivo. In Italia da 15 anni, lavora in nero. Lui ha paura del padre ma ha un buon rapporto con lui.
Maggio 2010 nuova richiesta della madre di intervento psicologico per il bambino perché sono peggiorate le condizioni familiari..

PROBLEMATICHE EMERSE:
Gioca sempre al Nintendo e vede la televisione e si oppone se vogliono impedirglielo. La madre vuole la separazione. A scuola si lamentano, ha 7 in condotta.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Giugno 2010 Ospedale Bambin Gesù "Difficoltà emotive e di comportamento"

Interni:
Colloqui con i genitori. Osservazione del bambino.
Luglio 2010: bambino. E' serio. Tende ad anticipare e a tenere sotto controllo (cosa si farà dopo?). Aspetti ossessivi-fobici possibili. Incertezze nel parlare quando risponde, come se controllasse una balbuzie. Scarsa la comprensione verbale. Difficoltà nel disegnare la figura femminile.
WISC-R. Anticipa. Si agita di fronte a tante domande. Pensa per molto tempo. Tende ad inventare. Ansia da prestazione. Si distrae, frettoloso. Alterna fretta a lentezza (incertezza). Prestazione incostante, si perde in piccole cose
Aspetti di sessualizzazione precoce. Difficoltà di attenzione
PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Nessun accesso al servizio durante il periodo di stage

PAZIENTE: M NAZIONALITA': EQUADOREGNA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2001 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE MAGGIO 2006 (inviato dalla scuola per valutazione)
"Non sta mai fermo, un po' aggressivo. Non ubbidisce. Allegro ma a volte triste, forse perché il padre picchiava in passato la mamma"
I COLLOQUIO: giugno 2006 psicologa
STORIA:
Famiglia dell'Equador con 2 figli nati a Roma. Lui è il più piccolo. Il fratello non dà problemi.
Violenza intrafamiliare. Genitori al momento separati. Il padre non si cura dei figli.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Disturbo della sfera emozionale di tipo ansioso-depressivo (5.22) con difficoltà di attenzione (3.21) conseguente allo stato emozionale.
Problemi comportamentali a casa e a scuola. Insicurezza.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
E' seguito nei compiti presso un Centro specializzato nei DSA

Interni:
Colloqui con genitori. Osservazione clinica bambino
Valutazione psicodiagnostica maggio 2008
Diagnosi funzionale:
2.1 Area cognitiva-linguistica neuropsicologica
Non si rilevano difficoltà cognitive, sebbene le capacità intellettive possano risentire delle difficoltà di attenzione e di una certa discontinuità nella concentrazione. Nell'area linguistica si rileva immaturità nell'espressione orale e scritta (da approfondire l'origine). Gli apprendimenti risentono del quadro psicopatologico.
2.2 Area affettivo-relazionale
Sono presenti conflitti interiori (peggiorati nel corso del tempo) che si manifestano con aspetti depressivi, agitazione, bassa autostima, coartazione di sentimenti ed emozioni. L'intolleranza alla frustrazione lo può portare ad esprimere comportamenti che denotano difficoltà di autoregolazione. Ne consegue un disadattamento rispetto alle richieste poste dall'ambiente e nelle relazioni. Il b. si rende conto dei suoi aspetti inadeguati ed è severo con sé stesso. Sembra non sia sufficientemente sostenuto nel costruire una immagine di sé più positiva. Difficoltà familiari
2.4 Area autonomia
Sufficientemente adeguata
3. Indicazioni operative
Offrire un rinforzo positivo, facilitare relazioni con i coetanei, aiutarlo nell'esame di realtà, aiutarlo nel trovare strategie alternative (più costruttive) nel momento di insofferenza per il vissuto di inadeguatezza. Dare compiti chiari e semplificati rispetto alle discipline e al comportamento.

Valutazione psicologica ottobre 2007 2 sedute:
"Rigidità adattiva; depressione; rimozione dell'aggressività; psicologicamente disturbato; rigido, inibito, coartato nell'espressione di sentimenti ed emozioni.

Inibizione intellettiva. Eccessiva introiezione dei precetti e delle norme sociali (riferito quello che dice di lui). Rigidità del Super-Io. Non rispetta le regole perché impulsivo. Esame di realtà carente ma quel poco che c'è è adeguato. Conflittualità ma disadattamento. Controllo rigido.
GLH II elementare ottobre 2008
Iperattivo, autolesionista, depresso in competizione con il fratello. Problemi linguistici. Aggressivo con i compagni per attirare l'attenzione delle maestre. Madre troppo severa e depressa. Padre assente. Cure inadeguate.
Novembre 2008 inizia psicoterapia
GLH gennaio 2009
Più tranquillo. Totalmente dipende dall'insegnante di sostengo, senza di lei non lavora. Problemi di comportamento. Segnalato possibile DSA. Bene in matematica. Intelligentissimo (lo dice anche lui). Se gratificato diventa più autonomo, vuole fare come gli pare, disturba. Con una delle insegnanti si comporta bene. Cerca di contenersi ma senza successo, si butta a terra e dice parolacce, soprattutto in palestra. Aggressivo nel disegno e nel gioco (approfondire le funzioni esecutive). Vuole fare il militare. E' al di fuori della realtà. Perseverazioni verbali. Sembra un problema cognitivo. Reagisce malissimo alle separazioni, si stanca non tiene la concentrazione.
Riunione équipe febbraio 2009
Il problema è la famiglia. Il fratello è iperinvestito di responsabilità (vice-padre). C'è insicurezza per il permesso di soggiorno, paura trasmessa anche al bambino. Il padre non è responsabile, è convito che il figlio stia bene. Lui non si vuole separare da nessuno

GLH marzo 2009
Cambiato il comportamento (dopo il campo scuola). Ha ancora qualche momento triste. Cerca attenzione, considerazione. Più collaborativo, accetta il richiamo. Problemi fonologici, disgrafia
GLH marzo 2010
Regressione dopo Carnevale. Arrabbiato. Fare valutazione logopedica. Rifare diagnosi.
Deve utilizzare computer e calcolatrice
Marzo 2011 GLH
Regredito. Usa stampato minuscolo. Disturbo specifico grave. Rifiuta il PC a scuola. Peggiorato perché non utilizza gli ausili.
Richiesta di invalidità civile e assegno di frequenza

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Dicembre 2012
Valutazione per DSA: schemi crociati e lievi inversioni consonantiche, Preso in carico per trattamento dislessia ma il ragazzo si è organizzato con strategie di lettura personali e sembra aver superato il problema.
Permane disortografia. Povertà lessicale
Colloqui con la mamma. GLH operativi.
GLH marzo 2012
Migliorato didatticamente. Aspetto emozionale: terrorizzato dall'ingresso alla scuola media. Assente in classe. Calato il livello di autostima ("sono dislessico").
Riprenderà le sedute per accompagnamento alla scuola media.
Inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale

PAZIENTE: N NAZIONALITA': REPUBBLICA CECA

ANNO NASCITA: 2005 SCUOLA: INFANZIA PRIVATA

RICHIESTA: TELEFONICA PADRE ADOTTIVO DICEMBRE 2009
I COLLOQUIO: GENNAIO 2010
STORIA:
E' stata inviata da un operatore che segue l'affidamento preadottivo per consulenza psicologica genitoriale
La bambina è stata adottata ad ottobre 2009 insieme al fratello di 15 mesi più piccolo di lei. E' vissuta in Istituto per lungo tempo.
I genitori adottivi sono disperati perché non sanno come aiutarla. La mamma non desiderava figli, ha accontentato il marito. Tende a farsi carico del fratello ed ha paura di essere abbandonata di nuovo.
PROBLEMATICHE EMERSE:
E' una bambina chiusa che sfida la madre adottiva, oppositiva e provocatoria. Carenza di stimoli culturali ed affettivi. Attaccamento disinibito, entrambi i fratelli cercano di conquistare l'adulto.
La madre è rigida, pignola, la spaventa continuamente ed ha attese di perfezione nei riguardi della figlia. Deve contenerla fisicamente per non permetterle di farle male anche durante le manifestazioni di affetto.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Valutazione effettuata presso un Consultorio in Boemia nel giugno 2009: "Sviluppo grafo-motorio ritardato. Ragionamento concreto. Relazioni sociali nella norma. Conoscenze nella media. Ha bisogno di una guida gentile e affettuosa ma coerente e ferma. Consigliata terapia logopedica e valutazione cognitiva

Interni:
Gennaio 2010 colloquio con i genitori: comportamento oppositivo. Deprivazione affettiva perché è stata in due Istituti.
Osservazione della bambina: sviluppo disarmonico, aspetti adultomorfi, ritardo da ipostimolazione? Si notano caratteristiche tipiche nei bambini istituzionalizzati. Deprivata, ipostimolata. Ciò potrebbe aver determinato il ritardo negli aspetti grafici. Traumatizzata e spaventata (ricerca del lupo)
Da valutare alla fine del primo anno della scuola primaria
PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Nel periodo ottobre 2011-settembre 2013 non ci sono stati accessi al Servizio

PAZIENTE: O NAZIONALITA': ITALIANA NATO A ROMA
PADRE ALBANESE

ANNO NASCITA: 2006 SCUOLA: INFANZIA PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE MARZO 2010
"Il bambino è aggressivo con gli altri bambini (fisicamente ha picchiato una bambina dandogli un pugno sul naso, uno dei tanti episodi). Manifesta gelosia nei riguardi dei genitori, la madre ritiene che potrebbe essere per la sorella di 8 mesi, serena e tranquilla. Il bambino non ascolta la madre. Il problema è presente da quando aveva 18 mesi. Autolesionista visto al Bambin Gesù. Passata la fase autolesionista inizia a picchiare i genitori. Richiesta esplicita di sostegno genitoriale, eventuale valutazione comportamentale del bambino."
I COLLOQUIO: APRILE 2010
STORIA:
Famiglia mista madre italiana e padre albanese. 2 figli, lui è il maggiore e la sorella è nata nel 2009. Il padre è arrabbiato e non controlla l'aggressività. Fa il pasticcere ed è in Italia da quando aveva 16 anni. Voleva fare il prete ma non sapeva scrivere bene.
I parenti gli avevano promesso la fortuna in Italia. E' arrivato con il gommone e l'hanno buttato in mare vestito nel mese di febbraio, fortunatamente sapeva nuotare. Era con il cugino che parlava un po' di italiano. Sono arrivati alla stazione di Lecce dove hanno preso il treno per Roma. Ha incontrato sempre persone che l'hanno ingannato. Ha la fobia dei serpenti perché suo fratello di 7 anni è stato morso ed è morto davanti a lui.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Aggressività, autolesionismo, eterolesionismo, disturbo dell'alimentazione

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni:
aprile 2010 colloquio genitori
Lorenzo è andato al Nido nel 2007 e subito se veniva contrastato si faceva male, sbatteva sulle porte. Ora picchia i genitori. A 2 anni aggressivo con i compagni. La gravidanza è andata bene, parto cesareo per sofferenza, peso Kg. 4,200. Ha camminato a 11 mesi ed era vivace come gli altri bambini. Ritardo nel linguaggio, dice "mamma" a 2 anni. Inizialmente pronuncia poche parole in maniera strana e quando non lo capivano, si innervosiva ma non ha usato il linguaggio gestuale. Non ha problemi di sonno. Ha tolto il pannolino a 2 anni e 8 mesi ma la notte ancora lo porta.
La madre è preoccupata e demoralizzata perché non riesce a gestirlo. E' oppositivo, piange sempre, la mamma è esasperata, vuole sempre oggetti, è fastidioso. Non mangia, è stato allattato per 6 mesi, ha fatto storie per lo svezzamento ma mangiava. Non gli interessa il cibo, problemi di passaggio ai cibi degli adulti, ancora mangia omogeneizzati e beve per non mangiare, Il padre prova a distrarlo giocando con lui. La pediatra dice che è al limite della norma per l'accrescimento.
Il bambino ha vissuto la malattie del nonno molto grave per 25 giorni. Il nonno è presente nei suoi disegni e di notte urla "no, mio" dorme con i genitori, digrigna i denti (anche il padre)
Aprile 2010 colloquio bambino (mamma presente)
Sceno-test

Molto dipendente, chiede spesso aiuto, prima solo alla madre, poi anche all'operatore.
Scena con sola presenza di un bambino sul wc e poi sulla sedia sdraio. Chiede pista per il trenino e la crea con le costruzioni ma non ci fa camminare il treno . Quando l'operatore fa parlare la mucca si spaventa, corre dalla madre. Crea una barriera davanti alla mucca. Quando si tranquillizza diventa più aggressivo verso la mucca attraverso il cane che lo rappresenta. Lo mette su una torre di costruzioni e si lancia sulla mucca colpendola. La mucca si lamenta ed interviene un veterinario (sempre rappresentato dall'operatore). La madre si diverte come una bambina. Si accanisce anche contro il veterinario che imperterrito cura la mucca.
Ipotesi di attaccamento insicuro. Madre molto affettuosa. E' geloso della sorella e pieno di paure (ha paura dei Teletubbies).
Maggio 2010 colloquio bambino
Conosce i concetti di grande, piccolo, uguale, diverso e i colori. Conosce tutti gli animali. Fa il gioco simbolico. Non tollera le frustrazioni.
Maggio 2010 colloquio insegnanti
E' stato segnalato dal Nido per l'aggressività. Alla Materna gestiscono la situazione. Padre autoritario si fa rispettare con le botte. Il bambino disegna un frustino sopra la cucina usato dal padre. Ha paura del padre. Se i genitori sono tranquilli anche lui è calmo. E' comunque migliorato
Giugno 2010 colloquio genitori
Secondo il padre non c'è problema di linguaggio
Viene proposta la Videomicroanalisi.
Ha un rapporto conflittuale con la nonna materna ed ha subito un grande trauma per la morte del nonno paterno
Novembre 2010 controllo bambino
Quando deve raccontare un episodio non riesce ad esprimersi bene. E' iperattivo, sottopeso e la madre comunica che ha il ferro basso.
Gennaio 2011 colloquio genitori
Più nervoso a scuola, litigioso. Ha il maestro di sostegno ma non lo vuole. E' tornato indietro, non parla.
Febbraio 2011 Colloquio insegnanti
Molto migliorato. La madre ha una visione negativa del bambino "E' un picchiatore". Difficoltà di alimentazione. "Va a giornate"
Febbraio 2011 Colloqui genitori
Il padre riferisce che anche lui da piccolo non mangiava.
Ha tolto il ciuccio da solo a 4 anni e vuole togliere il pannolino di notte. Si sta facendo l'idea che lui "non funziona". Simbiotico con i genitori. Quando vede tante cose da mangiare si addormenta.
Aprile 2011
Telefona la coordinatrice dell'asilo. Aggressivo, morde le caviglie dei compagni. Ingestibile la rabbia. Chiede sostegno. La madre sostiene che ha problemi con le figure femminili, con l'insegnante di sostegno maschio va bene. Si ipotizza certificazione per disturbo dell'attenzione e iperattività e disturbo oppositivo del comportamento.
Maggio 2011 colloquio genitori
Problemi a scuola per il comportamento. A casa vuole fare il suo comodo, non vuole essere disturbato "Sembra un disturbo della regolazione emotivo/affettiva su cui incide la difficoltà dell'alimentazione". Ambivalente riguardo alla scuola. Serve fare valutazione linguaggio e cognitiva.
Maggio 2011 Certificazione "Disturbo del comportamento con crisi di rabbia sulla base di una difficoltà di regolazione affettiva (disturbo emozionale di tipo ansioso-depressivo)5.10-5.21 5.22

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Ottobre 2011
Parla bene ma a volte non sa le preposizioni, ci sono incertezze. Dislalia, salti di particelle di congiunzione e preposizione che rendono difficile il discorso.
Novembre 2011 Test
WIPPSI: non parla con me e neanche con l'operatore che conosce. Io esco ma ancora non vuole parlare. Annuisce alla domanda che non voleva uscire da scuola. Fa come vuole, non sta alle regole. Collabora quando resta solo. Parla male.
Novembre 2011 GLH operativo
Le insegnanti dicono che quando "fa terapia" (colloqui con operatore) sta meglio. Ha fatto progressi. Ha le sue impuntature, se lasciato calmo è più gestibile. Preponderante la figura maschile, con il maestro di sostegno basta un'occhiata e ubbidisce.
Risponde di più ai rinforzi negativi (ricatti) che positivi. Sente più il limite rispetto alla gratificazione. Umore più sereno, sorride, è collaborativo con gli adulti e spesso anche con i bimbi piccoli. Gli piace molto la matematica. A volte non risponde se ne va quando gli si chiede qualcosa. Difficoltà nel linguaggi espressivo, mancano le parole. In classe fa la "vocetta". A casa fa i capricci come se fosse piccolo.
Non riesce a strutturare la frase, affollamento di parole, prova a raccontare ma si perde (emotività). Deficit della memoria semantica?
.

PAZIENTE: P NAZIONALITA': PERUVIANA NATA A LIMA

ANNO NASCITA: 2002 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE NOVEMBRE 2012
"Inviata dalla scuola per difficoltà di apprendimento. Difficoltà linguistiche"
I COLLOQUIO: DICEMBRE 2012
STORIA:
Famiglia di origine peruviana. 2 figli, un fratello di 16 anni che frequenta il liceo scientifico con buoni risultati. I genitori sono emigrati ed hanno lasciato i figli in Perù, poi si sono ricongiunti nel 2010. I genitori lavorano a tempo pieno e spesso la bambina rimane sola a casa. Il padre è stato adottato quando aveva 1 mese. E' tornata soltanto una volta in Perù dopo il ricongiungimento. A casa parlano spagnolo.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà di apprendimento e linguistiche. In particolare problemi nella memorizzazione, presenti anche durante la scolarizzazione in Perù. E' distratta.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni con partecipazione alla presa in carico:
Dicembre 2012 colloquio con genitori per anamnesi
Dicembre 2012 colloquio bambina e test
Profilo cognitivo nella norma, difficoltà linguistiche si richiede valutazione logopedia.
In attesa si inserisce nel laboratorio di potenziamento lessicale

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :

Vedi interventi interni

PAZIENTE : Q NAZIONALITA': PERUVIANA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2006 SCUOLA: INFANZIA PUBBLICA

RICHIESTA: FRATELLO SEGUITO DAL SERVIZIO. PROBLEMI DI LINGUAGGIO
I COLLOQUIO: DICEMBRE 2010
STORIA:
Famiglia di origine peruviana, padre portiere, madre collaboratrice familiare. 2 figli nati a Roma

PROBLEMATICHE EMERSE:
Grave problema linguistico. Tende ad arrendersi, dice "troppo difficile". Vorrebbe andare in I elementare ma il padre non vuole perché lo ritiene piccolo. Parla molto, si distrae, presenta dislalia. Fatica.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Trattamento logopedico non meglio specificato

Interni:
Somministrati test:
WIPPSI: QT 106 QV 96 QP 116
Figura Umana: collaborativo. Costruzione della frase anomala.
Valutazione logopedica: molto attento e partecipativo. Tempi di attenzione lunghi. Racconta volentieri della scuola. Non presente relazione in cartella
Colloqui con i genitori: riferiscono che fa brutti sogni. Tende ad arrendersi. E' immaturo nel linguaggio. Difficoltà nella comprensione. Ci tiene ad essere bravo. Molto volenteroso. E' andato in prima elementare e la maestra della materna si è molto risentita. I genitori nutrono forti aspettative nei suoi confronti. Disegno vivo, molto attento.

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Nessuno accesso al Servizio nel periodo di stage

PAZIENTE: R NAZIONALITA': PERUVIANA NATO A ROMA

ANNO NASCITA: 2004 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE OTTOBRE 2012
"Problemi di apprendimento, già seguito dal servizio in passato per logopedia"
I COLLOQUIO: OTTOBRE 2012
STORIA:
Famiglia di origine peruviana. Genitori divorziati. 2 figli entrambi seguiti dal servizio. Il padre non segue i figli. Il bambino ha avuto problemi alla nascita ed è stato spesso ospedalizzato. La signora ha un nuovo compagno che il bambino ha accettato volentieri. I fratelli sono molto legati, lui è il più piccolo.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà linguistiche e di apprendimento.
Traumatizzato dalla separazione dei genitori.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni con partecipazione alla presa in carico:
Ottobre 2012 colloquio madre
Riferisce che l'insegnante di sostegno non lo aiuta. Ha difficoltà di scrittura per la posizione della mano. Non si esprime bene. E' bravo in matematica anche se non ricorda le tabelline per problemi di memorizzazione. E' molto furbo: vuole ripetere la logopedia per uscire da scuola e pranzare con la madre. Fa calcetto. E' legato alla casa del padre dove è nato. Dice di non capire lo spagnolo. Ha sempre bisogno di conferme.
Novembre 2012 colloquio bambino e test
Molto collaborativo. Sereno. Poca autostima.
BVN – Batteria di valutazione neuropsicologica: nella norma per memoria, attenzione e discriminazione visiva
WISC-III: QIT 84 QIV 78 QIP 94
Matrici progressive: 75° centile: medio inferiore
Fatta certificazione per DSA legge 170. Richiesto altro ciclo di terapia logopedia
Inserito nel laboratorio di potenziamento lessicale insieme al fratello Samuel che presenta un profilo di discalculia, disortografia e disgrafia con un funzionamento intellettivo superiore alla norma.

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
vedi interventi interni

PAZIENTE: S NAZIONALITA': POLACCA

ANNO NASCITA: 1997 SCUOLA: III MEDIA PRIVATA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE AGOSTO 2011
I COLLOQUIO: MADRE SETTEMBRE 2011 richiede certificazione DSA legge 80
STORIA:
ragazza adottata all'età di 9 anni. In Polonia non è stata scolarizzata ed ha vissuto sino a 5/6 anni in un ambiente fortemente deprivato. Collocata in Casa famiglia in Polonia fino a 9 anni. Dopo la morte del padre, la madre è diventata alcolista. Ha 2 sorelle più grandi in Polonia.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Iniziale stato depressivo. Presenta gravissime difficoltà nell'apprendimento (seguita a casa da insegnante). La psicologa della scuola somministra test a giugno 2011 dai quali emerge difficoltà dell'attenzione e disturbi dell'apprendimento.
La direttrice della scuola la invia a valutazione presso un centro privato.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni: presso Centro privato 2 sedute luglio 2011
Restituzione: Consapevole. Partecipa attivamente
Test somminsitrati:
- Batteria grafica (D.F.U. reattivo dell'albero, casa)
- WISC
- Nuove prove di lettura: correttezza, rapidità e comprensione M.T. finale di II media, testo informativo e narrativo
- Test proiettivo di Rorschach
-

WISC: sviluppo intellettivo nella media
QIT 93
QIV 85 (medio inferiore)
QIP 103 (media)
DIFFICOLTA': comprensione, ricezione e espressione linguistica. Ragionamento aritmetico. Capacità di riconoscere configurazioni familiari
MEMORIA: inferiore alla media (ipotesi di origine psicologica)
Buona coordinazione visuomotoria e orientamento spaziale, acuità visiva, capacità di discriminare dettagli essenziali e di riprodurre compiti
APPRENDIMENTO: prove di lettura e comprensione MT: prestazione negativa con richiesta di intervento immediato
Lettura lenta
Difficoltà di pronuncia
Comprensione informativo 3/10; narrativo 5/10
INDICE DI REALTA': dal Rorsarch: buona percezione della realtà esterna ed adeguamento ad essa
SVILUPPO AFFETTIVO E SOCIALE: coartazione dell'affettività e strascichi e retaggi di una precedente depressione. Confini dell'Io non ben definiti e identità poco stabile, con tratti d'ansia.
Difese: rimozione massiccia con probabili influenze sulla memoria di lavoro
Negazione
Buone capacità di identificazione e di relazione. Si isola quando è in difficoltà.
CONCLUSIONI

Difficoltà di apprendimento che rientrano nel disturbo per L2
Si consiglia: supporto extrascolastico, strumenti speciali di sostegno psicologico. Valutazione ad 1 anno per certificazione
Interni:
Presa in carico
Colloqui periodici con la ragazza
Colloqui di restituzione ai genitori
Certificazione per Disturbo Specifico di Apprendimento
Colloqui periodici con la Direttrice della Scuola

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO:
Colloqui con la Direttrice.
Diario personale del colloquio del novembre 2011
La ragazza presenta sempre gravi difficoltà nell'apprendimento e la direttrice pensa che le cause siano da attribuire in parte all'adozione. Si sente incolpa per essere stata adottata e pensa di dover tornare a casa. Per la prima volta nello svolgimento di un tema parla dell'adozione. Ha scelto di frequentare una scuola superiore per aiutare gli altri. Sta facendo progressi, è più serena ed ha legato con i compagni ma di fronte alle richieste si chiude. Ha difficoltà nell'espressione orale. Nella comprensione si aiuta con le immagini.
La direttrice chiede una certificazione per sostenere gli esami di licenza media con qualche facilitazione.
La psicologa che ha in carico la ragazza conferma che potranno essere utilizzate misure compensative e dispensative in base alla certificazione per DSA precedentemente emessa e consiglia di utilizzare mappe concettuali e guidare la comprensione del testo con risposte a scelta multipla.

PAZIENTE: T NAZIONALITA': CAMBOGIANA

ANNO NASCITA: 1997 SCUOLA: II MEDIA PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE
I COLLOQUIO: APRILE 2011

STORIA:
Bambina adottata nel 2005, a 8 anni. Collocata in istituto alla morte della madre ma non si hanno notizie sulla storia pregressa

PROBLEMATICHE EMERSE:
Difficoltà di apprendimento. Aggressività. Immaturità emozionale

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni: Istituto di Ortofonologia nel 2008 consulenza
Restituzione: Buon livello cognitivo ma problemi specifici. Inserita per 1 anno e qualche mese in un gruppo per problemi di ansia. A scuola balbetta. Studia tanto ma con scarso rendimento. Problemi di logica. La madre chiede consulenza psicologica ed alla scuola. Adeguate competenze nelle organizzazioni di base, in ambito linguistico e negli apprendimenti. Sensibile, immatura, difficoltà a gestire l'aggressività. Tratti di dipendenza dall'ambiente.
Vulnerabilità emotiva: difficoltà ad elaborare gli atteggiamenti degli altri.
Si consiglia terapia per favorire uno sviluppo emotivo più armonico. Ripetizioni

Centro Logos settembre 2011 valutazione degli apprendimenti
Lettura e scrittura: nella norma
Comprensione del testo scarsa (3/10)
Accesso al lessico su chiave fonologica scarso
Attenzione nella norma
Funzioni esecutive deficitarie
Non appare rallentata in generale, problemi di pianificazione e organizzazione, anche nel testo.
Inizia un percorso con un tutor dell'Associazione Italiana Dislessia
Interni: Sedute di osservazione e somministrazione test (Psicologa)
Disturbo dell'attenzione alterno. Dimentica rapidamente le informazioni. Ansia da prestazione. Va male in matematica, non comprende le domande. Non vuole il sostegno. E' vittima di bullismo. Dimentica tutto ma ricorda sempre gli appuntamenti con la psicologa.
Maggio 2011 WISC-R (parla tanto della Cambogia, ricorda tutto)
QIT 69 insufficienza mentale
Giugno 2011 Certificazione legge 104: "Quadro borderline cognitivo (4.30)
Certificazione: quadro disarmonico con probabile inibizione intellettiva

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO:
Assistenza alla psicologia nel GLH operativo a scuola

PAZIENTE: U NAZIONALITA': CAMBOGIANA

ANNO NASCITA: 2002 SCUOLA: III ELEM. PUBBLICA

RICHIESTA: TELEFONICA MADRE 2010
I COLLOQUIO: PADRE APRILE 2010
STORIA:
bambina adottata nel 2007 all'età di 5 anni e ½ . Non è presente anamnesi familiare. E' vissuta sempre in Istituto.

PROBLEMATICHE EMERSE:
Pubertà precoce nel 2009 trattata farmacologicamente. Enuresi notturna. Bambina deprivata, con problemi legati alla sua provenienza. Difficoltà di apprendimento. I genitori adottivi, in particolare la madre, non accettano la disabilità della figlia, pur non negandola, ma tentano di attivare tutte le possibili risorse per favorire un miglioramento. Ciò causa un alto livello di ansia nella bambina.

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni: Ospedale Bambino Gesù – Servizio di Neuropsichiatria Infantile settembre 2011
Restituzione:
no anamnesi familiare, è vissuta sempre in Istituto. Pubertà precoce nel 2009: trattata farmacologicamente. Enuresi notturna.
PROVE DI VALUTAZIONE
- Livello cognitivo
- WISC-III inferiore alla norma QIT 62 QIV 60 QIP 72
- Abilità di lettura nella norma
- Integrazione visuo-motoria 8 anni e 1 mese
- Competenze accademiche
- Lettura batteria DDE-2 no errori lenta la decodifica
- Comprensione non valutabile
- Scrittura dettato inferiore alla norma, no disgrafia
- Abilità metafonologiche batteria CMF (Marotta 2008)inferiore alla norma

Livello adattivo intervista alla madre: profilo adattivo disarmonico
P.F. = comunicazione 7 a 6 m, abilità quotidiane 7 a 1 m
P.D. =socializzazione 5 a 11 m

- Valutazione psicopatologica
Enuresi notturna. Ansia da prestazione
Gioco: presente il gioco simbolico, difficoltà di astrazione
Colloquio clinico: infantile
CONCLUSIONI: ritardo nell'acquisizione degli apprendimenti. Funzionamento cognitivo inferiore alla norma
DIAGNOSI: Disturbo aspecifico di apprendimento. Deficit cognitivo di grado lieve
TERAPIA CONSIGLIATA: Logopedia. Insegnante di sostegno. Inserimento attività con i pari. Approccio meta cognitivo con Metodo Feuerstein

VALUTAZIONE LOGOPEDICA PRIVATA marzo 2010 8 a 1 m 3 sedute
L'apprendimento dell'italiano L2 interferisce con la socializzazione scolastica
Frustrata per difficoltà scolastiche

Valutazione solo in lingua italiana: necessità di valutare le capacità linguistiche e metalinguistiche in L1. Impossibilità a reperire logopedista che parli cambogiano
CONCLUSIONI: capacità di comprensione ed espressione del linguaggio, fonologiche e meta fonologiche: inferiori ai limiti della norma italiana per scarsa esposizione alla L2
Ritardo nella produzione linguistica italiana
Consigliata terapia logopedia 2/3 volte alla settimana per 45 min

Interni:
Sulla base delle valutazioni prodotte dai genitori e del giudizio delle insegnanti della classe, si produce certificazione ai sensi della legge 104/92 per "Disturbo specifico del linguaggio con compromissione dell'apprendimento scolastico (3.10)"
A marzo 2011 cambia scuola
Colloquio con le nuove insegnanti: ha problemi di memoria, si sospetta una scarsa comprensione di linguaggio anche nella sua lingua materna.. Non percepisce di avere il sostegno.
Febbraio 2011 si conferma diagnosi
GLH maggio 2011: usufruisce di 6 ore di sostegno in aggiunta a 2 ore di recupero per religione ed inglese.
Si modifica la diagnosi per il prossimo a.s. in "Disturbo emotivo ansioso-depressivo"

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
Assistenza ai colloqui con la bambina e con i genitori effettuati dalla psicologa della ASL
GLH operativi a scuola
Nel 2012 iniziamo applicazione Metodo Feuerstein 2 ore a settimana per un totale di 45 ore. Ottiene sensibili miglioramenti sul piano didattico.
Nel 2013 continua l'applicazione Feuerstein privatamente per 1 ora a settimana da ottobre a giugno
Nel 2014 2 ore settimanali suddivise tra applicazione del metodo, abilità logiche/matematiche, velocizzazione della lettura, comprensione del testo.
Parallelamente alla terapia privata, la ASL ha preso in carico i genitori per una terapia bimensile allo scopo di dare sostegno nell'accettazione della disabilità della figlia, allo scopo di limitare i danni che derivano da elevatissimi livelli di ansia da prestazione .

PAZIENTE: V NAZIONALITA': ROMENA NATA A PAVIA

ANNO NASCITA: 2004 SCUOLA: ELEMENTARE PUBBLICA

RICHIESTA: DIRETTA MADRE MARZO 2012
I COLLOQUIO: APRILE 2012
STORIA:
Famiglia di origine romena. I genitori sono separati, il padre abita a Pavia dove ha costituito un'altra famiglia ed ha una figlia più piccola con la nuova compagna. La cartella era già stata aperta nel 2008 per intervento del Tribunale che aveva richiesto un'indagine sociale (GIL). La madre lavora in uno studio commerciale, ben integrata. Non tollera la separazione e non ha perdonato l'ex marito, trasferendo sulla bambina il suo vissuto.
La madre e la bambina vivono con la nonna materna e la zia (in carico al servizio per problemi psicologici)

PROBLEMATICHE EMERSE:
Viene segnalata dalla scuola per problemi comportamentali e di relazione con i compagni

INTERVENTI EFFETTUATI:
Esterni:
Nessuno

Interni con partecipazione alla presa in carico:
Aprile 2012 colloquio madre
Molto curata e adeguata nel linguaggio e nel comportamento. Riferisce difficoltà nella gestione dei comportamenti della bambina a causa della situazione di disagio derivante dalla separazione dal padre che la signora non ha mai accettato. E' preoccupata per la bambina, per i suoi comportamenti antisociali.
Aprile 2012 colloquio bambina
Adultizzata anche nell'aspetto. Precisa e seduttiva con l'adulto. Riferisce di fare danza classica ma preferirebbe fare danza moderna. Capisce la lingua romena ma non sa parlare.
Va bene a scuola ma non va d'accordo con i compagni. "Mi odiano, fanno i piani per me".
E' contenta per la nascita della sorellina, andrà dal padre a Pasqua ma non vorrebbe andare. Vuole andare in vacanza con la mamma anche in estate. A volte è nervosa quando i compagni la prendono in giro, le dicono "V…….., principessina".
Maggio 2012 colloquio insegnanti
Non ha problemi di apprendimento ma ha difficoltà con i raddoppiamenti di consonanti. A casa parlano molto la lingua materna.
Ha difficoltà nelle relazioni con il gruppo classe: in competizione negativa con le femmine ed atteggiamenti adolescenziali con i maschi. Viene isolata dalle bambine (durante la metà dello scorso anno erano tutti contro di lei). E' bugiarda e non vive su un piano di realtà. Dopo un lavoro sul gruppo classe molti atteggiamenti negativi sono rientrati.

Lei desidera essere perfetta e manifesta anche il desiderio di avere una famiglia normale. Si complica quotidianamente la vita. All'inizio era seduttiva, ora fa anche piccoli furti.
Maggio 2012 test
WISC-R : QIT 89 QIV 88 QIP 93
CPM : 90° centile = nettamente superiore alla media
Le prove di lettura MT sono state somministrate a scuola dalle logopediste del servizio per uno screening sulla classe. Non rilevati problemi di DSA.
Giugno 2012 restituzione mamma
Riferisce nassa tolleranza alla frustrazione anche a danza. Ha vissuto come traumatica la nascita della sorellastra. Tende a proteggere la madre "Tu hai pianto troppo, ora devo piangere io". La mamma dice che la figlia è come il padre, stesso DNA. A volte diventa cattiva anche con lei, è dispettosa, dice bugie e spaventa la mamma. Taglia calzini e magliette, è peggiorata dopo la nascita della sorellastra. Il padre le telefona raramente e lei ora soffre di più per questa assenza. Anche i nonni paterni si disinteressano. La signora pensa che la sorellina le tolga la poca attenzione del padre.
Vorrebbe che la madre avesse un compagno. Lo cerca per lei.
A casa gioca sempre con i numeri, con la lavagna, fa matematica.
Si effettueranno colloqui periodici con la bambina, la mamma e le insegnanti per monitorare la situazione comportamentale

PARTECIPAZIONE ALLA PRESA IN CARICO :
vedi interventi interni

ALL. 8

BAMBINI STRANIERI CHE HANNO RICHIESTO ACCESSO AL SERVIZIO NELL'ANNO 2011: 74 SU UN TOTALE DI 508 RICHIESTE = 14.56%

BAMBINI STRANIERI CHE HANNO CHIESTO ACCESSO AL SERVIZIO NELL'ANNO 2011:							
74 su un totale di 508 richieste = 14,56%							
LUOGO NASCITA	ANNO NASCITA	CITTADINANZA	GENERE	NOTE			
1 - ROMA	2003		MASCHIO				
2 - ROMA	2003		FEMMINA				
3 - COLUMBIA	1993	COLOMBIANA	MASCHIO	ADOTTATO			
4 - COLUMBIA	1998	COLOMBIANA	MASCHIO	ADOTTATO			
5 - LIMA	1997	PERUVIANA	FEMMINA				
6 - LIMA	1995	PERUVIANA	FEMMINA				
7 - ROMA	2004	BANGLADESH	FEMMINA				
8 - ROMA	1995	POLACCA	FEMMINA				
9 - ROMA	2003		MASCHIO				
10 - ROMA	2002		FEMMINA				
11 - ROMA	2004	ITALIANA	MASCHIO	MADRE CROATA			
12 -	1997		MASCHIO				
13 - ROMA	2008	CINESE	FEMMINA				
14 - ROMA	2005	MAROCCHINA	FEMMINA				
15 - ROMA	1995	ITALIANA	MASCHIO	MADRE STRANIERA			
16 -	2001		MASCHIO				
17 - ROMA	1999		MASCHIO				
18 - ROMA	2008		MASCHIO				
19 - ROMA	2007		MASCHIO				
20 - BRASILE	2000	BRASILIANA	MASCHIO				
21 - PERU'	1997	PERUVIANA	MASCHIO				
22 - ROMA	1999	ECUADOREGNA	MASCHIO				
23 - ROMA	2007	ERITREA	MASCHIO				
24 - ROMA	2011		FEMMINA	FISIOTERAPIA			
25 - LIMA	1996	PERUVIANA	FEMMINA				
26 - ROMA	2006	ITALIANA	FEMMINA	PADRE EGIZIANO			
27 - IRAN	2005	IRANIANA	MASCHIO				
28 - ROMANIA	1997	ROMENA	FEMMINA	ADOTTATA A 3 ANNI			
29 - ROMA	2005		MASCHIO				
30 - ROMANIA	1997	ROMENA	FEMMINA	ADOTTATA			
31 - ROMA	2008	PORTOGHESE	FEMMINA				
32 - CAMBOGIA	1997	CAMBOGIANA	FEMMINA	ADOTTATA SECONDO ACCESSO			
33 - ROMA	2010		MASCHIO				
34 - EGITTO	2002	EGIZIANA	MASCHIO				

segue

segue

BAMBINI STRANIERI CHE HANNO CHIESTO ACCESSO AL SERVIZIO NELL'ANNO 2011:							
74 su un totale di 508 richiese = 14,56%							
LUOGO NASCITA	ANNO NASCITA	CITTADINANZA	GENERE	NOTE			
35 - ROMA	2004	PERUVIANA	MASCHIO	FRATELLO GIA' IN CARICO			
36 - ROMA	2009		MASCHIO				
37 - ROMANIA	1995	ROMENA	MASCHIO				
38 - ROMA	2007		MASCHIO				
39 - ROMA	2006		FEMMINA				
40 - ROMA	1995		MASCHIO				
41 - LONDRA	2005		FEMMINA				
42 - BANGLADESH			FEMMINA				
43 - ROMA	2006	POLACCA	MASCHIO				
44 - UCRAINA	2003	UCRAINA	MASCHIO				
45 - MONTENEGR	1994	MONTENEGRO	FEMMINA				
46 - VIETNAM	2000	VIETNAMITA	MASCHIO	ADOTTATO			
47 - MESSINA	2009	INDIANA	MASCHIO				
48 - POLONIA	1997	POLACCA	FEMMINA	ADOTTATA SECONDO ACCESSO			
49 - RUSSIA	1999	RUSSA	FEMMINA	ADOTTATA			
50 - ROMA	2011		MASCHIO				
51 - BRASILE	1997	BRASILIANA	MASCHIO	ADOZIONE FALLITA. IN CASA FAMIGLIA			
52 - BRASILE	1996	BRASILIANA	FEMMINA	ADOZIONE FALLITA. IN CASA FAMIGLIA			
53 - RUSSIA	2008	RUSSA	FEMMINA	ADOTTATA			
54- ROMA	2010		MASCHIO	SORELLA GIA' IN CARICO			
55 - ROMANIA	1996	ROMENA	MASCHIO				
56 - ROMA	2008		MASCHIO				
57 - ROMA	2003		MASCHIO	GIL			
58 - ROMA	1999		FEMMINA	GIL			
59 - ROMA	2011	ROMENA	MASCHIO	MADRE 15 ANNI PADRE 22 ANNI			
60 - ROMA	2005	MOLDAVA	MASCHIO				
61 - ROMA	2002		MASCHIO	PADRE OLANDESE			
62 - ROMA	2001		FEMMINA				
63 - PARMA	2007		MASCHIO				
64 - ROMA	1992		MASCHIO				
65 - PAVIA	2004	ROMENA	FEMMINA	GENITORI SEPARATI			
66 - BRASILE	1994	BRASILIANA	MASCHIO				
67 - ROMANIA	2002	ROMENA	MASCHIO				
68 - PAKISTAN	2000	PAKISTANA	MASCHIO	IN CASA FAMIGLIA			
69 -		CINESE					
70 - nessuna informazione				GIL			
71 - ROMA	1997						
72 - nessuna informazione				GIL			
73 - nessuna informazione				GIL			
74 - nessuna informazione				GIL			

ALL. 9

PROGETTO INTEGRATO PER UN PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA TRANSCULTURALE
DI MINORI FIGLI DI MIGRANTI E DELLE LORO FAMIGLIE
NELL'AMBITO DEL T.S.M.R.E.E. ASL RMC DISTRETTO 9

PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA TRANSCULTURALE

Premessa

I processi migratori in atto nella nostra società hanno subito un considerevole cambiamento di tipo quantitativo ma ancor più di tipo qualitativo: da un'iniziale prevalenza di immigrati maschi si è via via registrata una sempre maggiore presenza di donne, di cui una quota rilevante è costituita da mogli che fanno seguito a ricongiungimenti familiari e dai loro figli. Questo ha portato ad un forte aumento delle nascite di bambini da coppie immigrate, anche per la giovane età di queste ultime, il tasso di natalità, nelle famiglie immigrate, è decisamente più alto che nelle famiglie medie italiane.

Le difficoltà della migrazione aumentano la vulnerabilità psico fisica degli adulti immigrati, ma soprattutto di bambini e adolescenti e le famiglie migranti in difficoltà hanno spesso bisogno di una presa in carico che tenga conto della dimensione culturale della sofferenza psichica e dei disagi relazionali.

Le problematiche complesse di questa nuova utenza immigrata, pongono dunque ai servizi socio-sanitari ed alle istituzioni tutte nuovi problemi connessi alla diversità di modelli culturali relativamente ai concetti di salute, malattia, maternità, paternità, molto diversi tra loro e a volte molto lontani da quelli riconosciuti nella nostra cultura.

Le difficoltà di comunicazione, linguistica e culturale, creano disagio non solo all'utenza ma anche alle operatrici/operatori sociosanitari, che rischiano di non riuscire a svolgere efficacemente il proprio ruolo.

Il protocollo

Dai dati emersi da un'indagine condotta da Laboratorio Roma per l'anno 2010 risulta che nel Municipio IX sono residenti 126.690 abitanti (il 4,4% di Roma) di cui 12.186 di cittadinanza non italiana (il 3,5% di Roma). La percentuale di stranieri presente nel Municipio IX rappresenta il 9,6% della cittadinanza ivi residente (a Roma il 12,0%). Una parte consistente della cittadinanza municipale afferisce al Distretto 9 della ASL RMC.

Inoltre sul medesimo territorio sono presenti 10 Comunità residenziali di tipo familiare (Case famiglia) che ospitano minori e madri con bambini, nelle quali risulta notevole il numero di cittadini non italiani assistiti.

Dai dati raccolti presso l'Ufficio Scolastico Regionale del Lazio, risulta che nei 6 Istituti Comprensivi del territorio del Distretto 9, nel 2011 hanno avuto la certificazione, ai sensi della legge 104/94, 28 alunni di nazionalità non italiana. Dalle evidenze empiriche tale dato sembrerebbe sottostimato.

Tale situazione determina un considerevole aumento dell'utenza straniera del Servizio TSMREE D9 che necessita l'attivazione di prassi diagnostiche e terapeutiche in ottica inter/transculturale. Dall'esame dei registri di accoglienza dell'anno 2011 (gennaio-dicembre) risultano pervenute al Servizio n. 74 richieste, sulle 508 totali registrate

(14,56%), per l'accoglienza di bambini/ragazzi stranieri appartenenti alle categorie di immigrati, figli di migranti, adottati.
Un approccio transculturale e integrato costituisce un intervento di prevenzione rispetto alla strutturazione di situazioni di disagio di tipo sociale e sanitario.
Il Protocollo di accoglienza prevede la presenza bisettimanale su appuntamento – 1 mattina e 1 pomeriggio secondo la disponibilità logistica – di un operatore esperto in Clinica Transculturale, allo scopo di effettuare, attraverso il colloquio clinico, una prima valutazione dei bisogni sottesi alla richiesta di assistenza da parte delle famiglie dei minori. Il progetto si avvale della collaborazione, a titolo volontario e a costo zero, della dott.ssa Orietta Ciammetti, in collaborazione con la Scuola Dottorale di Pedagogia e Servizio Sociale della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre, sotto la supervisione della prof.ssa Anna Aluffi Pentini. L'obiettivo è quello di individuare, oltre l'evidenza diagnostica, le possibili influenze su quest'ultima di situazioni legate all'evento migratorio che coinvolge direttamente o indirettamente i minori: bilinguismo, emarginazione sociale, disagio ambientale, ecc.
La metodologia
Il protocollo di accoglienza fonda il suo assetto metodologico sulla Clinica Transculturale. L'approccio alla situazione problematica è di tipo ecologico, globale, multidisciplinare e basato sull'incontro di differenze culturali, laddove l'interazione di professionalità diverse favorisce il decentramento culturale. Il clinico deve poter cogliere che l'altro (autoctono o alloctono) è portatore di elementi culturali che hanno una loro logica e possono essere capiti.
Concetto fondamentale della Clinica Transculturale è quello dell'universalismo psichico: tutti gli esseri umani sono uguali e hanno pari dignità. Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura. Le culture presentano al loro interno evidenti differenze che determinano la capacità peculiare degli esseri umani di rispondere ai propri bisogni utilizzando modalità diverse.
La cultura è dunque un contenitore, come la "pelle" dello psichismo umano. Non può esistere contenuto senza contenitore e, di conseguenza non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di una cultura, In tal senso la cultura struttura il funzionamento psichico, la nostra percezione del mondo, la capacità di adattarci; non è soltanto un insieme di valori, ma ciò che determina la nostra capacità di pensare, percepire il mondo, sentire emozionalmente, in modo diverso rispetto a persone che appartengono a culture diverse.
Ogni processo di cura non è neutro, ma culturalmente connotato. Nel rapporto intraculturale alcuni aspetti impliciti della cultura di chi cura rimangono sullo sfondo perché sono condivisi con chi richiede la cura; nella relazione di cura rivolta a chi viene da un altro paese gli edifici culturali non sono condivisi e spesso fanno paura. Nella relazione interculturale o transculturale vengono messe in gioco le differenze con l'obiettivo di un reciproco "meticciamento".

1. PROPOSTA DI INTERVENTO

- collaborazione e integrazione con il progetto accoglienza del TSMREE D9 curato dagli assistenti sociali del servizio e da un educatore, i quali provvederanno ad inviare le famiglie richiedenti agli incontri per il progetto di accoglienza transculturale;
- colloquio con le famiglie ed i minori da parte della dott.ssa Ciammetti
- servizio di mediazione culturale grazie all'integrazione con il Municipio IX
- al termine dell'intervento la psicopedagogista si incontrerà con gli operatori dell'accoglienza per effettuare una corretta decodifica della domanda e attivare, tramite le procedure del servizio, i professionisti o i servizi da coinvolgere.

- eventuale consulenza e somministrazione di protocolli di valutazione ad hoc, su richiesta degli operatori che hanno in carico il caso. La consulenza potrà, a richiesta, essere estesa anche alle strutture scolastiche.

2. TEMPI DI REALIZZAZIONE

Si prevede l'inizio del progetto per il mese di febbraio 2013 e la conclusione per il mese di settembre 2013, salvo eventuale proroga, con cadenza bisettimanale da parte della dott.ssa Ciammetti

3. COSTI DEL PROGETTO

La realizzazione del progetto non comporta alcun costo per l'Azienda ASL RMC

4. VERIFICA

- Anamnesi familiare e storia del percorso migratorio intrapreso
- Identificazione della cittadinanza e della documentazione relativa al soggiorno
- Accertamento delle condizioni di vita del nucleo familiare e delle azioni messe in atto per favorire l'inclusione dei minori nell'ambiente di accoglienza
- Rilevazione delle problematiche che hanno determinato l'accesso al Servizio
- Avvio di una procedura di presa in carico con passaggio agli operatori, sulla base delle problematiche emerse durante il primo colloquio.

ALL. 10

TRACCIA PER ACCOGLIENZA GENITORI

1. Da quale Paese proviene?
2. Da quanto tempo è in Italia?
3. E' vissuto/a in altri Paesi oltre a quello di origine prima di arrivare in Italia?
4. In Italia è vissuto in altre città?
5. Perché ha deciso di vivere a Roma?
6. Ha intenzione di ritornare al suo Paese di origine?
7. E' sposato/a?
8. Da quale Paese proviene il coniuge?
9. Il papà/mamma del bambino vive con lei?
10. Dove vi siete conosciuti?
11. Quanti anni ha suo figlio/a?
12. Dove è nato?
13. Ha altri figli? Dove sono nati?
14. Ci sono altri parenti con lei? Vivete insieme o separati?
15. Ha il permesso di soggiorno?
16. Il suo lavoro è in regola?
17. Suo marito/moglie lavora regolarmente?
18. Quando si è accorto che suo figlio aveva delle difficoltà?
19. Secondo lei che tipo di difficoltà ha suo figlio?
20. Come è stato l'inserimento scolastico di suo figlio?
21. A casa chi lo segue nei compiti?
22. A casa parlate italiano o la vostra lingua di origine?
23. Il bambino in quale lingua si esprime più volentieri?
24. Le conosce entrambi?
25. Il bambino frequenta i compagni italiani o stranieri al di fuori dell'orario scolastico?
26. Lei ha rapporti con gli altri genitori?
27. La domenica cosa fate abitualmente?
28. Frequenta i suoi connazionali?
29. Siete tornati al Paese di origine? Se si, quante volte?
30. Avete portato con voi il bambino?
31. Qual è stata la sua reazione?