

A partire dai genitori: la dimensione inclusiva tra logica riparatoria e promozionale nei primi anni di vita

Starting from parents: the inclusive dimension between reparatory and promotional view in the first years of life

Moira Sannipoli
Ricercatrice
Università di Perugia

Sommario

Il rapporto MIUR pubblicato nel maggio 2019 e relativo all'Anno Scolastico 2017/2018 attesta come gli alunni con disabilità con cittadinanza non italiana presenti nel nostro Paese siano pari al 13% dei certificati. Il numero crescente di bambini e bambine che vivono sulla propria pelle il tema della *doppia differenza* richiama con forza la necessità di mettere in campo un intervento reticolare che in prima battuta accompagni le figure parentali, spesso caricate, non solo di un compito complesso, ma anche di limitazioni in termini di accesso all'iter certificativo, alla comprensione della diagnosi, ad autentiche pratiche di cura educativa. La finalità di questo contributo è quella di presentare l'evoluzione degli interventi di sostegno alle famiglie, mettendo in particolare l'attenzione sulle possibilità offerte dalle esperienze educative domiciliari e dalla frequenza dei servizi educativi per l'infanzia. Si evidenzia con forza la necessità di un passaggio da approcci maggiormente basati su una dimensione riabilitativa e risarcitoria ad altri focalizzati su dinamiche di capitanazione ed empowerment.

Parole chiave: genitorialità, diagnosi, servizi per l'infanzia, intervento domiciliare, alleanza educativa.

Abstract

The MIUR report published in May 2019 relating to the Academic Year 2017/2018 attests that pupils without Italian citizenship with disabilities in our country are equal to 13% of the certificates. The growing number of boys and girls living on their own skin the theme of the *double difference*, strongly recalls the need to bring into the field a reticular intervention that first accompanies the parental figures, often loaded, not only with a complex task, but also with limitations in terms of access to the certification process, to the understanding of diagnosis, to authentic practices of educational care. The aim of this contribution is to present the evolution of interventions to support families, focusing in particular on the possibilities offered by the home educational experiences and the attendance to ECEC services. It is strongly highlighted the need for a transition from approaches more based on rehabilitation and compensation to others focused on the capability and empowerment dynamics.

Keywords: parenting, diagnosis, ECEC services, home intervention, educational alliance.

1. Sostenere le famiglie: una sfida inclusiva

La cura educativa dei più piccoli da parte dei genitori è al centro di numerose riflessioni in ambito psicologico, pedagogico e sociale. Non si parla soltanto di un orizzonte di diritti, almeno formalmente riconosciuto, ma anche di evidenze di ricerca che, in maniera interdisciplinare, hanno posto l'educazione dei primi anni di vita come un vero e proprio investimento comunitario (Italia, 2016; Sabatinelli, 2016; Daniele, 2017). Nello sviluppo di ogni bambino e di ogni bambina si intrecciano insieme elementi biologici e componenti socio-culturali: siamo di fronte a un'architettura geneticamente predisposta, non autoreferenziale ma che si plasma ed evolve dentro una complessa rete di esperienze, stimolazioni, mediazioni che provengono dall'ambiente. Di fatto la fitta trama di apprendimenti espliciti e impliciti ridefinisce, modifica e adatta le strutture e le funzioni biologiche, andando a dipingere, di volta in volta, un quadro unico e irripetibile (Shonkoff

e Richmond, 2009; Cheyney-Collante e Cheyney, 2018). La consapevolezza di questa interazione, che non delega tutto alle condizioni di partenza ma si interroga sulle componenti educative esperite fin dalla nascita, pone al centro dell'attenzione il sostegno a chi ha compiti di cura, in termini economici, psicologici, sociali (Irwin, Siddiqi e Hertzman, 2007; Tamburlini, 2014; Black *et al.*, 2015). Investire e coltivare l'infanzia si traduce in maniera significativa nella possibilità di mettere in campo autentiche pratiche educative, che permettano al sistema nervoso di ottimizzare in termini quantitativi e qualitativi il proprio potenziale cognitivo, linguistico, motorio e socio-emotivo (Amadini, 2011). Il sostegno alla genitorialità per favorire la costruzione di politiche, culture e pratiche è stato posto al centro delle riflessioni e considerazioni maturate in relazione agli orientamenti e alle azioni inerenti all'ECEC (Early Childhood Education and Care), in particolar modo dalla Comunità Europea, che ne ha riconosciuto il ruolo strategico da un punto di vista educativo, sociale e relazionale. Nel rispetto della dimensione intima e informale che la caratterizza, la famiglia è comunque considerata come primo contesto di coesione sociale (*Recommendation of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*, 2006), connotandosi anche oltre una mera dimensione intrapersonale. Nella Comunicazione della Commissione Europea del 2011 (*Early Childhood Education and Care: Providing all our children with the best start for the world of Tomorrow*) l'attenzione si è subito spostata sulla possibilità di un intervento di sostegno precoce di qualità, che possa fin da subito ridurre gli svantaggi sociali e culturali in maniera tempestiva e preventiva, mettendo in campo una rete tra servizi che, fin dai primi anni, si occupano, in termini educativi, dei più piccoli. Nel 2012 Eurochild ha pubblicato *Compendium of Inspiring Practices on Early Intervention and Prevention in Family and Parenting Support*, recuperando il tema del contrasto alle povertà educative e sostenendo l'importanza di un intervento di supporto familiare che possa includere una molteplicità di azioni, più o meno strutturate, ma fortemente partecipative e personalizzate, in base al grado di vulnerabilità e capacitazione delle famiglie stesse (Sen, 2014; Cardinale, 2018). Nel documento *Un quadro europeo per la qualità dei servizi educativi e di cura per l'infanzia: proposta di principi chiave* (Lazzari, 2016) i genitori sono definiti in termini di complessità nelle dimensioni sociali, culturali, religiose, economiche e al tempo stesso come gli alleati più importanti nell'intervento educativo nei primi sei anni di vita, evidenziando la necessità di una relazione di ascolto e fiducia.

Assumendo un posizionamento ecologico dello sviluppo (Bronfenbrenner, 2002), la centralità delle azioni ha valore se permette un progressivo lavoro di self-efficacy (Bandura, 1977) che può accrescere se adeguatamente sostenuto e incrementato. Questa scelta, centrata sulla necessità di attivare forme di cura verso il nucleo parentale al di là del riconoscimento di una componente problematica e deficitaria, è normata in Italia grazie alle Leggi 285/1997 e 328/2000. Se nella prima si prevede la necessità di pensare azioni in termini più educativi che riparatori, nella seconda si affida al sistema integrato di servizi il compito di sostenere le famiglie sia nei momenti di criticità che nelle sfide della quotidianità, attivando forme di empowerment che ricadono su tutto il sistema. Il sostegno alla genitorialità appare oggi una necessità universale, viste le tante fragilità e la precarietà di alcuni tessuti sociali; diventa però essenziale in situazione di doppia specialità, dove alla presenza di una differenza culturale, spesso vissuta purtroppo come elemento di svantaggio, si intreccia dinamicamente la nascita di un bambino o di una bambina con disabilità (Martinazzoli, 2012).

Nel rapporto MIUR pubblicato nel maggio 2019 e relativo all'Anno Scolastico 2017/2018 si legge come gli alunni con disabilità con cittadinanza non italiana presenti nel nostro Paese siano pari al 13% dei certificati. Il lavoro sinergico tra servizi sanitari ed

educativi è in questi casi essenziale, non soltanto per la duplice differenza (Goussot, 2010, 2011), ma perché richiama un pensiero progettuale incrociato: sostenere le famiglie per permettere un benessere degli adulti di riferimento e tentare di garantire ai piccoli l'opportunità di guadagnare il possibile in termini evolutivi (Caldin, 2011, 2012). «Saper sostenere le risorse e le competenze (presenti e/o latenti) personali e genitoriali, nonché le funzioni educative nonostante la sofferenza e il senso di impotenza che la disabilità genera intorno a sé» (Caldin e Cinotti, 2013, p. 94) è uno degli aspetti che questo contributo tenterà di analizzare.

2. Il rapporto con i servizi sanitari tra diagnosi e riabilitazione

La comunicazione della diagnosi rappresenta il momento di rottura rispetto agli immaginari e alle attese del progetto di vita familiare (Zanobini, Manetti e Usai, 2002; Bichi, 2006). La diagnosi irrompe e modifica l'intero equilibrio di coloro che chiama in causa, mostrandosi fin da subito come molto di più di un mero accertamento. Pur essendo spesso identificato come sguardo universale, di fatto è sempre il frutto di una contestualizzazione. Ogni valutazione clinica è infatti figlia del contesto materiale e culturale in cui è stata prodotta, portatrice di specifici modelli e procedure di conoscenza. «Anche laddove non ci sia consapevolezza epistemologica, agisce secondo un modello di conoscenza, che è già, da subito, se non altro a livello comunicativo, verbale ma soprattutto non verbale, la predisposizione di un campo di intervento» (Palmieri, 2008, p. 38). La nostra cultura medica ha tentato di silenziare la dimensione ermeneutica a favore di una logica di modellamento e previsione, della «calcolabilità estrema» (Licata, 2009, p. 66), rafforzata anche dalla dimensione tecnicistica.

Esiste comunque nella letteratura più recente il riconoscimento della dimensione culturale della diagnosi. Nel DSM-5, per indicare la variabilità culturale dei confini tra normalità e patologia, sotto la voce *Inquadramento culturale*, si legge: «Comprendere il contesto culturale dell'esperienza di malattia è fondamentale per una valutazione diagnostica efficace e per la gestione clinica» (American Psychiatric Association, 2014, p. 869). E più avanti si precisa: «La variazione culturale nei sintomi e nei modelli esplicativi associati ai concetti culturali può indurre i clinici a giudicare erroneamente la gravità di un problema o a formulare la diagnosi sbagliata» (Ivi, p. 881). Nonostante queste sottolineature, con difficoltà si riscontrano pratiche attente alla dimensione soggettiva dell'iter diagnostico, capace di una visione stroboscopica «in grado di cogliere i fenomeni non come *ab-stratti* e *ab-soluti*, ovvero sciolti dai legami con le storie e con le identità che i corpi, e dunque le malattie, ineluttabilmente intrecciano» (Scardicchio, 2019, p. 24).

In questo ambito nascono dinamiche particolari che hanno a che vedere con bambini e genitori che provengono da contesti altri rispetto al nostro e dove si tocca spesso con mano il *paradosso* della certificazione, che sembra tenere insieme la trama necessaria del riconoscimento dei diritti con quella dell'eventuale stigmatizzazione.

L'etichetta di disabilità di cui lo studente necessita per accedere a determinati servizi, inevitabilmente introduce e rafforza lo stigma negli ambienti *mainstream*. Nonostante il richiamo all'ideologia dell'inclusione, la segregazione strategica si mostra come particolarmente vantaggiosa (Rapp e Ginsburg 2011, p. 178).

Molto spesso in prima battuta, quando è il mondo educativo a invitare a un accertamento sanitario, non è sempre garanzia di osservazione attenta e cura autentica.

Soprattutto nel caso di bambini arrivati da poco nel nostro Paese e/o che provengono comunque da un tessuto familiare culturale altro dal nostro, è molto facile identificare una difficoltà con un disturbo, non tenendo conto degli elementi contestuali e personali che potrebbero incidere anche sulle performance dei più piccoli (Goussot, 2015; Beneduce, 2013). Una mancata lettura delle situazioni di vita, in ottica biopsicosociale, facilita lo scivolamento metodologico che porta a ipotizzare condizioni mancanti piuttosto che situazioni deprivate e di conseguenza a non far evolvere le pratiche di chi si prende cura (Frances, 2013). Questo ha di solito un duplice effetto. Da una parte si assiste a una sorta di sospensione momentanea dell'intervento educativo, che sembra attendere dal mondo sanitario risposte tecniche e che nel tempo dell'attesa spesso si traduce in immobilismo, evitamento e ritiro della relazione di aiuto. Dall'altro la segnalazione mobilita la coppia genitoriale con reazioni differenti, che possono andare da vissuti negativi alla possibilità di avvicinarsi a forme di risorse altrimenti non raggiungibili (Beneduce, 2013). L'accesso ai servizi non è così alla portata: non è detto che esista sempre la possibilità di una mediazione linguistica e culturale che informi adeguatamente su procedure, strumenti e tempi della diagnosi. Spesso oltre all'assenza di una corretta informazione, segue una totale solitudine, che non accompagna la fatica di questo momento. Le famiglie migranti hanno invece bisogno di conoscere il funzionamento del sistema dei servizi territoriali, per evitare il rischio di perdersi nella fitta rete di soggetti e opportunità. La distanza linguistica spesso facilita incomprensioni, a cui si aggiungono diverse punteggiature valoriali che, ad esempio, non sempre sposano l'abitudine all'accoglienza e all'inclusione come elementi significativi e di qualità (Fiorucci, Pinto Minerva e Portera, 2017).

Nell'iter diagnostico diventa centrale per i più piccoli il tema della lingua e degli universi culturali che alcune testistiche nascondono in sé (Branchi, 2015; Bonifacci, 2010). «Di non poco conto vi è certamente la questione della scarsa o diversa esposizione alla lingua italiana, che ha di per sé un enorme potere discriminante, dal momento che i test di valutazione diagnostica sono interamente svolti in tale lingua, consentendo un margine di errore largamente superiore a quanto accade nella valutazione di un bambino italiano» (Flamini e Pellicciari, 2019, p.87). La diagnosi psicopatologica è inoltre connotata anche simbolicamente e culturalmente. «Al test di Rorschach la risposta popolare alla V tavola è *pipistrello*: ma quanti pipistrelli ci sono in Burkina Faso? A che significato simbolico rimanda l'animale pipistrello per un Senegalese?» (Merzagora, Travaini, Pizzoli e Caruso, 2016, p. 249). Potremmo citare anche il test delle *Matrici Progressive di Raven*, definito *culture-free*, ma che non tiene conto, ad esempio, che nella cultura araba si procede da destra a sinistra e non il contrario come richiede la prova, molto calibrata sulle nostre abitudini di lettura e scrittura (Van de Vijver e Tanzer, 1997). Molte ricerche hanno messo in discussione non solo il tema della traduzione linguistica, ma anche quello dell'universo del significato (Tseng *et al.*, 2012), che richiede un aggiornamento ordinario anche all'interno dello stesso orizzonte culturale di senso in cui è nato e che nel frattempo potrebbe essere cambiato. Queste riflessioni dovrebbero sempre più confluire, grazie anche all'impegno dell'International Test Commission, nell'intenzione a validare i test più diffusi in una situazione transculturale, che tenga conto delle dovute contestualizzazioni (Le Du, 2009).

Al di là di questi aspetti, vi è una dimensione di cura che anche i servizi sanitari devono accogliere, mettendo in conto un percorso di presa in carico delle famiglie, che permetta una condivisione maggiore dell'iter e del senso della certificazione, dei dispositivi da cui muove e della prognosi verso cui tende, degli «smottamenti» che può generare (Rovatti, 2000, p. 44). A partire da queste considerazioni, è bene sottolineare a livello operativo,

anche grazie al sostegno dei mediatori linguistici, l'impegno deontologico di sforzarsi a rendere espliciti i paradigmi di conoscenza che stanno alla base di queste scritture, così che possano essere chiarati, socializzati e condivisi con i destinatari. Ogni diagnosi per essere compresa in maniera significativa deve poter esplicitare le epistemologie che ne hanno orientato la definizione e la produzione (Barbetta, 2005). I genitori spesso sposano il binomio deficit-identità proposto in maniera sintetica dai servizi che va a influire anche sul percorso riabilitativo e sugli immaginari, come se ci fosse un'unica strada e questa debba necessariamente avere i caratteri della normalizzazione. «Il riduzionismo della cura determina sempre una maggiore attenzione ai segni, di fronte ai quali si attua rapidamente un *trattamento*, rischiando di non prendersi cura della sua globalità» (Zuppiroli, 2005, p. 100). Le eccessive semplificazioni, giustificate spesso dalla variabile linguistica, portano a ridurre i bambini alla diagnosi ricevuta, non veicolando neanche la possibilità che ci possa essere un percorso imprevedibile, unico e irripetibile, oltre il già scritto e il già detto.

Tutto questo vale anche per la dimensione prettamente riabilitativa: le indicazioni che vengono offerte alle famiglie non atterrano su un terreno neutrale, ma si innescano sulle pratiche di accudimento e di relazione in essere, molte delle quali sono connotate anche culturalmente. Racconta una psicomotricista, riferendosi a una bambina con Sindrome di Down:

Durante i primi incontri, lavoravo sul tappeto con la bambina mentre la madre si sedeva accanto a noi, ma sempre un po' discosta, distante. La bambina, pur rispondendo bene ai miei stimoli, scoppiava in un pianto disperato, iniziando a muovere in maniera stereotipa le manine. Non sono riuscita a interpretare quel gesto fino a quando la madre, pur restando distante, iniziò a cantare e danzare con le sue mani, per calmare la figlia. A quel punto, ho capito il gesto della bimba che prima mi sembrava stereotipo, quasi primo sintomo di una patologia. La relazione con la bambina si concretizzava a distanza, attraverso il canto della madre e i suoi movimenti con le mani, imitati dalla piccola in quel gioco di scambio (Persico, 2017, p. 11).

Da un punto di vista cognitivo la coppia avverte tutta la difficoltà di dover far propria una serie ampia di informazioni specialistiche, spesso molto tecniche, poco chiare, apparentemente contraddittorie, a cui si aggiunge la necessità di sforzi educativi massicci, per apprendimenti che, in assenza di disabilità, si sviluppano quasi spontaneamente. La lettura di questi elementi fa la differenza dentro il successo di un percorso di riabilitazione e di sostegno alla genitorialità: i servizi sanitari dovrebbero sempre più assumere come proprio compito quello di allestire un'alleanza terapeutica, contro i rischi di caduta in relazioni fondate su atteggiamenti espulsivi, collusivi, di reciproca indifferenza (Mercuriali, Gonano e Tessari, 2015), scegliendo intenzionalmente la via della sintonizzazione prima e dell'accompagnamento competente poi.

3. Il mondo educativo: quale sostegno possibile?

Gli interventi di sostegno alla genitorialità da parte del mondo dell'educazione hanno subito negli ultimi anni numerosi cambiamenti. Se infatti le prime progettazioni erano improntate maggiormente su un orientamento di tipo riabilitativo e verticale, che vedeva la famiglia sempre come deficitaria e destinataria di azioni, oggi le proposte si collocano maggiormente sulle possibilità promozionali.

Cooperazione, fiducia e reciprocità diventano infatti le precondizioni e il risultato di una azione di *caring* concepita secondo un modello di progettazione partecipativa, condivisa e co-costruita tra chi manifesta delle impasse o esprime dei bisogni e chi eroga azioni di supporto, così da attivare legami tra gli individui che andranno poi a costruire strategiche soluzioni generative (Zambianchi, 2012, p. 83).

Voltare lo sguardo sugli elementi positivi della coppia genitoriale, sul loro potenziale in termini educativi e sulle possibili strategie di attivazione e resilienza è alla base di sostegni di qualità. Nonostante questa consapevolezza, i rischi di accompagnamento e sostegno non autentico verso le famiglie sono sempre in agguato: il trovarsi a voler insegnare a essere madri e padri; il cadere nella tentazione di dare consigli quando non sono richiesti; il mettere in conto eventuali azioni sostitutive nascondendosi dietro all'idea che del nucleo familiare non ci si debba pre-occupare perché ciò che conta è il minore da salvaguardare (Sannipoli, 2018, p. 453). Paola Milani (2018) ha tentato di sistematizzare i possibili interventi a favore dei genitori individuando piste che possono essere pensate singolarmente e proposte in maniera unitaria o combinata. A un primo livello è possibile mettere in campo percorsi con finalità di sensibilizzazione e informazione. Facendo propria una matrice più cognitivo-comportamentale è fattibile progettare e realizzare anche iniziative di *parents training* che aggiungono a un aspetto prettamente divulgativo una riflessione sulle capacità di *coping* e di *problem solving*.

Muovendo invece da una cornice personalista e psicodinamica, si possono ipotizzare percorsi più esperienziali che, a partire dalla riflessività esercitata in piccolo gruppo e mediata da un facilitatore, abbiano come obiettivo quello di accrescere la consapevolezza rispetto alle proprie competenze e/o fragilità. Un'ultima modalità di proposta, che fa da sintesi alle precedenti, si riferisce invece a interventi di empowerment che, riconoscendo valore alla narrazione e alle storie, consentano di rinominare le proprie pratiche di cura e immaginare nuovi orizzonti di pensiero e azione possibile. In queste proposte, in ottica co-evolutiva, la co-costruzione di un nuovo modo di stare nella relazione educativa non riguarda solo i padri e le madri coinvolte, ma anche chi ne accompagna le pratiche, chiamato a risignificare il proprio vissuto rispetto alla maternità/paternità, facendo i conti con fantasie, aspettative, pregiudizi e stereotipi sull'idea di genitorialità e di relazione di accudimento. Al di là allora delle molteplici azioni che possono essere attivate, a fare la differenza è la postura con cui queste forme di accompagnamento vengono concepite e realizzate. È fondamentale promuovere un atteggiamento di osservazione e ascolto, che sappia far maturare un tempo e uno spazio in cui a dominare siano le domande e non le risposte, addomesticando tutti a una cultura dell'attesa e della fiducia.

4. Domiciliarità e servizi per l'infanzia

Non è sempre possibile per le famiglie immigrate trovare sostegno nei servizi socio-sanitari e spesso ad avere un ruolo strategico è il mondo dell'educazione.

In alcune circostanze, qualora il sistema lo preveda e le condizioni lo richiedano, vengono attivati servizi educativi domiciliari, con funzioni non soltanto di protezione dei più piccoli, ma di accompagnamento degli adulti di riferimento, in termini di crescita e promozione dall'interno (Sellenet, 2006; Milani e Ius, 2010). Il sostegno domiciliare, di fatto, può attivare apprendimenti significativi che richiamano il coinvolgimento nelle pratiche di cura della coppia, la promozione di reti sociali informali, la possibilità di confrontarsi sui comportamenti dei bambini e sulle risposte degli adulti, rinegoziando e risignificando l'azione se necessario e proponendo modalità comportamentali alternative, da testare insieme (Serbati, 2014). La difficoltà di guadagnare fiducia e di costruire una

relazione significativa è il compito principale degli educatori, che devono mettere in conto anche eventuali frustrazioni, tempi molto distesi, resistenze. Il loro lavoro prevede anche l'impegno a spogliarsi di eventuali pregiudizi e stereotipi per tentare di regalare uno sguardo benevolo e attento, capace di attivare una spirale della riuscita (Milani, 2018). Il significato dell'intervento si colloca sull'opportunità di motivare il senso di quella presenza, tentare occasioni di sintonizzazione con i genitori, sapere scovare la bellezza nelle pratiche osservate, accogliere l'orizzonte dei desideri più o meno esplicitati e valorizzare i piccoli cambiamenti (Premoli, Confalonieri e Volpi, 2012). La presenza nel contesto casalingo permette anche a eventuali interventi educativi proposti dai servizi sanitari di poter essere testati insieme, compresi e interpretati. La formazione del personale educativo in questo senso deve essere ripensata e rimodulata sia in termini di riflessività e di competenze relazionali, per evitare che si trasformi in un fare assistenzialistico e di controllo che facilmente cade nel giudizio, nella sostituzione e nell'anticipazione, perdendo il valore dell'orizzontalità. «Prestare attenzione, ascoltare, esserci con la parola (e con i dovuti silenzi), comprendere, sentire con l'altro, esserci in una distante prossimità, con delicatezza e con fermezza, capaci di sostenerne la fatica» (Mortari, 2017, p. 38).

Oltre alla domiciliarietà, i servizi per l'infanzia rappresentano un importante punto di riferimento nei primi anni di vita: come luoghi comunitari e di relazionalità, sono in grado di supportare e accompagnare la famiglia migrante nel percorso di crescita dei propri figli con disabilità, a beneficio tanto del bambino quanto soprattutto delle madri, che possono trovare uno spazio di conoscenza e di confronto fra loro e con le educatrici (Bolognesi, 2010; Bini, 2018). Quello che gli insegnanti dovrebbero tener presente è, oltre il dolore e la sofferenza che accompagna la comunicazione della diagnosi, ciò che l'inizio della scuola rappresenta per questi genitori. Infatti, nel ciclo vitale della famiglia posta in situazioni di disabilità, uno degli eventi critici è dato dall'ingresso a scuola. L'ingresso a scuola di alunni disabili rappresenta per le famiglie un momento molto delicato: il figlio con tutta la sua diversità entra in uno spazio relazionale pubblico e sociale, differente dalla sfera privata e intima (Bichi, 2006, p. 138). Il personale educativo ha quindi, da una parte, un compito di autoriflessione rispetto alle traiettorie di crescita dei bambini e, dall'altra, di autentico supporto agli adulti di riferimento.

Le caratteristiche della cura si esplicitano nella relazione educativa, nell'accoglienza dei bisogni individuali di ciascun bambino, nella progettazione e realizzazione di esperienze che hanno per finalità, in un'ottica inclusiva, il conferimento a tutti i bambini della possibilità di sperimentare percorsi di crescita rispettosi dei bisogni e delle abilità personali (Pennazio, 2017, p. 91).

L'identificazione del deficit è un momento fondamentale che non può essere sconosciuto dal mondo educativo: una diagnosi diventa occasione di riflessione educativa se è espediente per aver cura dell'esistenza di ogni bambino, riconosciuto per quello che è e potrà essere. I servizi per la prima infanzia hanno quindi il compito di costruire una cultura di validità e di riconoscimento, una possibilità di individuare ciò che ogni bambino *sa fare* e ciò che *sa fare se*, attraverso un'attenta scelta dei mediatori più opportuni nelle diverse situazioni. In questo senso il mondo educativo partecipa con forza alla definizione di un nuovo immaginario da parte della famiglia prima e di tutta la comunità poi, tentando di ribaltare l'idea che una certificazione attesti solo mancanze e incapacità. Inizialmente i genitori non conoscono il servizio e faticano a comprenderne il significato, vivendolo con ansie e paure che difficilmente vengono verbalizzate.

L'attenzione è posta alla cura primaria e ai bisogni essenziali, anche perché i vissuti legati alla comunicazione recente della diagnosi ricevuta sono ancora molto forti e non necessariamente bonificati. Mano a mano, se l'ambientamento ha avuto un esito positivo, ne cominciano a cogliere la dimensione educativa e l'orizzonte di aspettative si sposta sulle aree della relazione e della comunicazione. Da qui a breve le famiglie impareranno a cogliere la dimensione globale di crescita, interrogando anche le loro azioni (Favaro, Mantovani e Musatti, 2006).

Il problema della lingua non è secondario. Se in termini di accessibilità è possibile che il servizio produca delle comunicazioni tradotte in più lingue, nella quotidianità vanno messe in campo possibilità di mediazioni linguistiche, relazioni con i centri culturali del territorio, utilizzando in extremis le risorse interne disponibili, quali genitori e/o bambini più grandi che padroneggiano già l'italiano.

Nella relazione con le famiglie, diventano fondamentali alcuni momenti della vita del centro educativo che consentono una conoscenza della coppia: il primo colloquio, l'ambientamento e l'occasione quotidiana di confrontarsi. Si pensa erroneamente che i servizi possano essere di supporto alla genitorialità soltanto in alcuni momenti specifici e pensati ad hoc: immagino interventi pomeridiani e/o serali dedicati agli adulti. In realtà la qualità dei sostegni si gioca proprio in alcune momenti privilegiati delle relazioni giornaliere. Diventano così centrali due routine della vita di nidi e centri per bambini e bambine, non sempre valorizzate come meriterebbero: il momento dell'accoglienza in mattinata e quello del congedo all'uscita. In questi spazi vi è la possibilità di ricevere, contenere e condividere vissuti emotivi e narrazioni da parte del nucleo parentale prima e del personale educativo poi: sono occasioni di transizione e di comunicazione che, se adeguatamente accompagnate, possono diventare momenti preziosi capaci di modellare in maniera congiunta le pratiche. Può accadere, e va messo in conto, che i genitori non attribuiscono subito valore a queste occasioni e siano portati a viverle con celerità: è compito del personale educativo far crescere questa attenzione, permettere loro di sperimentarne le potenzialità. La logica del rimanere sulla soglia, fisicamente ma anche metaforicamente (Bove e Mantovani, 2006), è infatti un elemento di criticità che può nel tempo degenerare in incomprensioni, soprattutto se non si hanno le parole per dire ciò che si pensa (Silva, 2004, p. 101).

I servizi per l'infanzia offrono anche opportunità di socializzazione e di scambio, soprattutto nell'organizzazione di momenti alla pari. Oltre alla gestione sociale, che è comunque un momento di condivisione, è possibile trovare altri spazi dello stare insieme per mettere in comune vissuti ed esperienze, accompagnati da educatrici e coordinatori pedagogici, con lo scopo non soltanto di scambiarsi pratiche di cura, ma anche la fatica e il piacere dell'essere genitore. In questi luoghi ricercati, la cornice che maggiormente valorizza le parole e i silenzi di tutti e ciascuno è quella narrativa, che consente alle storie di potersi presentare nel loro senso e permette anche un dialogo tra le tante configurazioni umane di esprimere la cura genitoriale e di configurare le infanzie, la disabilità e il proprio progetto di vita.

Conclusioni: largo agli sconfinamenti

Il tema del sostegno alla genitorialità appare oggi fondamentale soprattutto per far sì che la doppia differenza non diventi un tentativo duplicato di riparare e sanare (Cooc e Kiru, 2018). Le famiglie che provengono da percorsi migratori, pur vivendo l'esperienza dolorosa della nascita di un bambino o di una bambina con disabilità, hanno diritto ancora

a coltivare immaginazione e speranza. Mondo socio-sanitario e mondo educativo, adeguatamente formati, sono chiamati a costruire sempre più una *community care* in grado di accogliere un meticciamiento professionale che, senza timore, sappia riconoscere la validità di questi contesti parentali: mettere in conto l'importanza del poter imparare l'unicità dei loro figli, la specificità dell'educazione familiare, un lessico specifico di valori e di pratiche. In questa direzione andrebbero alimentate piste di ricerca che interrogino gli impliciti iniziali dei professionisti, ancora fortemente connotati in termini di pregiudizi e stereotipi rispetto a questi mondi (Martínez-Álvarez, 2020) e le possibili forme di supervisione e coordinamento che possano sostenere le relazioni di aiuto. Nella necessità di attivare reti di professionisti che sappiano dar vita a circoli virtuosi tra saperi e spazi di intervento, va recuperata con forza la centralità di pratiche di documentazione, che sappiano tenere memoria di ciò che ha funzionato ed è stato costruito insieme (Arndt, Rothe, Urban e Werning, 2013) e che allertino, in termini riflessivi, rispetto a possibili e facili innamoramenti o presunzioni che non fanno crescere insieme. Il riconoscimento di sé e degli altri diventa allora anello di congiunzione anche in termine di presa in carico:

[...] la cura non è disimpegno, è assunzione di responsabilità, è il coraggio dell'esporsi, del mostrarsi, dell'offrirsi all'altro anche come esemplarità, dell'esprimere le proprie idee, le proprie convinzioni, le proprie scelte, la propria morale, mai in modo dogmatico, mai con certezze assolute di cui si è depositari e trasmettitori, ma con risposte a un continuo e inesauribile domandare, come mete provvisorie di un viaggio che non ha mai fine (Fadda, 2016, p. 202).

I contesti educativi in particolare, assumendo con forza un'etica della possibilità che alimenta la capacità di aspirare e di sperimentare spazi e tempi di partecipazione informata e critica (Appadurai, 2014), hanno il compito di favorire e promuovere alcuni sconfinamenti: non c'è bisogno solo di ribaltare le narrazioni tossiche che vorrebbero leggere le differenze sempre come scarto, ma anche di mettere in campo gesti di cura aperti e sostenibili che lascino, a chi partecipa, l'opportunità, all'occorrenza, anche di dis-apprendere e scardinare.

Bibliografia

- Amadini M. (2011), *Infanzia e famiglia. Significati e forme dell'educare*, Brescia, La scuola.
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina.
- Appadurai A. (2014), *Il futuro come fatto culturale*, Milano, Raffaello Cortina.
- Arndt A. K., Rothe A., Urban M. e Werning, R. (2013), *Supporting and stimulating the learning of socioeconomically disadvantaged children—perspectives of parents and educators in the transition from preschool to primary school*. In «European Early Childhood Education Research Journal», Vol. 21, n. 1, pp. 23-38.
- Bandura A. (1977), *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. In «Psychol Rev», Vol. 84, n. 2, pp. 191-215.
- Barbetta P. (a cura di) (2005), *Le radici culturali della diagnosi*, Roma, Meltemi.
- Beneduce R. (2013), *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*. In «Aut Aut», Vol. 357, pp. 187-211.
- Bichi L. (2011), *Disabilità e pedagogia della famiglia. Madri e padri di figli speciali*, Pisa, ETS.
- Bini E. (2018), *Welcoming families with disabled children in migratory contexts. Perspectives of integration in Bologna*. In «REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana», Vol. 26, n. 52, pp. 209-222.

- Black M. M., Walker S. P., Fernald L. C., Andersen C. T., Di Girolamo A. M. e Devercelli A. E. (2017), *Early childhood development coming of age: science through the life course*. In «The Lancet», Vol. 389, n. 10064, pp. 77-90.
- Bolognesi I. (2010), *Le famiglie immigrate e i servizi per la prima infanzia: modelli di cura e strategie educative a confronto*. In «Ricerche di Pedagogia e Didattica», Vol. 5, n. 1, pp. 1-21.
- Bonifacci P. (2010), *Lo sviluppo cognitivo bilingue*. In S. Contento (a cura di), *Crescere nel bilinguismo. Aspetti cognitivi, linguistici ed emotivi*, Roma, Carocci, pp. 29-40.
- Bove C. e Mantovani S. (2006), *Alle soglie della consapevolezza*. In G. Favaro, S. Mantovani e T. Musatti, (a cura di), *Nello stesso nido. Famiglie e bambini stranieri nei servizi educativi*, Milano, Franco Angeli, pp. 13-34.
- Branchi C. (2015), *Proiezioni. Appunti sui test psicodiagnostici e il loro uso in sede di valutazione del minore straniero e della sua famiglia*. In «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», Vol. 39-40, pp. 201-216.
- Bronfenbrenner U. (2002), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, il Mulino.
- Caldin R. (2011), *Alunni con disabilità figli di migranti. Intrecci, contrasti, prospettive*. In «Educazione Interculturale. Culture, esperienze, progetti», Vol. 9, n. 1, pp. 27-37.
- Caldin R. (a cura di) (2012), *Alunni con disabilità, figli di migranti. Approcci culturali, questioni educative, prospettive inclusive*, Napoli, Liguori.
- Caldin R., Cinotti A. (2013), *Padri e figli/e disabili: vulnerabilità e resilienze*. In «Studium Educationis-Rivista quadrimestrale per le professioni educative», Vol. 3, pp. 93-102.
- Cardinali C. (2018), *Rieducazione e capacitazione: il paradigma dello Sviluppo Umano per l'inclusione sociale*. In «FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione», Vol. 16, n. 3, pp. 49-60.
- Cheyney-Collante K. e Cheyney M. (2018), *Early childhood leadership: A photovoice exploration*. In «The Qualitative Report», Vol. 23, n. 9, pp. 2151-2180.
- Cooc N. e Kiru E. W. (2018), *Disproportionality in special education: A synthesis of international research and trends*. In «The Journal of Special Education», Vol. 52, n. 3, pp. 163-173.
- Daniele V. (2017), *Investire nell'infanzia. La prospettiva economica e il caso italiano*. In «Quaderni ACP», Vol. 24, n. 1, pp. 25-30.
- EuroChild (2012), *Compendium of Inspiring Practices on Early Intervention and Prevention in Family and Parenting Support*. In https://www.eurochild.org/fileadmin/public/05_Library/Thematic_priorities/03_Family_Parenting_Support/Eurochild/Early_intervention_and_prevention_in_family_and_parenting_support.pdf [consultato il 20/05/2020].
- European Agency for Development in Special Needs Education (2009), *Multicultural Diversity and Special Needs Education*, European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark.
- European Commission (2011), *Early Childhood Education and Care: Providing all our children with the best start for the world of Tomorrow*. In https://childhub.org/en/system/tdf/library/attachments/1195_childhoodcom_en_original.pdf?file=1&type=node&id=6518 [consultato il 15/05/2020].
- Fadda R. (2016), *Promessi a una forma. Vita, esistenza, tempo e cura: lo sfondo ontologico della formazione*, Milano, FrancoAngeli.
- Favaro G., Mantovani S. e Musatti T. (2006), *Nello stesso nido. Famiglie e bambini stranieri nei servizi educativi*, Milano, FrancoAngeli.
- Fiorucci M., Pinto Minerva F. e Portera A. (a cura di) (2017), *Gli alfabeti dell'intercultura*, Pisa, ETS.
- Flamini S. e Pellicciari M. (2019), *Difficoltà di apprendimento e pratiche di medicalizzazione. Una ricerca antropologica sulla questione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)*. In «L'Uomo società tradizione sviluppo», Vol. 9, n. 1, pp. 73-93.
- Frances A. (2013), *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie*, Torino, Bollati Boringhieri.

- Goussot A. (2010), *Bambini stranieri con bisogni speciali: rappresentazione della disabilità dei figli da parte delle famiglie migranti e degli insegnanti*. In «Ricerche di Pedagogia e didattica», Vol. 5, n. 1, pp. 1-26.
- Goussot A. (2011), *Bambini “stranieri” con bisogni speciali: saggio di antropologia pedagogica*, Roma, Aracne.
- Goussot A. (2015), *I rischi di medicalizzazione nella scuola. Paradigma clinico-terapeutico o pedagogico*. In «Educazione democratica», Vol. 9, pp. 15-48.
- Irwin L. G., Siddiqi A. e Hertzman G. (2007), *Early child development: a powerful equalizer*, Vancouver (BC), Human Early Learning Partnership (HELP).
- Italia T. (2016), *Il futuro nelle nostre mani: investire nell'infanzia per coltivare la vita*, Bologna, Il Mulino.
- Lazzari A. (a cura di) (2016), *Un quadro europeo per la qualità dei servizi educativi e di cura per l'infanzia: proposta di principi chiave*, San Paolo di Argon (BG), Zeroseiup.
- Legge 28 agosto 1997 n. 285 *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*. In: <https://www.camera.it/parlam/leggi/972851.htm> [consultato il 07/11/20].
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. In: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/003281.htm> [consultato il 07/11/20].
- Le Du C. (2009), *Test psicologi e fattori culturali*. In T. Baubet, M.R. Moro, *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Roma, Koinè, pp. 113-152.
- Licata I. (2009), *Vivere con l'incertezza radicale: il caso esemplare del folding protein*. In «Riflessioni Sistemiche», Vol. 1, pp. 66-74.
- Martinazzoli C. (2012), *Due volte speciali. Quando gli alunni con disabilità provengono da contesti migratori*, Milano, Franco Angeli.
- Martínez-Álvarez P. (2020), *Essential constructs in the preparation of inclusive bilingual education teachers: Mediation, agency, and collectivity*. In «Bilingual Research Journal», Vol. 43, n.1, pp. 1-19.
- Mercuriali E., Gonano S. e Tessari L. (2015), *Il bambino con disabilità visiva e pluriminorazione: l'intervento precoce della Fondazione Robert Hollmann*. In A. Cesaro, *Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità*, Milano, Carocci, pp. 159-187.
- Merzagora I., Travaini G., Pizzoli S. e Caruso P. (2016), *Il perito e lo straniero*. In «Italian Journal Of Criminology», Vol. 10, n. 4, pp. 247-256.
- Milani P. (2018), *Educazioni e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*, Roma, Carocci.
- Milani P. e Ius M. (2010), *Sotto un cielo di stelle. Educazione, bambini, resilienza*. Milano, Raffaello Cortina.
- Mortari L. (2017), *L'essenziale per la vita. Per una filosofia della cura*. In «Journal of Medicine and the Person», Vol. 1, pp. 36-38.
- Palmieri C. (2008), *Diagnosi educativa e pratiche di conoscenza. Riflessioni dall'osservatorio “handicap”*. In Palmieri C. e Prada G. (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*. Milano, FrancoAngeli, pp. 17-53.
- Pennazio V. (2017), *Il nido d'infanzia come contesto inclusivo. Progettazione e continuità dell'intervento educativo per il bambino con disabilità nei servizi educativi per l'infanzia*, Milano, FrancoAngeli.
- Persico M.T. (2017), *Costruire un terreno comune per accorciare le distanze*, In «L'ABILITÀ NEWS», Vol. 3, pp. 10-11.
- Premoli S., Confalonieri M. e Volpi M. (2012), *In «terra straniera» serve tempo. Entrare come educatrici a casa di bambini e genitori vulnerabili*. In «Animazione sociale», Vol. 43, n. 259, pp. 91-101.
- Rapp R. e Ginsburg F. (2011), *The paradox of recognition: success or stigma for children with learning disabilities*. In J. McLaughlin (a cura di), *Contesting Recognition: Contemporary Cultural and Institutional Disputes*, New York, Palgrave, pp. 166-186.

- Rovatti P.A. (2000), *La follia, in poche parole*, Milano, Bompiani.
- Sabatinelli S. (2016), *Politiche per crescere. La prima infanzia tra cura e investimento sociale*, Bologna, il Mulino.
- Sannipoli M. (2018), *Cantieri di genitorialità solidale: un progetto di empowerment comunitario*. In «Annali online della Didattica e della Formazione Docente», Vol. 15-16, pp. 450-463.
- Scardicchio A. C. (2019), *Curare, guardare: Espistemologia ed estetica dello sguardo in Medicina*, Milano, FrancoAngeli.
- Sellenet C. (2006), *L'enfance en danger. Ils n'ont rien vu?* Paris, Editions Belin.
- Sen A. (2014), *Lo sviluppo è libertà*, Milano, Mondadori.
- Serbati S. (2014), *Famiglie vulnerabili: un'esperienza di «educativa domiciliare*. In «Rivista Italiana di Educazione Familiare», Vol. 1, pp. 5-20.
- Shonkoff J. P. e Richmond J. B. (2009), *Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society*. In: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/669/investment-in-early-childhood-development-lays-the-foundation-for-a-prosperous-and-sustainable-society.pdf> [consultato il 07/11/20].
- Silva C. (2004), *Dall'incontro alla relazione. Il rapporto fra scuola e famiglie immigrate*, Milano, Unicopli.
- Tamburlini G. (2014), *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche*. In «Medico e Bambino», Vol. 33, pp. 232-239.
- Tseng W-S, Matthews D. e Elwin T.S. (2012), *Cultural Competence in Forensic Mental Health. A Guide for Psychiatrists, Psychologists and Attorneys*, New York - London, Routledge.
- Van de Vijver F. e Tanzer N.K. (1997), *Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview*. In «Revue Européenne de Psychologie Appliquée», Vol. 47, n. 4, pp. 263-270.
- Zambianchi E. (2012), *Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi*. In «Formazione & Insegnamento», Vol. 10, n. 3, pp. 79-94.
- Zanobini M., Manetti M. e Usai M. C. (2002), *La famiglia di fronte alla disabilità. Stress, risorse e sostegni*, Trento, Erickson.
- Zuppiroli A. (2005), *Riduzionismo medico e senso della cura*. In G. Marrone (a cura di), *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Milano, pp. 100-108.