

La presa in carico dei bambini disabili provenienti da contesti migratori. Cura educativa e relazione con le famiglie

Emanuela Bini

Insegnante - Ministero della Pubblica Istruzione

Sinossi: Negli ultimi anni si è registrato un aumento del numero di alunni disabili provenienti da contesti migratori, in particolare nella scuola dell'infanzia e primaria. Si tratta di un fenomeno strutturale che invita i servizi socio-sanitari e la scuola - enti coinvolti nella presa in carico di soggetti disabili - a rivedere gli approcci metodologici e organizzativi in chiave multiculturale per implementare adeguati interventi inclusivi. Nell'articolo si focalizza l'attenzione sulla presa in carico degli alunni migranti con certificazione di disabilità che hanno affrontato con la famiglia il viaggio dal Paese di origine in Italia.

Parole chiave: disabilità, migrazione, vulnerabilità, cura educativa, famiglie migranti, interventi globali

Abstract: The increasing number of disabled children coming from migratory backgrounds in kindergarten and in primary school has become a structural aspect of Italian society. Health services and school - Institutions involved in the rehabilitative and educational project of disabled children – are invited to renew methodological approaches in a multicultural perspective in order to guarantee inclusion. This article focuses on migrant disabled children who faced the migratory experience with their families from their homeland to Italy.

Keywords: disability, migration, vulnerability, educational care, migrant families, global actions

Introduzione

La migrazione costituisce un'esperienza critica, a volte traumatica, poiché implica la separazione da una realtà conosciuta. Il migrante deve ambientarsi in un nuovo contesto sociale e culturale, spesso deve cambiare abitudini e apprendere una nuova lingua. Tra le principali motivazioni che spingono i migranti a lasciare il proprio Paese si annoverano la ricerca di un lavoro e la prospettiva di un miglioramento delle proprie condizioni socio-economiche. In molti casi, emergono motivazioni più urgenti dal punto di vista umanitario, come la fuga da una guerra da Paesi che negano i diritti umani o, nel caso di famiglie con bambini disabili, la prospettiva di un'adeguata assistenza medico-riabilitativa. La disabilità rappresenta il motore che avvia il progetto migratorio, che coinvolge l'intero nucleo familiare pronto a partire con la speranza di migliorare le condizioni di salute del minore (Argiropoulos, 2009, p. 4). In alcuni casi, la famiglia decide di partire anche per allontanarsi da un contesto in cui la disabilità del bambino non viene accolta e tutelata (Bini, 2018, p. 211). In queste circostanze, la normativa prevede la possibilità di attivare dei corridoi umanitari per permettere ai richiedenti asilo in condizione di vulnerabilità (disabilità, gravi malattie) di raggiungere l'Europa con un regolare visto per motivi umanitari. Si tratta di un intervento volto a razionalizzare i flussi migratori e a sottrarre i richiedenti asilo al dramma dei viaggi clandestini per mare o per terra. In Italia i primi corridoi umanitari sono stati attivati nel biennio 2015-2016, attraverso un protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Interno e la Comunità di Sant'Egidio (Codini, 2016, pp. 106-107).

Negli ultimi anni si è registrato in Italia un aumento dei bambini migranti con disabilità iscritti a scuola. Il carattere strutturale del fenomeno invita i servizi socio-sanitari e la scuola - enti coinvolti nella presa in carico del minore per garantire il diritto alla salute e all'istruzione - a rivedere le pratiche di accoglienza e di accompagnamento per implementare efficaci percorsi inclusivi. La presa in carico di un bambino disabile coinvolge diverse figure professionali; nello specifico, per i servizi socio-sanitari, figure quali: neuropsichiatra infantile, e laddove previsto, sulla base del tipo di deficit e del percorso riabilitativo, logopedista, psicomotricista, educatore e/o assistente alla comunicazione; per la scuola: insegnanti curricolari; insegnanti di sostegno ed educatori. Le figure professionali collaborano nel lavoro di rete per definire il percorso riabilitativo ed educativo insieme alla famiglia con la quale viene sottoscritto il Piano Educativo Individualizzato (PEI). Durante l'anno scolastico momenti di raccordo e di confronto sono rappresentati dai Gruppi Operativi, riunioni, cui partecipano le figure dell'équipe medico-pedagogica e i genitori del minore.

Ad oggi non esiste una riflessione consolidata sul tema della doppia diversità. Non sono stati definiti protocolli, circolari ministeriali o linee guida specifiche, situazione che può tradursi nella mancanza di una chiara ed univoca idea di intervento. Utili indicazioni emergono dalle prime ricerche che hanno indagato il tema in Emilia Romagna¹, regione che insieme a Lombardia e Veneto, presenta la più alta percentuale di alunni disabili migranti (MIUR, 2019, p. 17).

La duplice diversità nell'esperienza migratoria

La migrazione è un evento traumatico, in quanto comporta l'allontanamento da un contesto conosciuto ed implica una riorganizzazione delle capacità adattive e difensive del soggetto; tuttavia, in alcuni casi, può rivelarsi una circostanza dalle potenzialità creative (Moro, 2005, p. 111).

I bambini disabili figli di migranti arrivati in Italia dai loro Paesi di origine vivono una condizione di vulnerabilità dovuta al carattere peculiare della duplice diversità. Da un lato emergono le difficoltà di ambientamento sperimentate dai bambini migranti, dall'altro lato emergono le fragilità della condizione di disabilità.

Quali sono le principali dinamiche che i bambini disabili provenienti da contesti migratori devono affrontare nel nuovo Paese?

La vulnerabilità derivante dallo stress dell'esperienza migratoria vissuta in prima persona (viaggio e sradicamento dal Paese di origine) rappresenta un aspetto molto importante. I bambini migranti vivono sospesi tra due sistemi simbolico-culturali e sperimentano una condizione di fragilità dovuta alla scissione tra il mondo interiore affettivo (la famiglia, la lingua di origine usata in casa, la

religione, le tradizioni culturali del Paese dei genitori) e il mondo esterno, della razionalità e del pragmatismo (società italiana, *media*, amici, scuola, italiano).

Occorre sostenere i bambini nella costruzione del «ponte simbolico» tra le due dimensioni. Vivere tra mondi culturalmente diversi non è tuttavia solo sinonimo di vulnerabilità psichica («rischio del transculturale»); se si è sostenuti in un clima di reciproco riconoscimento, è anche sinonimo di potenzialità creatrici insite in ogni bambino che va considerato nella sua globalità e nel suo carattere culturalmente meticcio (Goussot, 2010, p. 4 e 9).

Lo studio che Moro ha condotto in Francia individua tre fasi di maggiore vulnerabilità nella vita dei bambini migranti: il primo anno di vita, l'ingresso del bambino alla scuola primaria e l'adolescenza. Tutte e tre le fasi pongono al centro il legame del bambino con i genitori, il legame con il mondo culturale che essi rappresentano e il legame con il mondo esterno.

Moro (2005, p. 103) ricorre alla figura del «bambino esposto» per descrivere la condizione di vulnerabilità, in quanto «il figlio dei migranti è esposto ad un rischio specifico, il rischio transculturale, quello del passaggio da un mondo all'altro, e anche a quello del meticciamento». L'esposizione al nuovo mondo è in molti casi un'acculturazione brutale in quanto i genitori non conoscono il contesto di approdo e non sono in grado di essere mediatori consapevoli e responsabili tra il minore e la realtà esterna.

Per Moro (2005, p. 187) il «rischio del transculturale» al quale i bambini migranti sono esposti (rottura insanabile tra due mondi culturali, vulnerabilità, difficoltà relazionali) è favorito da una serie di fattori come la migrazione dei genitori trasmessa ai figli sotto forma di trauma non elaborato, atteggiamenti ambivalenti verso la migrazione, difficoltà a rapportarsi con il mondo esterno, mancanza di una guida, basso livello di autostima nei genitori, trasmissione caotica dei valori, assenza di modelli di identificazione e di sostegno per i bambini che crescono nel nuovo contesto, difficoltà sociali che gravano sulla famiglia migrante.

Esistono due scenari legati al «rischio del transculturale»: se esso non è ben controllato, il vissuto traumatico della migrazione determinerà disagio e sofferenza; al contrario se ben controllato, nei seguenti casi si rivelerà un processo dinamico e creativo: bambini che beneficiano di un ambiente sicuro e ricco di stimoli; bambini che incontrano adulti che svolgono la funzione di guida nel nuovo mondo; bambini resilienti con un elevato livello di stima personale (Moro, 2005, p. 102).

Nel caso di bambini migranti con disabilità, a seconda del tipo e della gravità del deficit, le difficoltà derivanti dal trauma migratorio e dalle dinamiche, spesso complesse, che influenzano la riorganizzazione psico-culturale, si sommano alle difficoltà legate alla disabilità, condizione spesso oggetto di discriminazioni e pregiudizi.

Come indicato nel documento *Action Plan 2006-2015* del Consiglio d'Europa (2006), le persone appartenenti a gruppi minoritari, migranti e rifugiati disabili potrebbero affrontare condizioni di svantaggio multiplo a causa della discriminazione e della mancanza di familiarità con i servizi. Nel documento, si evidenzia che gli Stati membri devono assicurare sostegno alle persone con disabilità, tenendo in considerazione la lingua madre, il *background* culturale e i bisogni speciali (Traina e Caldin, 2014, pp.174-175).

Il documento europeo coglie la complessità della duplice diversità e invita a supportare i bambini migranti disabili per evitare che diventino oggetto di discriminazioni multiple, nel caso specifico, il razzismo legato alle origini culturali e i pregiudizi legati alla disabilità, dinamiche che potrebbero portare alla solitudine e all'esclusione sociale (Traina e Caldin, 2014, p. 176).

Cura educativa

La riabilitazione e l'educazione sono ambiti operativamente diversi, ma complementari, attraversati da una logica progettuale che garantisce lo sviluppo del soggetto, cercando di intervenire sui contesti e sulle risorse per favorire una migliore qualità della vita. Di fronte al carattere ormai strutturale della presenza di soggetti migranti con disabilità, si evidenzia la necessità di individuare adeguate pratiche di intervento nei contesti socio-sanitari e scolastici (Goussot, 2009, pp. 128-129).

Nel percorso di inclusione, accanto al concetto di cura sanitaria tipica dell'ambito medico-riabilitativo, risulta interessante introdurre la concezione di cura educativa per avvicinarsi alla condizione di doppia fragilità (essere migrante e al contempo disabile). Si tratta di un orientamento progettuale che si integra con l'approccio sanitario. Per certi aspetti nella concezione di cura educativa si rintracciano gli aspetti salienti del modello biopsicosociale e multidimensionale dell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, 2001; pubblicato in Italia nel 2002 con il titolo di Sistema di Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute). In particolare, si rileva l'attenzione alla persona e al contesto che, declinata in chiave psico-pedagogica, è inserita in una prospettiva futura.

«La cura educativa non è cura sanitaria, né terapia, ma si risolve in un sistema in fieri di regole comunicative, sociali, relazionali che permettono a un soggetto di divenire ciò che può» (Gaspari, 2002, p. 63). In questa accezione, la cura non è considerata solo come intervento di tipo medico su un problema di tipo organico, ma è un orientamento, l'«aver cura», cioè il preoccuparsi, il prestare attenzione all'esistenza del soggetto e della sua famiglia nel percorso di inclusione, attivando un progetto aperto alla possibilità in una prospettiva di crescita nel tempo.

Il soggetto con disabilità è considerato come persona, nel suo «poter- essere», protagonista del percorso di autorealizzazione personale. Il «poter- essere» si richiama al tema delle possibilità che in Pedagogia, soprattutto in Pedagogia speciale, costituiscono le grandi sfide di fronte ai deficit più gravi laddove il senso comune non vede alcuna forma di miglioramento (Caldin, 2005, p. 49).

«La cura autentica presuppone l'apertura al tempo futuro, è progettualità educativa che si evolve in autoeducazione: l'aver cura di un'altra persona significa facilitarne il “poter-essere”, la propria unica ed irripetibile progettualità esistenziale, il protagonismo nell'avventura del vivere» (Caldin, 2005, p. 51).

Significa accompagnare il soggetto nel cammino di crescita, indicando vie ed incoraggiando percorsi, con la consapevolezza che nessuno può compiere il percorso al posto di un altro.

In particolare, la cura educativa in ambito pedagogico non si configura come una relazione asettica e impersonale, ma come una relazione dialogica basata sullo scambio di umanità. «La dimensione del comprendere l'altro nella sua unicità e storicità, ovvero nella sua concretizzazione dialogica è una modalità fondamentale della cura educativa» (Gaspari, 2002, p. 19). Aver cura significa aprirsi all'Altro - incontro con il co-esistere degli altri nel mondo -, porsi nell'ottica della reciprocità e progettare, organizzare modalità di intervento che apportino possibilità di cambiamento in sinergia con la rete di servizi (Gaspari, 2002, p. 65).

Aver cura significa costruire un contesto che valorizzi le abilità, avvalendosi di adeguate risorse materiali e umane con chiare e specifiche competenze, responsabilità e spirito di collaborazione.

La rete di servizi è anche rete di competenze, che debbono integrarsi in sistema, allo scopo di tradurre l'autonomia del soggetto con bisogni educativi speciali raggiungibile nei diversi ambiti, in autonomia della persona nel suo complesso e, comunque, in una migliore qualità della vita. Il progetto di promozione umana, fondante ogni processo finalizzato a risolvere problemi educativi, nel campo della Pedagogia Speciale si dirama in una coerente articolazione tra intervento sulla menomazione (deficit), che prevede azioni di diagnosi e di cura; intervento sulla disabilità (difficoltà), che necessita di strategie riabilitative; intervento sull'handicap, che richiede la progettazione educativa per ridurlo (Gaspari, 2002, p. 76).

Aver cura significa anche aprirsi all'Altro in un ascolto autentico che, nel campo dell'educazione, si basa sulla rilevazione dei significati della storia personale, partendo dalla narrazione che rappresenta l'origine intima del proprio vissuto (Gaspari, 2002, p. 98).

Questa concezione di cura è fondamentale quando ci si relaziona con utenti migranti provenienti da diversi Paesi, portatori di vissuti particolarmente dolorosi da rielaborare (trauma migratorio, dolore per la condizione di duplice diversità, solitudine).

La relazione con le famiglie migranti

La presenza di migranti con disabilità richiede la ridefinizione degli oggetti, delle metodologie e delle competenze per analizzare i bisogni e progettare l'intervento all'interno dei servizi e delle strutture aperti a tutta la popolazione (Gozzoli e Regalia, 2005, pp. 210-211). In particolare, il tema della disabilità connesso alla multiculturalità invita a rivedere le modalità di relazione e di comunicazione con le famiglie nei servizi socio-sanitari e a scuola.

La famiglia rappresenta infatti il contesto primario di vita del minore ed è un tassello importante nel percorso riabilitativo. Oltre alle frequenti difficoltà linguistiche dei genitori nel comunicare in italiano, un aspetto che può compromettere una buona relazione con la famiglia è costituito dai fraintendimenti culturali circa le rappresentazioni della disabilità di cui sono portatori i genitori del bambino, gli operatori sanitari e gli insegnanti. Se in Europa, per codificare la disabilità e la malattia, prevale il modello medico occidentale basato su una teoria scientifica delle cause delle malattie/deficit, sul ruolo centrale della diagnosi, del dottore, dei farmaci e della riabilitazione, nei Paesi in via di sviluppo, sebbene vi siano i dispositivi di tipo occidentale (ospedali e farmaci), è forte l'utilizzo delle medicine tradizionali fondate su di un senso collettivo e partecipato delle forze della natura e degli uomini; tale medicina viene praticata da pochi capi-gruppo e trasmessa mediante riti di iniziazione e mantenuta segreta.

La medicina tradizionale è quindi medicina ieratica, ma anche mitica o taumaturgica, poiché fa riferimento esplicito a divinità di salute, di malattia, di guarigione, nonché a sacerdoti. Il malato in queste culture è visto nel suo ambiente sociale e culturale, nelle sue relazioni parentali ed amicali, nei suoi rapporti con i defunti e non solo nella sua fisicità (Tognetti Bordogna, 2004, p. 11).

Questi esempi evidenziano che «la disabilità è interpretata, vissuta, rappresentata e quindi presa in carico in modo diverso in base al contesto culturale di riferimento» (Goussot, 2011, p. 15).

Le famiglie migranti giunte in Italia sono portatrici della loro concezione culturale che condiziona il modo di curare, allevare i bambini e di relazionarsi con la disabilità. Numerose ricerche nel campo dell'Antropologia rilevano che negli ultimi anni per effetto del processo di acculturazione è attivo un mescolamento delle pratiche di cura messo in atto dalle madri che si trovano sospese tra il mondo culturale del Paese di origine e il mondo culturale del Paese di approdo; tuttavia si è notato che la cultura di origine rimane il punto di riferimento centrale che orienta le pratiche di cura.

In caso di migrazione, le forme di cura tradizionali tipiche di alcuni Paesi dell'Africa (riti, guaritori delle comunità) non coincidono con il modello bio-medico occidentale che, spesso viene visto dai genitori come un metodo inefficace rispetto alle pratiche magiche della tradizione e dunque è percepito come un modello imposto dal mondo occidentale; in altri casi, il modello bio-medico è considerato come la soluzione dei problemi, l'unica forma di guarigione per il bambino.

Spesso si assiste ad un mescolamento delle pratiche di cura: si seguono i consigli del pediatra e quando si ritorna in patria, ci si rivolge anche al guaritore della comunità. Le interazioni tra le due logiche (la medicina occidentale e modalità di cura tradizionali) sono molto frequenti, possono indicare forme di acculturazione delle famiglie attraverso il contatto con la nuova realtà, in alcuni casi possono indicare il bisogno da parte della famiglia di ricorrere alle forme tradizionali per rafforzare il senso di identità e per affrontare il deficit all'interno di un orizzonte culturale significativo (Moro, 2002, p. 51).

Le rappresentazioni sulla disabilità sono proprie di ciascuna cultura (malattia vista come segno del destino, come punizione, come oscuro presagio), influenzano il modo di reagire ad esse (paura, rassegnazione, senso di colpa), di predisporre un percorso di cura (medicina tradizionale del Paese di origine e/o medicina occidentale) e di elaborare aspettative sulla qualità della vita del minore con disabilità.

Nell'ambito sanitario e scolastico, è dunque importante essere consapevoli dell'esistenza di diverse rappresentazioni culturali sulla disabilità che condizionano modelli di cura che vanno contestualizzati ed indagati. Emerge la necessità di non rimanere ancorati alla concezione bio-medica tipica del panorama occidentale, ma di assumere come punto di riferimento la concezione bio-psicosociale e

multidimensionale dell'ICF (2001; trad. in it., 2002), attenta, oltre al deficit, anche ad altre variabili, come il contesto e la globalità della persona in una prospettiva di crescita futura (Caldin, 2005, p. 60).

In una concezione ampia ed articolata, adeguata a cogliere la complessità esistenziale della condizione del minore disabile figlio di migranti, sia l'agire degli operatori del settore socio-sanitario, sia l'agire degli insegnanti e degli educatori deve fondarsi sulla formazione interculturale per acquisire competenze e conoscenze specifiche e per sviluppare il decentramento culturale e uno «sguardo antropologicamente attrezzato» (Lepore, 2010, p. 104).

Risulta inoltre importante, considerati i processi di meticciamento, oltre alla cultura di origine, conoscere la concezione che *quella* famiglia ha sul bambino per implementare interventi specifici (Bolognesi, 2011, p. 62).

Il servizio di mediazione linguistico-culturale attivo in alcune realtà rappresenta una valida risorsa per facilitare la comunicazione con le famiglie ai Gruppi Operativi o ai colloqui. La figura del mediatore linguistico-culturale assume un rilievo importante non solo in qualità di traduttore, ma anche, e soprattutto, per la sua capacità di costruire un ponte tra due mondi culturali diversi, di decodificare ed esplicitare gli «impliciti culturali» sulle rappresentazioni di disabilità e di cura che altrimenti potrebbero generare incomprensioni (Bini, 2017, p. 208).

Coinvolgere i genitori nella definizione del progetto di vita del minore significa anche accogliere il loro punto di vista e le informazioni in merito al bambino (come percepiscono la disabilità, come vedono il bambino a casa). Le informazioni e le osservazioni delle famiglie sono una risorsa preziosa per costruire il progetto di vita del minore in collaborazione con i servizi socio-sanitari e la scuola (Goussot, 2009, pp. 128-129).

Alcuni ricercatori hanno evidenziato l'importanza di introdurre strumenti che stimolano una partecipazione attiva della famiglia nel percorso riabilitativo. Goussot (2011b, p. 203) suggerisce di introdurre lo strumento della monografia, dossier medico-pedagogico che ricostruisce lo sviluppo e il percorso scolastico del bambino attraverso le osservazioni di diverse figure (professionisti dell'area medico-sanitaria, insegnanti, genitori).

Martinazzoli (2012, p. 150) propone l'anamnesi transculturale, ossia un'intervista rivolta ai genitori con lo scopo di ricostruire la storia del bambino a partire dall'esperienza con i servizi sanitari ed educativi nel Paese di origine e dalle osservazioni dei genitori sul bambino nella quotidianità.

Secondo Goussot (2009, p. 129), «disabilità e differenze culturali si combinano in un intreccio di storie, linguaggi e pratiche che devono potersi esprimere ed essere comprese e sostenute per poter favorire uno sviluppo effettivamente inclusivo».

Conclusioni

Nella definizione del progetto di vita del minore, è necessario definire interventi riabilitativi ed educativi sulla base di orientamenti capaci, da un lato, di cogliere la globalità del bambino disabile nella duplice diversità e, dall'altro lato, di far emergere il vissuto del minore per sostenerlo nell'autorealizzazione personale.

Considerata la particolare situazione di vulnerabilità dei bambini migranti con disabilità, risulta prioritario nel lavoro di rete adottare un approccio capace di ripristinare un'attenzione condivisa all'equilibrio tra la dimensione neurobiologica e la dimensione esistenziale e considerare il soggetto in crescita all'interno di una prospettiva sistemica (Goussot, 2011a, p. 17).

Nella logica progettuale la cura educativa – intesa come aver cura del soggetto, sostenere lo sviluppo delle potenzialità – si integra all'approccio medico-riabilitativo e risulta particolarmente efficace nel sostenere i bambini disabili migranti, portatori di ferite spesso invisibili (trauma migratorio, dolore per la condizione di duplice diversità, solitudine).

Per costruire un clima di collaborazione con i genitori migranti, è importante adeguare le modalità comunicative (mediazione linguistico-culturale) e prevedere la formazione interculturale per permettere alle figure professionali di acquisire uno «sguardo antropologicamente attrezzato», ovvero competenze specifiche di tipo interdisciplinare (etnopsichiatria, antropologia) e di tipo relazionale (empatia, decentramento culturale).

Bibliografia

- Argiropoulos, D. (2009). *Disabilità e immigrazione. In: Atti del VII Convegno Internazionale: La Qualità dell'integrazione scolastica*. Trento, Erickson.
- Bini, E. (2018). Accogliere famiglie con bambini disabili in contesti migratori. Scenari inclusivi a Bologna. *REMHU Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. 26(52): 209-222.
- Bini, E. (2017). Famiglie migranti con minori disabili. Prospettive inclusive nel sistema socio-sanitario e scolastico italiano. *Culture e Studi del Sociale*, 2: 203-211.
- Bolognesi, I. (2008). La lettura del deficit: secondo la cultura di origine o secondo la cultura familiare? *HP AccaParlante*, 2.
- Codini, E. (2016). *Gli aspetti normativi. In: Fondazione ISMU.Ventiduesimo Rapporto sulle migrazioni 2016*. Milano, Franco Angeli.
- Caldin, R. (2005). Identità e cittadinanza nella disabilità: l'approccio pedagogico. *Salute e società*. IV(1).
- Gaspari, P. (2002). *Aver cura. Pedagogia Speciale e territori di confine*. Milano, Guerini.
- Goussot, A. (2011a). Disabilità, rappresentazioni e mondi culturali. *Educazione Interculturale. Culture, esperienze, progetti*. IX, 1.
- Goussot, A. (2011b). *Bambini stranieri con bisogni speciali. Saggio di antropologia pedagogica*, Roma, Aracne Editrice.
- Goussot, A. (2010). Bambini stranieri con bisogni speciali: rappresentazione della disabilità dei figli da parte delle famiglie migranti e degli insegnanti. *Ricerche di Pedagogia e Didattica*, V(1): 1-26.
- Goussot, A. (2009). *Famiglie immigrate e disabilità*. In M. Pavone (a cura di). *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*. Trento, Erickson.
- Gozzoli, C. & Regalia, C. (2005). *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami e interventi psicosociali*. Bologna, Il Mulino.
- Lepore, L. (2010). Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri. *Minori giustizia. Rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione tra minorenni e giustizia*, 3: 94-104.
- Martinazzoli, C. (2012). *Due volte speciali. Quando gli alunni con disabilità provengono da contesti migratori*. Milano, Franco Angeli.
- Moro, M. R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano, Franco Angeli.
- Moro, M. R. (2002). *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Tognetti Bordogna, M. (a cura di) (2005). *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*. Milano, Franco Angeli.
- Traina, I. e Caldin, R. (2014). *Multiple-discrimination of disabled children with a migrant background. In Children and Non-Discrimination. An Interdisciplinarity Textbook*. Estonia, CREAN University Press of Estonia.

Documenti consultati

- MIUR (2019). I principali dati relativi agli alunni con disabilità anno scolastico 2017/2018 (<https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuola-on-line-i-dati-sugli-studenti-con-disabilita-riferiti-all-anno-2017-2018>, ultima consultazione 10/03/2020).