

Il modello del lavoro integrato inclusivo tra vecchie questioni e nuove ipotesi

Elisabetta Bertagnolli¹, Antonio Carollo², Barbara De Vito³, Vincenzo Domenichelli⁴, Aurora Donzelli⁵, Gloria Gleijeses⁶, Francesco Italiano⁷, Giovanna Perricone⁸, Concetta Polizzi⁹, Carmelo Romeo¹⁰, Debora M.L. Simonetti¹¹

¹ Pediatra libera scelta, Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Trento

² Dirigente Psicologo ASP Palermo, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

³ Dirigente medico SC Pediatria d'Urgenza, Ospedale Infantile Regina Margherita; AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

⁴ Direttore Dipartimento Chirurgico Rimini, AUSL Romagna, Direttore UO Chirurgia Pediatrica Romagna, Ospedale Infermi Rimini, AUSL della Romagna, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

⁵ Vicepresidente Società Italiana di Psicologia Pediatrica, psicologa, psicoterapeuta, già coordinatore psicologi distretti Augusta-Lentini, ASP di Siracusa

⁶ Psicologa, UOSD di Neuropsichiatria Infantile, Azienda Ospedaliera Universitaria Luigi Vanvitelli di Napoli, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

⁷ Dirigente medico UO Chirurgia Pediatrica Romagna, Ospedale Infermi Rimini, AUSL della Romagna, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

⁸ Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Comune di Palermo, Professore in quiescenza di Psicologia dello Sviluppo dell'Educazione, e di Psicologia pediatrica, Università degli Studi di Palermo, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

⁹ Professore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione, e di Psicologia Pediatrica Università degli Studi di Palermo, Società Italiana di Psicologia Pediatrica

¹⁰ Presidente della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica, Ordinario di Chirurgia Pediatrica Dipartimento di Patologia Umana dell'Adulto e dell'età evolutiva "G. Barresi" Università di Messina, Direttore Dipartimento Materno Infantile AOU "G. Martino" Messina

¹¹ Dirigente medico, Responsabile UOS Neonatologia, PO "A. Cardarelli" Campobasso, ASREM Molise, Società Italiana di Emergenza e Urgenza Pediatrica

Su promozione della Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIPPed) si è avviato un confronto nazionale tra alcune società scientifiche, che ha dato vita a un protocollo d'intesa tra le stesse, per lo studio e la sensibilizzazione al lavoro integrato inclusivo (LII) in ambito materno infantile e in area pediatrica.

Alla base di questo lavoro vi è una visione comune, la contaminazione, cioè la disponibilità del singolo operatore ad assumere nella propria prospettiva elementi del punto di vista dell'altro, la contemporaneità, quindi il crearsi di nessi in termini di scambio, di collegamenti, di richiamo dell'intervento dell'altro. Vengono individuate come pratiche di LII quelle di professionisti che condividono non solo procedure, ma anche la globale prospettiva di pensiero multidisciplinare, nella pre-

sa in carico e nella costante creazione di nessi, di reciprocità, nel rispetto delle specifiche competenze e della condivisione. Il LII è stato valutato nei territori sanitari scelti, dopo una formazione teorica sui costrutti e presupposti generali, mediante l'utilizzo di una FAD, e in seguito con una formazione sul campo, teorico-pratico-esperienziale, utilizzando strumenti di monitoraggio e valutazione e avvalendosi del metodo dell'osservazione indiretta.

Lo studio servirà ad avere una mappatura rappresentativa della realtà sulla pratica del LII. L'attivazione del monitoraggio dovrebbe avere come effetto quello di indurre una sensibilizzazione, non solo nei termini di una metacognizione, ma anche realizzando alcuni cambiamenti organizzativi e procedurali. Lo studio dovrebbe in ultimo avere lo scopo di migliorare l'organizzazione e mettere l'unità operativa coinvolta in condizione di apprendimento organizzativo.

Premessa

Vengono presentati lo studio e la relativa sensibilizzazione al lavoro integrato inclusivo, esito di un confronto nazionale tra operatori, professionisti che operano in sanità, in area materno-infantile e in area pediatrica, in una realtà ospedaliera o territoriale, universitaria e/o aziendale, sia nell'ambito dell'intervento, sia della ricerca. Tale confronto ha dato vita, su promozione della Società Italiana di Psicologia Pediatrica, a una rete nazionale dedicata tra AIEOP, FIMP, SICP, SICuPP, SIGIA, SIGO, SIMEUP, SIPO, SIPPed, SIPPS, Uniamo Federazione Italiana Malattie Rare, con la manifestazione d'interesse del Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, con il patrocinio di Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. La rete è stata formalizzata attraverso un protocollo d'intesa tra le stesse società, per lo studio e la sensibilizzazione al lavoro integrato inclusivo, nel materno infantile e in area pediatrica [1].

Si riconosce sempre più l'importanza del lavoro integrato come base della presa in carico multiprofessionale in sanità. Questo cambiamento è iniziato con il passaggio a un'organizzazione aziendale, il riconoscimento dei livelli essenziali di assistenza e di prestazione, e una pianificazione per obiettivi. Ciò richiede una *mission* che integri prospettive gestionali e visioni che guidino le scelte. È un'evoluzione da una cultura burocratica, centrata su regole e gerarchia, a una cultura manageriale che gestisce risorse per obiettivi [2].

Quest'ultima non può che essere realizzata mediante l'attenzione alle relazioni e, di conseguenza, attraverso la forte valorizzazione della comunicazione e dell'organizzazione: la prima, che implica inequivocabilmente, al di là del contenuto, la relazione; la seconda, che si struttura come relazione tra soggetti e servizi [3]. In tal senso, la comunicazione, chiama in causa il "dominio" sociale, emozionale, dell'identità, e le strutture cerebrali che orientano i processi che concorrono a definire il funzionamento psicologico dei singoli operatori; inoltre, la comunicazione presiede anche alla trasformazione della memoria cellulare [4-6]. Ogni professionista sanitario così impara nel tempo a pensare e parlare [7], anche in funzione delle esperienze di comunicazione e della loro mentalizzazione [8]. Proprio il recupero di tale prospettiva pone alcune questioni problematiche: la prima tra queste è costituita dall'esigenza d'individuare, come unità di analisi e come matrice del funzionamento dell'organizzazione e del processo di comunicazione, non tanto l'individuo o l'équipe o la squadra, bensì l'aggregazione funzionale o disfunzionale rappresentata dal gruppo [9-10]: un'aggregazione di persone distinte, fondata su una rete non solo di ruoli e compiti, di mete, di norme, di interazioni prolungate, ma di relazioni affettive, nel senso di interazioni e scambi che sono orientati da emozioni, stati d'animo, sentimenti, riconoscimento o disconoscimento, legittimazioni o squalifica, ecc. [9-10].

In questa prospettiva, è essenziale considerare non solo i singoli, ma anche i rapporti tra gli operatori, trasformando la concezione dello stress correlato al lavoro in una visione sistemica che tenga conto del contesto. Questo favorisce il passaggio dall'“integrazione” all'“inclusione”, superando l'assegnazione individuale di atti terapeutici per obiettivi condivisi. Nell'integrazione, gli atti terapeutici avvengono in sequenza, mentre l'inclusione promuove una visione comune che unisce gli operatori in ogni fase del processo di cura. In questo modo, il contributo di ogni professionista amplifica l'efficacia complessiva del processo terapeutico.

Si sviluppa così un modello condiviso di presa in carico [11], che unifica accoglienza, con ascolto attivo e contatto, orientamento, accompagnamento e affiancamento. Ogni operatore rafforza la fiducia dell'utente, stabilizzando il servizio e offrendo supporto attraverso criteri condivisi. Il lavoro integrato inclusivo fa sì che l'utente si senta sostenuto dall'intera struttura e non solo da un singolo operatore.

Dall'insistere all'esistere nel lavoro integrato inclusivo, attraverso l'agentività e l'interdipendenza

“Guardatevi attorno: tutti vivono, solo alcuni esistono. Vivono, ma non esistono, perché in-sistono, perché si collocano dentro. Alcuni, invece e-sistono, hanno il coraggio di collocarsi fuori, di esistere nel senso radicale del termine indicato dalla filologia”. L'analisi approfondita di Vito Mancuso [12] può offrire una comprensione più profonda delle dinamiche che spingono un gruppo a cercare il cambiamento. Esistere, in un senso filosofico, implica il superamento degli schemi tradizionali e la ricerca di nuove modalità di essere e agire nel mondo e quindi “uscire da” o “emergere”, o come un essere nel mondo [13]. L'essere è caratterizzato da una costante apertura verso le possibilità future, verso un progetto continuo di realizzazione che si scontra con le limitazioni e le condizioni del mondo circostante; nell'azione, d'altra parte, gli individui manifestano la propria unicità e contribuiscono alla costruzione del mondo comune [14]. Esistere, allora, significa partecipare attivamente alla vita pubblica, influenzare e trasformare le strutture sociali attraverso l'interazione e la collaborazione con gli altri.

Nel contesto di strutture complesse, come quelle sanitarie, “esistere” implica un impegno attivo degli operatori sanitari nel superare le pratiche tradizionali e nel cercare soluzioni innovative. Questo movimento verso l'esterno e verso nuove modalità di lavoro e interazione è essenziale per affrontare la mancanza di stimoli e di integrazione. Sono i presupposti filosofici dell'agentività umana [15], che consente agli individui di non essere semplici spettatori passivi delle proprie vite, ma agenti attivi che possono influenzare e modellare il loro ambiente attraverso le proprie azioni e decisioni. Nel contesto sanitario l'agentività diventa la capacità di un gruppo di riconoscere la necessità di un cambiamento e di unirsi per promuovere e implementare soluzioni innovative, che migliorino l'integrazione lavorativa [16] e la qualità dell'assistenza.

Questa visione condivisa crea una forza trainante, che può superare le resistenze al cambiamento e promuovere un ambiente di lavoro più armonioso e collaborativo. Un ulteriore elemento dello studio è “l'interdipendenza” [17-18], che spiega i meccanismi psicologici che spingono verso relazioni cooperative. L'interdipendenza comporta il riconoscimento dell'importanza delle relazioni e della collaborazione per raggiungere obiettivi collettivi, facendo sì che il successo personale sia intrecciato con quello del gruppo. In ambito sanitario, la visione psicosociale e l'impegno collettivo motivano la ricerca di nuove strategie di gruppo, trasformando l'ambiente di lavoro e migliorando efficacia ed efficienza dei sistemi con il LII.

I costrutti

Relativamente ai costrutti, vanno sottolineati quelli che asurgono a “fondamentali”: la “visione comune”, che trova l'espressione nell'obiettivo comune; la “contaminazione”, cioè la disponibilità del singolo operatore ad assumere, nella propria prospettiva e nel proprio punto di vista, elementi del punto di vista dell'altro; la “contemporaneità”, quindi il crearsi di nesi in termini di scambio, di collegamenti, di richiamo dell'intervento dell'altro, nel rispetto delle specifiche competenze e della condivisione; tutto ciò sembra rispondere a un bisogno fondamentale dell'individuo [19].

Il LII si esprime all'interno dell'organizzazione attraverso uno specifico linguaggio che si articola nel richiamare e rafforzare senso e significato dell'intervento dell'altro operatore, durante il dialogo con il paziente e nella quotidianità del servizio.

Tra i costrutti vanno anche individuati l'“energia” che il lavoro integrato inclusivo sviluppa come potenziamento dell'efficienza e dell'efficacia, sia del funzionamento del contesto, sia dell'azione di cura [20]. In aggiunta, va considerata anche l'importanza dell'“interazione”, intesa proprio come scambio attivo tra le pratiche professionali fondate su una visione comune. Ugualmente, va dato risalto alla stabilità (forza/solidità), sostenuta dal portare a sistema il lavoro integrato inclusivo [21]. Tra i costrutti non va dimenticato il coinvolgimento delle figure apicali, figure amministrative e figure specifiche sanitarie, in quanto la loro partecipazione diventa fondamentale per deliberare procedure funzionali al LII in chiave sistemico/dipartimentale.

Tra i costrutti di ampio riferimento della comunicazione, individuata come una delle due strutture da cui si può sviluppare una politica gestionale del LII, va focalizzata la “comunicazione istituzionale”, quasi un prerequisito del LII: facilita scambi, passaggi di informazioni e promuove condivisione tra tutte le figure professionali di riferimento di una UO/servizio [22].

Di grande rilevanza appare, tra i costrutti, anche la tipologia di organizzazione interna alle UO e ai servizi come espressione dell'organizzazione aziendale, nella misura in cui quest'ultima contempra spazi e tempi di potenziamento di LII (es. irrinunciabilità di briefing/debriefing). Tale forma organizzativa si collega con un altro costrutto, costituito dalla “leadership istituzionale” [23-25], quella in cui il leader sa investire nelle risorse di ciascuno; una leadership generativa e connettiva, che non solo produca collegamenti, ma anche una nuova e più efficace qualità delle relazioni tra gli operatori. Si tratta di un leader che comunica assertivamente, stabilendo in modo chiaro il ruolo asimmetrico assunto nella relazione con chi lo ascolta e venendo percepito come credibile, in quanto crede egli stesso in ciò che afferma, promuove problem solving, sa prendere in carico i bisogni individuali e organizzativi, facilita le interazioni nel singolo gruppo e, come, un direttore di orchestra, riesce a darne il tempo, promuovendo il senso del noi e del nostro [26-28]. Il leader efficace sa anche diventare “sfondo”, quando necessario, e riprendere il posto di “figura” di primo piano, quando potrà servire; il gruppo saprà esistere anche in assenza del leader.

Durante la formazione in presenza, è emerso che nel modello di LII la gestione della leadership è cruciale per il suo successo. Il rapporto tra il leader e i “registri” dei vari servizi è determinante, e la capacità gestionale del leader istituzionale influisce sul profilo del gruppo. Un leader divisivo, la frammentazione del gruppo e la carenza di intelligenza emotiva possono compromettere la leadership. Anche la mancanza di supervisione nell'organizzazione è un deterrente significativo. Il modello LII si concentra sulla funzionalità dell'organizzazione e sulla comunicazione, basandosi su fondamentali quali visione comune, contemporaneità e contaminazione.

Una struttura di personalità per il lavoro integrato inclusivo? L'uso del "personality inventory"

Il LII certamente risulta influenzato da variabili di tipo situazionale (es. la specificità del contesto lavorativo, il ruolo e le funzioni assunte, la presenza o meno di un percorso formativo finalizzato al lavoro integrato, ecc.) ma ancor di più risulta orientato da variabili disposizionali e, dunque, di funzionamento psicologico degli operatori coinvolti, prima tra tutte la personalità. D'altra parte, in ambito lavorativo, la personalità può influenzare le percezioni delle persone e la valutazione dell'ambiente, l'attribuzione delle cause degli eventi, le risposte emotive e la capacità di inibizione degli impulsi aggressivi e dei comportamenti controproducenti [29]. Ogni volta che si cerca di promuovere il LII bisogna avere chiaro che entreranno in gioco le meravigliose differenze individuali, relative al pensare, sentire, percepire l'altro e sé stessi in relazione all'assunzione di specifici comportamenti relazionali [30]; ognuno con la propria personalità contribuisce a come sarà la squadra e alla sua efficacia lavorativa. Tutte queste differenze dovranno trovare spazio e posto, considerato che per il successo del lavoro integrato non è sufficiente avere una squadra di operatori competenti e abili sul piano professionale; è molto importante, infatti, che chi detiene ruoli manageriali tenga conto del peso di questa variabile, ma che anche i singoli operatori abbiano l'opportunità di individuare la specificità dei propri tratti di personalità e di riflettere su come questi abbiano un peso nella relazione con gli altri durante la quotidianità lavorativa. Variabili queste che determinano la qualità delle dinamiche di gruppo e, conseguentemente, il benessere dell'individuo e dell'organizzazione di appartenenza. D'altra parte, come ci ricordava Bateson "la saggezza è saper stare con la differenza, senza voler eliminare la differenza" [31]. In tal senso, il percorso di sensibilizzazione e formazione al LII in sanità, attuato dalla rete nazionale, ha previsto una specifica esplorazione dei tratti di personalità degli operatori coinvolti. Tale esplorazione è stata effettuata attraverso l'applicazione di uno specifico strumento, il *personality inventory* [32], fondato sul modello dei *big five* e, quindi, su cinque grandi fattori di personalità [33-36]: "estroversione", "coscienziosità", "nevroticismo", "apertura mentale", "amicalità".

Ogni tratto caratteriale può facilitare o ostacolare il LII. Riflettere su questi aspetti permette l'integrazione delle differenze, riconoscendo limiti e potenzialità. Un elevato "nevroticismo" è particolarmente negativo, poiché porta a tristezza, malumore, instabilità emotiva e insicurezza, e fa percepire la vita lavorativa come minacciosa. Gli operatori con alto nevroticismo tendono a riportare più conflitti con i colleghi [37] e sono meno inclini a utilizzare uno stile di integrazione e collaborazione nella gestione dei conflitti [38].

Alcuni tratti di personalità sono cruciali per influenzare positivamente l'impegno e l'efficacia lavorativa nel LII. Tra questi, la "coscienziosità" è preminente fra gli operatori coinvolti nel percorso di sensibilizzazione della rete nazionale. Caratteristiche come scrupolosità, perseveranza, affidabilità, controllo degli impulsi e orientamento agli obiettivi favoriscono l'integrazione, promuovendo attenzione verso il contributo degli altri e il reciproco riconoscimento. L'autoregolazione supporta la condivisione di idee diverse per costruire una visione comune, mentre la puntualità e precisione nel completare i compiti [39-41], rafforzano l'impegno, guadagnando l'apprezzamento dei colleghi.

L'estroversione è caratterizzata da emozionalità positiva, socialità e orientamento all'azione, rendendo gli operatori estroversi facilmente riconoscibili e apprezzati nel lavoro integrato richiesto dal LII. L'apertura mentale, con la sua tendenza a sperimentare nuove idee, facilita la costruzione di una visione comune per affrontare le condizioni pediatriche e materne, e rende gli operatori più pronti ad accettare i rischi del cambia-

mento con decisioni innovative. L'"amicalità", che include cortesia, altruismo e cooperatività, rende l'operatore una figura piacevole e di supporto tra i colleghi [42]. Tuttavia, se non bilanciato, questo tratto può distogliere l'attenzione dall'obiettivo dell'integrazione e spostare il focus sulle relazioni affettive, allontanando il gruppo dal lavoro integrato come best practice organizzativa.

Lo stress lavoro correlato: dall'individuo al contesto

Quali sono le ricadute di un modello di LII su tutti gli ambiti, a partire dall'individuo, dal gruppo di lavoro e dall'organizzazione? Basti pensare alla contrazione della spesa sanitaria [1], alla riduzione della conflittualità [43], al minore accesso improprio ai servizi, all'affiliazione dell'utenza e alla riduzione dello stress lavoro-correlato [44]. Numerose revisioni sistematiche e metanalisi evidenziano, infatti, come gli operatori sanitari, rappresentino una categoria particolarmente esposta al rischio di stress lavoro-correlato, con potenziali ripercussioni negative sul livello di salute fisica e mentale e nelle relazioni con i colleghi. L'ambiente di lavoro avverso "impatta" negativamente in termini di produttività, di malpractice, di qualità dell'assistenza, di soddisfazione/insoddisfazione del paziente sulla complessiva efficacia, efficienza e appropriatezza del servizio e/o della prestazione erogata. Lo stress si può presentare in diverse modalità e peggiora quando gli operatori sanitari sentono di avere uno scarso supporto da parte dei colleghi e dell'organizzazione.

Nella prospettiva di un modello di LII è evidente come lo stress lavoro-correlato non possa essere concettualizzato esclusivamente in un'ottica individualistica, ma vada ripensato in una logica di reciprocità e interdipendenza individuo-contesto, in una visione più ampia che riconosce l'organizzazione quale sistema complesso. Centrale è il principio per cui la condizione di benessere del professionista sanitario e quella dell'organizzazione vivano in una condizione di reciprocità [45], ovvero che esista una relazione circolare tra benessere e performance, produttività, qualità del servizio erogato [46]. In tale ottica, la sfida di un modello di LII prevede non solo la promozione dell'efficienza, della produttività e dell'efficacia dei processi di "care", ma investe nella tutela del capitale umano, curando in particolare le relazioni tra i singoli operatori e tra gli operatori e l'organizzazione. Si tratta, cioè, della necessità di garantire le condizioni organizzative per realizzare un processo di doppio potere di produttori e fruitori dei Servizi [47].

In questa logica, il LII delineato può rappresentare un "contenitore sicuro" entro cui i pilastri costitutivi del modello, quali per esempio i concetti di interazione, comunicazione, interdipendenza e interdisciplinarietà, sostenuti da una visione comune della complessità della presa in carico del paziente e della sua famiglia, possono contribuire a sostenere condizioni di salute organizzativa. Ciò significa implementare le capacità di un'organizzazione di essere non solo efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico, psicologico e sociale del singolo, del gruppo di lavoro e dell'intero sistema. Si tratta di costruire le premesse per una cosiddetta "proattività" delle "persone al lavoro" che, anziché essere relegate verso una mera "reattività" nella quotidianità del proprio lavoro, alimentata da sentimenti di solitudine, impotenza e precarietà, risultano invece attori coinvolti e partecipanti nelle pratiche e nei processi organizzativi, prendendo consapevolezza della propria self-efficacy.

Lo studio

Il modello di LII ha fornito il quadro teorico per uno studio avviato dopo la formazione del personale sanitario, durato cinque settimane nelle unità operative coinvolte, con l'obiettivo di monitorare il LII nelle pratiche quotidiane di UO e dipar-

timenti, per identificare condizioni ottimali per la sua applicazione. Lo studio mira a fornire una mappatura reale dell'implementazione del LII, aiutando la rete nazionale a presentare richieste al Ministero e alla Conferenza Stato Regioni. Inoltre, il monitoraggio ha sensibilizzato il personale, promuovendo cambiamenti organizzativi come l'integrazione inclusiva nelle consulenze, l'attivazione di briefing/debriefing e l'uso di un linguaggio condiviso. Infine, lo studio ha un intento sociale metapolitico, migliorando l'organizzazione e l'apprendimento organizzativo delle unità coinvolte [48-49]. Sono state applicate tecniche descrittive e narrative con un addestramento specifico per l'osservazione [50-51].

Prospettive

Il LII delinea una "leadership partecipativa", in cui i membri di un'équipe lavorano autonomamente ma con una visione comune, orientando le proprie competenze verso l'interdipen-

denza. Questo approccio visionario, a lungo termine, è paragonato alla costruzione di una cattedrale medievale, dove operai, manovali e architetti collaboravano fianco a fianco, sapendo che non avrebbero visto il progetto completato, ma avrebbero lasciato un'eredità alle generazioni future. Il *cathedral thinking*, coniato da Watson, implica immaginare e perseguire obiettivi a lungo termine, mettendo il bene comune e il progresso futuro al di sopra dei benefici immediati personali. Questa prospettiva è un invito agli operatori a guardare oltre le urgenze immediate e a considerare il futuro nelle decisioni e azioni [52]. ■

La bibliografia di questo contributo è consultabile online.

giovanna.perricone@unipa.it

blister

Convenzione sui diritti delle persone con disabilità

Il 3 dicembre si celebra la Giornata Internazionale delle persone con disabilità.

Nel 2006 l'ONU ha adottato la *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* – ratificata in Italia nel 2009 – il primo trattato internazionale che vincola legalmente gli stati aderenti a promuovere e proteggere i diritti fondamentali delle persone con disabilità. I primi 30 articoli ne individuano i diritti, fra cui: uguaglianza, sicurezza, formazione, occupazione, non discriminazione, partecipazione, accessibilità e libertà. I successivi articoli riguardano l'applicazione dei principi e gli obblighi degli stati che aderiscono.

La diffusione della *Convenzione* serve a promuovere il rispetto dei diritti umani e l'inclusione sociale delle persone con disabilità, combattendo la discriminazione e orientando i governi al rispetto dei diritti; inoltre ha l'intento di implementare una cooperazione internazionale inclusiva.

La Fondazione CBM Italia, che elabora progetti ispirati alla *Convenzione* in Italia e non solo, ha elaborato una ricerca da cui emerge il legame tra disabilità e povertà economica e culturale: a ciò contribuisce non solo la mancanza di supporti adeguati, ma anche la non conoscenza delle risorse disponibili e dei diritti già ratificati. CBM Italia ha reso recentemente disponibile online una versione commentata della *Convenzione*, per implementarne la diffusione.

Riguardo ai bambini, fra i principi generali vi è il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il loro diritto di preservare la propria identità.

Nell'articolo 7 è sancito il principio del "superiore interesse del minore" che va tenuto presente in tutte le decisioni che lo riguardano, nella sfera pubblica e privata, e il diritto di esprimere liberamente le proprie opinioni su tutte le questioni che lo riguardano, tenendole debitamente in considerazione, a seconda dell'età e del grado di maturità.

L'articolo 24, dedicato all'educazione, promuove l'utilizzo di "appropriate modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione aumentativi ed alternativi, e di tecniche e materiali didattici adatti alle persone con disabilità".

In Italia le persone con disabilità sono quasi 13 milioni (il 22% della popolazione totale) di cui oltre 3 milioni con disabilità grave. Fra i minori, gli alunni con disabilità iscritti alle scuole italiane erano quasi trecentomila (il 3,6%) nel 2020, numero in progressiva crescita. Gli insegnanti di sostegno sono in numero adeguato in Italia ma circa un terzo non ha una formazione specifica e il 20% viene assegnato in ritardo. Vi sono inoltre nelle scuole italiane ancora troppe barriere fisiche (in 2/3 dei plessi) e senso-percettive: appena il 16% dispone di facilitazioni per le disabilità sensoriali. Le ultime misure legislative del Ministero dell'Istruzione sembrano finalmente aver posto l'attenzione su queste tematiche.

- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Convenzione-ONU/Documents/Convenzione%20ONU.pdf>.
- https://www.cbmitalia.org/cosa-facciamo/sensibilizzazione/publicazioni/convenzione-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita-commentata/?_gl=1*j0e6c3*_up*MQ..*_ga*MTUwNzM5NDIyOS4xNzZmMDY5NjU0*_ga_WP8L0WQZ83*MTczMzA2OTY1NC4xLjAuMTczMzA3MDAyMC4wLjAuOTE2NDE4MjY1*_ga_N7W608T7CE*MTczMzA2OTY1NC4xLjAuMTczMzA3MDAyMC4wLjAuNzg4OTc3MTE2.
- <https://www.unicef.it/diritti-bambini-italia/disabilita/#:~:text=In%20base%20ai%20piu%20recenti,piu%20rispetto%20all'anno%20precedente.>
- <https://www.mim.gov.it/web/guest/alunni-con-disabilita>.