



Università di Foggia
Studi Umanistici, Lettere, Beni Culturali,
Scienze della Formazione

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Pedagogiche e della Progettazione Educativa

Tesi di laurea in Storia della Psicologia

Gocce nell'Oceano: Storia e teorie della disabilità

Relatore:
Prof. Traetta Luigi

Laureanda:
Dott.ssa Cappitelli Francesca

Correlatrice:
Prof.ssa Toto Giusi Antonia

Anno Accademico 2021/2022

«Arricchiamoci delle nostre reciproche differenze.»

Paul Valéry

INTRODUZIONE	1
Capitolo I	5
LA DISABILITA'	5
1.1 Menomazione, handicap e disabilità	5
1.2 Classificazione degli handicap dell' UNESCO	10
1.3 Handicap: la cultura dell'integrazione	12
1.4 Diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale e piano educativo personalizzato	13
1.5 Disabilità più comuni.....	15
1.5.1 L'autismo: alcune definizioni	15
1.5.1.1 Il disturbo autistico nel DSM-IV, nel ICD-10 e nel ICDH-2.....	18
1.5.1.2 La condizione autistica	20
1.5.2 Disabilità intellettiva o ritardo mentale: alcune definizioni.....	20
1.5.2.1 Definizione diagnostica	22
1.5.2.2 Classificazione	23
1.5.2.3 Cause.....	23
1.5.3 La sindrome di Down: alcune definizioni	24
1.5.3.1 Segni e sintomi	26
1.5.3.2 Caratteristiche neuropsichiche	27
Capitolo II.....	32
L'AUTONOMIA	32
2.1 Definizione di autonomia	32
2.2 Cosa significa educare all'autonomia	34
2.3 Attività a sostegno delle abilità dei bambini con Disturbo del neurosviluppo	34
Capitolo III	43
L'ASSOCIAZIONE.....	43
3.1 Il progetto "Educare all'autonomia" presso l'associazione "Gocce nell'Oceano" ..	43
3.2 Com'è nata l'associazione	45
3.3 Vittorio	46
3.4 Gli itinerari educativi e le attività per lo sviluppo psicomotorio.....	49
3.4.1 Il setting psicomotorio	56
3.4.2 La scelta dei materiali e degli oggetti	57

3.4.3 Progettazione delle attività psicomotorie	61
3.4.4 Il gioco psicomotorio.....	65
3.4.5 La figura dello psicomotricista	67
3.5 Aree educative	70
3.5.1 Comunicazione.....	70
3.5.2 Orientamento.....	81
3.5.3 Comportamento stradale.....	82
3.5.4 Uso del denaro	84
3.5.5 Uso dei servizi e dei mezzi di trasporto	86
3.6 Suggerimenti di metodi di lavoro.....	86
3.6.1 Il rinforzo	86
3.6.1.1 Come strutturare il programma di token economy.....	88
3.6.2 Il prompt: la tecnica del “gesto iniziato”	91
3.6.3 Valutazione dei progressi.....	92
3.6.4 Documentare l’esperienza	95
Capitolo IV	96
IL RUOLO DELLA FAMIGLIA.....	96
4.1 Il supporto educativo della famiglia nei momenti critici	98
4.2 Famiglia e percorso di adattamento alla disabilità	101
4.3 Famiglia e possibili reazioni alla disabilità: rifiuto vs iperinvestimento.....	103
4.3.1 Quando la famiglia rifiuta la disabilità	104
4.3.2 Quando la famiglia esaspera l’investimento sul ruolo genitoriale	106
4.4 Il ruolo dei fratelli.....	109
CONCLUSIONI.....	113
BIBLIOGRAFIA.....	115
SITOGRAFIA	117
RINGRAZIAMENTI.....	Errore. Il segnalibro non è definito.

INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi è possibile assistere ad un cambiamento epocale, che ha visto affermati i diritti delle persone disabili nell'ambito educativo, del lavoro e del tempo libero.

Attualmente nella definizione di diversamente abile è racchiuso un paradigma innovativo, ovvero quello di una speciale normalità, fatta di punti di forza e criticità¹.

L'intervento educativo professionale nell'area della disabilità è un intervento complesso, nel quale l'educatore si trova ad interagire con diversi interlocutori che partecipano alla vita del bambino, tra cui, principalmente, la famiglia.

Con essa si gioca una relazione importante, che va costruita e bilanciata rispetto a quelli che sono i confini, le peculiarità dei ruoli e le aree di collaborazione, con l'obiettivo principale di costruire un progetto educativo solidamente coordinato.

La famiglia deve dunque affrontare una quotidianità che comporta un carico d'impegno molto più alto rispetto a quello di famiglie con bambini con sviluppo tipico e gestire spesso situazioni piuttosto stressanti; si trova pertanto in una condizione di particolare bisogno e deve riuscire, per rispondere in maniera adeguata ai bisogni educativi che un bambino con una traiettoria di sviluppo atipica richiede, ad attivare le proprie risorse al meglio.

Tuttavia i genitori non sempre riescono a fare ciò, spesso incontrano in questo percorso una serie di dubbi, problematicità e domande che pongono delle incertezze rispetto a come educare il figlio con disabilità, a come intervenire al meglio, a quali obiettivi educativi porsi.

¹*Da castigo degli dei a diversamente abili: l'identità sociale del disabile nel corso del tempo*, in «State of mind, il giornale delle scienze psicologiche»

Il supporto educativo extra-famigliare diventa un elemento fondamentale che può fungere a loro da sostegno nella gestione delle difficoltà e delle problematiche, accompagnandoli durante il cammino evolutivo del bambino, aiutandolo a far emergere e a potenziare le risorse presenti, a gestire lo stato di bisogno ed evitando che sia isolato dal contesto sociale.

È quindi evidente come sia fondamentale per gli operatori che lavorano con la disabilità essere consapevoli che all'interno del progetto educativo non vada solo considerato il bambino e i suoi bisogni, ma anche la relazione con la famiglia, con l'obiettivo finale di sviluppare un rapporto positivo e di collaborazione.

Infatti, soltanto se l'intero sistema verrà aiutato a sviluppare le proprie risorse e a sentirsi realmente competente nell'affrontare i compiti evolutivi complessi che la disabilità porta con sé, gli obiettivi educativi e di sviluppo pensati nel progetto educativo potranno essere perseguiti.

Pure l'educatore deve perciò mettere in campo conoscenze che indirizzino il suo agire, con l'obiettivo di valorizzare l'apporto che i genitori possono dare all'educazione dei figli, senza sostituirsi ad essi, ma guidandoli e sostenendoli nei momenti critici².

Il presente elaborato è il prodotto della mia personale esperienza di tirocinio universitario svolto presso "Gocce nell'Oceano", un'associazione di promozione sociale che si occupa di bambini e ragazzi con disabilità promuovendone l'integrazione sociale, circondata da esperti nel settore e da professionisti che tuttora assicurano la loro attività di volontariato a favore dell'associazione.

Nel primo capitolo, riguardante la disabilità, si è analizzato il termine, ponendolo a confronto con altri, quali menomazione ed handicap, ancora troppo spesso erroneamente utilizzati come sinonimi.

² Bembich C., Bortolotti E., *Bambini con disabilità e bisogni educativi complessi: in che modo l'educatore può supportare ed affiancare la famiglia nell'affrontare le problematiche educative?*, Pensa MultiMedia Editore, pag. 42-43

Infatti, per comprendere il costrutto di disabilità, si deve fare riferimento all'interazione tra le condizioni di salute di un soggetto e la complessità di fattori sociali, ambientali e contestuali della realtà che lo circonda.

È stata poi presa in considerazione la classificazione degli handicap da parte dell'UNESCO, individuandone sette tipi e giungendo alla conclusione che l'handicappato non è un fatto esterno alla società, ma nasce dall'esistenza di precisi modelli culturali e sociali ed è sempre la società che definisce i limiti, come pure fissa il grado del recupero e quindi dell'educabilità.

Inoltre, sono stati sviluppati aspetti di fondamentale importanza, quali l'inserimento e l'integrazione, in grado di assicurare al diversamente abile la prosecuzione di un percorso formativo valido dal punto di vista qualitativo, facendo una distinzione tra i due e proseguendo con l'approfondimento della diagnosi, del profilo dinamico funzionale e del piano educativo personalizzato.

Infine sono state prese in esame alcune della disabilità più comuni, tra cui l'autismo, la disabilità intellettiva e la sindrome di Down, approfondendo gli aspetti salienti di ognuna.

Successivamente, nel secondo capitolo viene affrontato il concetto di autonomia, definendone le caratteristiche peculiari, sostenendo che tale tematica assume particolare rilevanza in età adolescenziale e attribuendo alle associazioni un ruolo predominante, poichè capaci di creare spazi in cui è possibile sperimentare autonomie e costituire reti informali, in modo da promuovere l'apertura e la piena partecipazione sociale.

Sono state dunque esaminate alcune attività a sostegno delle abilità dei bambini con Disturbo del neurosviluppo, al fine di dare indicazioni personalizzate, in linea con il profilo di funzionamento di ciascun bambino.

Il terzo capitolo invece descrive l'associazione e la sua storia, presentando il progetto "Educare all'autonomia", illustrando le molteplici attività

sottoposte ai ragazzi e ai bambini con disabilità che frequentano la struttura.

In seguito sono stati sviluppati diversi aspetti relativi agli itinerari educativi, quali il setting, il gioco e la progettazione delle attività psicomotorie, la scelta dei materiali e degli oggetti utilizzati e delineando le caratteristiche fondamentali dello psicomotricista.

In ultima analisi, gli interventi proposti dall'associazione sono stati classificati in cinque aree educative, tra cui comunicazione, orientamento, comportamento stradale, uso del denaro, dei servizi e dei mezzi di trasporto.

Infine l'elaborato espone alcuni suggerimenti circa i metodi di lavoro da adottare durante lo svolgimento di specifiche attività, come il prompt, il rinforzo, la valutazione dei progressi e la documentazione dell'esperienza.

Il quarto ed ultimo capitolo è incentrato sul ruolo della famiglia, con particolare riferimento al supporto educativo di quest'ultima nei momenti critici, al percorso di adattamento alla disabilità e le possibili reazioni rispetto alla disabilità.

Capitolo I

LA DISABILITA'

1.1 Menomazione, handicap e disabilità

Nel 1980 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)³ ha emesso l'*ICIDH* (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), una delle classificazioni internazionali più diffuse e utilizzate per spiegare la *disabilità*, che potremmo definire come «qualsiasi restrizione o carenza, conseguente ad una menomazione, della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano»⁴.



FIG 1.1 – ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap)

³ L'Organizzazione Mondiale della Sanità, istituita nel 1948, è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie.

⁴ Canevaro A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Milano, Bruno Mondadori, 2020, pag. 11

Questa condizione porta dunque a scostamenti, per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nell'espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso.

È possibile quindi considerare la disabilità come conseguenza pratica della menomazione e quest'ultima, presente già alla nascita o che subentra nel corso della vita, di tipo fisico, può comportare una difficoltà di movimento, mentre una menomazione di tipo psichico genera una disabilità in forma relazionale, comunicativa, comportamentale, ecc.⁵

Per cui la disabilità può essere presente dalla nascita (verificata attraverso esami prenatali), durante la vita (a seguito di incidenti di varia natura) o condizionare l'esistenza in età senile.

L'uomo può incontrarla durante tutto il corso della sua esistenza.

Con l'allungamento dell'aspettativa di vita il numero dei disabili adulti in Italia è cresciuto moltissimo negli ultimi anni.

Solo tra le persone con sindrome di Down, oltre il 60% ha ormai superato i 18 anni.

Il concetto di disabilità è estremamente complesso e, nell'affrontarlo, il rischio potrebbe essere quello di incorrere frequentemente in falsi miti o luoghi comuni molto lontani da ciò che vivono quotidianamente le persone disabili.

La condizione potrebbe essere transitoria o permanente ed essere reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva e potrebbe interessarci da vicino o in prima persona: per questo motivo è bene che tutti se ne interessino.

⁵ *Menomazione, disabilità e handicap. Quale differenza?*, in «Disabili.com»

La prima questione da chiarire è che si parla di persone aventi diritti e non si tratta perciò di un fenomeno astratto, poiché talvolta la disabilità viene considerata un elemento alienato rispetto ai bisogni delle persone.

Questo fenomeno comporta la necessità di prestare maggiore attenzione ai bisogni dell'età adulta, ma anche la richiesta di guardare ai bambini di oggi come agli adulti di domani. E pensando al domani diventa urgente credere in un'autonomia possibile anche per queste persone.

Nel 1989, con quest'obiettivo e con la fiducia nelle potenzialità dei ragazzi, è nato a Roma, presso l'Associazione italiana persone Down (AIPD)⁶, il primo corso di educazione all'autonomia per adolescenti con la sindrome di Down.

Il corso, a cui ne sono seguiti altri sparsi per l'Italia, oltre ad accompagnare il cammino verso l'età adulta di centinaia di giovani, ha assunto le caratteristiche di un laboratorio pedagogico, grazie anche al grande lavoro di progettazione e documentazione degli operatori coinvolti.

Il progetto e il metodo che lo caratterizza, nato inizialmente per un gruppo omogeneo di ragazzi con sindrome di Down, è stato sperimentato anche con ragazzi che avevano altre disabilità intellettive, dimostrandone un'efficacia più generale⁷.

Occorre fornire allora al soggetto disabile gli strumenti e gli aiuti necessari a svolgere meglio le sue azioni, nei suoi modi e nei suoi tempi.

Particolarmente rilevante è la distinzione che l'OMS ha effettuato fra deficit e handicap.

⁶ L'Associazione Italiana Persone Down nasce nel 1979 dall'idea di un gruppo di genitori di bambini e ragazzi con sindrome di Down, desiderosi di scambiarsi esperienze, consigli e di condividere le problematiche legate alla nascita di un figlio con sindrome di Down. Si fa conoscere sul territorio grazie a seminari di informazione e attività di ricerca sociale sui temi dello sviluppo cognitivo, dell'integrazione scolastica e sulla rispondenza dei servizi pubblici ai bisogni delle famiglie.

⁷ Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 25

L'OMS definisce il *deficit* come una mancanza permanente, anomalie che concernono la fisicità o la parte psichica ma che hanno un carattere di irreversibilità.

L'*handicap* è invece definito come l'incontro dell'incapacità e quindi del deficit, con l'organizzazione ambientale.

La presenza di molteplici tipologie di menomazioni, handicap e disabilità ha portato l'OMS a creare una specifica classificazione, che prende il nome di *ICD* (International Classification of Diseases).

Tale documento offre una classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (Internationale Classification of Functioning, Disability and Health-ICF), quale *standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità*.

L'ICD ha come scopo generale quello di dotare di un linguaggio standard esperti, studiosi ed operatori del settore attraverso un modello unificato di riferimento per la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati.

La descrizione viene predisposta di seguito in due elenchi principali rispetto al punto di vista corporeo, individuale e sociale:

1. Funzioni e strutture corporee
2. Attività e partecipazione

Questa classificazione a carattere innovativo si completa anche di fattori ambientali, che interagendo determinano una situazione di stabilità.

Infatti la sua complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali si traduce come la conseguenza o il risultato di circostanze in cui vive l'individuo.

La presentazione ufficiale della versione italiana dell'ICF, tenutasi il 17 aprile 2002 a Trieste, durante la *WHO-Conference on Health and Disability* è stata organizzata dalla stessa Agenzia.

In tale classificazione le *menomazioni* sono così suddivise:

- Menomazioni della capacità intellettuale
- Altre menomazioni psicologiche
- Menomazioni del linguaggio
- Menomazioni dell'udito
- Menomazioni visive
- Menomazioni viscerali
- Menomazioni scheletriche
- Menomazioni deturpanti
- Menomazioni generalizzate, sensoriali o di altro tipo

Nell'ICF le *disabilità* sono classificate in:

- Disabilità del comportamento
- Disabilità nella comunicazione
- Disabilità nella cura della propria persona
- Disabilità motorie
- Disabilità inerenti la propria sussistenza
- Disabilità circostanziali
- Disabilità in particolari attitudini
- Disabilità nella destrezza
- Disabilità dovute all'assetto corporeo
- Altre limitazioni dell'attività

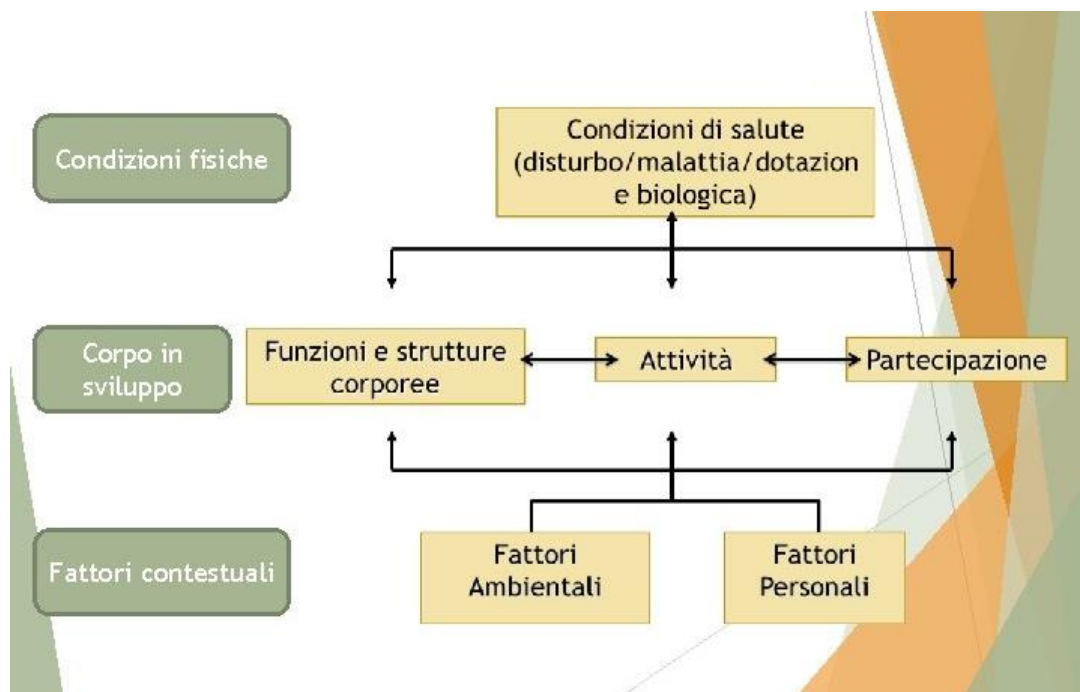


FIG 1.2 – Modello bio-psico-sociale ICF

Gli *handicap* invece sono classificati in:

- Handicap nell'orientamento
- Handicap nell'indipendenza fisica
- Handicap nella mobilità
- Handicap occupazionali
- Handicap nell'integrazione sociale
- Handicap nell'autosufficienza economica

1.2 Classificazione degli handicap dell' UNESCO

Classificare non deve essere confuso con etichettare.

Le classificazioni servono come strumento di orientamento in quanto il soggetto portatore di handicap, come ogni soggetto-persona, presenta caratteristiche che gli sono proprie, non racchiudibili in rigidi schemi; ecco

perchè nessun modello così come nessun metodo, potrà mai ritenersi esaustivo.

Dobbiamo dunque tenere in considerazione due parametri: quello di norma e quello di patologia.

L'UNESCO⁸ ha individuato una classificazione che comprende sette tipi di handicap:

- *Handicap visivi*: essi derivano da deficit sensoriali, che provocano disturbi come la miopia, l'ipermetropia, l'astigmatismo, lo strabismo
- *Handicap uditivi*: anch'essi derivano da deficit di tipo sensoriali e provocano ad esempio l'ipoacusia e la semisordità leggera o grave
- *Handicap dell'intelligenza*: dipendono da insufficienze mentali e in esse possono essere inseriti handicap come la trisomia e la psicosi
- *Handicap fisici muscolari e motori*: essi possono avere una duplice origine e possono infatti essere di origine neuro-motoria o psico-motoria.

Sono di origine neuro-motoria quando la paralisi di uno o più arti (monoplegia, tetraplegia ecc.), sono invece di origine psico-motoria quando la difficoltà consiste nella gestione della propria presenza nel contesto eco-relazionale.

- *Handicap del comportamento sociale e relazionale*: in essi abbiamo l'instabilità, l'inibizione e forme specifiche di caratteropatìa

⁸ Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, istituita a Parigi 4 novembre 1946, è nata dalla consapevolezza che gli accordi politici ed economici non sono sufficienti per costruire una pace duratura e che essa debba essere fondata sull'educazione, la scienza, la cultura e la collaborazione fra nazioni, al fine di assicurare il rispetto universale della giustizia, della legge, dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali che la Carta delle Nazioni Unite riconosce a tutti i popoli, senza distinzione di razza, di sesso, di lingua o di religione.

- *Handicap del linguaggio o della parola*: in essi abbiamo la disfonia, la dislalia, l'afasia.

La disfonia è dovuta nel maggior numero dei casi a difetti uditivi, mentre l'afasia è determinata da cause cerebrali

- *Handicap della scrittura e della lettura*: i più frequenti sono la disgrafia e la dislessia

L'handicappato, come afferma L. Trisciuzzi, non è un fatto esterno alla società, ma nasce dall'esistenza di precisi modelli culturali e sociali e non è la scienza che stabilisce il livello di gravità del danno, ma è sempre la società che definisce i limiti, come pure fissa il grado del recupero e quindi dell'educabilità.⁹

1.3 Handicap: la cultura dell'integrazione

Parlare di inserimento e di integrazione non è la stessa cosa quando ci riferiamo all'handicap.

Rispetto all'handicap, il termine *inserimento* ha un carattere prettamente normativo.

Esso può essere considerato il punto di partenza per il processo di integrazione.

L'integrazione per essere tale deve delinarsi come il «superamento degli ostacoli che impediscono al soggetto portatore di handicap di vivere con i suoi coetanei e lo escludono da tutte le esperienze di cui usufruiscono i bambini, e che sono la base per la formazione della personalità»¹⁰.

⁹ Trisciuzzi L., *Manuale di didattica per l'handicap*, Bari, Laterza, 1993

¹⁰ Zavalloni R., *L'educazione degli handicappati* in Scaglioso C., *Marginalità e impegno educativo*, Edisud, 1989, pag. 74-75

Parlare di *cultura dell'integrazione* significa rifarsi ad una serie di paradigmi di riferimento, che considerano attuabile la possibilità di educare tutti seguendo le loro potenzialità e capacità.

La riuscita di un processo di integrazione dipende anche dal superamento di tutta una serie di ostacoli che non sono certo semplicemente solo le famose barriere architettoniche, ma una serie di forti pregiudizi che hanno solo fornito alla stessa scuola una visione distorta dei fini educativi.

La scuola ha un ruolo notevole nel processo di integrazione ed esso per essere realizzato richiede la specializzazione dell'educatore, che deve agire con conoscenza scientifica.

Il DPE del 24 Febbraio del 1994 indica normativamente alcuni dei momenti e degli strumenti che caratterizzano il percorso di integrazione: la diagnosi funzionale, il profilo dinamico funzionale ed il piano educativo personalizzato.

Questi strumenti dovrebbero assicurare al diversamente abile la prosecuzione, nei vari livelli di scolarizzazione, di un percorso formativo valido dal punto di vista qualitativo.

1.4 Diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale e piano educativo personalizzato

La *diagnosi funzionale* è descritta come «la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap».

La stesura della diagnosi funzionale spetta all'unità multidisciplinare dell'ASL.

Essa si compone di due specifici momenti: anamnesi fisiologica e patologica del soggetto e la diagnosi clinico-funzionale, che serve ad evidenziare la compromissione dello stato psicofisico e le potenzialità di

sviluppo, che deve tener conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- Cognitivo
- Affettivo-relazionale
- Linguistico
- Sensoriale
- Motorio-prassico
- Neuro-psicologico
- Autonomia personale e sociale

L'atto successivo della diagnosi funzionale è il *profilo dinamico funzionale*.

Esso è redatto dall'unità multidisciplinare dell'ASL, ai docenti curricolari, e di sostegno in collaborazione coi familiari del soggetto portatore di handicap.

Il profilo dinamico funzionale indica in via prioritaria, il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di avere in tempi brevi (6 mesi) e in tempi medi (2 anni).

In esso si riportano i dati relativi ai possibili livelli di risposta del soggetto diversamente abile, nelle varie aree di sviluppo già indicate nella diagnosi funzionale e si realizza attraverso differenti fasi:

- *Fase 1:* sintetizzare in modo significativo i risultati della Diagnosi funzionale. Le numerose informazioni che sono state raccolte da svariate fonti, sono in questa fase sintetizzate in aree significative.
- *Fase 2:* definire gli obiettivi a lungo termine. Qui si definiscono gli obiettivi che idealmente si vorrebbero raggiungere in una prospettiva temporale che si potrebbe collocare dall'uno ai tre anni.

- *Fase 3:* Scegliere gli obiettivi a medio termine. In questa fase si scelgono quegli obiettivi da raggiungere nell'arco di alcuni mesi o di un anno scolastico.
- *Fase 4:* Definire gli obiettivi a breve termine e le sequenze di sotto-obiettivi. In molti casi vi è la necessità di semplificare gli obiettivi a medio termine, ridurre la complessità, scomponendoli in sotto-obiettivi che facilitano l'apprendimento.

Dal profilo dinamico funzionale si passa al *Piano Educativo Personalizzato* (PEP), elaborato dal GLH, ovvero dal Gruppo di Lavoro per l'Handicappato, di cui fanno parte gli insegnanti di sostegno, gli operatori sanitari e i familiari.

Nel PEP vengono definiti gli interventi didattico-educativi e riabilitativi.

Per la riuscita del processo di integrazione è necessaria la continuità educativa.

Quest'ultima dovrebbe coinvolgere i differenti gradi di istruzione: dalla materna all'università.

La continuità educativa trova spesso ostacoli che dipendono dal fatto che ogni livello di istruzione presenta caratteristiche specifiche e proprie, differenti sia da quello precedente che da quello successivo¹¹.

1.5 Disabilità più comuni

1.5.1 L'autismo: alcune definizioni

Tra le malattie psichiche dell'uomo, l'*autismo* riveste una posizione del tutto particolare, drammatica da un lato, affascinante dall'altro.

¹¹ Vitale C., *Spazio Handicap. Rivista bimestrale di pedagogia, psicologia, medicina preventiva, didattica e legislazione scolastica, anno I. n.2 marzo/aprile 1994*, Salerno, Editrice Reading Press

Del resto fino ad ora, ha dato luogo a numerosi studi interpretativi privi di un esito largamente condiviso, ma marcato da una serie di espressioni emblematiche della tipicità della patologia.

Dal momento della sua identificazione si sono avvicendate numerose ipotesi sulla sua natura e genesi.¹²

Tale malattia compare solitamente alla nascita oppure nei primi tre anni di vita, manifestando una serie di condotte sintomatiche che indicano la fase regressiva dello sviluppo del soggetto.



FIG. 1.3 – Come si manifesta l'autismo

¹² Crispiani P., *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, Bergamo, Edizioni Junior, 2002

Nel suo aspetto tipico, tale sindrome rivela con insistenza l'interessamento disfunzionale di alcune aree della personalità, l'interazione sociale, la comunicazione verbale e non verbale, l'intellettività, l'immaginazione e la sfera della attività e degli interessi.

Dal forte riscontro in letteratura specialistica e nei manuali diagnostici specifici, si tende a confermare l'idea del riconoscimento di tre aree di disturbo che costituiscono la cosiddetta triade autistica che consiste nella compromissione delle seguenti funzioni:

- Della comunicazione
- Dell'interazione sociale
- Dell'immaginazione

La complessità della patologia è ampiamente colta in tutta la sua estensione nosografica da M. Zappella, il quale sottolinea la natura plurale di tale disturbo, connotato da un numero crescente di cause isolate e da differenti decorsi clinici, onde oggi possiamo parlare di disturbi di tipo autistico, riferendoci a malattie diverse, con decorso, prognosi e prospettive di cura e di diverse abilità.¹³

¹³ Zappella M., *Presentazione a G.M. Arduino (a cura di) Autismo e psicosi infantili*, ASL 16, Mondovì, Piemonte, 2000

1.5.1.1 Il disturbo autistico nel DSM-IV, nel ICD-10 e nel ICDH-2



FIG. 1.4 - Bambino con autismo

L'autismo si riconosce come una sindrome polimorfa e distinguibile in una serie di sotto-sindromi, associabili tuttavia nella presenza di un severo disturbo della comunicazione inter-umana.

Si tratta in ogni caso di una patologia che ha subito molteplici processi di adeguamento semantico, sintetizzabili nella seguente successione:

- Demenza, oligofrenia
- Psicosi simbiotica
- Psicosi acuta irreversibile
- Bambino atipico
- Forma precoce di schizofrenia infantile
- Autismo come effetto secondario di altre patologie
- Sindromi autistiche
- Condotte autistiche o autisti formi

- Disturbo a spettro autistico
- Disturbo generalizzato dello sviluppo

Ad orientare la ricerca scientifica sono oggi osservate le definizioni e le classificazioni di alcune fonti internazionali come l' *ICD-10* e il *DSM-IV*¹⁴.

L'insieme delle attribuzioni oggi riconosciute internazionalmente alla sindrome autistica si ricava dal manuale diagnostico più accreditato e aggiornato in ambito psichiatrico, il *DSM-IV* dell'American Psychiatric Association.

Alcune di esse sono particolarmente significative e consentono di cogliere il senso e le finalità dei tipi di approccio al trattamento di tale patologia.

Il *DSM-IV* conferma l'abbandono dell'inadeguata categoria della psicosi infantile e pertanto riconosce l'autismo entro il disturbo generalizzato dello sviluppo.

Nella stessa direzione va l'*ICD-10*, che raccoglie la sindrome autistica entro le Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicopatologico in forte affinità con le altre sindromi psicotiche dell'infanzia.

Costituiscono Disturbi generalizzati dello sviluppo le condizioni di compromissione grave e generalizzata in diverse aree dello sviluppo: capacità di interazione sociale reciproca, capacità di comunicazione o presenza di comportamenti, interesse e attività stereotipate e comprendono i seguenti disturbi, in genere associati a qualche ritardo mentale, manifestati già nei primi anni di vita:

- Disturbo di Rett
- Disturbo disintegrativo della fanciullezza
- Disturbo di Asperger
- Disturbo generalizzato dello sviluppo Non Altrimenti Specificato

¹⁴ Crispiani P., *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, Bergamo, Edizioni Junior, 2002, pag. 3

1.5.1.2 La condizione autistica

A causa della singolarità della patologia il soggetto deve imparare tutto ciò che gli altri generalmente acquisiscono in modo spontaneo e naturale, ovvero il linguaggio e le altre forme di comunicazione, i modi di relazionarsi con gli altri, l'uso degli oggetti, la comprensione di situazioni ecc.

Tutto ciò pone il soggetto in una condizione di forte o totale inadeguatezza a vivere nei propri contesti.

Per tale motivo egli necessita di sostegni ed aiuti per tutta la vita e in ogni ambito assistenziale, quindi ha bisogno di cure continue, supporti scolastici individuali, programmi di inserimento sociale e lavorativo e in età adulta di forme di inserimento monitorato in case famiglie, alloggi, sedi ricreative e lavorative.

In Italia le scuole speciali sono residuali e, in ogni caso ospitano casi gravi, pluriminorazioni per le quali le azioni di inserimento sono impraticabili.

Più significativo è invece il fenomeno della scarsa attenzione che in varie sedi, viene riservata ai disabili e ai malati, soprattutto psichici, dei quali si percepisce la debolezza, l'incapacità di difendersi e accampare diritti, la vulnerabilità di individui condannati spesso a subire, non essendo in grado di protestare nè di testimoniare.

1.5.2 Disabilità intellettiva o ritardo mentale: alcune definizioni

La *disabilità intellettiva*, precedentemente chiamata *ritardo mentale* o *insufficienza mentale*, è una patologia cognitiva persistente, data da un alterato funzionamento del sistema nervoso centrale e fa parte dei disturbi del neurosviluppo.

Disturbi del neurosviluppo

secondo il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)

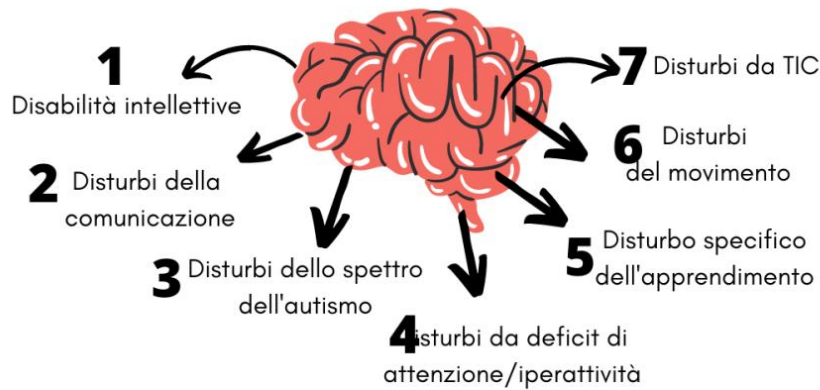


FIG. 1.5 - Disturbi del neurosviluppo

Rappresenta una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, con compromissione delle abilità che solitamente si manifestano durante il periodo evolutivo (capacità cognitive, linguistiche, motorie, sociali).

In sintesi, esso risulta dall'insieme dei deficit dello sviluppo cognitivo e socio-relazionale.

Non è da confondere con la malattia mentale, difatti la maggioranza di chi soffre di disturbi psichiatrici non presenta disabilità intellettiva.

Si tratta di una tipologia di disabilità intellettiva che non dipende dal quoziente intellettivo del soggetto (es. due persone hanno lo stesso QI ma strutture personali differenti)¹⁵.

¹⁵ Pavone M., *L'inclusione educativa. Indicazioni pedagogiche per la disabilità*, Milano, Mondadori Università, pag. 91

1.5.2.1 Definizione diagnostica

La quarta edizione del DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) ha sostituito con il termine “ritardo mentale” i precedenti lemmi, in uso per indicare questa malattia, ossia quelli di oligofrenia, frenastenia, ipofrenia, insufficienza mentale ed imbecillità.

Nello specifico, i termini della definizione diagnostica sono i seguenti:

- un funzionamento intellettivo generale significativamente al di sotto della media (quoziente d'intelligenza pari o inferiore a 70 punti, ottenuto con un test standardizzato somministrato individualmente)
- concomitanti limitazioni nell'adattamento in due o più aree tra:
 1. Comunicazione
 2. Cura della persona
 3. Vita in famiglia
 4. Attività sociali
 5. Capacità di usare le risorse della comunità
 6. Autodeterminazione
 7. Scuola
 8. Lavoro
 9. Tempo libero
 10. Salute
 11. Sicurezza
- l'esordio si verifica prima dei 18 anni

L'ICD 10 (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati) invece definisce la condizione come

caratterizzata dallo sbilanciamento delle abilità del periodo evolutivo (fino a 18 anni) e che definiscono il livello di intelligenza.

1.5.2.2 Classificazione

Possono essere specificati 4 diversi gradi di ritardo intellettivo:

- lieve (85% dei casi), QI da 50-55 a 70
- moderato (10%), QI da 35-40 a 50-55
- grave (3-4%), QI da 20-25 a 35-40
- gravissimo (1-2%), QI inferiore 20-25

Inoltre, si può parlare di ritardo mentale con gravità non specificata quando c'è un forte motivo di supporre ritardo mentale, ma non si ha modo di valutare l'intelligenza del soggetto attraverso test standardizzati (ad esempio in soggetti troppo compromessi o non collaborativi o nella prima infanzia).

In genere si può definire il livello di gravità del ritardo mentale in alcuni casi già a partire dai 6-8 anni, mentre in altri solo verso i 14-16 anni.

1.5.2.3 Cause

Solitamente sono distinguibili in:

- *Cause prenatali*: si tratta ad esempio aberrazioni cromosomiche, anomalie genetiche, malformazioni cerebrali, disordini metabolici, ipossia
- *Cause perinatali*: troviamo ad esempio patologie materne, encefaliti, meningiti, insufficienza placentare, prematurità, complicanze in itinere nella gravidanza o nel parto
- *Cause postnatali*: traumi, infezioni o disordini neurodegenerativi
- *Cause ignote*: le più frequenti, soprattutto per il ritardo lieve
- *Fattori genetici*: presenti nel 25% dei casi e fanno riferimento a:

1. Sindrome di Down
2. Sindrome dell'X Fragile
3. Sindrome di Angelman
4. Sindrome Prader – Willi
5. Sindrome di Rett

Al contrario di quanto è solito pensare, nella maggior parte dei casi il ritardo mentale appartiene ad una categoria definita *ritardo familiare*, ovvero non dipendente da deficit biologico bensì da una storia di ritardo in famiglia.

In questi casi rimane impossibile determinare se il ritardo sia dovuto a cause ambientali (per esempio una situazione di povertà continua che porta alla malnutrizione) oppure se dipenda da un vero e proprio fattore genetico¹⁶.

1.5.3 La sindrome di Down: alcune definizioni

La *sindrome di Down*, o *trisomia 21*, è una condizione cromosomica causata dalla presenza di una terza copia del cromosoma 21.

Viene anche abbreviata in DS, dall'acronimo del suo nome in inglese, *Down syndrome*.

Si tratta della più comune anomalia cromosomica del genere umano, solitamente associata a un ritardo nella capacità cognitiva e nella crescita fisica, oltre che a un particolare insieme di caratteristiche del viso.

Il QI medio degli individui con la sindrome di Down è circa 50, contro il 100 delle persone non affette.

Laddove tutti i casi diagnosticati presentano un ritardo cognitivo, la disabilità è molto variabile tra gli individui affetti.

¹⁶ Da *Wikipedia, l'enciclopedia libera*

La maggior parte rientra nella gamma di *poco o moderatamente disabili* dal punto di vista della capacità motoria.

La sindrome prende il nome dal medico britannico John Langdon Down, che ne fece un'ampia descrizione, benchè vi siano al riguardo studi clinici precedenti, a opera dei medici francesi J.E.D. Esquirol (1838) ed Édouard Séguin (1844).

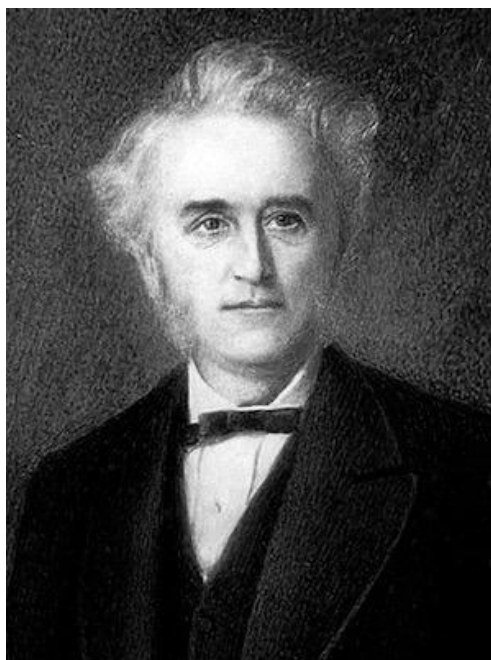


FIG. 1.6 - Langdon Down

Nel 1958 ne fu identificata la causa genetica in una trisomia del cromosoma 21.

La sindrome di Down può essere identificata in un bambino anche prima della nascita con lo *screening* prenatale.

L'età materna influenza le probabilità di concepire un bambino con sindrome di Down: uno studio condotto tra il 1970 e il 1989 sugli abitanti dell'Ohio ha mostrato che quando l'età della madre è compresa tra 20 e 24 anni la probabilità è 1 su 1562, tra 35 e 39 anni è 1 su 214, mentre sopra i 45 anni si attesta a 1 su 19.

Sebbene le probabilità aumentino con l'età materna, l'80% dei bambini con sindrome di Down nasce da donne di età inferiore ai 35 anni: ciò è dovuto alla fecondità complessiva in tale fascia di età.

Dati recenti suggeriscono inoltre che l'età paterna, in particolare quando supera i 42 anni, possa aumentare il rischio che la sindrome si manifesti nel bambino.

L'individuazione dei geni coinvolti può aiutare a indirizzare le cure mediche per le persone affette dalla condizione.

1.5.3.1 Segni e sintomi

Gli individui con la sindrome possono avere alcune o tutte le seguenti caratteristiche fisiche: mento anormalmente piccolo, fessure degli occhi oblique con pieghe della pelle all'angolo interno degli occhi, scarso tono muscolare, ponte nasale piatto, un'unica piega palmare, lingua sporgente e allargata vicino alle tonsille, viso piatto e largo, collo corto, eccessiva lassità articolare e dita corte.

I parametri di crescita, come altezza, peso e circonferenza della testa sono inferiori nei bambini con la condizione rispetto ai loro coetanei.

Gli adulti con la sindrome di Down tendono ad avere bassa statura e gambe storte.

Gli individui con sindrome di Down presentano inoltre un alto rischio di obesità e di incorrere in diverse condizioni patologiche.

Tuttavia, a seguito dei miglioramenti nelle cure mediche, in particolare nei problemi cardiaci, la speranza di vita tra le persone con sindrome di Down è aumentata¹⁷.

¹⁷ Da *Wikipedia, l'enciclopedia libera*



FIG. 1.7 - Bambina con sindrome di Down

1.5.3.2 Caratteristiche neuropsichiche

Il soggetto con SD è anche caratterizzato da discontinuità, difficoltà nelle transizioni dell'evoluzione del pensiero, di cui un progetto educativo-riabilitativo deve tenere conto.

La valutazione del quadro intellettivo è data dall'analisi del grado di RM e del differente coinvolgimento delle singole funzioni: motricità, ragionamento, linguaggio, comunicazione, memoria, attenzione, competenza sociale.

I bambini Down presentano difficoltà prassiche, dell'equilibrio dinamico, della coordinazione.

Nella SD, inoltre, piuttosto compromessa è anche la capacità costruttiva, ovvero la capacità di mettere in sequenza movimenti complessi (costruire una torre, montare un puzzle, fare un gesto simbolico).

È maggiormente compromessa la capacità di percezione analitica, rispetto a quella sintetica, mentre sufficientemente sviluppata è la capacità visuo-spaziale.

Gli studi sulle abilità specifiche della patologia hanno messo in evidenza nel bambino con SD una funzionalità mentale disomogenea, con una competenza maggiore nel sistema semantico rispetto a quella lessicale; secondo i ricercatori il bambino Down è deficitario nelle capacità di produzione, con annesse difficoltà nelle aree sintattiche e morfo-sintattiche.

La prestazione del bambino con SD è caratterizzata, quindi, da buone abilità nel comprendere e da un eloquio ridotto con componenti strutturali minime.

Raramente vengono utilizzate strutture sintattico-grammaticali quali gli articoli, le proposizioni, i pronomi o forme del periodo logico-grammaticale complesse.

In sostanza, il bambino Down è in grado di esprimersi attraverso costrutti verbali molto semplici e rapidi, mentre appare comprendere frasi e discorsi che, pur con caratteristiche di complessità limitate, sono più articolate rispetto alle capacità produttive.

Il suo vocabolario è molto ridotto e limitato alle parole ad alta frequenza d'uso nel proprio contesto di riferimento.

Le abilità comunicative sono i prerequisiti fondamentali per lo sviluppo della competenza sociale ed in particolare dell'interazione sociale. Risultano, infatti deficitarie sia nella comunicazione verbale che non verbale e richiedono un supporto intenso da parte delle figure affettive di riferimento.

Gli studi sulle abilità sociali evidenziano la stretta correlazione tra queste ed il grado di sviluppo dell'intelligenza, così pure l'influenza dell'attività di gioco sull'acquisizione della capacità comunicativa.

Con l'aumento delle capacità di movimento il gioco si incentra sull'esplorazione dell'ambiente e sulla manipolazione degli oggetti, si realizza in interazioni nelle quali i soggetti coinvolti entrano in relazione tramite distanze maggiori: si passa da un'interazione adulto-bambino ad interazioni che includono più protagonisti dell'ambiente circostante.

Con la maturazione cognitiva, il gioco assume caratteristiche e scopi differenti, fino a ricoprire ruoli sociali e relazionali sempre più complessi, volti all'autonomia cognitiva e comportamentale: da gioco manipolativo si trasforma a gioco funzionale.

Il bambino usa dapprima la figura genitoriale come oggetto, per poi usufruirne in qualità di risorsa d'aiuto, funzionale al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Secondo Sigman e collaboratori (1999) il bambino Down, nelle attività di gioco, mostra di non usufruire dell'aiuto dell'adulto ed in particolare mette raramente in atto comportamenti di richiesta per riuscire nel compito; nelle stesse situazioni, al contrario, tende a mostrare più frequentemente comportamenti di attesa fin quando l'adulto comprende l'esigenza del bambino e quindi fornisce suggerimenti e lo aiuta nel completamento dell'attività.

Inoltre, in presenza di un coetaneo il bambino Down utilizza comportamenti tendenti all'evitamento dell'altro, mostrando di essere attratto da altre attività.

Tuttavia tale comportamento di evitamento non è messo in atto nella fase di interazione con figure adulte, siano esse familiari o estranee.

È l'adulto che deve attrarre l'attenzione sul compito, o sul comportamento, utilizzando livelli di difficoltà gradualmente, vista la difficoltà di iniziare un'interazione sociale.

Secondo gli autori tutto ciò è strettamente dipendente sia dalle competenze cognitive del bambino che dal loro grado di utilizzazione.

Bruner (1982) sostiene che la modalità comportamentale della madre durante le prime interazioni sociali è protesa a fornire un supporto ed un sostegno al bambino al fine di stimolarne le competenze sociali.

Tale condizione relazionale è denominata *scaffolding*.

In uno studio sull'orientamento sociale del bambino Down in una situazione di gioco sono stati osservati comportamenti di adattamento del piccolo rispetto alle richieste del contesto; in particolare si è osservato che la madre del bambino Down tende a mostrare comportamenti di tipo più direttivo in situazioni meno strutturate, quale l'interazione libera tra coetanei, mentre in situazioni più strutturate, come la composizione di un puzzle, tende a mettere in atto comportamenti più simili a quelli di madri di figli normodotati.

Da ciò si desume che un'elevata frequenza di comportamenti direttivi della madre del piccolo Down sia correlata alle condizioni di rischio di non risoluzione del compito, come pure alle difficoltà linguistiche e verbali del bambino.

Un'altra caratteristica dei bambini Down è la spiccata facilità a comportamenti cooperativi e di aiuto: la capacità imitativa, associata a sequenze d'azione fisse e ordinate, favoriscono l'adattamento del piccolo ad attività ripetute.

Tuttavia, l'imitazione di sequenze d'azione prefissate favorisce l'acquisizione di modalità che comunque non possono essere ritenute veri e propri comportamenti cooperativi, poiché mancano delle caratteristiche cognitive di codifica delle esigenze altrui e di modulazione del proprio comportamento sulla base delle attività e delle reazioni messe in atto dall'altro¹⁸.

¹⁸ *La Sindrome di Down*, in «Neuropsicomotricista»

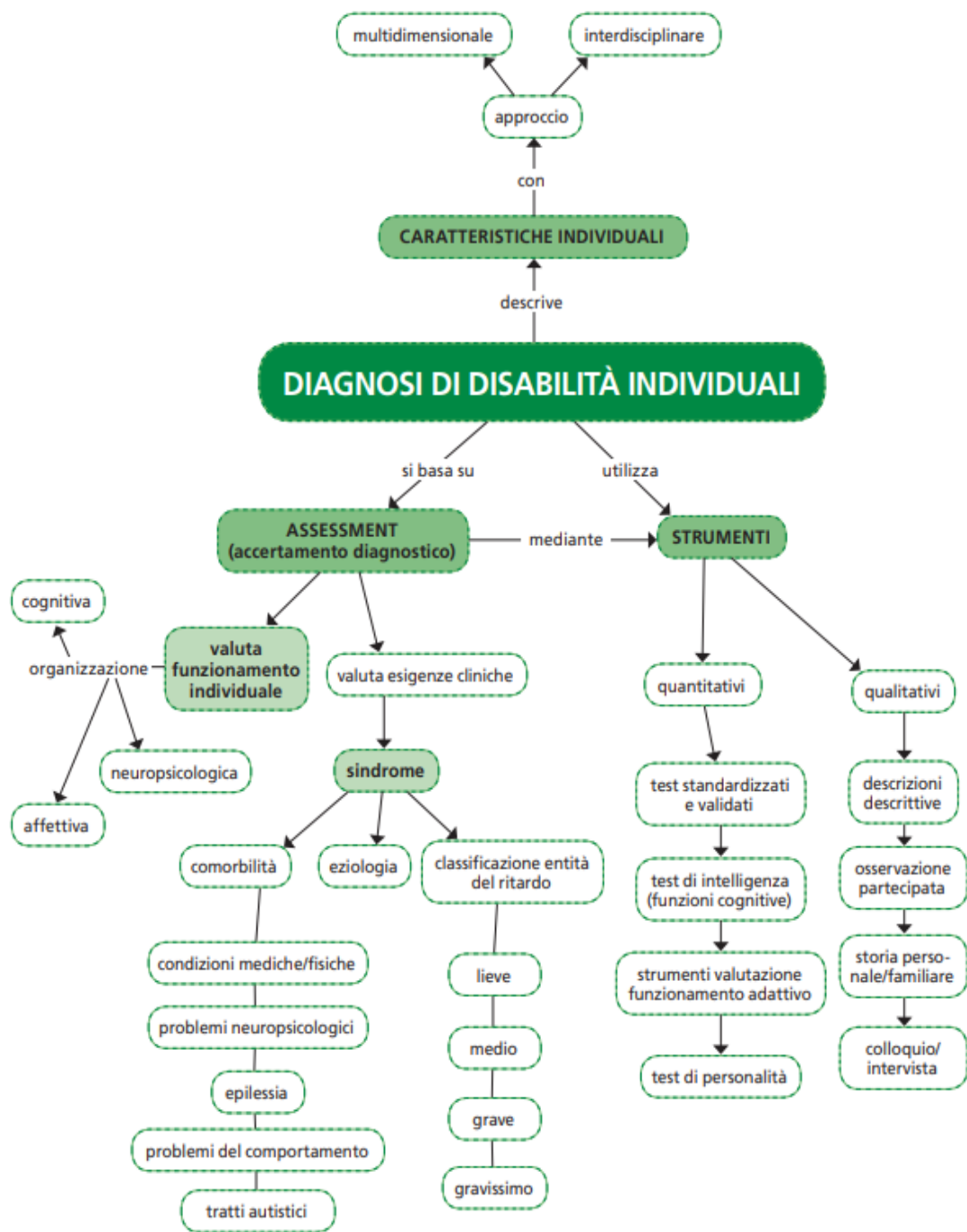


FIG. 1.8 - Mappa diagnosi di disabilità individuali

Capitolo II

L'AUTONOMIA

2.1 Definizione di autonomia

Lo sviluppo e la crescita del bambino possono essere visti come un graduale passaggio dalla dipendenza verso l'autonomia, che è completa quando diviene adulto e cittadino a tutti gli effetti, soggetto e oggetto di diritti, capace di lavorare e di avere rapporti paritari con gli altri.

Nella crescita verso l'autonomia, un bambino con disabilità incontra due tipi di ostacoli: da una parte le difficoltà legate al suo deficit, dall'altra gli atteggiamenti di paura e le ambivalenze dell'ambiente che interferiscono con il suo grado di autonomia potenziale, raggiungibile pur nella situazione di svantaggio.

Spesso i genitori, ma anche la gente che il bambino disabile incontra, talvolta gli stessi operatori e insegnanti, sviluppano nei suoi confronti un atteggiamento assistenziale e protettivo che ne limita l'acquisizione di indipendenza.

Sembra quasi che si voglia compensare con maggiore affetto e atteggiamenti più permissivi il disagio per il deficit, o che a causa di esso il bambino venga ritenuto incapace e quindi bisognoso di assistenza e di qualcuno che operi al posto suo in ogni occasione.

Ma, tra coloro che si occupano di ritardo mentale, si è fatta strada in questi anni la sempre più radicata convinzione dell'importanza dell'educazione all'autonomia per lo sviluppo di una persona con disabilità mentale e per il suo inserimento sociale.

Già dalla scuola dell'infanzia infatti, è senza dubbio più facile inserire un bambino disabile, se questi ha una propria autonomia nell'andare in bagno o nel mangiare, se sa rispettare delle regole e come spesso la conquista di

queste abilità sia indipendente dalle difficoltà che egli ha nel caso di apprendimenti più didattici.

E ancora come una buona autonomia personale sia poi, andando avanti, prerequisito fondamentale per l'inserimento sociale e lavorativo di giovani e adulti con disabilità intellettiva.

Molte conquiste però, soprattutto nell'ambito dell'autonomia esterna, sono difficilmente raggiungibili in ambito familiare, soprattutto quando tale problema viene posto in adolescenza, momento in cui i ragazzi disabili, così come altri adolescenti, iniziano a manifestare desiderio di distacco dei genitori e mal sopportano le loro richieste.

Al tempo stesso anche per i genitori riconoscere e accettare che i loro figli stiano diventando grandi è spesso difficile e tale processo va in qualche modo sostenuto.

Il tema dell'educazione all'autonomia assume allora un particolare risalto nell'età adolescenziale.

Occorre dunque pensare ad una realtà pienamente inclusiva e a dei possibili percorsi di autonomia e di accompagnamento dai primi anni di vita dei soggetti disabili, stimolandoli in tal modo ad un'esistenza il più possibile indipendente e aiutandoli ad entrare in relazione con gli altri, progettando la propria vita e partecipando alla costruzione della società.

A tal proposito, un ruolo fondamentale è costituito dall'impegno che il terzo settore svolge sul territorio nazionale.

Le associazioni rivestono dunque una notevole importanza nell'attuazione dell'inclusione dei soggetti con disabilità, contribuendo appunto a creare spazi in cui è possibile sperimentare autonomie e costituendo reti informali, in modo da promuovere l'apertura e la piena partecipazione sociale¹⁹.

¹⁹ Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 27-28

2.2 Cosa significa educare all'autonomia

Affrontare il problema dell'autonomia vuol dire porsi, come operatori e come genitori, non solo l'obiettivo del raggiungimento di alcune competenze, ma riconoscere e favorire il cambiamento dalla condizione di bambino a quella di adolescente e di adulto.

Vuol dire quindi creare un clima, un modo di rapportarsi, una mentalità di fiducia e di rispetto nei confronti del ragazzo.

È in tale clima che questi può trovare maggiore motivazione ad imparare e può crescere più globalmente come persona.

Se parlare di autonomia sociale può sembrare difficile, ma possibile, per ragazzi con differenti livelli di abilità iniziali, sembra a molti un discorso impossibile per ragazzi in condizione di gravità, privi di ogni competenza didattica, con difficoltà di relazione e comunicazione verbale.

Dunque la sfida che si cerca di accettare è quella di proporre un cammino di autonomia anche per questi ragazzi, non solo in termini di conquista di nuove abilità, ma conquista di dignità e acquisizione di identità, nella convinzione che esista un'autonomia possibile per tutti e per ciascuno²⁰.

2.3 Attività a sostegno delle abilità dei bambini con Disturbo del neurosviluppo

Di seguito vengono suggerite alcune attività utili a insegnare abilità finalizzate ai bambini che presentano un Disturbo del neurosviluppo, al fine di dare indicazioni personalizzate, in linea con il profilo di funzionamento di ciascun bambino.

- *La routine quotidiana*: la scansione del tempo e la prevedibilità delle attività aiutano ad orientare i comportamenti e a renderli più adattivi ai contesti.

²⁰ Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 33-35

È utile stabilire una routine (giornaliera e settimanale) e provvedere ad aggiornarla nei momenti di cambiamento significativo (ad esempio sospensione della scuola improvvisa o programmata, termine del periodo di vacanza, ecc.).

A tal fine è importante definire una scansione del tempo trascorso in casa e fuori, rendendo chiari e stabili i diversi momenti della giornata, mantenendo orari regolari per alzarsi, consumare i pasti, svolgere attività didattiche, giocare e andare a dormire.

- *L'agenda visiva*: è uno strumento finalizzato a definire la successione delle attività e del tempo; per alcuni bambini è sufficiente un elenco scritto, mentre altri sono agevolati dal supporto iconico, una successione di immagini o di foto.

Per costruire un'agenda visiva è necessario pensare ai diversi momenti della giornata, prevedere un'alternanza di attività (strutturate e ludiche), individuare i luoghi dedicati a ciascuna di esse, mettere a disposizione il materiale per il loro svolgimento e rendere evidente il tempo di inizio e di fine di ciascuna attività.

Quando pensiamo di pianificare le attività della giornata è importante tenere presente che le attività proposte richiedono un impegno diverso e anche che è importante continuare a favorire l'acquisizione di comportamenti a sostegno delle autonomie personali, delle abilità comunicative e relazionali, dell'ampliamento del gioco individuale e condiviso, delle abilità prassiche e cognitive.

Per quanto concerne le autonomie personali, l'obiettivo principale è favorire l'acquisizione di comportamenti funzionali all'età, procedendo con l'insegnare al bambino le abilità in modo graduale, sistematico e secondo un ordine di complessità crescente.

- *Mangiare da solo*: insegnare al bambino ad usare da solo le posate e a bere dal bicchiere.

I bambini con un Disturbo dello Spettro Autistico possono presentare alcune resistenze a modificare le loro abitudini e quindi ad apprendere nuovi comportamenti attesi per l'età.

Occorre quindi aiutare il bambino ad acquisire il comportamento di afferrare una posata per prendere un po' di cibo e portarlo alla bocca.



FIG. 2.1 - *Autonomia del bambino durante i pasti*

Considerando le attività fini-motorie, è possibile aiutare il bambino a migliorare le competenze fini-motorie attraverso attività di gioco che sostengano la presa degli oggetti mediante opposizione pollice-indice, quali ad esempio afferrare una pallina morbida alla volta e infilarla nel collo di una bottiglia o proporre al bambino di utilizzare una forchetta per infilare materiali morbidi imprimendo poca forza (gnocchetti di pasta colorata, pezzetti di frutta, ecc.) e trasferirli in un altro recipiente, sfilandoli con l'utilizzo dell'altra mano.

Tra le attività fini-motorie delle due mani, che favoriscono cioè nel piccolo l'utilizzo di entrambe le mani, troviamo:

- *Attività di infilare*: inizialmente proporre supporti rigidi, come cannuce di plastica, bastoncini, ecc., su cui infilare materiale sufficientemente grande e facile da prendere, come pasta o frutta, passando da formati più grandi a quelli medi e poi piccoli



FIG. 2.2 - *Autonomia del bambino durante attività di infilare*

- *Attività di sbucciare*: proporre al bambino questa attività con materiali vari, affinché utilizzi entrambe le mani, allenandosi a svolgere compiti diversificati.



FIG. 2.3 - Autonomia del bambino durante attività di sbucciare

- *Attività di tagliare*: procedere con materiali morbidi, come pasta, banana, kiwi, ecc. e poi proporre materiali che necessitano di maggiore forza per essere tagliati, come la mela.



FIG. 2.4 - Autonomia del bambino durante attività di tagliare

In riferimento ad altre attività di autonomia personale, si annoverano:

- *Sedersi a tavola con la famiglia*: individuare una sedia alta che il bambino riconosca come propria e che gli consenta di sedersi arrivando comodamente ad utilizzare il piano del tavolo su cui è posto il piatto.

Sedersi insieme agli altri, allo stesso tavolo e mangiare allo stesso tempo, consente di condividere un'attività e di poter osservare ciò che mangiano mamma, papà e i fratelli e come lo fanno.



FIG. 2.5 - Sedersi a tavola con la famiglia

- *Lavarsi da soli*: insegnare le autonomie dell'igiene personale come lavarsi le mani e il viso, consentendo al bambino di arrivare al lavandino mediante un gradino o una scaletta, facendo trovare sapone ed asciugamano in vista, in modo che siano facilmente accessibili.



FIG. 2.6 - Lavarsi da soli

- *Uso del water*: facilitare il bambino ad associare il bagno come luogo dedicato alla propria igiene, offrendogli la possibilità di arrivare in autonomia a sedersi sul water e a sentirsi stabile utilizzando un gradino su cui poggiare i piedi e un riduttore.
- *Spogliarsi e vestirsi*: l'abilità di sfilarsi degli indumenti viene appresa più facilmente rispetto a quella di infilarli.

È importante consentire al bambino di svolgere quelle azioni per cui è diventato autonomo, come ad esempio togliersi i calzini e incoraggiarlo a transitare questa abilità su quelle affini, come sfilarsi le scarpe, favorendo l'abilità di slacciarsi le scarpe proponendo quelle con gli strap.

Tra le attività domestiche, è possibile considerare invece:

- *Apparecchiare*: questa abilità può essere insegnata attraverso attività di corrispondenza uno a uno, chiedendo al bambino di sovrapporre l'oggetto tridimensionale all'immagine bidimensionale corrispondente.
- *Sistemare le posate nel cassetto*: l'apprendimento di questa abilità può essere sostenuto inizialmente attraverso un'attività di corrispondenza a tavolino, in cui viene chiesto al bambino di sovrapporre l'oggetto alla figura corrispondente.
- *Gettare i rifiuti*: i bambini possono essere aiutati a individuare i contenitori in cui gettare i rifiuti, attraverso etichette che riproducono le immagini degli oggetti corrispondenti. L'apprendimento della raccolta differenziata può essere sostenuto anche mediante attività di gioco:
 - Individuare contenitori per la raccolta su cui attaccare le immagini dei rifiuti corrispondenti
 - Stampare le immagini di diversi oggetti, ritagliarle e mischiarle poi chiedere al bambino di prenderne una alla volta e inserirla nel contenitore dedicato

- Questa attività di gioco può essere facilitata iniziando con l'utilizzo di due contenitori molto diversi tra loro (come cibo e vetro, poi carta e vetro) successivamente aumentando i contenitori
- *Sistemare i vestiti nel cassetto*: l'autonomia di vestirsi da solo è sostenuta dalla capacità di trovare i singoli indumenti da indossare. È di aiuto caratterizzare armadi e cassetti mediante immagini in vista che ne riproducano il contenuto.
- *Prepararsi una merenda*: insegnare al bambino quei comportamenti a sostegno delle autonomie personali, come preparare qualcosa per sé.
- *Collocare il proprio materiale*: organizzare il materiale di gioco all'interno di contenitori etichettati con l'immagine del contenuto consente al bambino di orientarsi meglio nella ricerca di ciò che desidera e allo stesso tempo rappresenta uno stimolo a sostegno del comportamento comunicativo.

I bambini hanno bisogno di muoversi per acquisire maggiore padronanza dei movimenti, aiutandoli attraverso attività di gioco-movimento.

Esaminiamo dunque le attività grosso-motorie.

- *Percorsi guidati dalle immagini*: posizionare a terra delle impronte di piedi uniti o separati, a seconda che si chieda al bambino di saltare o camminare, e allo stesso modo è possibile posizionare le impronte delle mani.
- *Percorsi motori-cognitivi*: posizionare a terra tre contenitori di colori diversi e al lato opposto della stanza una cesta contenente oggetti dei tre colori, chiedendo al bambino di sistemare ciascun oggetto nel contenitore corrispondente, portandolo uno alla volta.

Inoltre individuiamo, tra le attività di gioco condiviso:

- *Giochi di routine*: quando il bambino predilige il gioco solitario e ricerca poco l'adulto per condividere, si può tentare di coinvolgerlo in attività che stimolino i suoi interessi, come giochi fisici e per i quali l'adulto diventa indispensabile per l'inizio e la prosecuzione del gioco, quali, ad esempio, il gioco del solletico, le bolle di sapone, il gioco dell'altalena, ecc.
- *Giochi sociali*: quando il bambino presenta difficoltà a condividere il gioco con uno o più bambini e predilige fare attività per conto proprio, possiamo insegnargli giochi che prevedono l'esecuzione di azioni individuali con la turnazione, offrendo successivamente la possibilità di condividere il gioco appreso con uno o più bambini.
 1. Il gioco dei birilli mantiene la possibilità di svolgere un'azione in autonomia (lanciare la palla verso il bersaglio), sebbene preveda un'alternanza di giocatori e quindi introduca ad un gioco sociale condiviso. Occorre dunque insegnare a lanciare la palla verso i birilli, successivamente introdurre il turno con l'adulto e poi con un altro bambino.
 2. Un altro esempio di gioco sociale, che mantiene tuttavia una certa autonomia, poichè ciascuno ha un proprio oggetto con cui correre, è la corsa dei sacchi. Bisogna insegnare ad entrare nel sacco, a saltare con esso, a raggiungere un traguardo e successivamente procedere alla corsa parallela con un altro bambino

In ultima analisi, si descrivono le attività strutturate per sostenere le abilità cognitive:

- *Area percettiva di decodifica e generalizzazione*: i bambini possono manifestare difficoltà di apprendimento e comportamenti incongrui o non adattivi a causa di una percezione alterata degli stimoli e della conseguente decodifica delle informazioni sensoriali.

Le informazioni provenienti dai diversi canali percettivi (udito, tatto, gusto, olfatto, vista) potrebbero essere selezionate e

classificate in base a caratteristiche rigide che ne impediscono di riconoscere alcuni oggetti come simili.

Si osserva, inoltre, la difficoltà di integrare le informazioni sensoriali provenienti da diversi canali, al fine di comprendere il contesto che li circonda.

Di seguito vengono presentate alcune attività utili a sostenere, nei bambini, le funzioni cognitive di decodifica degli stimoli, riconoscimento di stimoli simili ed etichettamento verbale:

- *Attività sul corpo umano:*
 - Ricostruzione corpo umano
 - Riconoscimento parti del corpo e funzioni
- *Attività di appaiamento e generalizzazione:*
 - Alberi
 - Gelato
 - Pizza
- *Attività di appaiamento e riconoscimento categorie:*
 - Immagini per categorie
- *Immagini parziali:*
 - Riconoscimento particolari
- *Riconoscimento ambienti:*
 - Stanze
- *Riconoscimento degli stimoli in base alla classe di appartenenza:*
 - Cosa va bene insieme

- *Attività di esclusione dello stimolo incongruo:*
 - Trova l'intruso²¹.

Capitolo III

L'ASSOCIAZIONE

3.1 Il progetto “Educare all'autonomia” presso l'associazione “Gocce nell'Oceano”

L'interesse per questa tematica è nato dalla volontà di approfondire un ambito che interessa il mio piano di studi: quello della disabilità appunto, da qui il desiderio di svolgere l'attività di tirocinio prevista da quest'ultimo presso l'associazione *Gocce nell'Oceano Onlus*, costituita con atto pubblico a Corato, il 18 giugno 2009, da famiglie con ragazzi disabili, da esperti nel settore e da professionisti che tuttora assicurano la loro attività di volontariato a favore dell'associazione.

Attualmente l'associazione ha, fra i suoi associati, genitori di bambini e ragazzi con disabilità intellettiva e relazionale e fra i suoi volontari neolaureati e studenti di corsi di laurea attinenti, come Psicologia, Scienze dell'educazione e della formazione, Scienze motorie, ecc.

Le attività organizzate consentono inoltre alle volontarie di sperimentare sui bambini alcuni principi dell'Analisi Applicata del Comportamento (Applied Behavior Analysis: A.B.A.) e, valutarne l'efficacia, l'associazione

²¹ *Presentazione attività a sostegno delle abilità dei bambini con Disturbo del Neurosviluppo*, in «USLUmbria2, Servizio Sanitario Regionale»

ha avviato un programma di formazione e divulgazione di tale scienza, organizzando svariati convegni e giornate di studio.

In contemporanea *Gocce nell'Oceano Onlus* porta avanti un programma di inserimento dei ragazzi nella società attraverso lo sport, aderendo, per il tramite dell'associazione sportiva *Gocce Special Team*, all'organizzazione internazionale *Special Olympics*, e quindi sostenendo gli atleti sia negli allenamenti, sia nella partecipazione a gare e manifestazioni varie.

Accanto a queste due attività vi sono anche quelle che prevedono l'attivazione di progetti dedicati ai bambini e ai ragazzi (laboratori artigianali, di cucina, campi estivi, ecc.) e l'organizzazione di spettacoli teatrali con i ragazzi come protagonisti.

Nei mesi invernali, presso una piccola palestra, condotta inizialmente in comodato d'uso, gratuita e attualmente in locazione, sono state organizzate sedute di danzaterapia, ovvero una tecnica riabilitativa che utilizza il corpo e il movimento come mezzo primario per raggiungere gli scopi terapeutici.

Un salto nel blu è la denominazione della sede operativa attuale dell'associazione: uno spazio di circa 120 metri quadrati, condotto in locazione, che comprende una zona living per i percorsi di educazione all'autonomia e uno spazio adibito a piccola palestra, utilizzato per i suoi giovani atleti.

Generalmente, durante l'estate, le attività dell'associazione vengono organizzate presso una villetta di proprietà di un associato, concessa gratuitamente in uso²².

In qualità di tirocinante ho contribuito allo svolgimento delle attività proposte dall'associazione, affiancata dalla mia tutor e collaborando con un'altra educatrice, sostenendo in particolar modo due ragazzi adolescenti con disabilità intellettiva e relazionale nell'esecuzione dei compiti loro proposti, afferenti appunto al progetto *Educare all'autonomia*, intervenendo anche nella gestione degli esercizi motori e sportivi, inerenti

²² *Gocce nell'Oceano Onlus, associazione di promozione sociale, in* <http://www.gocce.eu>

la psicomotricità, (sempre in collaborazione con figure professionali), sottoposte ai ragazzi e ai bambini con disabilità che frequentano la struttura, ampliando così le mie capacità comunicative, partecipative ed educative.

3.2 Com'è nata l'associazione

L'importante contributo di Nunzio Calò, efficiente presidente dell'associazione con cui ho collaborato, ma anche padre di Vittorio, un ragazzo con sindrome di Down, ha permesso così di dar vita ad una realtà concreta, nata e cresciuta per il forte senso di condivisione tra famiglie e professionisti, legati dalla motivazione di favorire una crescita serena dei bambini che richiedono contesti e relazioni che rispondono adeguatamente ai loro bisogni speciali²³.

Nel suo testo *Non è come sui libri*, Nunzio affronta il tema della disabilità con un pizzico di ironia e racconta quanto sia importante unire le forze per risolvere alcune questioni che la stessa comporta, illustrando il percorso affrontato da Vittorio, dai suoi primi anni di vita al momento della riabilitazione, optando per la scelta di un centro riabilitativo in cui svolgere sedute di psicomotricità e logopedia e cercando di introdurre delle innovazioni nell'andamento delle terapie, al fine di creare, intorno a Vittorio, un vero e proprio team coordinato.

Sono emerse però, sin da subito, criticità nei comuni centri di riabilitazione, che vanno ben oltre la mancanza di coordinamento fra operatori ed insegnanti, e che attengono anche all'inadeguatezza degli ambienti (a volte, in spazi di pochi metri quadrati, sono costretti a fare terapia più bambini con le rispettive terapisti), all'obsolescenza degli strumenti e dei metodi (i logopedisti, per esempio, tentano di far pronunciare ai bambini una lettera dell'alfabeto mostrando loro un disegno sbiadito, illustrante figure che magari i bambini non hanno mai

²³ Calò N., *Non è come sui libri. Non abbiate paura di far nascere un bambino Down*, Corato, Gocce nell'Oceano onlus, 2016, pag. 7

avuto modo di incontrare nella realtà), alla scarsa intensità degli interventi (il sistema sanitario riesce a malapena ad erogare due-tre ore di terapia a settimana a bambino), e così via.

Tuttavia, il merito del centro riabilitativo del paese, è stato quello di aver creato i presupposti che hanno fatto incontrare le famiglie tra loro e queste con una studentessa destinata a cambiare il loro modo di affrontare le vicende legate alla disabilità dei propri figli.

Quest'ultima si presentò nel centro di riabilitazione in un pomeriggio dell'autunno del 2007, dopo che la responsabile aveva individuato e invitato nel suo ufficio una dozzina di bambini, fra cui Vittorio, per sperimentare attività di danzaterapia.

La sperimentazione sembrò funzionare e alcuni genitori iniziarono a conoscersi meglio, a confrontarsi, a condividere attività, obiettivi e a capire che in giro potevano esserci giovani risorse a cui affidare i propri figli, creando un'utilità per il bambino ma anche per la risorsa stessa, offrendole l'opportunità di crescere professionalmente, non solo sfogliando libri.

Così, fra le molte titubanze da parte dell'attuale presidente e le prime esibizioni di danzaterapia dei piccoli, prese forma l'idea di una vera e propria associazione di promozione sociale per bambini con disabilità, denominata *Gocce nell'Oceano Onlus*, introducendo, col passare del tempo, nuove e svariate attività, quali psicomotricità, musicoterapia, manipolazione, nuoto²⁴.

3.3 Vittorio

Vittorio è un ragazzo di diciassette anni, con sindrome di Down ed è il secondogenito di una famiglia composta da quattro componenti: madre, padre e fratello maggiore.

²⁴ Calò N., *Non è come sui libri. Non abbiate paura di far nascere un bambino Down*, Corato, Gocce nell'Oceano onlus, 2016, pag. 69-79

All'età di tre anni è stata redatta la prima diagnosi funzionale che, partendo da una diagnosi clinica di sindrome di Down, certifica conseguenze funzionali come una lieve immaturità cognitiva, un lieve ritardo nella comunicazione verbale e nella motricità.

La diagnosi funzionale, in forma conclusiva, individua un'immaturità psicomotoria ed una compromissione dell'area motoria ed espressivo-verbale.

È possibile osservare dunque, come, dal punto di vista cognitivo, Vittorio sperimenta la realtà in modo attivo.

Mentre, per quanto concerne lo sviluppo emotivo, relazionale e sociale, mostra un legame gioioso e di fiducia nei confronti dei propri familiari.

Egli possiede un'adeguata consapevolezza di sé e comprende il significato di molte parole e suoni musicali ed esegue inoltre ordini semplici.

Per quanto riguarda, invece, la produzione linguistica, il linguaggio spontaneo appare limitato a poche parole, semplici vocalizzazioni e monosillabi, ma nonostante ciò, egli sopperisce tale carenza con un buon supporto mimico.

Vittorio mostra di apprendere per esperienze ripetute e ricorda situazioni sia piacevoli che spiacevoli.

Tuttavia, la sua attenzione appare discontinua, poichè non riesce a restare attento su una singola attività per breve tempo, cambiando giochi continuamente.

In accordo con tale diagnosi è la situazione di partenza, elaborata nel PEI (piano educativo individualizzato) redatto nello stesso anno.

Durante il quinto anno di vita di Vittorio emerge una regressione relazionale e sociale; difatti egli manifesta una forte resistenza alla separazione dai genitori e difficoltà relazionali, con mutismo selettivo e chiusura verso l'operatore.

Sotto il profilo linguistico, invece, è in grado di rispondere a domande che presuppongono una replica come sì o no. Il gioco simbolico è assente.

Negli anni successivi Vittorio viene seguito da un'equipe che predilige un intervento strutturato (con rapporto uno ad uno), secondo un programma cognitivo-comportamentale (ABA), grazie al quale il bambino consegue notevoli miglioramenti dal punto di vista cognitivo, linguistico e relazionale.

L'attenzione risulta essere frammentaria: mantiene tempi di attenzione più lunghi durante attività che privilegiano il canale ludico-motorio e ritmico-musicale.

Si presentano ancora immature le capacità mnemoniche e di comprensione.

Dal punto di vista socio-affettivo-relazionale Vittorio non mostra comportamenti aggressivi e risulta avere un discreto inserimento nell'attività scolastica. Vi è, inoltre, una parziale accettazione delle regole ed una forte dipendenza dall'altro (educatrice o maestra).

Egli sembra propenso a collaborare e a interagire, manifestando un comportamento corretto.

Sono state riscontrate alcune difficoltà nel rapportarsi con un interlocutore ed un ambiente a lui estranei.

Il vocabolario ricettivo del bambino invece, risulta essere ridotto, nonostante la sua età anagrafica: riconosce oggetti reali e immagini a lui note²⁵.

²⁵ Calò N., *Non è come sui libri. Non abbiate paura di far nascere un bambino Down*, Corato, Gocce nell'Oceano onlus, 2016, pag. 153-156



FIG. 3.1 - “Non è come sui libri”, l’esperienza di un genitore di un bambino Down

3.4 Gli itinerari educativi e le attività per lo sviluppo psicomotorio

Le attività proposte dall’associazione sono fondamentali per il benessere dei ragazzi, la loro emancipazione e il miglioramento della qualità della vita e sono strettamente in relazione con il progetto personalizzato.

Tali attività andranno a promuovere in particolare i seguenti aspetti: benessere fisico, emotivo, materiale, sviluppo personale, autodeterminazione, relazioni interpersonali ed inclusione sociale.

In seguito l’elenco delle attività svolte all’interno della struttura:

- *Espressive*: consentono ad ognuno di esprimere una parte di sé e della propria individualità, quali laboratorio teatrale, espressività artistica, danza, laboratorio musicale, ecc.



FIG. 3.2 - Esibizione di danzaterapia, dal titolo “I sogni son desideri”²⁶

- *Motorie*: volte a migliorare e a rafforzare il senso di autoefficacia e di autostima dei ragazzi, quali calcio, atletica leggera, basket, bocce e nuoto.

²⁶ Il 31 gennaio 2011, al Teatro Curci di Barletta, le “Goccioline” sono chiamate ad aprire il concerto di Enzo Gragnaniello, il cantautore partenopeo noto per la sua sensibilità verso il sociale.



FIG. 3.3 - Gocce Special Team “Giochiamo senza barriere” (Bari, 30 novembre 2019)



FIG. 3.4 - Meeting nazionale di nuoto (Canosa di Puglia, 5 dicembre 2021)



FIG. 3.5 - Torneo Special Football 2022 (Corato, 27 marzo 2022)

- *Manuali*: finalizzate ad esaltare le capacità del singolo attraverso lo svolgimento di mansioni specifiche, quali attività in cucina e laboratorio artistico.



FIG. 3.6 - Preparazione spremuta d'arancia in associazione (Corato, 2 marzo 2022)



FIG. 3.7 - Attività di tirocinio di Vittorio in associazione (Corato, 17 dicembre 2021)

- *Occupazionali*: caratterizzate da semplici compiti manuali, come esercizi di potenziamento delle abilità motorie o alcune attività di vita quotidiana, come pulizia e gestione degli spazi e dei luoghi comuni.



FIG. 3.8 - Pulizia e gestione degli spazi in associazione (Corato, 10 febbraio 2022)

- *Educative*: mirate all'acquisizione e al mantenimento di capacità comunicative, di relazione e di autonomia sociale. Tali attività sono: uscite al bar o al ristorante, cinema, gite, partecipazione a feste comunitarie.



FIG. 3.9 - Gita presso Agriturismo San Giuseppe e Circolo Ippico (Corato, 20 luglio 2021)

3.4.1 Il setting psicomotorio

L'ambiente psicomotorio svolge un ruolo di notevole rilevanza sia per il soggetto a cui l'intervento è diretto, sia per colui che lo attua.

Il luogo in cui si svolge la seduta di psicomotricità è funzionale allo sviluppo del gioco psicomotorio e all'espressività creativa del bambino. Esso deve rispettare dei canoni specifici anche per quanto concerne le dimensioni.

Infatti, non deve essere nè troppo piccolo nè troppo grande: in una sala troppo piccola il bambino si troverebbe limitato nelle sue azioni motorie poiché costretto a muoversi in modo ravvicinato e costante agli altri.

È dunque preferibile utilizzare una sala con pavimentazione in legno poiché essa favorisce tutti i tipi di movimento e ricrea la giusta atmosfera. Inoltre è necessario inserire uno specchio, che rappresenta un vero e proprio simbolo di input per il bambino nel gioco psicomotorio.

La sua immagine riflessa gli permetterà di progredire nel gioco incentrando l'attenzione su di una esperienza piacevole e divertente.

Tra le caratteristiche essenziali che il setting psicomotorio deve avere, assume una rilevanza notevole l'ordine, il quale deve riguardare gli oggetti presenti, che devono essere accuratamente riordinati al termine di ciascuna seduta di psicomotricità; in questo modo si facilita il bambino nella ricerca dei materiali nelle prossime sedute.

Grazie ai materiali e agli oggetti che lo psicomotricista sceglie accuratamente, in base alle esigenze e ai bisogni dei bambini, la sala di psicomotricità diviene uno spazio entro il quale il bambino può esprimersi e muoversi liberamente.

Ad ogni seduta il bambino riveste lo spazio psicomotorio di significati e tendenzialmente ciò avviene a seguito di esperienze o giochi che il bambino ha effettuato e lo ha soddisfatto particolarmente²⁷.

3.4.2 La scelta dei materiali e degli oggetti

Il setting psicomotorio si caratterizza per la presenza di oggetti e materiali ben precisi, con i quali far giocare i bambini.

Solitamente la scelta di questi è del professionista; pertanto il materiale deve favorire nel bambino: libertà di movimento, creatività ed espressività, socializzazione e l'attivazione dei processi simbolici.






Gli oggetti che generalmente vengono usati sono semplici e ben poco definiti nella forma, questo perché hanno uno scopo specifico, ossia permettere al soggetto una facile manipolazione e la realizzazione di un' espressione creativa e simbolica.

²⁷ Vecchiato M., *Il gioco psicomotorio. Psicomotricità psicodinamica*, Roma, Armando, 2008, pag. 352

Dunque più saranno gli oggetti a disposizione dei bambini e maggiori saranno le probabilità che i soggetti utilizzino il materiale come mezzo di comunicazione e socializzazione.

Lo psicomotricista deve perseguire un unico obiettivo: favorire nei bambini il gioco sensomotorio, simbolico e di socializzazione, proponendo ai bambini materiali ed oggetti che permettono di far avanzare il soggetto ad un livello superiore.

Nella scoperta del materiale il bambino dovrà essere guidato dallo psicomotricista e in ogni seduta dovrà essere presente sia il materiale già noto al soggetto sia quello non ancora a lui noto: questo permette una situazione di continuità nel setting psicomotorio relativamente alle proprie esigenze.

OGGETTO	Funzione
<p>Palloni</p> 	<p>Utili per favorire l' azione e quindi il movimento in quanto spesso vengono utilizzati dai bambini come supporto per i loro schemi motori i basi.</p>
<p>Cerchi</p> 	<p>Si possono utilizzare sia quelli in plastica, sia quelli in gommapiuma. Essi stimolano giochi più regressivi; infatti è abbastanza frequente osservare il bambino indossare il cerchio quasi fosse un abbraccio morbido di un genitore, accovacciarsi al suo interno, assumendo una postura fetale, esprimendo in questo modo il fantasma di fusione.</p>
<p>Coni</p> 	<p>Utilizzati prevalentemente negli asili nidi in quanto attivano nei bambini le attività di esplorazione e manipolazione. I coni sono degli strumenti utili per favorire il gioco senso motori.</p>
<p>Birilli</p> 	<p>Qui lo psicomotricista dovrà porre particolare attenzione alle dimensioni.</p>
<p>Corde</p> 	<p>Le corde non devono assolutamente superare il metro, questo perché potrebbero ostacolare l' attività motoria del bambino limitando così la sua attività di esplorazione e di manipolazione. Le corde sono degli oggetti che possono fungere da tramite per il processo di socializzazione tra i coetanei, attraverso giochi quali il trenino o il girotondo.</p>




<p>Carta</p> 	<p>Questo materiale diviene fondamentale per il bambino, infatti si presta ad essere manipolata, arrotolata, stracciata, lanciata contro qualcuno, quindi, favorisce l'espressione dell' aggressività nei bambini, anche in quelli più inibiti; permette loro di canalizzarla in modo che non arrechi danno ai compagni di gioco e a se stessi e al contempo permette di scaricare comunque la tensione che spesso accompagna questi tipo di esperienza. Diventa un gioco divertente e facile che non crea sensi di colpa.</p>
<p>Cuscini e materassini</p> 	<p>Essi favoriscono il passaggio dal gioco senso motorio a quello simbolico; i materassini: questi fanno parte dell' arredo permanente del <i>setting</i>; vengono, infatti, predisposti in specifici angoli per evitare che il bambino durante la sperimentazione dei suoi schemi motori come ad esempio arrampicarsi o saltare si faccia male.</p>
<p>Stoffe e foulard</p> 	<p>Sono utili per tutti i tipi di gioco ma si prestano facilmente alla rievocazione nel bambino dei suoi vissuti affettivi regressi. Per rievocare la dimensione affettiva familiare si tende ad utilizzare coperte di lana o lenzuoli dalle grandi dimensioni che evidenzino molto bene il gesto del ricoprirsi o del ricoprire qualcun' altro.</p>
<p>Scatoloni di carta e tubi</p> 	<p>Gli scatoloni di cartone fungono da tana per il bambino che ha bisogno di uno spazio nel quale rifugiarsi oppure possono essere utilizzati dai bambini come la propria casa ricreando così l' atmosfera quotidiana della propria famiglia. I tubi di cartone vengono proposti dal professionista per favorire e sviluppare nei bambini i giochi di costruzione.</p>

FIG. 3.10 - Tabella degli oggetti utilizzati in associazione

Naturalmente il materiale indicato è quello utilizzato prevalentemente nelle sedute di psicomotricità, ma potrebbe subire delle variazioni in base all' età, alle esigenze e ai bisogni di ciascun individuo.

3.4.3 Progettazione delle attività psicomotorie

La progettazione delle attività di laboratorio (e non solo quella a carattere motorio) deve nascere dall'esigenza di favorire nei soggetti competenze più complesse, tipiche di una cultura moderna, che riguardano ad esempio il prendere decisioni in condizioni di incertezza, il relazionarsi con culture diverse, l'orientarsi in un mondo confuso, l'essere attrezzati in relazione all'acquisizione e alla gestione del sapere, possedere un pensiero progettuale.

Il laboratorio motorio è definibile come uno spazio attrezzato in cui si svolge un'attività centrata su un certo oggetto culturale e deve infine comprendere: l'oggettualità, la spazialità e l'attività propria del laboratorio.

1. *l'oggettualità*: il laboratorio è sempre un "laboratorio di..." ed è caratterizzato da una intenzionalità che si esprime in una specificità oggettuale
2. *la spazialità*: il laboratorio è uno spazio dedicato in modo specifico a tale oggetto e presenza attrezzature ad esso specifiche
3. *l'attività*: l'etimologia stessa del termine laboratorio rinvia ad un "lavoro" attivo

Predomina l'apprendimento attivo, l'apprendere facendo.

Il laboratorio motorio, quindi, è identificabile in una qualsiasi situazione didattica con la differenza però che presenta il carattere dell'apprendimento attivo e dell'imparare facendo ed è dunque un luogo in cui è possibile favorire la crescita cognitiva del bambino, integrando esperienze operative di esplorazione sensoriale e motorie ed esperienze di rappresentazione e simbolizzazione.

Questi due livelli di sviluppo sono strettamente connessi in quanto è a partire dall'azione e dall'interiorizzazione di schemi motori, che nasce la rappresentazione degli stessi.

La consapevolezza del proprio corpo viene acquisita e consolidata grazie alle varie sensazioni che il bambino riceve durante il movimento in rapporto a se stesso, agli altri, agli oggetti e allo spazio.

È importante che quest'ultimo, se in difficoltà, compia molteplici esperienze motorie, sperimentando posizioni e movimenti diversi.

Possono quindi essere proposte attività graduate, iniziando con esercizi per terra.

Egli verrà invitato a:

- rotolare lentamente sul pavimento
- rotolare lentamente sul tappeto
- rotolare sul materasso
- rotolare col proprio corpo su di un cuscino posto sul pavimento
- rotolare col proprio corpo sopra una palla morbida
- strisciare sul dorso
- strisciare alternando ventre e dorso
- strisciare evitando ostacoli in ordine sparso posti sul pavimento
- spostarsi a quattro zampe toccando terra con le mani e le ginocchia
- spostarsi a quattro zampe mantenendo le braccia e le gambe rigide
- spostarsi a quattro zampe cambiando direzione: avanti e dietro, a destra e a sinistra
- effettuare un semplice percorso spostandosi a quattro zampe
- effettuare un percorso con ostacoli a quattro zampe

Gli esercizi potranno proseguire variando le posizioni.

In posizione supina dovrà:

- spostarsi avanti e indietro aiutandosi con le mani e con i piedi
- spostarsi lateralmente
- cambiare direzione in base alle indicazioni dell'insegnante

- spostarsi tenendo in equilibrio una palla o un altro o un altro oggetto sull'addome
- rimanere immobili il più possibile sollevando prima le braccia e poi le gambe e dopo le braccia e le gambe allo stesso tempo
- rimanere immobili il più possibile alternando braccia-gambe; prima un braccio e poi l'altro
- sollevare gli oggetti da terra afferrandoli con le mani
- afferrare gli oggetti da terra stringendoli con i piedi
- afferrare con le mani una palla posta sul pavimento e lanciarla ad un compagno
- prendere una palla stringendola con i piedi e sollevarla lentamente
- prendere una palla stringendola con i piedi, sollevarla e afferrarla con le mani
- appallottolare il corpo in modo da diventare piccolissimi e occupare meno spazio
- allargare le braccia e le gambe allo stesso tempo
- flettere le gambe senza sollevare i piedi da terra
- allargare le braccia tenendo le gambe unite
- allargare le gambe tenendo le braccia unite
- flettere le gambe senza sollevare i piedi da terra

In posizione prona l'insegnante inviterà il bambino ad eseguire queste attività:

- abbinare l'abduzione del braccio e della gamba dello stesso lato
- aprire lentamente le braccia mantenendo le gambe immobili e viceversa
- sollevare le gambe flettendo le ginocchia
- sollevare una palla stringendola con i piedi
- sollevare il busto poggiando sugli avambracci

- sollevare il busto mantenendo le braccia rigide²⁸

Sono esercizi che possono contribuire al controllo della propria corporeità e acquisire maggiore consapevolezza del corpo.



FIG. 3.11 - Attività di psicomotricità in associazione (Corato, 25 febbraio 2022)

²⁸ Matteoli S., Pratelli M., *L'insegnante specializzato*, vol.4, L'educazione motoria, Editrice, Ancona, 2000



FIG. 3.12 - Attività di psicomotricità in associazione (Corato, 25 febbraio 2022)

3.4.4 Il gioco psicomotorio

Giocare è un'azione naturale quanto mangiare o dormire, è strumento indispensabile per la crescita, contribuisce in modo incommensurabile ad ogni fase dello sviluppo fisico, mentale, sociale e ricreativo. Tendenzialmente il bambino intraprende le attività di gioco in luoghi diversi tra loro; l'importante è che l'ambiente nel quale si trovi lo stimoli a sufficienza nella sua azione.

Gli spazi ampi e aperti favoriscono inoltre un'azione ed un movimento più dinamico, mentre spazi limitati prevedono raggi di azione maggiormente precisi.

Nel gioco il bambino può esprimere liberamente le sue emozioni e può controllarle attraverso il gioco simbolico.

Con il gioco il bambino affina le sue qualità cognitive favorendo lo sviluppo dei processi mentali mediante l' assimilazione delle regole mentre l' adulto deve fungere da guida, da sostenitore.

Tuttavia le regole vengono assimilate ed integrate solamente se il bambino ha la possibilità di sperimentare in prima persona, sviluppando così una propria autonomia.



FIG. 3.13 - Esempio di gioco psicomotorio durante il campo estivo (Corato, 8 luglio 2021)



FIG. 3.14 - Esempio di gioco psicomotorio in associazione (Corato, 10 febbraio 2022)

3.4.5 La figura dello psicomotricista

La formazione dello psicomotricista si compone di una trilogia:

1. Formazione personale
2. Formazione teoretica
3. Formazione pratica

Tali formazioni si completano e si arricchiscono a vicenda.

La formazione personale dello psicomotricista richiede una formazione all'ascolto e un controllo particolare di sé.

Se la capacità di concentrarsi su se stessi, di diventare specchio di se stessi, è necessaria, non bisogna dimenticare che ogni specchio esterno è indispensabile per rinviare al bambino i suoi atteggiamenti.

Lo psicomotricista deve imparare a lavorare senza apprensione di fronte a spettatori anche quando è in relazione duale con il bambino, deve accettare che è osservato.

Egli deve tenere sotto controllo le sue reazioni tonico-emozionali.

Una caratteristica fondamentale di tale figura è quella di far vivere il piacere sensomotorio, solo così egli facilita la liberazione delle tensioni tramite il piacere di muoversi e rilassarsi.

Il percorso che viene perseguito dallo psicomotricista per una propria formazione personale tende a far acquisire al soggetto una maggiore competenza relazionale con il bambino.

Per raggiungere la prima tappa l'adulto deve dimostrarsi pronto ad accogliere ed accettare il vissuto emozionale del bambino, il quale tenderà a porre delle resistenze lungo il cammino.

Tali resistenze dovranno essere poste in secondo piano e attenuate in questo modo lo psicomotricista potrà accogliere con emozione il bambino. In questa esperienza l'adulto dovrà fare affidamento sull'empatia tonica che gli permetterà di rilevare il livello emozionale dell'altro.

Per quanto riguarda il raggiungimento della seconda tappa, lo psicomotricista deve acquisire una buona padronanza di sé: questo è necessario poichè nella relazione psicomotorio l'adulto potrebbe ritrovarsi in situazioni duali con il bambino.

Nella formazione personale lo psicomotricista deve porre l'attenzione all'utilizzo dello spazio con il proprio corpo e all'utilizzo degli oggetti presenti nel contesto.

Egli non deve denotare preferenze o meno nei confronti dei materiali nella stanza poichè potrebbe limitare la libertà d'espressione del bambino, inoltre il suo atteggiamento non deve manifestare esplicitamente il suo livello emozionale e inoltre deve mostrare all'altro un atteggiamento sereno e privo di ansie.

Occorre poi limitare l'ambiguità che l'adulto potrebbe esplicitare non solo a livello corporeo ma anche a livello verbale o vocale in quanto tenderebbe a destabilizzare e disorientare il bambino, che al contrario necessita di un supporto chiaro.

La formazione personale del futuro psicomotricista richiede del tempo, occorre quindi pazientemente concedersi un adeguato periodo durante il quale l'adulto, malgrado le sue resistenze, acquisisce nuove capacità e competenze.

Le tappe del percorso devono essere raggiunte dall'adulto nel totale rispetto e sicurezza.

Nonostante le precauzioni prese, possono verificarsi, a volte, situazioni che provocano insicurezza, crisi personali, scariche emozionali o manifestazioni isteriche.

Il formatore in quei momenti è il punto di riferimento della sicurezza di tutti: la chiarezza circa il significato profondo di ciò che il gruppo e ogni persona sta vivendo, la sua empatia tonica, la sua calma, la sua presenza nello spazio, la sua voce, il suo sguardo, le sue proposte o il suo silenzio, la precisione dei suoi gesti, gli permetteranno di sdrammatizzare situazioni ansiogene. Il suo atteggiamento faciliterà il controllo e l'evoluzione dei momenti "acuti" nel corso della formazione.

In altre parole, il formatore deve rimanere il contenente delle produzioni eccessive del gruppo; in assenza di un tale controllo, possono essere commessi gravi errori, dannosi alla persona del futuro psicomotricista.

Egli, infine, non deve assumere nè un atteggiamento autoritario nè un atteggiamento direttivo nei confronti del bambino, ma deve focalizzare la sua attenzione sugli aspetti positivi²⁹.

²⁹ Aucouturier B., Darrault I., Empinet J.L., *La pratica psicomotoria. Rieducazione e terapia*, Roma, Armando, 2000

3.5 Aree educative

Attraverso i propri progetti, l'associazione si propone di garantire la sollecitazione, la promozione, l'acquisizione ed il mantenimento di tutte quelle abilità che possono facilitare l'autonomia personale e l'integrazione sociale.

Nella formulazione di tali progetti, rivestono fondamentale importanza l'osservazione di partenza, gli obiettivi e la metodologia da adottare, con esplicito riferimento alle attività previste, ai tempi e alla tipologia degli interventi proposti, i quali possono essere classificati in cinque aree educative:

3.5.1 Comunicazione

Uno dei primi passi verso l'autonomia è costituito dal possedere una buona capacità di comunicazione, ovvero la possibilità di poter esprimere i propri bisogni, desideri, pensieri.

Ciò può essere semplice in un ambiente di persone conosciute e che ci conoscono, ma può diventare una grossa difficoltà quando ci si muove all'esterno, fra estranei.

D'altra parte è essenziale sviluppare la capacità di chiedere informazioni, poter spiegare che cosa si desidera nei negozi o negli uffici, saper fornire i propri dati personali, saper usare il telefono, come mezzo per raggiungere ciò che si desidera e per poter chiedere aiuto in caso di difficoltà³⁰.

³⁰ Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 28-29



*FIG. 3.15 - Acquisizione dell'autonomia nel fornire dati personali in associazione
(Corato, 22 marzo 2022)*

L'intervento riabilitativo, nella pratica clinica, cerca di ridurre, contenere e compensare la difficoltà temporanea o permanente di individui che presentano un grave disturbo della comunicazione sia sul versante espressivo che ricettivo attraverso un insieme di strategie, tecnologie e conoscenze messe in atto per facilitare la comunicazione, valorizzando la persona nel complesso e non interferendo con il naturale sviluppo del linguaggio.

Tale percorso mira a valutare i bisogni comunicativi e le competenze globali (motorie, linguistiche, cognitive e relazionali) del singolo, adottando l'utilizzo di un codice specifico (alfabetico o simbolico).



FIG. 3.16 - *Acquisizione dell'autonomia nel fornire dati personali in associazione mediante ausili (Corato, 22 marzo 2022)*

A tal proposito è opportuno introdurre la *C.A.A. (Comunicazione Aumentativa Alternativa)*, che comprende tutte le modalità di comunicazione che migliorano e facilitano i soggetti con difficoltà ad utilizzare i comuni canali comunicativi.

La *C.A.A.*, in quanto aumentativa, prevede la simultanea presenza di strumento alternativo e linguaggio verbale orale standard, che si accompagna al simbolo visivamente e oralmente, tramite il supporto del partner comunicativo che la pronuncia ad alta voce.

Il simbolo diventa allora supporto alternativo che accompagna lo stimolo verbale orale in entrata, e, qualora sussistano le possibilità, accompagna e non inibisce la produzione verbale in uscita.

Di conseguenza, la Comunicazione Aumentativa non inibisce l'eventuale emergere del linguaggio verbale, ma si propone al contrario di potenziarlo. Dunque la C.A.A. non è semplicemente una questione di strumenti comunicativi: uno dei più noti strumenti di C.A.A. è il sistema di scrittura in simboli.

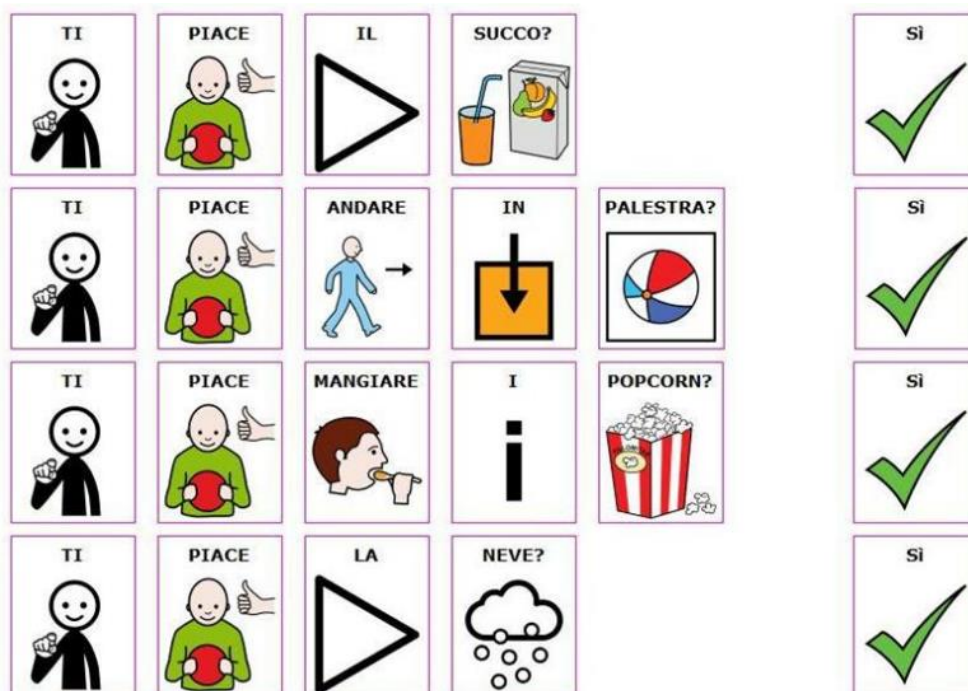


FIG. 3.17 - Sistema di scrittura in simboli (C.A.A.)

Tuttavia, l'utilizzo di questa strategia è efficace solo dopo avere gettato e assicurato la base per una iniziale competenza comunicativa che spesso, come conseguenza del disturbo linguistico e cognitivo, non si sviluppa in modo spontaneo.

In questa luce, il contributo della C.A.A. è ancora maggiore: il suo scopo non è infatti unicamente quello di fornire strumenti comunicativi alternativi, ma quello di sviluppare le abilità di comunicazione, che sono innanzitutto il desiderio di comunicare, un oggetto da comunicare, la possibilità di comunicare con partner abili e informati e, infine, gli strumenti adatti per portare avanti la comunicazione.

Per questo motivo, l'intervento di Comunicazione Aumentativa Alternativa non richiede alcun tipo di prerequisito, se non la possibilità di creare occasioni di comunicazione.

Tali occasioni rappresentano infatti la base sulla quale potere sviluppare i vari livelli della comunicazione, che non riguardano solamente la possibilità di esprimere un bisogno primario, ma, ancora più importante, anche la possibilità di esprimere una scelta, una preferenza, di dare voce ai propri pensieri e desideri e di sapere interagire anche sul piano socio-pragmatico, in un'interazione che esce dal solo piano contestuale; in poche parole, l'intervento di Comunicazione Aumentativa consente di autodeterminarsi e di agire sull'ambiente.

Inoltre, la possibilità di esprimere, seppure talvolta in maniera limitata, il proprio pensiero o desiderio, limita il sentimento di angoscia e frustrazione legato all'impossibilità di farsi capire, riducendo anche in maniera proporzionale lo stress della persona con bisogni comunicativi complessi e il presentarsi di comportamenti problematici.

È necessario quindi che l'ambiente e i partner comunicativi che affiancano la persona con bisogni comunicativi complessi siano estremamente accoglienti e informati, e aderiscano anch'essi alla C.A.A. A questo riguardo vi è in primo luogo senza dubbio la famiglia, prima esperta e professionista della persona con bisogni comunicativi complessi. Spesso, in un intervento riabilitativo, questa assume più il ruolo di spettatore passivo, e raramente prende parte all'attività dei professionisti.

Se si prevede l'utilizzo della C.A.A., il ruolo della famiglia nel processo di riabilitazione alla comunicazione deve cambiare radicalmente, spostandosi da un ruolo marginale ad uno centrale, come descritto nel *Modello Family Centered* messo a punto da Rosenbaum nel 2004. Secondo questo modello, il rapporto gerarchico tra specialisti e famiglia, a cui forse siamo abituati, deve lasciare spazio ad un rapporto intenso e di reciproco scambio, in cui i compiti specifici di famiglia e professionisti sono entrambi necessari nelle loro diverse mansioni e conoscenze, e secondo il quale la partecipazione e l'utilizzo attivo della Comunicazione

Aumentativa deve essere intrapreso in maniera concorde e uniforme da entrambe le parti, in un vero e proprio lavoro di squadra coordinato dai clinici e implementato dai network che fanno parte della vita quotidiana, come la famiglia e la scuola. L'intervento di C.A.A. non può rimanere infatti limitato alle poche ore di riabilitazione settimanali.

In questo caso non si tratterebbe di una comunicazione integrata, ma di sola riabilitazione clinica. Nella vita della persona con bisogni comunicativi complessi, la C.A.A. deve toccare i vari ambiti della quotidianità.

Per questo, il ruolo della famiglia è fondamentale, ma non ancora sufficiente: per essere davvero efficace, la C.A.A. deve potere coinvolgere tutto l'ambiente circostante, compresi gli ambienti meno familiari, quali la scuola, gli ambienti ricreativi, fino a toccare i luoghi pubblici e di incontro dell'intera società.

Infatti, l'intervento di C.A.A. ha un forte potenziale in un soggetto solo se l'intera rete collabora e partecipa a questo tipo di comunicazione.³¹

³¹ *Cosa è la CAA - Comunicazione Aumentativa Alternativa*, in «Fare leggere tutti: Ente accreditato Miur per la formazione del personale scolastico»

C.A.A.

(Comunicazione Aumentativa Alternativa)

Area della pratica clinica che cerca di ridurre, contenere, compensare la difficoltà temporanea o permanente di persone che presentano un grave disturbo della comunicazione sia sul versante espressivo che ricettivo

Insieme di strategie, tecnologie e conoscenze che vengono messe in atto per facilitare ed aumentare la comunicazione dei pazienti

Approccio che riconosce e valorizza la persona nel complesso, si integra ad altri interventi riabilitativi e non interferisce (anzi ne potenzia) con il naturale sviluppo del linguaggio (ove possibile clinicamente)

FIG. 3.18 - C.A.A. (*Comunicazione Aumentativa Alternativa*)

Tappe percorso C.A.A.

Il percorso di C.A.A. parte valutando i bisogni comunicativi della persona e delle competenze globali del paziente (motorie, linguistiche, cognitive, relazionali)

Si valuta il codice da utilizzare (alfabetico o simbolico)

Si sceglie il codice da utilizzare (alfabetico o simbolico)

FIG. 3.19 - *Tappe del percorso di C.A.A.*

Ausili della C.A.A.

Bassa Tecnologia

Media Tecnologia

Alta Tecnologia

Utilizzati in casi di:

- Scarse competenze relazionali
- Ridotte difficoltà fino e grosso motorie

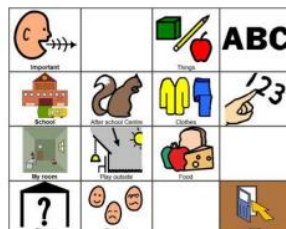
Utilizzati in casi di:

- Discrete competenze relazionali
- Presenti difficoltà fino e grosso motorie

Ausili della C.A.A.

Bassa Tecnologia

- Semplici e poco costosi
- L'interlocutore deve fornire un feedback per leggere il messaggio
- Si costruiscono insieme al paziente
- Sono personalizzabili ed evolvono insieme al paziente
- Scambi molto lenti



Ausili della C.A.A.

Media Tecnologia

- Sono mediamente costosi (in parte prescrivibili)
- L'interlocutore può fornire un feedback
- Si costruiscono insieme al paziente
- Sono personalizzabili ed evolvono insieme al paziente
- Scambi sono molto veloci
- Possono avere un uscita vocale
- Hanno possibilità alternative di attivazione



Ausili della C.A.A.

Alta Tecnologia

- Sono costosi (in parte prescrivibili)
- L'interlocutore può fornire un feedback
- Si costruisce insieme al paziente
- Sono personalizzabili ed evolvono insieme al paziente
- Scambi sono molto veloci
- Possono avere un uscita vocale
- Sono facilmente trasportabili



FIG. 3.20 - Ausili della C.A.A.

La C.A.A. si avvale del *metodo PCS* (Picture Communication System) e del *metodo PECS* (Picture Exchange Communication System), sistemi di comunicazione per scambio di immagini:

- Il *metodo PCS* è un sistema di comunicazione per immagini che il paziente indica per comunicare con gli altri e per esprimere i propri bisogni, primari e secondari.

E' utilizzato prevalentemente per soggetti che possiedono intenzionalità comunicativa e relazionale, senza limiti di età e si basa sull'associazione di immagini/foto all'oggetto e sulla creazione di tabelle comunicative.



FIG. 3.21 - Il metodo PCS

- Il *metodo PECS* è un sistema di comunicazione per scambio di immagini, i cui obiettivi sono l'interazione diretta con l'interlocutore, l'espressione dei propri bisogni primari e secondari, il miglioramento della sintassi, al fine di far emergere la parola vocale o, qualora già esistente, incrementare il vocabolario.

Esso è rivolto prevalentemente a soggetti che non possiedono una modalità comunicativa, funzionale e comprensibile, senza limiti di età e di quoziente intellettivo, primariamente utilizzato per soggetti con disturbo dello spettro autistico ed infine non sono richiesti prerequisiti (motori e sociali).

È basato, inoltre, sui principi ABA e sull'importanza del sistema del rinforzo.

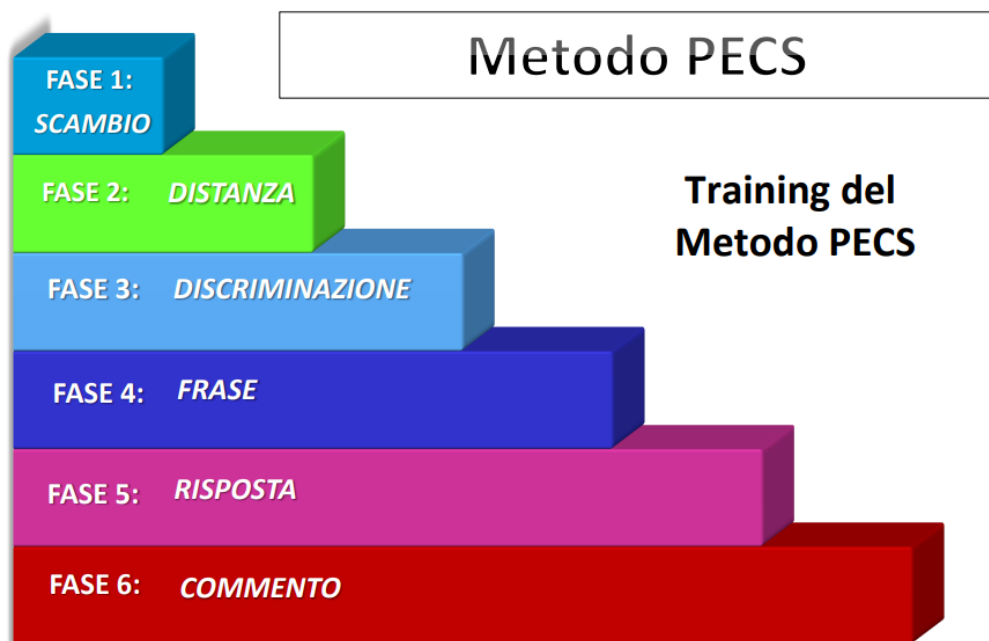


FIG. 3.21 - Il metodo PECS

E' altresì fondamentale che l'interlocutore fornisca un feedback per leggere e comprendere il messaggio, che rispetti i tempi e i ritmi della persona con

disabilità e che ponga attenzione al proprio linguaggio, creando un ambiente idoneo in cui il soggetto possa esprimersi e porre richieste³².

Le competenze comunicative risultano quindi determinanti per la qualità di vita di ogni individuo, poiché forniscono i mezzi per il conseguimento di obiettivi sociali, educativi e di autonomia personale.

Inoltre la necessità di focalizzare l'intervento educativo sulla comunicazione funzionale e sulla partecipazione alla vita comunitaria è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'*International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF*³³

3.5.2 Orientamento

Solitamente una persona con disabilità è abituata ad essere guidata dai genitori o da altri accompagnatori per raggiungere qualsiasi luogo.

Ciò determina una scarsissima attenzione rispetto al percorso da fare, ai punti di riferimento, ai nomi delle strade.

Ma sapersi orientare per muoversi con disinvoltura in modo autonomo è molto importante; bisognerà allora aumentare la capacità di guardarsi intorno consapevolmente: imparare a leggere e seguire indicazioni stradali, a individuare punti di riferimento, a riconoscere le fermate d'autobus, ecc.

Nella maggior parte dei casi non è possibile proporre ai ragazzi con difficoltà intellettive l'uso di mappe, ma è possibile lavorare sull'orientamento tramite il chiedere informazioni e seguire indicazioni, utilizzando poi adeguati punti di riferimento nella realtà³⁴.

³² *Home of the picture exchange communication system and the pyramid approach to education*, in «Pyramid educational consultants»

³³ WHO, 2001; Calculator, 2009; Simeonsson, Bjorck-Akesson e Lollar, 2012

³⁴ Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 29-30



FIG. 3.22 - Acquisizione dell'autonomia nel fare la spesa (Corato, 29 marzo 2022)

3.5.3 Comportamento stradale

Anche le persone con disabilità sono utenti della strada a tutti gli effetti ed hanno il diritto/dovere di assumere comportamenti corretti che non mettano a repentaglio la loro stessa incolumità e quella di autisti e ciclisti, per cui risulta fondamentale insegnare ai ragazzi le regole del codice della strada, attivando meccanismi cognitivi che lavorino sul loro senso di orientamento, sulla presa di coscienza del corpo che si muove in uno spazio e su una sorta di memoria corporea, concetti che per noi sono

semplici ma che per ragazzi con disabilità intellettiva, che non hanno mai avuto modo di sperimentare, non sono così elementari.

Diverse sono le difficoltà che questi ultimi possono manifestare, ovvero:

- *Impulsività e tendenza ad agire senza pensare*: potrebbero essere meno propensi ad attendere l'omino verde del semaforo, non rendendosi conto di quanto è sicuro attraversare
- *Poco riguardo per la sicurezza personale*: spesso agendo senza paura o senza considerare le conseguenze
- *Interessi forti che possono causare distrazioni*: ad esempio il soggetto con forte interesse per le auto potrebbe distrarsi durante l'azione di attraversare perché incantato a guardare un modello di auto che gli piace
- *Sensibilità eccessiva ad immagini e suoni*: questo potrebbe mettere a rischio l'individuo in risposta a determinati rumori o visioni
- *Difficoltà a comunicare e capire gli altri*: potrebbero avere difficoltà a comprendere le istruzioni verbali degli adulti che li accompagnano e a comunicare le loro problematiche

Dunque è possibile ovviare a questi impedimenti realizzando corsi di educazione stradale ad hoc per ragazzi con disabilità, partendo da concetti semplici (come la destra e la sinistra), procedendo per step, fino a quelli più complessi (come riconoscere la segnaletica stradale, verticale e orizzontale e muoversi tra i pericoli che presentano quotidianamente una strada o un marciapiede), insegnando loro il modo per metterli in pratica, al fine di spostarsi in completa autonomia.

I ragazzi vengono quindi divisi in piccoli gruppi, supervisionati da due educatori, individuando mete di arrivo sempre più difficili da raggiungere; questo innalza il livello di autostima nei ragazzi, in modo che siano più predisposti ad apprendere.

3.5.4 Uso del denaro

Per una persona con disabilità diventare un adulto indipendente comporta l'acquisizione di un ampio numero di competenze, tra le quali rientra la gestione del denaro.

Gli approcci includono:

- *Addestramento di prova discreto*: si presentano solo due monete alla volta, chiedendo e rafforzando le risposte corrette, ad esempio “Dammi un centesimo”
- *Smistamento delle monete*: dopo che il ragazzo ha avuto successo con un addestramento di prova discreto o sembra distinguere rapidamente le monete, si può ricorrere alla pratica smistando le monete
- *Abbinamento delle monete*: una variante dello smistamento consiste nell'abbinarle ai valori corrispondenti su un cartoncino
- *Modelli di monete*: si creano modelli di conteggio ritagliando le monete di facsimile, incollandole su schede e scrivendo il valore sulla carta
- *Insegnare il concetto di resto*: “resto” significa avere dei soldi indietro perchè ne sono stati dati più di quelli necessari e il passo successivo consiste nel comprendere quando questo accade, cioè quando diamo di più



*FIG. 3.23 - Acquisizione dell'abilità di riconoscimento del denaro in associazione
(Corato, 2 marzo 2022)*



*FIG. 3.24 - Pratica nella gestione del denaro al supermercato (Corato, 29 marzo
2022)*

3.5.5 Uso dei servizi e dei mezzi di trasporto

Per “cavarsela” nella realtà è necessario imparare a riconoscere e ad utilizzare adeguatamente e con dimestichezza i negozi e i servizi d’uso più comune.

Per quanto riguarda i negozi, si tratta di saper individuare gli esercizi commerciali utili all’acquisto dei vari prodotti, nonché l’uso di mercati e supermercati.

Tra gli altri servizi, interessanti sono la conoscenza e l’uso dei principali uffici pubblici, come l’ufficio postale, e dei più comuni luoghi di divertimento, quali bowling, cinema, luna park, ecc.

Ognuno di essi ha regole e sistemi di orientamento diversi da acquisire attraverso le attività e l’esperienza.

Tra i servizi un ruolo particolare hanno poi i mezzi di trasporto, rispetto ai quali bisogna sviluppare capacità di orientamento nello spazio (i percorsi) e nel tempo (gli orari) e abilità relative all’uso dello specifico mezzo³⁵.

3.6 Suggerimenti di metodi di lavoro

3.6.1 Il rinforzo

Si definisce *rinforzo* qualcosa di gradevole che si associa ad un comportamento corretto del bambino al fine di aumentare la probabilità che quel comportamento si ripeta.

I rinforzi fanno da ponte verso il comportamento desiderato e lo incentivano affinché l’abilità connessa a quel comportamento non diviene di per se stessa gratificante.

A seconda del soggetto i rinforzi vanno man mano sfumati non soltanto di intensità, ma anche come tipologia.

³⁵ Contardi A., *Verso l’autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018, pag. 31

Si passa infatti da rinforzi *materiali* a rinforzi *immateriali e simbolici* (dal biscotto, al token, al semplice sorriso dell'educatore).

I *token* sono forme di “credito” simboliche, con un certo numero delle quali l'allievo può “comprare” determinati “premi” materiali o immateriali.



FIG. 3.25 - Esempio di rinforzo in associazione (Corato, 4 marzo 2022)

L'individuo disabile intellettivo concorda con l'educatore che, dopo avere svolto bene e da solo determinate attività, ottiene uno o più token.

In cambio di alcuni token può “acquistare” 10 minuti di tempo libero oppure dedicarsi ad attività come saltare sul tappeto elastico.

In talune situazioni possono anche essere previsti dei “costi” in caso di comportamenti inadeguati, i quali potranno essere “sanzionati” con la perdita di un determinato numero di token.

L’uso dei token va accuratamente pianificato e gestito, per non correre il rischio di fissare in maniera ossessiva il ragazzo sul premio anziché sul compito.

3.6.1.1 Come strutturare il programma di token economy

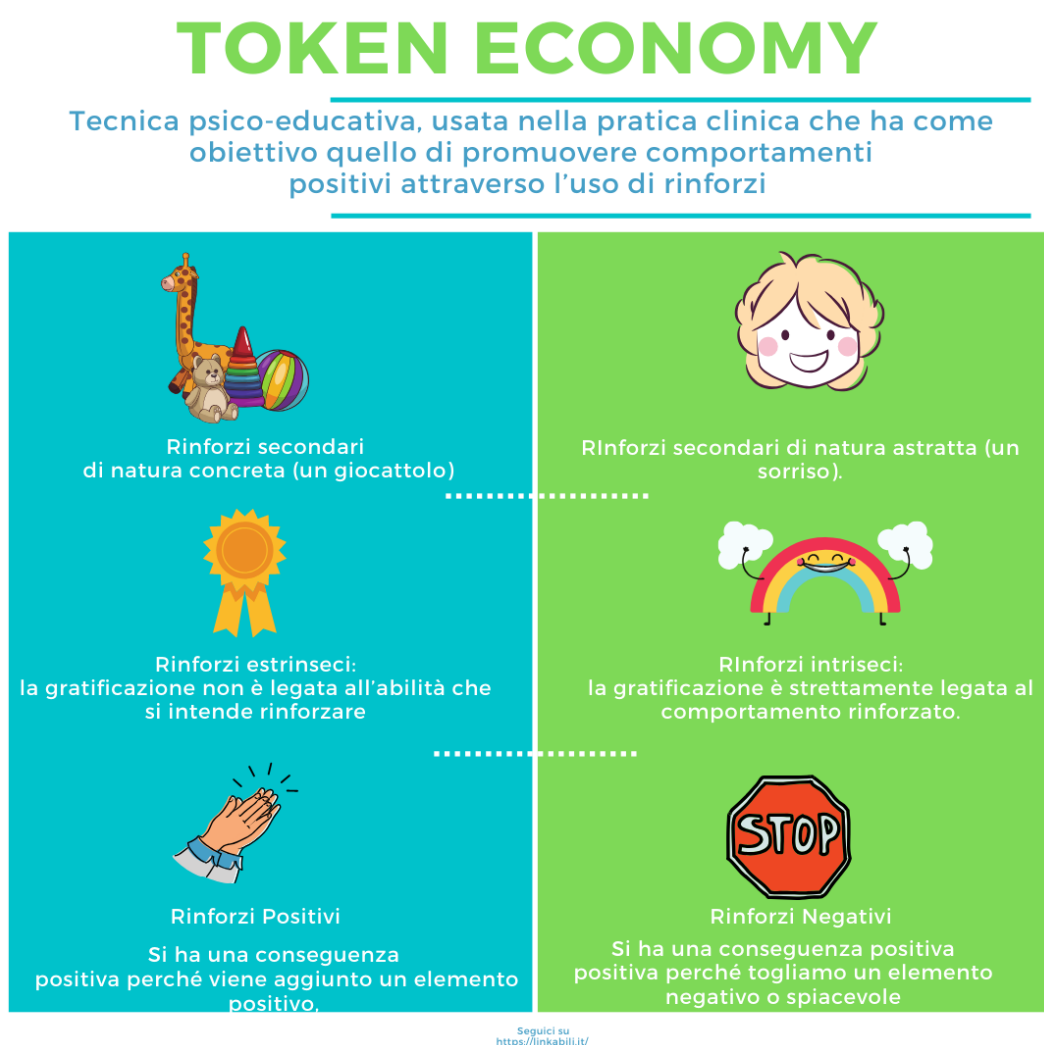


FIG. 3.26 - La Token Economy

1. *Individuare il “comportamento meta”:*

La prima cosa da fare per iniziare un programma di Token Economy è individuare i comportamenti bersaglio desiderabili che si vogliono incrementare elencandoli in ordine di priorità al fine di decidere con quale comportamento iniziare.

I comportamenti scelti devono essere definiti in modo operativo evitando etichette generali e specificando cosa deve fare il bimbo. Quindi devono essere facilmente osservabili e quantificabili.

Poi, occorre fare una baseline, prima dell'intervento, relativa agli specifici comportamenti bersaglio scelti al fine di confrontare, dopo che il programma è stato avviato, i dati con quelli del punto di partenza e determinare quindi l'efficacia del programma.

2. *Scegliere il tipo di token:*

Scegliere il tipo di “simboli” da usare. Spesso si utilizzano le fiches del poker, segni, timbrini, degli stickers, piccole immagini colorate come gli smile da incollare su un foglio.



FIG. 3.27 - Tipologia di token

Inoltre, i tokens devono essere facilmente conteggiabili. Bisogna stabilire anche chi somministrerà i rinforzatori e per quali comportamenti.

Il token viene consegnato subito dopo l'emissione del comportamento appropriato.

3. *Elaborare un “menù di rinforzatori”:*

Fare un elenco, insieme al bimbo, dei premi (rinforzatori di sostegno) che egli potrà scambiare con i gettoni accumulati. L'elenco dei premi può essere scritto o supportato con immagini visive a seconda del profilo di funzionamento.

L'elenco dei rinforzatori seguirà un ordine specifico: dal premio che richiede pochi gettoni al premio che richiede un numero di gettoni più alto. I premi devono periodicamente essere sostituiti o modificati in base agli interessi del bambino in modo che non si annoi.

4. *Stabilire il numero di gettoni per ogni comportamento:*

È altresì importante decidere quanti gettoni il bimbo potrà guadagnare per ciascun comportamento scelto.

A volte all'impiego dei gettoni si associa l'impiego del costo della risposta per rendere sensibile il bimbo alle conseguenze negative dei suoi comportamenti.

Si tratta di una sorta di “multa” per punire il comportamento inadeguato.

5. *Stabilire quando è possibile scambiare i gettoni:*

Definire i momenti in cui effettuare la conversione dei token in premi.

All'inizio si consiglia che la conversione sia fatta frequentemente, per poi posticiparla nelle fasi successive.

Il programma di Token Economy cessa quando i comportamenti desiderati scelti diventano abitudinari e autorinforzanti per il bimbo.

Una Token Economy deve essere progettata in modo che gradualmente il rinforzo sociale rimpiazzì quello a gettoni (generalizzazione degli apprendimenti all'ambiente naturale).

Questo significa che bisogna fare in modo che il programma di consegna dei gettoni diventi sempre più intermittente in modo graduale, diminuendo a poco a poco il numero dei comportamenti che fanno guadagnare gettoni o aumentando via via l'intervallo tra comportamento bersaglio e la consegna dei gettoni.

È utile anche ridurre progressivamente il totale dei rinforzatori di sostegno (premi) acquistabili con un dato numero di gettoni o incrementando gradualmente il tempo tra l'acquisizione dei gettoni e la conversione con i rinforzatori di sostegno.³⁶

3.6.2 Il prompt: la tecnica del “gesto iniziato”

Vi sono ragazzi disabili intellettivi che, posti di fronte alla richiesta di svolgere un determinato compito, pur avendolo compreso, non riescono ad avviare l'azione necessaria a realizzarlo.

In questi casi è sufficiente imprimere alla mano del ragazzo una leggera spinta, per avviare l'azione.

Talvolta invece è necessario che l'azione venga accompagnata, almeno le prime volte, per quasi tutto il proprio svolgimento.

Tuttavia, è bene che l'educatore che guida la mano del soggetto disabile si fermi un attimo prima che il gesto si completi, per lasciargli il compito di terminare l'esercizio.

³⁶ *Token economy per i comportamenti desiderabili: definizione e programmi*, in «Portale autismo: il punto di riferimento online dell'autismo in Italia»

La tecnica del dare avvio al gesto e quella di ritrarre l'aiuto al momento giusto devono essere gradatamente sfumate.

In questo modo l'avvio del gesto sarà sempre meno rilevante e l'accompagnamento verrà interrotto sempre prima, finché il ragazzo riuscirà a fare tutto da solo.

Questo comportamento è in buona sostanza un'applicazione pratica del concetto di *soglia educativa*: la difficoltà presentata non deve mai essere così bassa da non essere percepita, nè così alta da non poter essere superata.



FIG. 3.28 - Esempio di prompt in associazione (Corato, 10 marzo 2022)

3.6.3 Valutazione dei progressi

Diamo un esempio di valutazione quantitativa dei progressi.

Nell'ambito della percezione visiva, ci possiamo trovare di fronte ad un soggetto che non riesce a distinguere o a nominare i colori.

Dobbiamo allora programmare il nostro intervento, anche con attività di puro addestramento, mediante:

- La pianificazione di molteplici semplici attività sui colori
- La costruzione delle griglie di osservazione più analitiche, ovvero tabelle di controllo dei progressi, per quantificare i risultati ottenuti.

Queste tabelle di controllo dovranno misurare dei “passi” piccolissimi di apprendimento.

Tabella di controllo dei progressi

Nome Data t (dedicato all'attività)

numero progressivo proposte	distingue il colore rosso fra tre colori proposti	materiale usato	osservazioni
1°	N	Cubetti rosso, verde, giallo	
2°	N	Cubetti rosso, giallo, blu	
3°	S	Cubetti rosso, blu, arancione	
4°	N	Cubetti rosso, giallo, arancione	
5°	S	Cubetti rosso, verde, blu	
6°	N	Cubetti rosso, grigio, viola	
7°	S	Cubetti rosso, viola, verde	
8°	S	Cubetti rosso, verde, arancione	
9°	S	Cubetti rosso, arancione, viola	
10°		
11°		
12°		
13°		
14°		
15°		

t = tempo S = operazione riuscita N = operazione non riuscita

FIG. 3.29 - Esempio di valutazione dei progressi

- Se ripetiamo l'addestramento a giorni alterni per alcune settimane, possiamo avere per la singola abilità da acquisire una valutazione quantitativa di questo tipo:

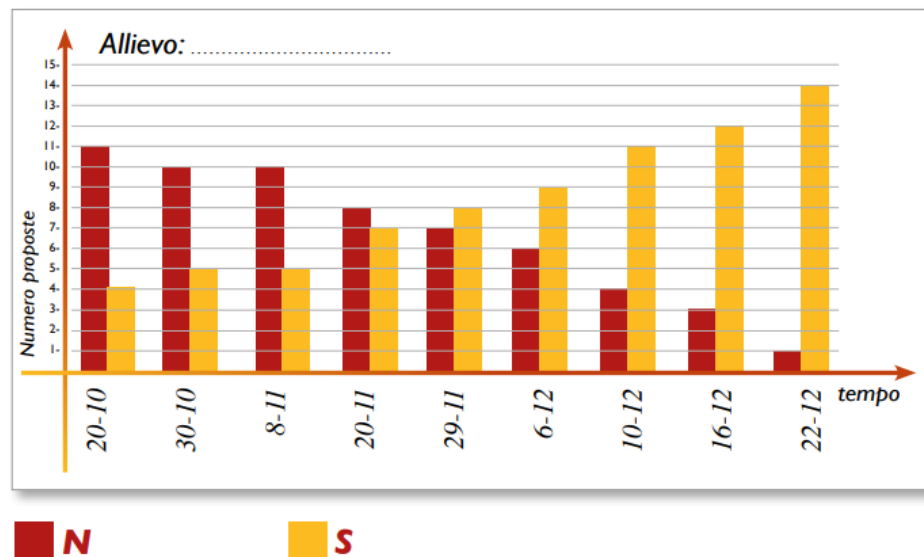


FIG. 3.30 - Grafico dell'andamento dei progressi

Sulla base dell'interpretazione dei dati quantitativi rappresentati nel grafico, si può dedurre che il concetto di "colore rosso" sia stato praticamente acquisito dopo due mesi di esercitazione (dal 20-10 al 22-12).

Arrivare alla quantificazione dei progressi ottenuti dal disabile intellettivo, superando una logica di pura valutazione qualitativa, è importante per diversi motivi:

- da una analisi di tipo quantitativo emerge anche la qualità, che corrisponde alla maggioranza di valori positivi (S) rispetto a quelli negativi (N)
- è più semplice "contare" una prestazione, piuttosto che valutarla con dei criteri necessariamente soggettivi

- è meno complesso confrontare nel tempo il livello di una prestazione per vedere se è stata realmente acquisita
- rende più agevole il controllo di una attività da parte di altre persone, oltre all'educatore
- è importante perché dà indicazioni sulla bontà dell'intervento
- fornisce al ragazzo un documento visibile dei suoi successi
- permette una documentazione molto più accurata e trasparente del processo educativo (documentazione utile anche nei rapporti con la famiglia)

3.6.4 Documentare l'esperienza

L'educatore deve curare con grande attenzione la documentazione di ciò che il ragazzo fa nei diversi contesti di apprendimento.

Documentare, specialmente con immagini:

- è utile per poter ricostruire i vari passaggi di un determinato percorso di apprendimento, per aiutare il ragazzo a riconnetterli
- serve al mondo adulto per auto valutarsi

Per documentare le attività svolte durante un'esperienza e per riordinare i materiali prodotti (fotografie, disegni, ritagli di giornale) si possono seguire varie modalità: libri anche di grande formato o libri ripiegati a forma di fisarmonica che consentano di rappresentare una sequenza in tutte le sue parti essenziali, vedendole poi tutte insieme e non una pagina alla volta, come con i libri normali.

Possono essere utili cartelloni, grandi schede e schedari realizzati con cartoni di vario spessore o supporti, quali file, CD, DVD³⁷.

³⁷ Arpinati A. M., Tasso D., *Educazione speciale, percezione sensoriale, attenzione e memoria*, Bologna, Zanichelli, maggio 2012

Capitolo IV

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA

L'intervento educativo professionale nell'area della disabilità è un intervento complesso, nel quale l'educatore si trova ad interagire con diversi interlocutori che partecipano alla vita del bambino, tra i quali quello principale è rappresentato dalla famiglia.

Con essa si gioca una relazione importante che va costruita e bilanciata rispetto a quelli che sono i confini, le peculiarità dei ruoli e le aree di collaborazione, con l'obiettivo principale di costruire un progetto educativo solidamente coordinato.

La nascita di un bambino con disabilità rappresenta per i genitori inizialmente un trauma, vissuto con estremo dolore, un evento che modifica completamente l'equilibrio della famiglia, le relazioni al suo interno e i rapporti con il mondo sociale³⁸.

Essi devono affrontare una quotidianità che comporta un carico d'impegno molto più alto rispetto a quello di famiglie con bambini con sviluppo tipico, e devono spesso gestire situazioni piuttosto stressanti.

La famiglia si trova pertanto in una situazione di particolare bisogno e deve riuscire, per rispondere in maniera adeguata ai bisogni educativi che un bambino con una traiettoria di sviluppo atipica richiede, ad attivare le proprie risorse al meglio³⁹.

Tuttavia i genitori non sempre riescono a fare ciò, e spesso incontrano in questo percorso una serie di dubbi, problematicità e domande che pongono delle incertezze rispetto a come allevare/educare il figlio con disabilità, a come intervenire al meglio, a quali obiettivi educativi porsi.

³⁸ Callentani O., *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*, Milano, Franco Angeli, 2001

³⁹ Sorrentino A. M., *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Milano, 2006

Il supporto educativo extra-famigliare diventa in questo processo un elemento fondamentale che può fungere loro da sostegno nella gestione delle difficoltà e delle problematiche, accompagnandoli durante il percorso evolutivo del bambino, aiutandoli a far emergere e a potenziare le risorse presenti, a gestire lo stato di bisogno, ed evitando che essi siano isolati dal contesto sociale⁴⁰.

È pertanto evidente come sia fondamentale per gli operatori che lavorano con la disabilità essere consapevoli che all'interno del progetto educativo non vada solo considerato il bambino e i suoi bisogni, ma anche la relazione con la famiglia allargata e le difficoltà che essa si trova ad affrontare, con l'obiettivo finale di sviluppare un rapporto positivo e di collaborazione.

Infatti, soltanto se l'intero sistema verrà aiutato a sviluppare le proprie risorse e a sentirsi realmente competente nell'affrontare i compiti evolutivi complessi che la disabilità porta con sé, gli obiettivi educativi e di sviluppo pensati nel progetto educativo potranno essere perseguiti⁴¹.

I sistemi d'interazione che compongono la totalità dell'ambiente ecologico di cui un bambino con disabilità fa parte, si riconoscono nelle "relazioni che influiscono in modo diretto sull'individuo e in maniera indiretta su chi si prende cura di lui"⁴².

In quest'ottica il sistema di relazioni che influenza la vita e lo sviluppo del bambino non è composto solamente da quelle che egli sviluppa direttamente con i suoi genitori, ma anche da quelle relative alla famiglia allargata e ai fratelli, e dalle reti che supportano le persone per lui significative.

L'intervento educativo deve pertanto tener conto di questa complessità relazionale nella quale il bambino è inserito, considerando che l'intervento deve comprendere: "l'analisi di sistemi d'interazione composti da più

⁴⁰ Pavone M., *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Trento, Le guide Erickson, pag. 313-326

⁴¹ Quinn P., *Understanding disability: A lifespan approach*, Londra, 2001

⁴² Bronfenbrenner U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986, pag. 101

persone, che non va limitata ad un unico contesto, e che deve tener conto di aspetti dell'ambiente che vanno al di là della situazione immediata di cui il soggetto fa parte"⁴³.

Inoltre Bronfenbrenner sostiene che le interrelazioni tra due o più situazioni ambientali alle quali l'individuo in via di sviluppo partecipa attivamente, come le relazioni tra casa e scuola o gruppo di coetanei, rappresentano un potenziale evolutivo importante se esistono dei collegamenti di sostegno tra esse, attraverso il coinvolgimento diretto degli adulti significativi.

Partendo da queste considerazioni teoriche, è evidente come il progetto debba tener conto della relazione genitore-figlio, pensando che, per aiutare il bambino a sviluppare le proprie potenzialità al meglio, si deve favorire lo sviluppo e il mantenimento del miglior livello possibile di interazione tra i bambini e le loro famiglie.

Un intervento volto alla valorizzazione delle competenze del bambino non può dunque prescindere dalla consapevolezza che la storia di ognuno è connessa attivamente alla propria appartenenza familiare, e pertanto l'obiettivo dell'educatore deve essere quello di valorizzare l'apporto che i genitori possono dare all'educazione dei figli, senza sostituirsi ad essi, ma accompagnando, guidando, e sostenendo la famiglia nei momenti critici.

4.1 Il supporto educativo della famiglia nei momenti critici

L'obiettivo primario dell'intervento educativo deve essere quello di fornire al bambino strumenti di crescita compensatori del deficit che gli permettano di percepire le proprie capacità e allo stesso tempo di inserirsi in un tessuto sociale che via via si allarga dai famigliari ad altri adulti e coetanei.

⁴³ Bronfenbrenner U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986, pag. 54

Per raggiungere questo traguardo è indispensabile riuscire ad instaurare con i genitori del bambino un rapporto di collaborazione, che seppure non sempre scontato, è da perseguire con impegno.

Infatti è soltanto attraverso un lavoro di rete (in un'ottica ecologica), di collaborazione e di condivisione degli obiettivi che l'intervento educativo può realizzarsi.

Per aiutare la famiglia e sostenerla nell'affrontare le problematiche educative, l'educatore dovrebbe innanzitutto stabilire con essa un dialogo e una comunicazione chiara e responsabile, basata sull'ascolto reciproco e sulla circolarità delle informazioni.

Lo spazio per la riflessione comune dovrebbe essere sempre perseguito, pensando che imparare a dialogare con la famiglia è indispensabile per costruire assieme ad essa un percorso valido che abbia significato per tutti. Ci deve essere uno scambio di saperi e competenze, al fine di conoscersi reciprocamente, considerando fin da subito la famiglia come un partner di co-progettazione e come una risorsa nella costruzione degli obiettivi. Pensare che essa possa essere competente e contribuire attivamente alla costruzione dell'intervento educativo, significa cominciare ad attivare fin da subito le capacità e le risorse presenti nel sistema valorizzandole⁴⁴.

Può accadere tuttavia che nel rapporto con il sistema familiare l'educatore incontri difficoltà relazionali, che possono rendere complessa la collaborazione.

Queste difficoltà o resistenze sono comportamenti e atteggiamenti che la famiglia sviluppa come reazione alle problematiche quotidiane che la disabilità porta con sé.

L'educatore nell'accogliere il bambino con disabilità e la sua famiglia dovrebbe pertanto inizialmente chiedersi quali siano i problemi educativi di quel specifico momento, in quale fase del processo di accettazione rispetto alla disabilità si trovi, quali particolari difficoltà stia affrontando,

⁴⁴ Favorini M., *La coeducazione del disabile negli anni della scuola primaria*, 2013

quali atteggiamenti e comportamenti possono bloccare i possibili interventi educativi e perché, quali le potenzialità esistenti e come incentivarle.

Per capire come intervenire è fondamentale comprendere a fondo i significati che possono stare alla base delle reazioni che il sistema familiare può mettere in atto nel corso del suo ciclo di vita, capire il senso di eventuali resistenze, comprendere i reali significati che queste veicolano e cogliere le problematiche e i bisogni educativi a cui esso fa fatica a rispondere in un preciso momento⁴⁵.

Dunque solo riflettendo su questi aspetti l'educatore può veramente aiutare bambino e genitori a trovare le risorse all'interno del nucleo familiare.

La collaborazione tra genitori e operatori: un incontro fra esperti

Per quanto riguarda la conoscenza del singolo bambino, i genitori sono degli esperti e gli operatori hanno tutto da imparare.

In questo caso, allora, gli operatori sono alunni dei genitori.

Per quanto concerne le conoscenze sullo sviluppo dei bambini, sui disturbi dello sviluppo, sulle modalità e sulle tecniche di riabilitazione, gli operatori hanno studiato, si sono preparati e hanno esperienza di numerosi casi.

In questo campo i genitori sono alunni degli operatori.

Sia la vita dei genitori con il loro figlio in difficoltà che il lavoro degli operatori in

⁴⁵ D'angiò G., Recco A., *Orientamento della famiglia all'handicap. Quale Psicologia*, 2006

un campo così delicato richiedono energia ed entusiasmo.

Per questo genitori ed operatori devono sostenersi ed aiutarsi a vicenda.

Le risorse a disposizione per la ricerca, la cura, l'educazione e i servizi per i bambini con problemi e per le loro famiglie sono scarsi e difficili da ottenere.

Per questo i genitori e gli operatori sono alleati nella lotta per ottenere maggiori risorse destinate a tali scopi.

FIG. 4.1 - Tabella sulla collaborazione tra genitori e operatori

4.2 Famiglia e percorso di adattamento alla disabilità

La famiglia deve affrontare un lungo percorso di adattamento rispetto alla disabilità, che parte dall'iniziale scoperta e si sviluppa lungo tutto il percorso di accompagnamento del bambino attraverso la crescita successiva.

I genitori passano in modo fluttuante attraverso diverse fasi, costellate da sentimenti contrastanti: rabbia in alcuni momenti, rifiuto e dolore e speranza in altri.

Esse devono essere viste come fluide, in quanto i genitori vi passano e ripassano attraverso, secondo il proprio individuale processo di adattamento: alcuni possono rimanere in uno stadio di dolore e di rabbia, altri non provano alcuna forma di rifiuto.

Le reazioni della famiglia sono quindi personali, basate su emozioni, sentimenti, e sono modificate dalla diversa percezione che i vari componenti possono avere rispetto al problema⁴⁶.

Questi momenti critici sono l'espressione di un particolare momento di bisogno attraversato dalla famiglia, che si trova in difficoltà nell'affrontare

⁴⁶ Zanobini M., Usai M., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Milano, Franco Angeli, 1998

un passaggio evolutivo nel percorso di adattamento e accettazione della disabilità, e pertanto non riesce a rispondere in maniera adeguata alle problematiche educative manifestate dal bambino.

Per gli educatori è fondamentale capire che soprattutto nelle fasi di cambiamento del ciclo di vita (come ad esempio nel passaggio da un ordine scolastico all'altro) alcune criticità, che sembravano passate, possono riemergere ed essere vissute nuovamente.

L'educatore deve essere consapevole che la sua azione educativa dovrebbe essere modulata e calibrata a seconda delle problematiche educative particolarmente critiche a cui i genitori possono far fatica a rispondere in un particolare momento, essendo consapevoli che spesso queste non sono chiaramente manifestate.

Le difficoltà della famiglia sono l'espressione di una momentanea inadeguatezza nell'affrontare un particolare compito di sviluppo del bambino, e proprio in questi particolari passaggi l'affiancamento di un educatore esperto può essere un utile supporto per trovare le risorse presenti, ma non espresse.



FIG. 4.2 - Sara, una ragazza dell'associazione, ritratta con la sua famiglia

4.3 Famiglia e possibili reazioni alla disabilità: rifiuto vs iperinvestimento

In letteratura sono state descritte diverse reazioni che vengono manifestate nel percorso di adattamento e accettazione del figlio con disabilità, anche molto diverse, che possono oscillare tra il rifiuto della disabilità a comportanti di iperinvestimento nel ruolo genitoriale⁴⁷.

Queste reazioni e fasi possono essere funzionali o disfunzionali rispetto all'intervento che insegnanti ed educatori mettono in atto per il bambino; pertanto è importante comprendere la natura di tali difficoltà e trovare le strategie per supportare questi passaggi particolari.

⁴⁷ Boszormenyi-Nagy I., Zuk G.B., Ackerman, *La famiglia, patologia e terapia*, Roma, Armando, 1970

4.3.1 Quando la famiglia rifiuta la disabilità

Alcune famiglie possono attraversare una fase di rifiuto, in cui si convincono che nessun intervento potrà cambiare la situazione o migliorare la qualità di vita del bambino o del nucleo famiglia stesso.

I genitori possono manifestare un rifiuto primario quando non accettano la condizione di disabilità del bambino come permanente, con la quale tutti dovranno convivere, o secondario quando essi hanno difficoltà ad accettare i comportamenti problematici del bambino, dovuti ad incapacità o difficoltà nel gestirli.

In generale esso rappresenta una reazione di difesa, dettata dalla paura di dover affrontare una situazione senza sentirsi preparati a farlo⁴⁸.

Perché la famiglia può manifestare questa reazione o porre resistenza agli interventi educativi pensandoli inutili?

Probabilmente quest'ultima non riesce da sola a trovare le giuste risposte per far fronte alle problematiche educative espresse dal bambino in un particolare momento del suo ciclo di vita ed è in difficoltà nell'intravedere una strategia educativa più adatta.

I genitori, non riuscendo a valutare in maniera realistica limiti e potenzialità del figlio, e prendendo in considerazione nella sua condizione soltanto gli aspetti negativi e problematici, tendono a sottovalutare le possibilità di miglioramento del bambino, minimizzando le sue capacità reali o stabilendo per lui obiettivi molto bassi, creando di conseguenza una situazione in cui egli non viene adeguatamente stimolato e finisce per comportarsi rispecchiando le aspettative dei genitori.

Oppure si può verificare anche un quadro opposto, in cui i genitori si pongono obiettivi irrealistici o attese alte rispetto alle reali capacità del bambino, creando una situazione potenzialmente frustrante, nella quale esse vengono di volta in volta disilluse.

⁴⁸ Sorrentino A. M., *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Milano, 2006

Infine, per altri genitori, il rifiuto può tradursi in un allontanamento o nella delega quasi totale del figlio a strutture o istituti.

Il sostegno di un educatore esperto, in questi momenti critici, potrebbe essere di grande aiuto per la famiglia, ponendosi l'obiettivo di aiutarla ad affinare le capacità di valutazione, al fine di comprendere con obiettività limiti e potenzialità del bambino e di aiutarla a sviluppare capacità di gestione e fronteggiamento delle situazioni più problematiche.

Le ricerche hanno evidenziato infatti che gli interventi che sviluppano e affinano le capacità di valutazione e di coping del genitore sono efficaci, in quanto lo aiutano a sviluppare l'abilità di far fronte allo stress, sviluppano il senso di competenza, migliorano di conseguenza il rapporto con il bambino e aumentano il senso di gratificazione rispetto alle attività che può fare assieme al figlio⁴⁹.

I genitori dovrebbero quindi essere guidati da una parte a sviluppare consapevolezza rispetto alle reali possibilità di miglioramento del bambino e rispetto agli obiettivi di sviluppo possibili, dall'altra ad apprendere strategie più funzionali nell'interagire con lui, con lo scopo di aiutarli a sviluppare un senso di competenza rispetto alle loro capacità educative.

Sarebbe controproducente invece se l'educatore, notando le resistenze della famiglia, si sostituisse ad essa, focalizzando l'intervento educativo solo sul bambino.

Un'azione di questo tipo avrebbe l'effetto di confermare al genitore la sua inadeguatezza, rendendo ancora più profondo il disinvestimento nel proprio ruolo, con il risultato di negargli la possibilità di sviluppare le proprie risorse e rafforzare le competenze in modo da poter far fronte in modo sempre più autonomo alle proprie difficoltà⁵⁰.

Inoltre un intervento strutturato a sostituzione delle competenze educative familiari porterebbe a un potenziale risultato positivo solo di breve durata,

⁴⁹ Judge S. L., *Parental Coping Strategies and Strengths in Families of Young Children with Disabilities*. *Family Relations*, 1998, pag. 263-268

⁵⁰ Milani P., *Il sostegno alla genitorialità nel lavoro con le famiglie*. Studi Zancan, 2004, pag. 49-56

in quanto gli effetti positivi ottenuti dall'intervento sarebbero legati alla presenza dell'educatore e quindi evidenti solo nei momenti in cui l'operatore è presente.

Invece un operatore dovrebbe lavorare “per la sua inutilità”, nel senso che lo scopo dell'intervento dovrebbe essere quello di attivare le risorse presenti nel sistema familiare, allo scopo di rendere i genitori al più presto autonomi e autosufficienti nella gestione dei bisogni educativi del proprio figlio.

4.3.2 Quando la famiglia esaspera l'investimento sul ruolo genitoriale

Alcune famiglie di bambini con disabilità investono esageratamente nel ruolo genitoriale, esasperando i comportamenti di accoglienza e accettazione del figlio e perseguendo inconsapevolmente l'obiettivo irrealistico di diventare dei genitori perfetti⁵¹.

Si tratta di famiglie totalmente immerse nei comportamenti di cura e di accudimento del proprio figlio, che tendono a ridurre sempre di più e progressivamente lo spazio personale e le relazioni con il mondo esterno. Queste possono andare alla ricerca di una cura miracolosa, di una soluzione che in qualche modo possa risolvere la loro situazione, ed è comune, in questa fase, che i genitori si rivolgano a molti specialisti, nel tentativo di trovare quello che possa dare una soluzione alla problematica vissuta.

Tale atteggiamento è stato definito da Anderson “comportamento consumista”⁵², individuando con questo termine i comportamenti di quei genitori che passano da specialista a specialista, alla ricerca della cura miracolosa, o che diventano consumatori di terapie, rincorrendo nuovi approcci riabilitativi, nuove tecniche e cure, nuovi programmi.

⁵¹ Migliore M., *Il processo di accettazione del figlio con disabilità. Psicoterapeuti in formazione*, 2010, pag. 15-31

⁵² Anderson E. M., *L'inserimento scolastico degli handicappati*, Bologna, Zanichelli, 1977

Anche se una famiglia iperinvestita nel ruolo genitoriale potrebbe, a prima vista, sembrare adeguata e funzionante, proprio per la grande attenzione dedicata ai bisogni del figlio, è in realtà in disequilibrio e piuttosto in difficoltà nel trovare il giusto bilanciamento tra investimento educativo e spazi di autonomia.

Ma quali sono i bisogni e i problemi educativi che i genitori stanno affrontando, ai quali non riescono a rispondere adeguatamente?

Secondo alcuni autori il comportamento che domina le famiglie in questa fase, deriva da un forte bisogno riparativo, cioè dal bisogno dei genitori di dare al figlio tutte le opportunità possibili per guarire.

Questi ultimi agiscono dunque guidati dal senso di colpa, che rappresenta spesso un pensiero ridondante, sentendosi responsabili dell'aver creato la disabilità del figlio⁵³.

Anche se inizialmente queste sono reazioni fisiologiche, ovvero fanno parte di un processo naturale che ogni famiglia con un bambino con disabilità affronta, se restano strutturate nel tempo, il rischio è che da una parte la famiglia si isoli progressivamente sempre di più, e che dall'altra il bambino resti bloccato in una situazione di dipendenza, nella quale il suo potenziale di sviluppo non potrà emergere.

Secondo Anderson questa situazione sarebbe il risultato di un mancato sostegno esterno e qualificato alla famiglia, e si manifesterebbe quando essa non è supportata e adeguatamente assistita nel suo percorso da parte di operatori, ma lasciata sola nell'affrontare le difficoltà.

Come può dunque intervenire in queste situazioni l'educatore ed entrare in un contesto familiare in cui l'investimento genitoriale è molto alto, pertanto i bisogni educativi della famiglia sembrano adeguatamente assolti?

Agire in queste situazioni significa progettare interventi di rete che cerchino di promuovere occasioni di incontro, di scambio di esperienza,

⁵³ Marioni P., Gallerano B., *Lutto inelaborabile o dolore cronico? L'ascolto analitico delle madri di figli portatori di handicap*, STUDI JUNGHIANI, 2006, pag. 49-67

nella consapevolezza che per queste famiglie il rischio di chiusura nel proprio guscio è molto alto, quando invece le relazioni con l'ambiente sono centrali per produrre cambiamenti e aprire nuovi canali di sviluppo per il bambino⁵⁴.

Il lavoro dell'educatore deve essere centrato sull'accompagnamento dei bambini e dei genitori verso la costruzione di collegamenti tra i diversi contesti di vita, come tra casa e scuola, tra casa e ambiente sociale, tra genitori e altri genitori, costruendo un tessuto che leghi il sistema familiare al suo territorio, costruendo in questo modo una rete sociale positiva che sia di sostegno anche a conclusione dell'intervento.

Si supporta in questo modo il genitore ad uscire progressivamente dalla chiusura e dall'isolamento costruito attorno alla famiglia e lo si aiuta inoltre a staccarsi momentaneamente dalla routine quotidiana, che ruota in modo consistente attorno alla cura del bambino, a riprendere degli spazi propri e a recuperare una dimensione sociale, fondamentale per ritrovare un senso di benessere e di condivisione, che spesso egli si nega per lungo tempo.

Un obiettivo dell'intervento dell'educatore potrebbe essere quello di incentivare la famiglia ad inserirsi all'interno di gruppi di genitori che condividono la stessa difficoltà, o all'interno di associazioni, con l'intento di rinforzare la rete di supporti sociali⁵⁵.

La condivisione della propria esperienza con genitori che hanno vissuto situazioni simili riduce così il senso di solitudine, crea una sensazione di accoglimento e comprensione rispetto alle difficoltà vissute.

La famiglia, attraverso questo tipo d'intervento, può accrescere la rete sociale ed evitare l'isolamento, al contempo aumentare le conoscenze sulle risorse che si possono trovare nel territorio, sui possibili percorsi d'intervento e sulle iniziative che possono essere attivate.

⁵⁴ Milani P., *L'educazione che coinvolge famiglia, scuola, comunità*, 2009

⁵⁵ Grasselli B., *La famiglia con figlio disabile. L'aiuto che genera aiuto*, Roma, Armando, 2008

Gli educatori, nel progetto educativo, possono pensare di indirizzare la famiglia verso queste forme di aggregazione, informandola sui possibili gruppi o associazioni presenti nel proprio territorio e accompagnandola nell'inserimento in queste realtà.

Ad oggi, le associazioni che operano in tal senso in Italia, costituiscono una realtà di riferimento per molti genitori e bambini, svolgendo un ruolo importante di promozione, sviluppo e sostegno alla persona con disabilità. Le iniziative promosse si basano sull'idea che il bambino con disabilità abbia bisogno di un sistema sociale capace di supportarlo ed includerlo nell'ambiente, e per raggiungere questo obiettivo sia necessario sviluppare interventi sul territorio che spazino attraverso una molteplicità di iniziative, da quelle rivolte specificatamente al bambino a quelle a sostegno dei genitori⁵⁶.

Infine l'educatore può affiancare la famiglia, aiutandola a sviluppare le proprie competenze educative, ridefinendo assieme ad essa gli obiettivi di sviluppo e le aree di autonomia possibili che il bambino può raggiungere. Si tratta cioè di aiutare i familiari ad abbandonare l'idea di dover sopperire costantemente al deficit del bambino sostituendosi a lui, per passare invece ad un'ottica educativa in cui quest'ultimo sia considerato non solo per i suoi limiti, ma anche per le sue risorse, e pertanto venga stimolato a sviluppare una maggior autonomia e il suo potenziale.

4.4 Il ruolo dei fratelli

Secondo Bronfenbrenner una "ecologia positiva" dello sviluppo umano può essere promossa attraverso un'attività condivisa, progressivamente sempre più complessa, tra il bambino e gli adulti per lui emotivamente significativi, che sono sicuramente rappresentati in primo luogo dai genitori e dai membri della famiglia allargata.

⁵⁶ Mura A., *Famiglie e associazionismo: il contributo al processo di integrazione nell'ultimo mezzo secolo*, 2013

L'educatore entra in contatto con un sistema fatto di relazioni complesse, aspettative, paure e timori, pensieri e desideri, che rende necessaria una presa in carico che non sia rivolta soltanto al bambino con disabilità, ma che consideri l'intero gruppo nella sua globalità, rivolta cioè al bambino e ai suoi genitori e, se sono presenti, anche ai fratelli.

Se infatti è evidente che il benessere dei bambini non sia mai da considerarsi disgiunto da quello delle loro famiglie, è chiaro che l'intervento educativo deve porre come centro di attenzione il sistema familiare nel suo insieme e pertanto debba considerare anche la relazione con i fratelli come uno degli obiettivi inclusi nel progetto.

La disabilità di uno dei componenti della famiglia infatti si ripercuote inevitabilmente su tutti gli altri componenti, fratelli compresi, ed è per questo che è necessario che anch'essi siano inclusi all'interno di una visione allargata di intervento, vivendo spesso una situazione di carenza rispetto alle cure parentali, che sono di solito maggiormente rivolte al figlio disabile, proprio perchè le richieste di accudimento sono maggiori.

Al figlio normodotato viene fatta invece la richiesta implicita di essere precocemente autonomo e indipendente; alle volte correndo il rischio di aspettarsi da lui una precoce "genitorializzazione", chiedendogli cioè di assumere il ruolo di genitore sostitutivo, di prendersi cura del fratello disabile, di incarnare quindi un ruolo molto lontano da quello dell'esser fratello⁵⁷.

Nell'intervento educativo è pertanto fondamentale considerare il fatto che i fratelli di bambini disabili si possono trovare in una situazione di difficoltà, alle volte di isolamento, di limitazioni nel tempo dedicato a loro, di relativa scarsa attenzione ai loro bisogni e alle loro difficoltà.

Dunque crescere con un fratello con disabilità può lasciare delle tracce profonde, può far vivere sentimenti ambigui, alternanti tra senso di

⁵⁷ Cigoli V., *Il corpo ferito. Disabilità e relazioni familiari. Proposte psicoterapeutiche per il ritardo mentale*, 1993, pag. 1

negatività e senso di positività; si tratta di condizioni che vanno comprese, accolte e per le quali vanno cercate delle risposte.

Le ricerche che si sono occupate di studiare gli effetti che la disabilità può produrre sui fratelli normodotati, si sono inizialmente concentrate sui rischi psicologici dovuti a tale condizione, mettendo in luce soprattutto la sofferenza psicologica e i rischi di disadattamento che questi possono incontrare.

Tuttavia altre ricerche hanno evidenziato che questi rischi non sono presenti in modo univoco e che gli effetti psicologici possono essere ben più complessi, presentando una componente maturativa ed una variabilità nel corso del percorso di crescita del nucleo familiare⁵⁸.

Sarebbe pertanto necessario che la ricerca approfondisse ulteriormente tale area d'indagine, proprio per mettere in luce in che modo il progetto educativo possa guardare non solo al bambino con disabilità e alla relazione tra lui e le figure genitoriali, ma anche alla relazione tra lui e i fratelli normodotati, individuando metodi e prassi dell'intervento educativo che possano includere al loro interno anche la dimensione dei fratelli.

⁵⁸ Powell T.H., Gallagher A.P., *Brothers and sisters. A special part of exceptional families*, 1993



FIG. 4.3 - Immagine di tre fratelli

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto analizzato fino ad ora, concludo il mio elaborato dando maggior rilievo alla mia esperienza di tirocinio universitario, svolto presso l'associazione, rivelatosi un'occasione concreta al fine di mettere in pratica le nozioni apprese teoricamente relative alla figura dell'educatore professionale, necessaria nel lavoro con bambini e ragazzi con disabilità in età evolutiva; gli strumenti e le competenze che quest'ultimo mette in campo sono fondamentali per potenziare le abilità di questi soggetti e per acquisirne di nuove.

L'educatore deve inoltre supportare e guidare la persona con disabilità attraverso un lavoro di osservazione e la conoscenza sempre più minuziosa dell'altro.

Egli si occupa di pianificare, in collaborazione con la famiglia, un progetto educativo individuale che caratterizza la suddivisione di attività in contesti di vita normale, con l'intento di favorire una condizione di benessere per il disabile, osserva e analizza i bisogni, rileva le risorse, gestisce e verifica gli interventi educativi continuamente, cura lo sviluppo e il recupero delle capacità relazionali e di interazione.

Diventa dunque portatore di un cambiamento, non solo nelle vite dei ragazzi che incontra durante il suo percorso, ma anche nella società: riuscire a cambiare il modo comune di vedere la disabilità è importante per permettere a questi soggetti di integrarsi nella società, in modo da prevenire l'esclusione e la marginalità a causa di credenze errate o paure collettive, assicurando una vita il più normale possibile per tutti.

Questo percorso in associazione è risultato estremamente piacevole, oltre che proficuo dal punto di vista relazionale e formativo, in quanto mi ha permesso di impiegare conoscenze pregresse e di svilupparne nuove, permettendomi di constatare inoltre gli evidenti disagi dei ragazzi con disabilità, ma anche i loro sforzi e l'impegno costante di tutto il team nel

fornire sostegno e dedizione nel ruolo di educatori, volontari e operatori, con cui ho sin da subito instaurato un rapporto collaborativo e di intesa.

Posso dirmi, infine, pienamente soddisfatta di quest'opportunità e degli obiettivi raggiunti.

Reputo inoltre indispensabile il ruolo che a ciascuno viene affidato all'interno dell'associazione e considero tale esperienza davvero molto positiva ed appagante.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson E. M., *L'inserimento scolastico degli handicappati*, Bologna, Zanichelli, 1977
2. Arpinati A. M., Tasso D., *Educazione speciale, percezione sensoriale, attenzione e memoria*, Bologna, Zanichelli, maggio 2012
3. Bembich C., Bortolotti E., *Bambini con disabilità e bisogni educativi complessi: in che modo l'educatore può supportare ed affiancare la famiglia nell'affrontare le problematiche educative?*, Pensa MultiMedia Editore, pag. 42-43
4. Boszormenyi-Nagy I., Zuk G.B., Ackerman, *La famiglia, patologia e terapia*, Roma, Armando, 1970
5. Bronfenbrenner U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986
6. Callentani O., *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*, Milano, Franco Angeli, 2001
7. Calò N., *Non è come sui libri. Non abbiate paura di far nascere un bambino Down*, Corato, Gocce nell'Oceano onlus, 2016
8. Canevaro A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Milano, Bruno Mondadori, 2020
9. Cigoli V., *Il corpo ferito. Disabilità e relazioni familiari. Proposte psicoterapeutiche per il ritardo mentale*, 1993
10. Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018
11. Contardi A., *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci Faber, 2018
12. Crispiani P., *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, Bergamo, Edizioni Junior, 2002
13. D'angio G., Recco A., *Orientamento della famiglia all'handicap. Quale Psicologia*, 2006
14. Favorini M., *La coeducazione del disabile negli anni della scuola primaria*, 2013
15. Grasselli B., *La famiglia con figlio disabile. L'aiuto che genera aiuto*, Roma, Armando, 2008
16. Judge S. L., *Parental Coping Strategies and Strengths in Families of Young Children with Disabilities. Family Relations*, 1998
17. Marioni P., Gallerano B., *Lutto inelaborabile o dolore cronico? L'ascolto analitico delle madri di figli portatori di handicap*, STUDI JUNGHIANI, 2006
18. Matteoli S., Pratelli M., *L'insegnante specializzato*, vol.4, L'educazione motoria, Editrice, Ancona, 2000
19. Migliore M., *Il processo di accettazione del figlio con disabilità. Psicoterapeuti in formazione*, 2010
20. Milani P., *Il sostegno alla genitorialità nel lavoro con le famiglie*. Studi Zancan, 2004
21. Milani P., *L'educazione che coinvolge famiglia, scuola, comunità*, 2009
22. Mura A., *Famiglie e associazionismo: il contributo al processo di integrazione nell'ultimo mezzo secolo*, 2013
23. Pavone M., *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Trento, Le guide Erickson
24. Pavone M., *L'inclusione educativa. Indicazioni pedagogiche per la disabilità*, Milano, Mondadori Università

25. Powell T.H., Gallagher A.P., *Brothers and sisters. A special part of exceptional families*, 1993
26. Quinn P., *Understanding disability: A lifespan approach*, Londra, 2001
27. Sorrentino A. M., *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Milano, 2006
28. Sorrentino A. M., *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Milano, 2006
29. Trisciuzzi L., *Manuale di didattica per l'handicap*, Bari, Laterza, 1993
30. Vecchiato M., *Il gioco psicomotorio. Psicomotricità psicodinamica*, Roma, Armando, 2008
31. Vitale C., *Spazio Handicap. Rivista bimestrale di pedagogia, psicologia, medicina preventiva, didattica e legislazione scolastica, anno I. n.2 marzo/aprile 1994*, Salerno, Editrice Reading Press
32. Zanolini M., Usai M., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Milano, Franco Angeli, 1998
33. Zappella M., *Presentazione a G.M. Arduino (a cura di) Autismo e psicosi infantili*, ASL 16, Mondovì, Piemonte, 2000
34. Zavalloni R., *L'educazione degli handicappati* in Scaglioso C., *Marginalità e impegno educativo*, Edisud, 1989

SITOGRAFIA

1. *Da castigo degli dei a diversamente abili: l'identità sociale del disabile nel corso del tempo* in <https://www.stateofmind.it/>
2. *Disabilità intellettiva* in https://it.wikipedia.org/wiki/Disabilita_intellettiva
3. *Fare leggere tutti: Ente accreditato Miur per la formazione del personale scolastico* in <https://www.fareleggeretutti.it/cosa-e-la-cao-comunicazione-aumentativa>
4. *Gocce nell'Oceano Onlus, associazione di promozione sociale* in <http://www.gocce.eu>
5. *Home of the picture exchange communication system and the pyramid approach to education* in <https://pecs.com/it/>
6. *La Sindrome di Down* in <https://www.neuropsicomotricista.it/>
7. *Menomazione, disabilità e handicap. Quale differenza?* in <https://www.disabili.com/home/ultimora/menomazione-disabilita-e-handicap-qualedifferenza>
8. *Portale autismo: il punto di riferimento online dell'autismo in Italia* in <https://www.portale-autismo.it/programmi-token-economy>
9. *Presentazione attività a sostegno delle abilità dei bambini con Disturbo del Neurosviluppo* in <https://www.uslumbria2.it/>
10. *Sindrome di Down* in https://it.wikipedia.org/wiki/Sindrome_di_Down