

# LE FONDAMENTA DELLA PEDAGOGIA SPECIALE – 10/07/2017

---

## 1.1 IL RUOLO DELLA PEDAGOGIA SPECIALE

La pedagogia speciale è un **sapere in divenire** poiché le scoperte portano con sé continue migliorie. Alla pedagogia speciale sono dovuti molti dei **risultati sul piano della lotta alla marginalità sociale** e per il **riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità**.

È **strettamente collegata alla pedagogia generale** perché come essa è **una scienza che pone al centro del suo pensiero l'educazione e i bisogni ad essa correlati**.

In ogni epoca il diverso suscita paura e repulsione in coloro che si considerano normali, questa reazione porta all'**esclusione** di tali soggetti. La **pedagogia speciale pone al centro del suo pensiero l'educazione di questi soggetti speciali che hanno bisogni speciali** → si è capito che **bisogna lottare per rivendicare il loro diritto ad essere considerati persone educabili** anche se vivono ai margini di un'esistenza che richiede sempre aiuto e sostegno. Essi infatti **sono in grado di attivare le loro potenzialità in risposta ad interventi educativi speciali**.

La pedagogia speciale deve proporre percorsi innovativi, di integrazione. Nello specifico è una scienza che **deve interagire e collaborare in modo interdisciplinare con le scienze mediche, psicologiche, sociologiche**. Infatti i **grandi fondatori** di questa scienza **furono dei medici che capirono l'importanza dell'educare**. Esempi:

- nel **1800 Itard** riconobbe in un **bambino selvaggio**, trovato nella foresta, un'umanità che poteva essere educata;
- la **Montessori**, la quale intuì che per i soggetti disabili era necessario un **approccio** oltre che medico anche pedagogico.

La pedagogia speciale ha lottato per far sì che la società riconoscesse che questi **"diversi"** erano **persone che come tali potevano e dovevano avere diritto all'istruzione, al lavoro e all'utilizzo dei servizi**. Dapprima lo Stato si prendeva cura di loro ma in istituzioni chiuse (scuole e istituti speciali), ma coloro che lavoravano con queste persone si resero conto che **isolarsi non era una scelta valida**. Al contrario, **l'uomo per sviluppare al massimo le proprie potenzialità ha bisogno di fare esperienza nella vita normale con tutti coloro considerati privi di deficit**. Solo con la legge n. 517 del 1977 si ha la piena integrazione del soggetto con disabilità nella scuola italiana nelle classi comuni.

**Che cos'è la disabilità** (secondo la definizione ICF)?

È la **risultante dell'interazione di base di più elementi legati alle CONDIZIONI DI SALUTE INDIVIDUALI, ai FATTORI PERSONALI e ai FATTORI CONTESTUALI**.

Quel è dunque il **ruolo della pedagogia speciale**?

è quello di **"sollecitare e favorire la formazione globale della personalità dei soggetti con necessità educative particolari (persone con disabilità ma non solo), valorizzandone le capacità presenti"** e **"offrire risposte specifiche a problemi personali particolari in contesti di normalità"** (Pavone). La pedagogia speciale **deve dare risposte "ai bisogni educativi là dove si trovano e non la risposta ai bisogni raggruppati per categorie"** (Canevaro). Il ruolo della pedagogia speciale non è quindi quello di portare la persona alla normalità ma di **favorire lo sviluppo del potenziale umano, l'autonomia, la crescita, la progettazione, la partecipazione**. Qui si parla non tanto di **bisogni speciali ma umani**. **Dobbiamo ripensare al concetto di normalità, ognuno di noi è una normale eccezionalità**. Per questo **bisogna andare oltre la diagnosi e oltre le etichette**.

Qual è il **compito della pedagogia speciale**?

è **"quello di distinguere nel soggetto le componenti legate al deficit – di competenza anche di altre discipline – ricercando le condizioni utili a ridurre lo svantaggio conseguente alla relazione con il contesto"** (Pavone).

Quali sono le **parole chiave della pedagogia speciale**?

- INTEGRAZIONE/INCLUSIONE: Oggi in Italia siamo più vicini alla prospettiva inclusiva che alla semplice esperienza di integrazione. Il **termine inclusione è stato utilizzato per la prima volta in ambito**

**educativo con la Dichiarazione di Salamanca del 1994.** L'inclusione non va intesa solo in ambito scolastico. Si tratta di un cambiamento e di un rinnovamento culturale.

<b>INTEGRAZIONE: il contesto si organizza nel momento in cui si presenta un nuovo problema</b>	<b>INCLUSIONE: il contesto è già pronto ad affrontare un bisogno senza aspettare che si manifesti</b>
É una SITUAZIONE	É un PROCESSO (che prevede il contributo di più persone)
Ha un approccio COMPENSATORIO	
Si riferisce all'AMBITO EDUCATIVO	Si riferisce alla GLOBALITÀ DELLE SFERE educativa, sociale e politica.
Guarda al SINGOLO	Guarda a TUTTI GLI ALUNNI e a tutte le loro potenzialità
Interviene PRIMA SUL SOGGETTO e poi sul contesto	Interviene PRIMA SUL CONTESTO e poi sul soggetto
Incrementa una RISPOSTA SPECIALISTICA (dà una risposta a quel tipo di disabilità)	TRASFORMA LA RISPOSTA SPECIALISTICA IN ORDINARIA

- **persona CON DISABILITÀ, CON DISAGIO, CON DIFFICOLTÀ** → Oggi non si parla più di persona con handicap, o portatore di handicap, o diversamente abile. **Il deficit**, per quanto evidente e pervasivo, **non è mai rappresentativo di tutta la persona;**
- **PROGETTAZIONE/PROGETTO DI VITA** (per progetto di vita si intende quello che vogliamo raggiungere. Che senso ha insistere su qualcosa che non porterà a nulla?);
- **QUALITÀ DI VITA** (questo è un aspetto da considerare sempre);
- **LAVORO DI RETE/UNITARIETÀ D'INTENTI** (bisogna lavorare in modo coeso);
- **INTERVENTO PRECOCE** (la rilevazione precoce risulta fondamentale per l'acquisizione di obiettivi nell'ambito del progetto di vita).

## 1.2 LE TAPPE FONDAMENTALI (ORIGINI E SVILUPPO DELLA PEDAGOGIA SPECIALE)

Come scritto nella **Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo del 1948**, **ciò che rende davvero civile un paese è il fatto di riconoscere i diritti di tutti i suoi cittadini, anche di coloro che richiedono costantemente aiuto.** A parole sono tutti concordi, certo più difficile è mettere in pratica quanto scritto nelle Dichiarazioni e nelle Convenzioni. Ecco alcune delle **tappe** di questo lungo percorso in cui si è passati: dall'**eliminazione** → all'**esclusione**, dalla segregazione, emarginazione (medioevo) → all'**accettazione condizionata** → fino ad arrivare all'**integrazione** → e all'**inclusione**:

- **1600** Si cominciano ad adattare vecchie costruzioni a **manicomi**, **lontani** dall'abitato e ben **recintati**: una forma di **internamento e di clausura a vita**.
- **1700**: L'**illuminismo** studia il **diverso come oggetto che la ragione deve comprendere**. Il riconoscimento della persona disabile, della sua persona umana conduce al **tentativo del suo recupero**, aprendo la strada ai **primi interventi educativi**:
  - nascono i primi istituti educativi per sordi e ciechi;
  - nel **1770** apre la scuola per sordomuti a Parigi (è la **prima scuola speciale**).
  - **Charles Michel Abbé de l'Épée** (1718-1789) elaborò una lingua dei segni convenzionale basandosi sui seguenti principi pedagogici:
    - l'insegnamento della comunicazione ai bambini sordi è un **insegnamento compensatorio**;
    - l'insegnamento **partirà dal conosciuto** per l'ignoto;

- l'insegnamento è **indissociabile dall'osservazione continua**;
- **se il bambino sordo non comprende** quanto gli viene insegnato, vuol dire che **ci si è espressi male**.
- **1791: Valentin Haüy** fondò il **primo istituto per giovani ciechi**;
- **Louis Braille** utilizzò 63 combinazioni di punti per rappresentare lettere, accenti, punteggiatura, numeri e segni matematici. Sistema utilizzato ancora oggi.
- **Fine 1700-inizio 1800**
  - **Itard** (studi sull'**enfant Sauvage**) rifiutando l'idea che l'educazione spetti solo ai sani e che apriori il diverso non sia educabile, **inventa una didattica speciale** che poggia sui seguenti **presupposti**:
    - **DIFFERENZIAMENTO TRA RITARDO MENTALE CONGENITO E SOCIO-CULTURALE** (il ragazzo selvaggio si trovava in quelle condizioni perchè cresciuto in una foresta);
    - **EDUCABILITÀ ANCHE IN PRESENZA DI DISABILITÀ IMPORTANTI**;
    - **IMPORTANZA DELLA MEDIAZIONE SOCIALE** nella crescita dell'individuo;
    - **LEGGE DELL'ATROFIA** (gli organi inermi per troppo tempo perdono funzionalità);
    - **RISPETTO DELLA DIVERSITÀ**;
    - **PRECOCITÀ E TEMPESTIVITÀ DEGLI INTERVENTI**.
- **1800**
  - **Séguin** a 25 anni viene nominato aiuto **maestro all'istituto sordomuti sotto la direzione di Itard** e sotto il suo insegnamento educa alcuni bambini ritardati con grande successo. Ritenendo che l'idiozia sia una infermità del sistema nervosa, che sottrae parte degli organi all'azione della volontà e li lascia preda agli istinti, **è possibile educare gli idioti con un lavoro continuo ed adeguato**
    - A Seguin (1850), si deve la **nascita delle scuole speciali per "anormali" negli Stati Uniti e in Inghilterra**.
    - Il suo **metodo** (utilizzava un **materiale didattico costruito appositamente** per lavorare con quelli che all'epoca venivano considerati "idioti") sarà **ripreso a Parigi a fine secolo** e la **Montessori** vi si recherà appositamente per apprenderlo.
  - Nel **1880** al **Congresso Internazionale di Milano**, presieduto dall'abate **Giulio Terra**, si afferma la **vittoria del metodo orale** e viene **bandito il linguaggio dei segni** perché ritenuto **ghettizzante**.
- **Tra 1800 e 1900**
  - Fioriscono le **istituzioni per sordi e per ciechi**.
  - Le **disabilità fisiche sono sottoposte a correzione** (bisogna raddrizzare → nascono busti, collari, tutori ecc)
  - Iniziano primi **interessi per il disabile mentale**
  - Vengono create i **primi test sul quoziente intellettivo** (Binet-Simon) che **migliorano le conoscenze sull'età evolutiva**
  - **Fine 1800**: si istituisce **obbligo scolastico** → in Italia si ottenne con la **Legge Coppino del 1877**
  - **1898: De Sanctis** apre a Roma il **primo asilo per anormali psichici**
  - **1900: Giuseppe Montesano** fonda a Roma la **prima scuola magistrale ortofrenica**.
  - **1907: Maria Montessori** (1870-1952) a partire dallo studio dei bambini con disabilità intellettive (frenastenici) **elabora il suo famoso metodo scientifico** estendendolo

successivamente a tutti i bambini con la fondazione a Roma della **prima scuola sperimentale "Casa dei bambini"**. (La Montessori da medico è convinta che la "questione dei deficienti fosse prevalentemente pedagogica", anziché come si pensava all'epoca prevalentemente medica. Alla **base del pensiero** della pedagoga di Chiaravalle troviamo:

- Importanza dell'**osservazione non solo del bambino ma anche del suo modo di apprendere**;
- mettere **al centro della didattica il bambino**;
- l'importanza attribuita all'**ambiente**;
- l'**approccio** al problema del bambino con disabilità deve essere **multidisciplinare**;
- l'**attenzione agli aspetti cognitivi** non significa abbandono degli aspetti **emotivi**;
- **puntare sull'autonomia-autosufficienza e sulle abilità sociali**.

- **1900: il secolo dei grandi cambiamenti**

Elementi principali:

- **disabilità come fenomeno di massa** (mutilati e figli della guerra);
- **seconda Guerra mondiale ↔ soppressione del diverso**;
- **scoperte scientifiche** sul cervello e sul genoma umano;
- **riforme scolastiche** e processo di **integrazione scolastica** (si sviluppa secondo velocità e modalità diverse in relazione alla tipologia di disabilità):
  - **Riforma Gentile 1923** → **estensione obbligo scolastico ai ciechi e sordomuti** (fino al sedicesimo anno) in scuole specializzate che non presentino altra anormalità. **Per le persone con altri tipi di disabilità non era previsto l'obbligo scolastico**. Lo Stato non metteva a loro disposizione alcun tipo di servizio.
  - Nel **RG 1927/28 Art. 415** si dava la **possibilità al maestro di proporre l'allontanamento definitivo dell'alunno il quale sarebbe stato inserito nelle classi differenziali o in alternative nel ricovero in istituti**. Per i disabili mentali vi erano **tre alternative**: 1. **Classi differenziali**. 2. **Istituti** (internato) 3. **Asili scuola** (scuole speciali con possibilità di reintegrazione mediante il lavoro).

**PASSAGGIO DA UNA PROSPETTIVA MEDICA AD UNA BIO-PSICO-SOCIALE SECONDO LA LOGICA DELL'ICF.**

### 1.3 PEDAGOGIA SPECIALE E INTEGRAZIONE

L'integrazione nelle classi comuni dei disabili non è stata semplice:

- **ESCLUSIONE ('60)**; (segregazione in luoghi isolati; convinzione che solo i minorati della vista e dell'udito siano educabili mentre gli psichici sono definiti "non curabili"; classificazioni che etichettano gli alunni per sempre);
- **INSERIMENTO ('70-'90)** (i **movimenti studenteschi mettono in discussione anche l'assetto scolastico** → **diffusione scuola di massa: la scuola deve predisporre il reinserimento delle persone con disabilità nel tessuto sociale**). Le **fasi dell'inserimento**:
  - **L.118/1971** apre la strada al processo di inserimento;
  - **Relazione Commissione Falcucci** considerata la **premessa della L.517/1977**
  - La **L.517/1977** stabilisce: **1. Integrazione per tutti gli alunni con disabilità della scuola elementare e media dai 6 ai 14 anni.** **2.** Prevede la **figura dell'insegnante specializzato per il sostegno didattico**.
- **INTEGRAZIONE ('90-2000)**. Le **fasi dell'integrazione**:
  - **Legge quadro 104/1992 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate**. **Punti chiave**:

- Secondo l'art. 3 "è persona handicappata colui che presenta una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa ..."
- L'integrazione scolastica deve agevolare lo sviluppo delle potenzialità individuali e favorire apprendimento, relazione e socializzazione;
- L'integrazione deve essere garantita dall'asilo nido sino all'università
- I passaggi previsti dalla legge sono i seguenti:
  1. **Certificazione di disabilità** (senza l'attestazione della disabilità non potrebbero essere garantiti i **diritti** previsti dalla legge);
  2. **Diagnosi funzionale** (descrive il **quadro clinico**);
  3. **Profilo dinamico funzionale** (Individua gli **obiettivi di sviluppo**)
  4. **PEI** (definizione di chi e come deve intervenire)

Punti di forza	Punti di criticità
Legge articolata	Prima assistenza, poi integrazione e <b>solo per ultimo i diritti</b> (già nel titolo).
Logica della programmazione concertata	<b>Non chiara definizione dei compiti</b> tra Stato, Comuni, Province.
Riconoscimento figura docente sostegno	

L'integrazione sposa una **visione sistemica**, ciò vuol dire che la **qualità dell'azione educativo-didattica** è determinata dal **reciproco adattamento** tra l'individuo e il contesto. Il modello è ancora **medico**, poiché l'intervento speciale è disposto solo per l'alunno speciale e ciò dipende dalla **certificazione**. Con l'integrazione una persona viene inserita in un ambiente in modo che ne diventi parte organica.

- **INCLUSIONE (dal 2000 in poi).**

La prospettiva e la logica è quella del **MODELLO BIO PSICO SOCIALE**:

- **Si ha inclusione quando si è parte di qualcosa, si è avvolti in quel qualcosa.** La persona con disabilità fa **parte della comunità al pari di tutti gli altri**. La **diversità non è più speciale ma una condizione normale**. Il BES viene visto come una **questione ordinaria**.
- Alla base dell'inclusione vi sono i seguenti **principi**:
  - **tutti possono apprendere;**
  - **tutte le persone sono differenti;**
  - **le differenze sono un valore;**
  - **il processo di apprendimento si intensifica all'interno di una logica di lavoro di rete;**
  - **la scuola progetta per opportunità, non per problemi.**
- **Si ha inclusione quando:**
  - ✓ **l'esperienza** educativa, lavorativa, sociale è **intenzionale**;
  - ✓ esiste una **equipe** che **lavora con unitarietà di intenti** e con uno **stesso linguaggio**;
  - ✓ **il contesto si adatta alle caratteristiche della persona e si arricchisce**;
  - ✓ **si assicura una partecipazione attiva**;
  - ✓ **l'adulto sa farsi mediatore**;
  - ✓ **i processi di apprendimento sono contraddistinti da cooperazione**;
  - ✓ **l'esperienza promuove crescita degli apprendimenti (autonomia) anche in altri contesti**;

- ✓ si ha **cura della persona e della sua famiglia**;
- ✓ **si evita la logica emergenziale**;
- ✓ **ogni contesto può presentare barriere e per favorire il progetto di vita occorre eliminarle o ridurle.**

**Inizialmente** l'inserimento aveva sconvolto oltre che l'intera istituzione scolastica (impreparazione corpo docente) anche i genitori degli alunni normodotati che ebbero paura della novità. Tutto questo fece vivere **situazioni** abbastanza **difficili** agli alunni con disabilità. I momenti di vera integrazione erano quasi inesistenti perché **si portava questi ragazzi fuori dalla classe**. Pian piano però la scuola si rese sempre più competente e la vita scolastica degli alunni con disabilità cambiò. Si capì che questi ragazzi hanno bisogni speciali e che per loro servivano delle azioni didattiche adeguate e aggiornate. **L'integrazione** che prima si limitava solo alle aule scolastiche **si estese** poi anche **ad altri contesti sociali**, in quanto la vita della persona con disabilità non inizia e non termina con l'esperienza scolastica, ma ha bisogno di essere valorizzata in ogni contesto civile e professionale. Ecco che i ragazzi iniziano ad usare mezzi pubblici, ad andare al supermercato, a bussare alle porte del lavoro. Ora la presenza della persona con disabilità non fa più notizia, ma è diventata un fatto comune.

- **I documenti più recenti:**

#### Nel mondo

- **ICF del 2001 (CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITÀ E DELLA SALUTE)** → si è passati da un modello medico (quello dell'ICDH) ad un modello bio-psico-sociale → qualunque persona in qualunque momento della sua vita può avere una condizione di salute che in un ambiente sfavorevole diventa disabilità:
  - ✓ È **UNIVERSALE** (interessa tutti) ed è un **continuum tra salute e disabilità**;
  - ✓ È **INTEGRATIVO: BIO-PSICO-SOCIALE**;
  - ✓ **COMPLESSO**: interazioni multiple tra le persone, la loro condizione e il loro ambiente;
  - ✓ L'**attenzione è focalizzata sull'analisi del funzionamento e della salute** tenendo soprattutto conto dell'**impatto dell'ambiente sulla condizione personale**.
- **CONVENZIONE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (ONU; 2006)**  
Tra i principi garantiti.
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rispetto dignità intrinseca;</li> <li>✓ Non discriminazione;</li> <li>✓ Piena inclusione e partecipazione;</li> <li>✓ Rispetto per la differenza;</li> <li>✓ Parità di opportunità;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accessibilità;</li> <li>✓ Parità tra uomini e donne;</li> <li>✓ Rispetto sviluppo capacità e identità dei bambini con disabilità;</li> </ul>
---	---

#### In Italia

- **Linee Guida integrazione scolastica alunni con disabilità (MIUR 2009)**
- **L.170/2010**;
- **Direttiva 27 Dicembre 2012 (circolare e note successive) [vedere slides 81-85]**
- **L.107/2015 (Buona scuola)**

## CLASSIFICAZIONE, CAUSE E TIPOLOGIE DI DISABILITÀ – 11/07/17

---

Nel mondo esistono **più di 300 milioni di persone con disabilità**. Di essi **più del 70% vivono nei Paesi meno sviluppati**. Nella UE le persone con disabilità sono 42 milioni (il 12%).

Le persone con disabilità **in Italia** sono **circa 3 milioni**, pari al **5% della popolazione**, il **70% donne**, il **30% uomini**.

Gli **alunni con disabilità** a scuola rappresentano il **2,9%** dell'intera popolazione scolastica italiana. Per definire queste persone in passato si sono conati molti termini, da "anormali" a "idioti", "cretini", "frenastenici", "minorati", "svantaggiati", fino ad arrivare a tempi più recenti con espressioni come handicappati, portatori di handicap, diversamente abili. **Nel 2001 con l'ICF il termine handicap scompare e si inizia a parlare di disabilità come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione, e fattori ambientali**. Ci sono alcune disabilità che possono coinvolgere: alcuni sensi; l'area motoria; il cervello; la mente. Si possono avere **due tipologie di disabilità**:

- Disabilità **congenita**, a sua volta può essere **genetica e/o ereditaria** (presente in un bambino fin dalla sua nascita);
- Disabilità **acquisita** (può manifestarsi anche in età avanzata e insorgere in seguito ad un incidente o ad una patologia). Possibili disabilità acquisite sono:
  - Malattie neurodegenerative;
  - Disturbi sensoriali;
  - Ictus/ischemia;
  - Trauma cranico/encefalico;
  - Meningite;
  - Sclerosi multipla;
  - Esiti da interventi chirurgici;
  - Demenze.

Quali sono i fattori che determinano una condizione di disabilità?

Possiamo individuare tre fattori:

- **Prenatali** → sono **fattori genetici e/o ereditari**. Si tratta di disabilità congenite causate ad esempio da anomalie cromosomiche, incompatibilità sangue materno e fetale ecc. Nel loro insieme le malattie congenite **interessano quasi il 5% dei neonati e causano il 20% dei decessi** fra i bambini nel periodo immediatamente successive alla nascita. **Esempi** di sindromi genetiche sono:
  - **Down**: il cromosoma 21 è in triplice copia, da questo la definizione **trisomia 21**. È un esempio di malattie cromosomiche (difetto nel numero o nella struttura dei cromosomi);
  - **Prader-Willi**: assenza di una porzione del cromosoma 15, porta a **ritardo mentale, ipotonia infantile, problemi nutrizionali, bassa statura, difetti del linguaggio, ipogonadismo**.
  - **Williams**: tipica **faccia ad elfo con testa piccola, fronte ampia, zigomi poco evidenti, naso piccolo all'insù, bocca larga**, notevoli problemi organici e **ritardo intellettivo**. È un **esempio di malattie genomiche** (coinvolgimento di una serie di geni localizzati in una stessa regione genomica).
  - **Edwards**: il **95% dei casi sfocia in un aborto spontaneo**. La durata media della vita è 15 giorni. È la seconda più comune trisomia autosomica.
  - **Distrofia di Duchenne**: **colpisce i maschi** per un **difetto sul cromosoma X**, i muscoli progressivamente si indeboliscono fino a costringere il ragazzo in carrozzella.
  - **X-fragile** (guardare riassunto Brugnoli);
  - **Fibrosi cistica**: non compromette le facoltà intellettive ma **causa seri problemi a polmoni, fegato e intestino**. È un esempio di malattie geniche (difetto nella struttura o funzione di un gene).

- Malattie epigenetiche: difetti di imprinting.  
Effetto di modificazioni chimiche e strutturali del DNA in grado di alterare l'espressione di un gene;
- Malattie multifattoriali o complesse: (es. Cardiopatie congenite).  
Effetto dell'interazione tra geni e ambiente.

**Tra i fattori prenatali ci sono anche fattori legati alla gravidanza:** es. Malattie infettive della madre [es. **Rosolia** può causare malformazioni fetali (cardiache, sordità, cecità) nel 50% dei casi se contratta nel primo trimestre di gravidanza]; **fattori tossici; radiazioni; scarsa tutela medica della gestante; fumo; alcol; dipendenze in genere.**

- **Perinatali:**

- Stress fetale;
- Anossia (l'asfissia o anossia è fra le cause legate al parto quella maggiormente responsabile dei deficit del neonato);
- Parto anomalo;
- Prematurità

- **Postnatali:**

- Malattie o infezioni gravi (encefalite, meningite, tumori);
- Traumi cranici; Avvelenamento (piombo, mercurio)
- Esiti da interventi chirurgici.

Come variano le difficoltà?

A seconda del tipo di disabilità:

- **Globali e pervasive** (es. autismo);
- **Specifiche** (es. comunicazione verbale);
- **Settoriali** (es. deficit attenzione e iperattività);
- **Più o meno gravi, permanenti o temporanee.**

Conoscere le cause della disabilità è importante poiché conoscere ciò che ha causato il problema significa in qualche modo avere la sensazione di poter orientare meglio il nostro intervento. **In pedagogia speciale, però, conoscere le cause spesso non è importante. Ciò che agli educatori interessa è capire il funzionamento del soggetto con disabilità per programmare al meglio l'azione pedagogica.** Interessa comprendere le sue abilità, le competenze acquisite, i vissuti affettivi. Conoscere la famiglia spesso significa comprendere l'allievo, i suoi bisogni, le sue potenzialità; può offrire un notevole bagaglio di informazioni indispensabili per proseguire un'azione efficace.



# DISABILITÀ INTELLETTIVA E ORIENTAMENTI EDUCATIVE E DIDATTICI – 13/07/17

---

## 3.1 DISABILITÀ INTELLETTIVA

Nel **DSM-5**, che è uno strumento di classificazione internazionale, **il termine ritardo mentale è stato sostituito da disabilità intellettiva: “incapacità al raggiungimento di determinati obiettivi (disabilità) che hanno a che fare con l'intelligenza ed in particolare i processi logico-deduttivi che permettono un rapido apprendimento di nuove nozioni”.**

I **fattori** che determinano la disabilità intellettiva possono essere **biologici genetici; biologici non genetici** o **ambientali**. Entrando nel dettaglio le **cause** possono essere di diversa natura:

- **Eziologia sconosciuta** (30%-40%);
- **Ereditarietà** (5%);
- **Alterazioni precoci dello sviluppo embrionale** come la sindrome di down (30%);
- **Problemi insorti durante la gravidanza** e nel periodo perinatale (10%);
- **Condizioni mediche generali** acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza (5%);
- **Influenze mentali ed altri disturbi** [?] (15-20 %)

Il **FUNZIONAMENTO UMANO** può essere valutato tenendo conto di **5 dimensioni**:

1. **Abilità intellettive**: es. ragionamento, soluzione di problemi, astrazione, pianificazione ecc.,
2. **Comportamento/funzionamento adattivo**: insieme di abilità concettuali, pratiche e sociali che le persone hanno appreso per affrontare la quotidianità del loro ambiente culturale (facendo riferimento all'ICF non sarebbe tanto importante la causa organica, ma la conseguenza che la persona ha nel contesto sociale e relazionale). A sua volta il funzionamento adattivo può essere influenzato da vari fattori:
  - a. Istruzione.
  - b. Motivazione.
  - c. Caratteristiche di personalità.
  - d. Ambiente.
  - e. Cultura (le performance richieste dipendono dalla cultura di appartenenza).
3. **Salute**,
4. **Partecipazione**,
5. **Contesto**.

Secondo il DSM-5 la **disabilità è determinata da**

- **deficit delle funzioni cognitive** (es. ragionamento, problem solving ecc.);
- **deficit del funzionamento adattivo**, che riprendendo la prospettiva bio-psico-sociale porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo socio culturali di autonomia e di responsabilità sociale.

A partire da quando è possibile avere una diagnosi?

Oggi è possibile ipotizzare la presenza di una **disabilità intellettiva a partire dai 2,5 anni**, mentre **dai 4 anni è possibile formulare anche una diagnosi di gravità**. Il 60% dei soggetti rimane nel tempo nella stessa fascia di gravità, il 30% slitta in quella meno grave, il 10% in quella più grave. Riconoscere quanto prima la disabilità di un bambino significa avere a disposizione più tempo per intervenire con una corretta azione educativa e riabilitativa, ma significa soprattutto essere coscienti che l'intervento avverrà su un terreno molto fertile in quanto il sistema nervoso centrale, soprattutto nella prima

infanzia, è disponibile ad accettare sollecitazioni esterne in grado di superare i suoi problemi di ordine strutturale o organico.

### Quali sono le **caratteristiche della disabilità intellettiva?**

Possiamo individuare alcuni elementi:

- **Concretezza:** Il **pensiero** della persona con disabilità è concreto, **incapace di raggiungere l'astrazione.**
- **Rigidità:** Il pensiero di una persona con disabilità è difficilmente in grado di estendere una conoscenza a situazioni diverse da quella in cui la situazione è stata acquisita.
- **Pianificazione:** minore capacità di prevedere, anticipare, programmare gli eventi.
- **Immaginazione e creatività:** minore abilità di oltrepassare la realtà concreta.
- **Percezione:** **incapacità di cogliere le relazioni** tra le parti di una configurazione.
- **Attenzione:** capacità di concentrazione ridotta.
- **Memoria:** minore capacità di organizzare, immagazzinare e recuperare il materiale da ricordare.
- **Comunicazione:** in generale **povertà lessicale e difficoltà nella comprensione.**
- **Apprendimento:** difficoltà di apprendimento.
- **Ripetitività:** caratteristica di personalità [?].
- **Problemi psicologici:** es .ansia, impulsività, iperattività.
- **Competenza sociale:** possono aumentare nei casi in cui viene incoraggiata una maggiore assunzione di responsabilità e a contatto con situazione di vita comune.

### Quali sono i **livelli di gravità?**

I livelli di gravità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non su punteggi di quoziente intellettivo (QI), poiché è il funzionamento adattivo, nelle aree della concettualizzazione, della socializzazione e delle abilità pratiche, a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile. In più le misure di QI perdono validità quando sono basse (inferiori a 60).

Nel **DSM IV** si individuano i seguenti livelli di gravità:

Livello di gravità	QI	Caratteristiche
Lieve	da 50-55 a circa 70	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Circa l'85%</li> <li>▪ Sviluppano capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici;</li> <li>▪ Difficoltà nel raggiungimento di strutture linguistiche complesse;</li> <li>▪ Compromissione minima aree sensomotorie;</li> <li>▪ Difficoltà nell'intelligenza operatoria formale.</li> </ul>
Medio	da 35 a 50-55	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mancato controllo del pensiero operatorio concreto;</li> <li>▪ Ritardo acquisizioni motorie e linguistiche;</li> <li>▪ Solo alla fine del primo ciclo arrivano a costruire l'unità sillabica.</li> </ul>
Grave	da 20-25 a 35-40	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficoltà uso intelligenza senso-motoria;</li> <li>▪ Capacità comunicative ridotte;</li> <li>▪ Minime competenze autonomia</li> <li>▪ A scuola possono arrivare a riconoscere parole semplici.</li> </ul>

<b>Gravissimo</b>	<b>sotto 20 o 25</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compromissione significativa del funzionamento sensomotorio;</li> <li>▪ Gravi limiti comprensione stimoli ambientali;</li> <li>▪ Comunicazione ridotta a forme elementare</li> <li>▪ Necessita di continua assistenza</li> </ul>
<b>non specificata</b>		

Il DSM-5 propone invece **4 livelli (lieve, moderata, grave, estrema)** e l'**accertamento riguarda l'ambito concettuale, sociale e pratico**. Nel DSM-5 l'obiettivo è quello di andare oltre il QI.

Quali sono le **principali disabilità intellettive**?

- **Sindromi rare;**
- **Disturbi dello spettro autistico;**
- **Ritardo evolutivo;**
- **Disabilità verbale;**
- **Funzionamento intellettivo limite (2,5% della popolazione scolastica):**
  - limbo tra la "normalità" e la disabilità intellettiva. Non rientrano in una particolare categoria diagnostica. Ricerca quasi inesistente. **Non esiste alcuna certificazione FIL, non si tratta di una malattia ma di una condizione** (QI tra 71 e 84 ma in base al DSM-5 potremmo anche non considerarlo FIL);
  - Esistono **vari profili: cause biologiche genetiche** (sindromi, malformazioni cerebrali); **cause biologiche non genetiche** (prenatali o postnatali); **svantaggio socioculturale; FIL da effetti indiretti** (ADHD, DSA, Disturbi della comunicazione).
  - **Apprendono lentamente ("slow learner" e "underachievers")**, sono bambini invisibili ("invisible children"), possono più facilmente sviluppare dipendenze e sono più a rischio emarginazione ("borderline").

### 3.2 ORIENTAMENTI EDUCATIVE E DIDATTICI

**Progettare** attività in pedagogia speciale **presuppone** la possibilità di:

- **Osservare:** è una competenza degli insegnanti e degli educatori quella di **saper vedere un BES e non minimizzare. La precocità degli interventi è fondamentale.**
- **Comprendere:** essere in grado di riconoscere i differenti BES (che possono dipendere da una disabilità, da una difficoltà di apprendimento ecc.).
- **Rispondere:** saper affrontare nel modo più opportune ogni specifico problema e attivare strategie di intervento personalizzato.

Che cos'è il **comportamento** e cosa è il **comportamento problema**?

È al contempo **una risposta all'ambiente circostante** ma anche **la soddisfazione di uno o più bisogni**. Nelle persone con disabilità comunicare i propri bisogni è la parte più difficile e il comportamento problema raggiunge questo scopo. **IL COMPORTAMENTO PROBLEMA è un messaggio**. Tale comportamento **diventa un problema quando:**

**causa un disturbo o un danno**

**interferisce con l'apprendimento**

**interferisce con abilità già acquisite**

In questi casi vi è dunque la **necessità** di darsi una **scala di priorità**. Spesso agire su tutti i problemi non è la soluzione. **Potrebbe essere utile concentrarsi su un problema alla volta**, su quello che potrebbe essere il **problema principale**. Dobbiamo **lavorare per priorità**. Qualcuno rispetto al comportamento problema ha utilizzato la metafora dell'iceberg: noi in superficie notiamo un comportamento problema ma poi bisogna

andare oltre e capire il perché di quel comportamento problema. L'aggressività ad esempio è la manifestazione di qualcosa che sta sotto.

Le **variabili che influenzano il comportamento** sono:

- **educative**: compiti difficili, programmi imprevedibili, cambiamenti di routine, assenza di rinforzi.
- **ambientali**: ambiente rumoroso, nuovo o sconosciuto ecc.
- **individuali**: fame, sete, dolore ecc.
- **sociali**: cambio operatori, vicinanza familiari ecc.

**I bambini con disabilità sperimentano maggiori condizioni di stress che diminuiscono significativamente in presenza di supporti sociali.**

Il **Processo di valutazione del comportamento** ci consente di mettere in atto delle **strategie di intervento** (da inserire poi nel PEI):

- **Definizione condivisa comportamento problema;**
- **Osservazione sistematica;**
- **Verifica dell'elemento temporale** (in quale momento si manifesta);
- **Analisi** di tutto quello che è stato raccolto.

Dopo un processo di valutazione si elaborano strategie di intervento educativo. In tutto questo è ovvio che non esistano ricette.

Non dimenticare che **la famiglia costituisce un alleato fondamentale**, per questo **bisogna**:

- fare in modo **che i genitori si sentano accettati;**
- **tenere costantemente informati i genitori del programma scolastico;**
- tenere i genitori informati **dei progressi del figlio.**

**I genitori secondo Haley attraversano 6 tappe di adattamento:**

1. **Incredulità**
2. **Negazione** (riversano la colpa su altri)
3. Senso di **Rabbia** (Vs i presunti colpevoli))
4. **Rassegnazione**
5. **Accettazione** (iniziano a chiedere consigli)
6. Comprensione delle **Potenzialità**

Modello **SWOT**

	<b>Vantaggiosi</b> per raggiungere gli obiettivi	<b>Pericolosi</b> per raggiungere gli obiettivi
Origine <b>interna</b> attribuibile all' <b>organizzazione</b>	<b>Strenghts</b> Punti di forza	<b>Weakness</b> Punti di Debolezza
Origine <b>esterna</b> attribuibile all' <b>ambiente</b>	<b>Opportunities</b> Opportunità	<b>Threats</b> Pericoli / Rischi

Questo modello **permette di realizzare una riflessione inerente un intervento/attività** identificando:

- Sui **punti di forza (S)** (si riferisce al progetto e alle sue attività)
- Sui **punti di debolezza (W)** (si riferisce al progetto e alle sue attività)
- Sulle **opportunità (O)** (si riferisce al contesto)
- Sui **pericoli/rischi (T)** (si riferisce al contesto)