



RISORSE DIDATTICHE.



[ResearchGate Project](#) By ... [0000-0001-5086-7401](#) & [Inkd.in/erZ48tm](#)



.....



.....

Le disabilità intellettive: caratteristiche e strumenti di supporto

SEDE: CAMPANIA 1, IPSEOA Manlio Rossi
Doria



Formatore: dott. ssa Barbara Chiappa

«L'insegnamento è il più grande atto di ottimismo»
Colleen Wilcox

INDICE

- **PICCOLO CENNO SULL' INCLUSIONE/ COSA E' CAMBIATO VERAMENTE/ COSA OSSERVARE**
- **L' INTELLIGENZA/E**
 - ✓ **Metodi di misurazione dell' intelligenza e teorie**
 - ✓ **L' intelligenza emotiva**
- **DISABILITA' INTELLETTIVE, l'importanza delle parole**
 - ✓ **Disabilità intellettive, livelli, incidenza, caratteristiche, eziologia, contesto, ICF**
 - ✓ **Gli strumenti per la diagnosi di disabilità intellettiva**
- **Difficoltà di RAPPRESENTAZIONE**
 - ✓ **Le forme della rappresentazione**
 - ✓ **Interventi educativi e scolastici: indicazioni di base/ **METODOLOGIE EDUCATIVE****

PICCOLO CENNO SULL' INCLUSIONE



INTEGRAZIONE → INCLUSIONE

LEGGE 104/1992

- Ha segnato una svolta politica e culturale a favore delle persone con disabilità
- È il primo intervento legislativo di carattere organico, relativo all'intero orizzonte esistenziale della persona disabile
- Assegna dei compiti specifici ai diversi attori del processo d'inclusione
- Individua gli strumenti indispensabili a tale processo: il Profilo di Funzionamento e il PEI

CONVENZIONE ONU 2006 RATIFICATA CON LEGGE N. 18 DEL 03/03/08

La definizione di disabilità della Convenzione è basata sul modello sociale centrato sui **diritti umani delle persone con disabilità**:

“La disabilità è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri”.

L'art 24 dedicato all'educazione riconosce

*“il diritto all’istruzione delle persone con disabilità (...) senza discriminazioni e su base di pari opportunità” garantendo “un sistema di istruzione **inclusivo** a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l’arco della vita.»*

INCLUSIONE, COS'È CAMBIATO VERAMENTE?

È cambiato il punto di domanda



DA COSA HA.... ?



A CHI È ... ?

<https://youtu.be/7pyrLqxPSPu>



COSA OSSERVARE

COME «FUNZIONA» UN «NON DISABILE»?



- **Abilità di IMPARARE:** *acquisire conoscenza*
- **Abilità di RAGIONAMENTO:** *capacità di inferire relazioni fra eventi*
- **Abilità di ADATTARSI:** *a condizioni mutevoli*
- **Possedere MOTIVAZIONE** *a portare a termine un compito, volontà di raggiungere risultati*
- **Capacità di dare una struttura coerente ad un insieme di dati di conoscenza**
- **Capacità di cambiare la struttura d'insieme con cui certi dati appaiono già collegati, dando origine ad un'altra struttura che risulti più adeguata (Problem Solving)**

L' INTELLIGENZA/E

- Viene abitualmente definita come la capacità di adattarsi alle situazioni in modo efficace, di affrontare e risolvere i problemi attraverso il buon uso della razionalità, di comprendere velocemente fatti e situazioni, rispondendo in modo adeguato alle situazioni della vita.
- *Sebbene l'intelligenza sia una funzione o capacità ben distinta da ciascuna di tali parti considerate singolarmente: il possesso di un alto grado di una sola di esse, ad esempio, **una grande memoria, può sussistere anche in persone dotate di scarsa intelligenza.***



Metodi di misurazione dell' intelligenza e teorie

- Esistono diversi test standardizzati che misurano e valutano l'intelligenza, classificando i risultati secondo un punteggio, il Q.I. o Quoziente di intelligenza (Intelligence Quotient o I.Q.).

QI	Classificazione
130>	Nettamente superiore
120-129	Superiore
110-119	Medio-superiore
90-109	Medio
80-89	Medio-inferiore
70-79	Al limite della deficitarietà
69<	Deficitarietà mentale o ritardo

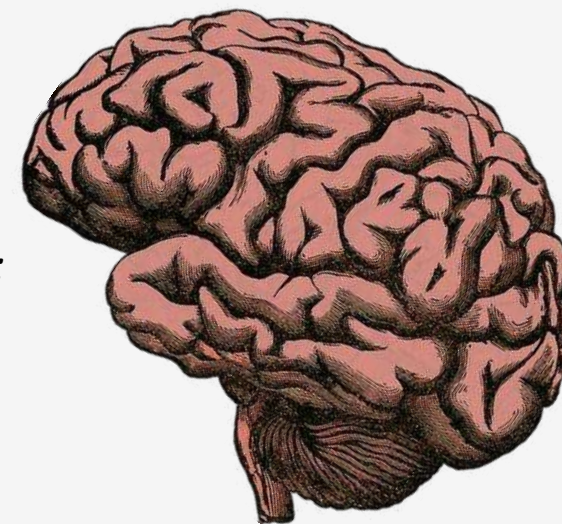
ALCUNE TEORIE: Wechsler, L. Thurstone., J.P.Guilford.

FINO AD ARRIVARE ALLA TEORIA DELLE INTELLIGENZE MULTIPLE DI GARDNER:

Esistono 8 tipi di intelligenza; questi sono compresenti, seppur in grado diverso, in ogni individuo, e godono di una certa indipendenza l'uno dall'altro

L'intelligenza:

- *interpersonale;*
- *intrapersonale;*
- *corporeo cinestetica;*
- *naturalistica;*
- *logico-matematica;*
- *musicale;*
- *linguistica;*
- *spaziale.*



L' intelligenza emotiva

Nel periodo tra il 1990 e il 1993 viene data la prima definizione di intelligenza emotiva: prima sarà teorizzata da **Salovey** e **Mayer** in seguito da **Bar-On**, che identificherà cinque dimensioni dell'intelligenza emotiva, passando dal IQ al EQ. Infine **Goleman** teorizzerà in modo definitivo le cinque componenti dell'intelligenza che sono:

Autoconsapevolezza/Motivazione/Empatia

/Autoregolamentazione/Abilità sociali

L'IE viene descritta come un insieme di abilità non cognitive, competenze ed abilità apprese che influenzano la qualità degli individui nel far fronte efficacemente alle richieste ed alle pressioni ambientali.



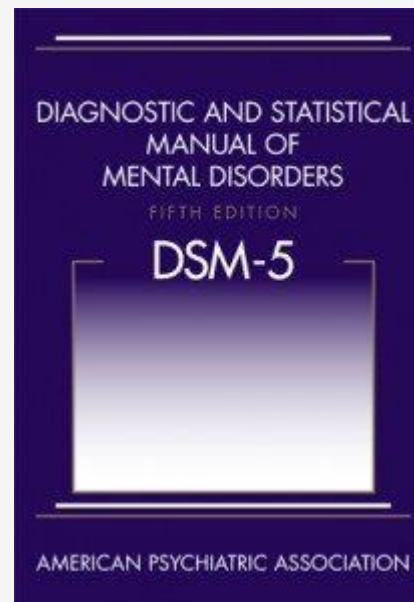
DISABILITA' INTELLETTIVE, l'importanza delle parole

RITARDO MENTALE o DISABILITÀ INTELLETTIVE ?

- *Distinzione non solo terminologica ma anche teorica e culturale .*
- *Passaggio ad una definizione multidimensionale e ad un approccio **bio-psico-sociale**.*

Il termine ufficiale è **disabilità intellettiva** (World Psychiatric Association, Associazione Europea per la Salute Mentale nel Ritardo Mentale, 2005).

Secondo il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.



DSM è l'acronimo di Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders («Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali») ed è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo.

Disabilità intellettive, livelli

In base al grado di compromissione, possiamo inquadrare **QUATTRO LIVELLI DI GRAVITA'**, valutati per ognuno di questi **TRE DOMINI**:

Dominio concettuale: comprende competenze linguistiche, abilità di lettura, scrittura, matematica, ragionamento, memoria e anche conoscenze generiche. **Dominio sociale:** riguarda la capacità empatica, il giudizio sociale e interpersonale, la capacità di comunicazione, la capacità di fare e mantenere amicizie e capacità simili. **Dominio pratico:** concerne la gestione di ambiti personali come il sapersi prendere cura di se stessi, la responsabilità sul lavoro, la gestione del denaro o le attività svolte nel tempo libero. Si include anche l'aspetto organizzativo della scuola e dei compiti di lavoro.

RITARDO MENTALE LIEVE

RITARDO MENTALE MODERATO

RITARDO MENTALE GRAVE

RITARDO MENTALE GRAVISSIMO

LE DISABILITÀ INTELLETTIVE

MAPPA CONCETTUALE ELABORATA DA F.CELI E D. FONTANA

Classe superiore nelle disabilità intellettive

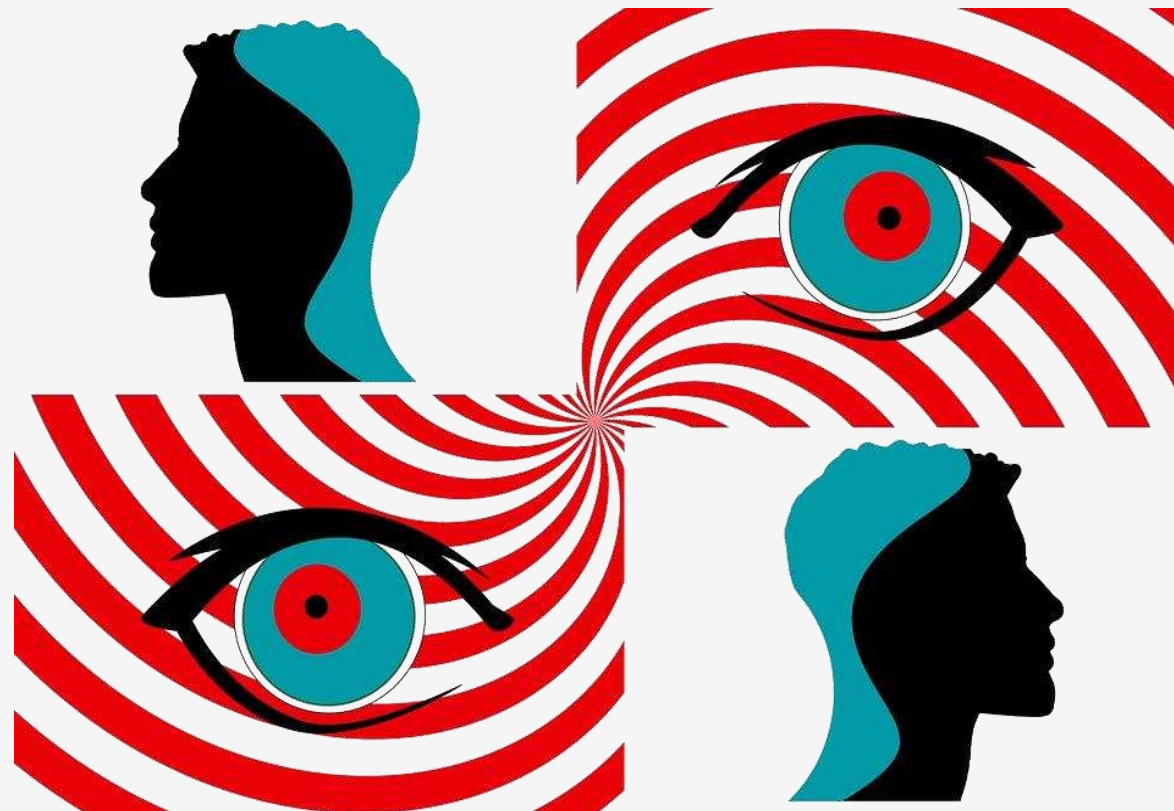


Q.I. approssimativamente tra 70 e 90

Non è un vero disturbo dell'intelligenza, ma una situazione intermedia tra disabilità intellettiva e intelligenza normale.

Sono «forme limite» in presenza di persone con capacità intellettive tipiche, ostacolate nella loro utilizzazione da **fattori sociali o affettivi.**

Il bambino percependo che l'ambiente lo considera deficitario, comincia a funzionare in modo povero e ridotto: da uno stato di blocco transitorio si può passare ad un deficit permanente, dove la personalità si struttura in modo deficitario. Il profilo psicometrico è caratterizzato da: basse prestazioni ai test verbali, buon livello nelle prove di performance e nei test percettivi e motori di velocità e precisione.



Disabilità intellettuale, incidenza

L'incidenza generale della disabilità intellettuale nella popolazione varia tra l'1% e il 3% (circa 2 persone su 100 presentano un QI inferiore a 70)

L'incidenza maggiore è nei *maschi* (1.5:1)

La disabilità intellettuale è:

- *Lieve nel 70-85% dei casi*
- *Media nel 10% dei casi*
- *Grave o Profonda in circa il 5% dei casi*



Disabilità intellettive, caratteristiche

LIEVE

CARATTERISTICHE: sviluppano abilità sociali/ *minimi problemi sensomotori* /difficoltà apprendimenti scolastici anche fino alla V elementare/ *diagnosticato tardi*/ con una supervisione vita personale e sociale autonoma/*presentano spesso alterazioni emotive*/ inibizione, passività, sottomissione all'adulto

GRAVE

CARATTERISTICHE: Non acquisiscono competenze comunicative fino alle classi elementari/ *A scuola possono acquisire conoscenze minime (riconoscere l'alfabeto, contare...)*/ Contesti protetti e supervisionati/ *Problemi relazionali: isolamento e stereotipie*

MODERATA

CARATTERISTICHE: presentano acquisite le abilità comunicative durante l'infanzia/ *hanno ritardo psicomotorio/ cura personale con supervisione/ competenze scolastiche limitate (II elem.) / da adulti di frequente hanno difficoltà nel rispettare le norme sociali /lavoro guidato*

PROFONDA

CARATTERISTICHE: Spesso dipende da una condizione neurologica/ *Difficoltà sensomotoria/ Incapacità comunicativa/ Piccoli compiti in contesti altamente supervisionati/ Alterazioni relazionali massicce: isolamento, stereotipie e nei casi più gravi automutilazioni.*

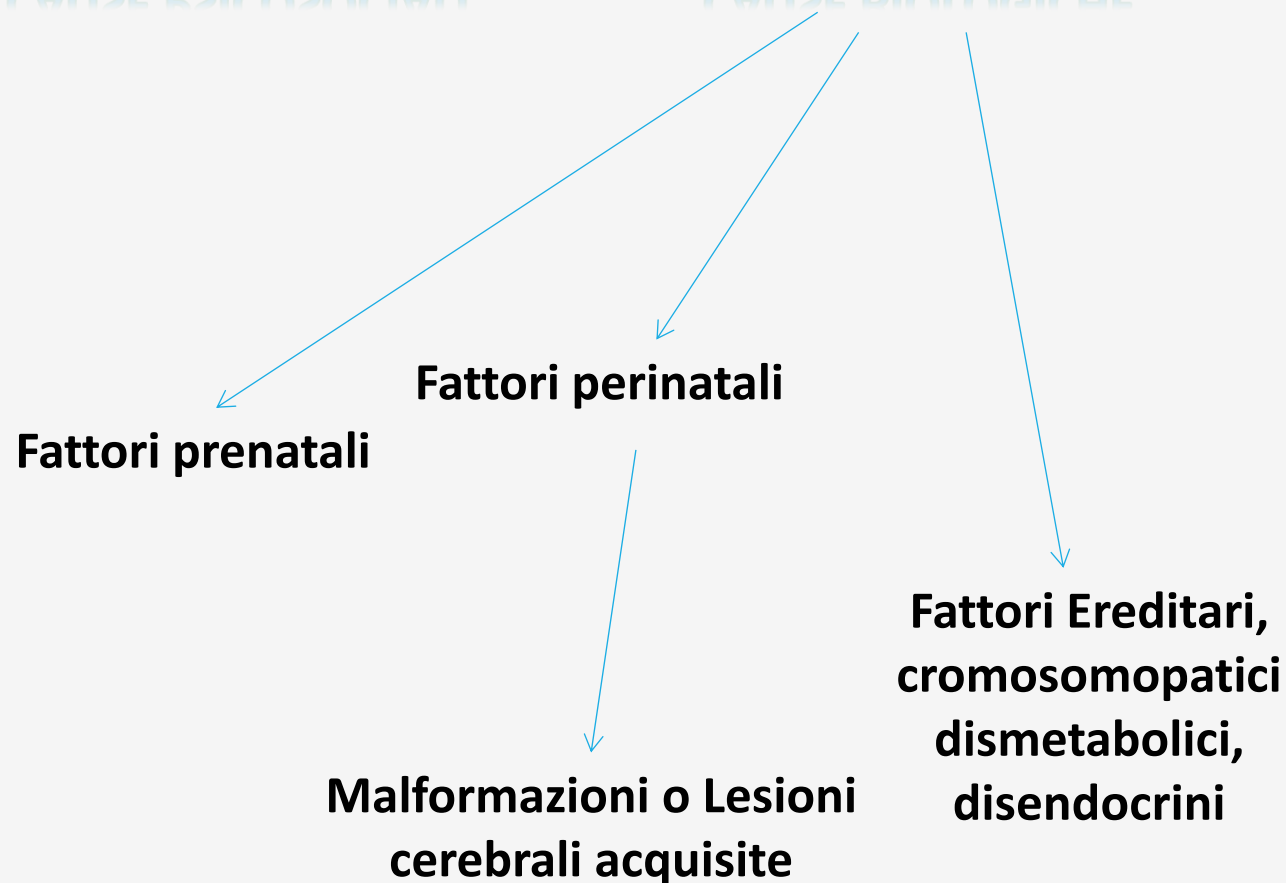
Disabilità intellettive, eziologia

Le cause della disabilità intellettiva sono molteplici. La disabilità intellettiva è il risultato finale comune di diversi processi patologici che coinvolgono il sistema nervoso centrale. I processi non sono sempre facilmente identificabili con le attuali metodologie diagnostiche.

- *La probabilità di identificare una causa alla base della disabilità intellettiva aumenta con la riduzione del QI*
- *Il 70% dei bambini con un QI < 50 ha un'eziologia conosciuta*

CAUSE PSICOSOCIALI

CAUSE BIOLOGICHE



DEFICIT INTELLETTIVI

Come funziona il cervello di un «neuro-tipico»

informazione

Elaborazione dell'informazione
Il modo in cui un'informazione (es. suono stimolo sensoriale), viene trasformata, allo scopo di raggiungere un prodotto finale

PROCESSO COGNITIVO

Come funziona il cervello di una persona con **disabilità intellettiva**

informazione

Deficit nelle funzioni intellettuali e del funzionamento adattivo

ragionamento

Problem-solving

pianificazione

Pensiero astratto

Imparare dall'esperienza



DEFICIT INTELLETTIVI



DEFICIT INTELLETTIVI



PERCEZIONE

Lentezza e imprecisione, incapacità a collegare e integrare diversi dati percettivi in unità strutturate, a cogliere le diverse parti di una configurazione, nonché i rapporti tra le parti e il tutto

CONCENTRAZIONE

Prestazioni deficitarie in attenzione visiva e tempi di reazione maggiori rispetto alla norma

GENERALIZZAZIONE

Difficoltà a generalizzare l'uso delle singole strategie, a liberarsi da modalità primitive di funzionamento. I nuovi schemi acquisiti restano ancorati ai contesti in cui vengono appresi e non vengono generalizzati.

COMUNICAZIONE

Deficitaria la comprensione e l'espressione, alterazione del linguaggio (articolazione, strutturazione e funzione)

Disabilità intellettive, contesto

- *Ogni individuo date le proprie condizioni di salute.*
- *Può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.*
- *Il contesto scuola **PUO'** Contribuire a far raggiungere all'individuo DiS-Abile il più alto livello di funzionamento in un'ottica di soddisfazione dei propri bisogni e desideri*



Disabilità intellettive, l'ICF

ICF 2001, acronimo di: CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITÀ E DELLA SALUTE

L'ICF è un strumento dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) nato sulla base dell'ICIDH-2 per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione. L'ICF può essere utilizzato:

- ✓ come strumento educativo (per es. per la progettazione di curricula e l'identificazione di bisogni educativi);
- ✓ come strumento clinico (per es. nell'assessment dei bisogni, nella scelta dei trattamenti, nell'assessment dell'orientamento, nella riabilitazione e valutazione dei risultati).

Lo scopo generale della classificazione ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. I domini contenuti nell'ICF possono, possono, perciò, perciò, essere visti come domini della salute e domini ad essa correlati. Questi due domini sono descritti dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali:

- ✓ **Funzioni e Strutture Corporee**
- ✓ **Attività e Partecipazione**



Gli strumenti per la diagnosi di disabilità intellettiva

I test psicologici:

- Test di tipica performance
- Test di personalità - proiettivi -
oggettivi Inventari di interesse
- Scale di atteggiamento



I test di intelligenza per la valutazione delle funzioni cognitive:

- Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISCIV) - dai 6 ai 16 anni
- Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAISR) - a partire dai 17 anni di età
- Leiter International Performance Scale 3 (Leiter-3)
- Matrici Progressive di Raven (SPM)
- **Vineland Adaptive Behavior Scale**

Difficoltà di RAPPRESENTAZIONE

Il nucleo funzionale della disabilità intellettiva consisterebbe nella difficoltà dell'individuo a operare sulla conoscenza e, quindi, sulle rappresentazioni mentali.

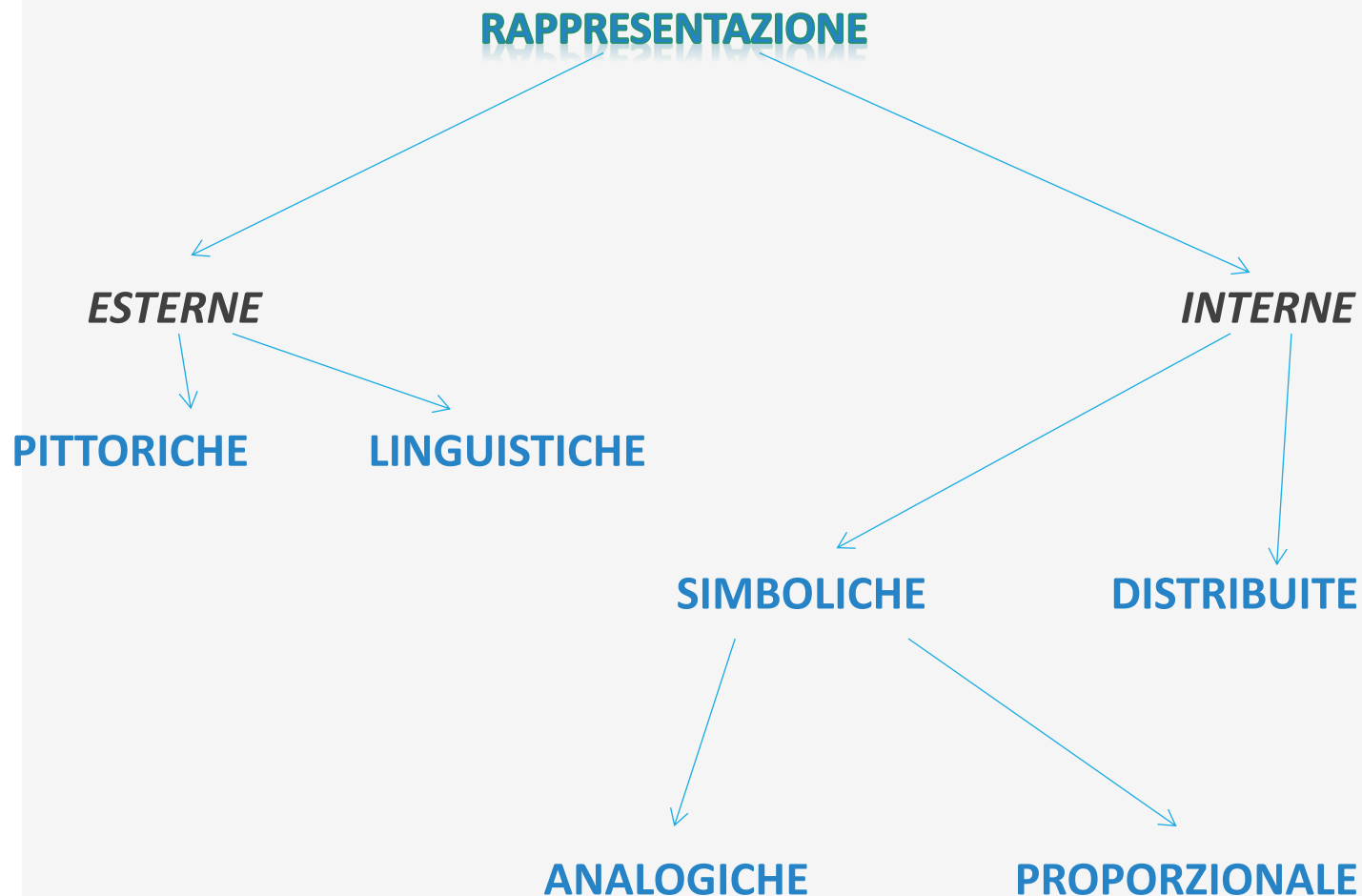
Si conferma così l'ipotesi della natura qualitativa della disabilità intellettiva: il problema non è legato alla quantità di conoscenza, ma alle difficoltà di operare su tale conoscenza.

La rappresentazione è *“il tessuto stesso del pensiero”* (Gil, 1982): nella mente l'informazione esiste sotto forma di rappresentazione. Attraverso la rappresentazione le informazioni percettive vengono trasformate in dati di conoscenza: gli input provenienti dall'ambiente esterno vengono codificati in codici rappresentazionali per poter essere manipolati dal sistema cognitivo.



*«Se io avessi un mondo come piace a me, là tutto sarebbe assurdo: niente sarebbe com'è, perché tutto sarebbe come non è, e viceversa! Ciò che è, non sarebbe e ciò che non è, sarebbe...»
(Il cappellaio matto)*

Le forme della rappresentazione



Le **rappresentazioni esterne** possono essere definite come la traduzione delle rappresentazioni mentali proprie dell'individuo in modelli esterni. Tali rappresentazioni si suddividono a loro volta in pittoriche e linguistiche.

- Le *rappresentazioni pittoriche* sono di tipo analogico.
- Le *rappresentazioni linguistiche* prevedono l'utilizzo di un sistema codificato di simboli (il linguaggio) e di regole per combinarli tra loro (grammatica).

Le **rappresentazioni interne** sono le rappresentazioni mentali stesse.

- Si distinguono in *simboliche* e *distribuite*.
- Le simboliche si suddividono in rappresentazioni *analogiche* e *proporzionali*.

Interventi educativi e scolastici: indicazioni di base

- *Conoscere lo sviluppo tipico (esempio: partire dalle idee che il ragazzo ha già su leggere e scrivere ... la mente impara per progressive differenziazioni)*
- *L' Allievo è protagonista del proprio apprendimento (attenzione per la sua zona di sviluppo potenziale e proposte di insegnamento su cui egli possa "lavorare", esprimendo la sua iniziativa, costruendo sulle sue conoscenze).*
- *Importanza della motivazione e dei valori (significa tener conto di come l'individuo si proietta nel futuro, della sua filosofia di vita, di ciò che per lui è importante).*
- *Insegnamento differenziato e conduzione della classe (una buona introduzione alla pratica dell'insegnamento differenziato si ha immaginando una pluriclasse).*
- *La cooperazione con i compagni di classe favorisce il realizzarsi dei potenziali di sviluppo.*
- *Complessità di ogni intervento volto a realizzare i potenziali di sviluppo.*

Interventi educativi e scolastici: indicazioni di base

PAROLE CHIAVE

INCORAGGIARE



COINVOLGERE



SOSTENERE



GRATIFICARE



TEORIE DI RIFERIMENTO

IL COMPORTAMENTISMO IERI...

...IL COMPORTAMENTISMO OGGI

Ha origine agli inizi del 1900 .

- Nel 1903 Ivan Pavlov, fisiologo russo, presenta i suoi dati sui **riflessi condizionati**. Dimostra che si possono indurre modificazioni fisiologiche e comportamentali con l'associazione di stimoli ambientali. Il suo esperimento più noto riguarda la salivazione che viene indotta nei cani dal suono di un campanello dopo che l'arrivo del cibo è stato più volte associato con il suono dello Stesso.
- Attorno al 1950 lo psicologo statunitense B.F. Skinner presenta la sua teoria sull'importanza chiave del **rinforzo** (soddisfazione, ricompensa immediata) nel determinare il comportamento, l'apprendimento e, in ultima analisi, lo sviluppo psicologico.

L'applicazione di tale metodologia è ancora valida, ma per un reale apprendimento significativo, è necessario passare per una **riflessione** del soggetto sul proprio operare e sul significato che egli riesce ad attribuire alle proprie attività psichiche (anche in presenza di deficit cognitivi)

METACOGNIZIONE



IL RINFORZO/RINFORZAMENTO

METODOLOGIE E STRATEGIE EDUCATIVE

«Tecnicamente il **RINFORZATORE** può essere definito come la conseguenza positiva di una risposta che ha l'effetto di rendere tale risposta più probabile in futuro. Se un bambino riceve una gratificazione tutte le volte che legge un brano di un libro, è più probabile che continuerà a leggere anche nei giorni seguenti. In questo senso, tra l'altro, c'è una stretta correlazione tra rinforzamento e motivazione.»

F. Celi e D. Fontana in «Psicopatologia dello sviluppo»

4 CARATTERISTICHE FONDAMENTALI DEL RINFORZO

Si dividono in: primari, secondari, consumatori, tangibili, simbolici, sociali, informativi (*Token Economy*)

I programmi di rinforzamento servono ad attenuarne la concretezza

Sono Estrinseci o Intrinseci

Sono positivi e negativi



STRUMENTI DI SUPPORTO

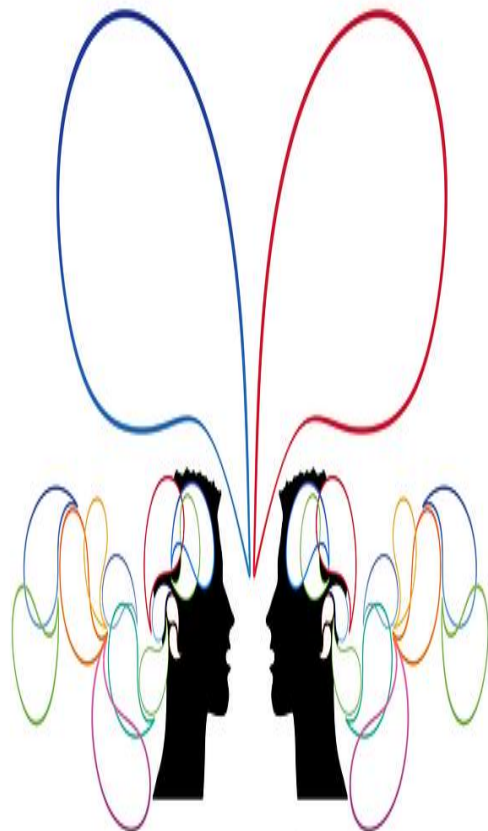
METODOLOGIE E STRATEGIE EDUCATIVE

RINFORZO NON CONTINGENTE

Utile nel periodo di acclimatazione dell'alunno nella sua nuova scuola, è un rinforzo «slegato» da una risposta positiva. Si somministrano dei rinforzi «non contingenti» per il solo fine di fare percepire all'alunno la «positività dell'ambiente», per suscitare sensazioni positive.

MODELLAMENTO

È definito come una modalità di apprendimento basata sull'osservazione di un modello e sull'imitazione del suo comportamento. Diventa una tecnica di intervento quando è usata in modo esplicito per produrre nuovi apprendimenti o nuove abilità.



MODELLAGGIO

Il modellaggio consiste nel rinforzare quei comportamenti che più si avvicinano all'obiettivo, anche se ne sono ancora distanti (Shaping).

In una prima fase dell'intervento educativo, consiste quindi nell'accontentarsi delle risposte anche solo parzialmente positive che il bambino sa dare, nel cogliere la parte buona che c'è nell'altro e rinforzare quella.

Chiaramente appena il bambino migliora alcuni comportamenti e alcune abilità, il modellaggio consisterà nel rinforzare comportamenti sempre più vicini alla meta, fino a raggiungere alcuni obiettivi prefissati

STRUMENTI DI SUPPORTO

METODOLOGIE E STRATEGIE EDUCATIVE

PROMPTING

Mentre lo «shaping» agisce sulla risposta, il **Prompting** agisce sullo stimolo: è un aiuto di tipo discriminativo che deve favorire nell'alunno l'emissione della risposta. Di per sé, dunque un prompting è uno stimolo ma a differenza di uno stimolo «naturale», questo è uno stimolo pensato e ideato a tavolino dall'insegnante, è uno «stimolo educativo».

Esempio:

- **STIMOLO NATURALE:** un piatto di pasta . Ci si aspetta dall'alunno la RISPOSTA, cioè che si metta a mangiare.
- **PROMPTING:** L'insegnante dice all'alunno «mangia, c'è un bel piatto di pasta per te che ti aspetta!»

FADING

I prompt d'aiuto sono tanto efficaci quanto rischiano di creare dipendenza per cui è necessario utilizzarli all'inizio del ciclo istruzionale per poi eliminarli piano piano. Si parla di attenuazione del prompt, in Inglese **fading**.

FADING DEL PROMPT VERBALE:

- Ridurre il numero delle parole nelle istruzioni
- Attenuare il tono della voce

FADING DEL PROMPT GESTUALE

- Ridurre le «dimensioni» del gesto
- Utilizzare un gesto meno evidente

FADING DEL PROMPT FISICO (il più difficile da attenuare):

- Ridurre la portata del contatto
- Ridurre l'intensità del contatto:
- Allontanare il punto di contatto dalla «zona focale»

ESTINZIONE

Un comportamento si mantiene se rinforzato. Se un comportamento non produce mai nessuna conseguenza positiva, tende a spegnersi. L'estinzione è precisamente questo fenomeno: il morire di un comportamento che non funziona e che non produce nulla di utile per l'individuo. È una tecnica che non si deve mai utilizzare da sola.

RINFORZAMENTO DIFFERENZIALE

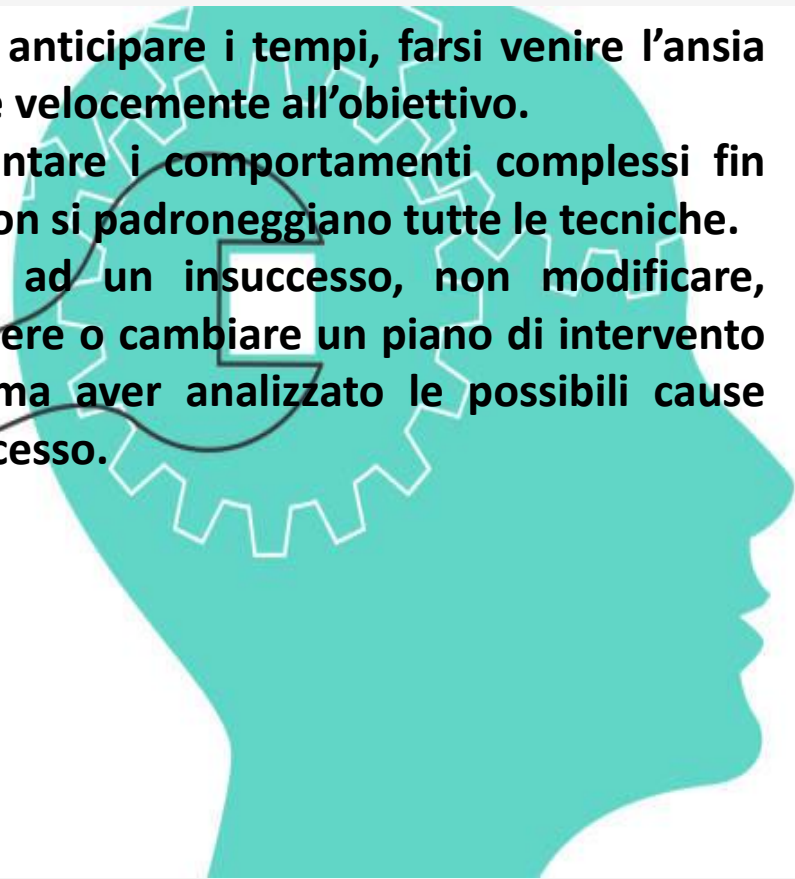
È un rinforzo che si applica quando il ragazzo si comporta bene OPPURE:

- QUANDO NON SI COMPORTA MALE
(*Rinf. Diff. dei comportamenti alternativi*)
- QUANDO EMETTE COMPORTAMENTI CHE GLI IMPEDISCONO DI COMPORTARSI MALE
(*Rinf. Diff. dei comportamenti compatibili*)



SUGGERIMENTI PER LA GESTIONE DELLE TECNICHE

COSA NON FARE O EVITARE

- **Evitare di anticipare i tempi, farsi venire l'ansia di arrivare velocemente all'obiettivo.**
 - **Non affrontare i comportamenti complessi fin quando non si padroneggiano tutte le tecniche.**
 - **Di fronte ad un insuccesso, non modificare, interrompere o cambiare un piano di intervento senza prima aver analizzato le possibili cause dell'insuccesso.**
- 

COME CONDURRE

- Applicare la «meta cognizione» su sé stessi: è importante che si conoscano le proprie capacità, abilità e difficoltà, che si conosca cosa si è in grado di fare.
- Gestire il piano in team con tutto il corpo docenti, ma anche operatori e familiari, evitando l'azione da battitore libero.
- Conoscere gli alunni BENE, uscire dalla zona comfort dietro la cattedra e costruire rapporto empatico con il bambino.
- Riconoscere la validità del piano educativo e dei vantaggi che trarrà l'alunno. Altrimenti non iniziarlo, solo magari per «tenerlo tranquillo e buono».
- Rispettare un sistema di valori a cautela della dignità del bambino e della sua famiglia.



“In principio tu ti sederai un po’ lontano da me, così, nell’erba. Io ti guarderò con la coda dell’occhio e tu non dirai nulla. Le parole sono una fonte di malintesi. Ma ogni giorno tu potrai sederti un po’ più vicino...”

I disturbi generalizzati del neurosviluppo

SEDE: CAMPANIA 1, IPSEOA
Manlio Rossi Doria



Formatore: dott. ssa Barbara Chiappa

«L'insegnamento è il più grande atto di ottimismo»
Colleen Wilcox



GRUPPO EDITORIALE
LA SCUOLA SEI

INDICE

- **Classificazione**
 - ✓ SINDROME DI ASPERGER
 - ✓ SINDROME DI RETT
 - ✓ DISTURBO DISINTEGRATIVO DELL'INFANZIA
 - ✓ D. G. S. NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)
- **AUTISMO**
 - ✓ Caratteristiche cliniche
 - ✓ Trattamento dell' autismo
 - ✓ Facciamo il punto
 - ✓ Strategie, strumenti di supporto

Classificazione

I Disturbi Generalizzati dello Sviluppo sono una categoria diagnostica che comprende un gruppo di disordini caratterizzati da una distorsione dello sviluppo di base che riguarda la comunicazione, verbale e non verbale, la capacità sociale e l'attività immaginativa. Sono compromesse oltre tutto, le funzioni psicologiche di base come l'attenzione, la percezione sensoriale, l'umore e il funzionamento intellettivo.

Secondo la classificazione del DSM-IV all'interno dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo si trovano i seguenti distinti disordini:

- ✓ **Il disturbo Autistico;**
- ✓ Il disturbo di Asperger;
- ✓ Il disturbo di Rett;
- ✓ Il disturbo Disintegrativo dell'Infanzia;
- ✓ Il disturbo Generalizzato dello Sviluppo non altrimenti specificato.

L'ICD-10 invece raggruppa questi disturbi sotto la dicitura di Sindromi ad Alterazione Globale dello Sviluppo Psicologico. Oltre alle cinque sindromi elencate sopra, inserisce anche:

- ✓ Autismo Atipico;
- ✓ Sindrome Iperattiva Associata a Ritardo Mentale.

SINDROME DI ASPERGER

Identificata dal pediatra austriaco Hans Asperger nel 1944, la sindrome è caratterizzata da una compromissione dell'interazione sociale, dei comportamenti e degli interessi analoga a quella dell'Autismo, in assenza di compromissione cognitiva e linguistica o di disturbi del comportamento adattivo. Infatti, il Q.I. di queste persone è uguale o superiore alla media, tanto che ci si riferisce a questo disturbo anche con l'espressione "Autismo ad Alto Funzionamento".

PRESENTA:

- ✓ *marcata compromissione nell'uso dei diversi comportamenti non verbali (lo sguardo, l'espressione mimica, i gesti e le posture che regolano l'interazione sociale);*
- ✓ *mancanza di condivisione di interessi con altre persone;*
- ✓ *incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate;*
- ✓ *interessi e attività ristrette e ripetitive;*
- ✓ *rituali rigidi e specifici;*
- ✓ *manierismi motori stereotipati e ripetitivi, localizzati (es. sbattere o torcere le mani o le dita), o generalizzati a tutto il corpo;*
- ✓ *preoccupazioni per le parti di oggetti;*
- ✓ *un linguaggio spesso non prosodico e stereotipato, scarsamente comunicativo con un pensiero confuso o centrato su temi idiosincratici;*
- ✓ *sviluppo motorio rallentato e goffo.*

SINDROME DI RETT

La sindrome di Rett, descritta nell'anno 1966 in Austria e riscontrata con certezza solo nelle femmine, con un'incidenza di 1: 10.000-15.000, è una grave patologia genetica (mutazione nel gene MECP2) legata al sesso e caratterizzata da un'inadeguata crescita cerebrale.

- ✓ *Dopo un periodo di sviluppo normale per i primi sei mesi di vita, si assiste ad una perdita o ad un netto rallentamento delle cognizioni precedentemente acquisite, con una microcefalia acquisita. Una caratteristica della sindrome è la progressiva perdita delle capacità manuali finalistiche, con uno sviluppo di attività stereotipate.*
- ✓ *Lo sviluppo del linguaggio, sia sul versante espressivo che di comprensione, risulta gravemente compromesso. In realtà una forma di comunicazione non verbale è garantita dalla persistenza dello sguardo estremamente comunicativo. La durata media della vita è ridotta, anche per frequenti infezioni delle vie respiratorie o per cause cardiache.*



DISTURBO DISINTEGRATIVO DELL'INFANZIA

Fu identificato dallo psichiatra austriaco Theodore Heller che diede alla condizione il nome di **“demenza infantile”**. I soggetti affetti da questo disturbo presentano uno sviluppo apparentemente regolare per i primi due anni di età; presentano fino all'età di due anni o più, normali capacità nella comunicazione, nelle relazioni sociali, nel gioco e nell'adattamento all'ambiente.

Dopo i primi due anni di vita (ma prima dei 10 anni) il bambino va incontro ad una perdita clinicamente significativa di capacità di prestazioni acquisite in precedenza in almeno due delle seguenti aree:

- ✓ espressione o ricezione del linguaggio;
- ✓ capacità sociali o comportamento adattivo;
- ✓ gioco;
- ✓ capacità motorie;
- ✓ controllo sfinterico.

Si associano di regola grave ritardo mentale, frequenti anomalie EEG e/o epilessia. Il funzionamento sociale, comunicativo e comportamentale è analogo a quello dell'Autismo.

D. G. S. NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)

In quest'ultima classe, sono collocati tutti i disturbi con caratteristiche simili a quelle dell'autismo che presentano condizioni differenti rispetto alle classi precedenti. Quest'atipicità si manifesta o in rapporto all'epoca di insorgenza (oltre i 3 anni), o in rapporto alla sintomatologia che non raggiunge la soglia prevista per l'Autismo.



Secondo il DSM-IV fanno parte di questa categoria i disturbi con una grave e generalizzata compromissione dello sviluppo dell'interazione sociale reciproca o delle capacità di comunicazione verbale e non verbale, o quando sono presenti comportamenti, interessi ed attività stereotipati, ma non sono "qualitativamente e quantitativamente sufficienti per una diagnosi di Autismo o di altri DGS" (Levi et al. 2005).

AUTISMO

- La parola “Autistico” è l’aggettivo che Eugene Bleuler ideò per descrivere la chiusura in se stessi dei pazienti schizofrenici; infatti, l’etimologia della parola “Autismo” deriva da: “Autos” che significa “se stesso” e “ism” che indica uno stato o qualsiasi condizione, dunque, la traduzione letterale della parola è “stato di chiusura in sé stesso”
- Ma è solamente nel 1943 che Leo Kanner utilizzò il termine.
- La prevalenza attuale per lo spettro autistico (ASD), in Europa e Nord America, è del 6 per 1000.
- M:F varia da 2:1 a 6.5:1, anche maggiore nei soggetti ad alto funzionamento cognitivo.
- La causa del disturbo veniva ricondotta ad un disturbo della relazione con i genitori che venivano descritti come “cold intelligent parents”.
- Teoria delle «madri frigorifero».
- **EZIOPATOGENESI:** Non c’è a tutt’oggi un’ipotesi unificatrice veramente convincente anche se è assodato che l’Autismo è un disturbo di origine neurobiologica.
- **DIAGNOSI:** Non esiste un marker biologico per l’Autismo.
- L’unica diagnosi possibile per una malattia neurobiologica è di tipo comportamentale

Caratteristiche cliniche

DEFICIT SOCIALI

- ✓ Deficit dell'interazione sociale
- ✓ Deficit della comunicazione
- ✓ Interessi ristretti e stereotipati

ABILITÀ DI GIOCO NELL'AUTISMO

- ✓ Mancanza o ritardo del gioco di immaginazione
- ✓ Persistente gioco senso-motorio e/o ripetitivo

COMPORAMENTI RIPETITIVI E STEREOTIPATI:

sfarfallare le mani/ dondolarsi,/girare su se stessi/
camminare sulle punte.

DEFICIT DELLA COMUNICAZIONE

- ✓ L'assenza di linguaggio non è indicatore specifico di autismo.
- ✓ Autismo lieve, o con alto livello cognitivo è spesso verbali anche da piccoli.
- ✓ Alterazioni qualitative del linguaggio: ecolalia, stereotipie verbali, tono monotono, dissociazione tra comprensione e produzione, parole "pop-up" e parole "giganti".
- ✓ Per quel che riguarda la componente non-verbale del linguaggio, raramente vengono usati quei gesti e quelle pantomime che solitamente accompagnano il messaggio verbale per arricchirne il significato

Caratteristiche cliniche

SINTOMI SENSORIALI

Probabilmente dovuti a difficoltà nelle afferenze sensoriali o alla loro integrazione a livello del Sistema Nervoso Centrale.

Possono interessare tutte le sensibilità:

✓ *TATTILE*

✓ *VISIVA*

✓ *OLFATTIVA*

✓ *GUSTATIVA*

✓ *UDITIVA*

11 ✓ *PROPRIOCETTIVA*



STILE COGNITIVO

- ✓ pensiero in dettaglio
- ✓ difficoltà di generalizzazione
- ✓ teoria della mente
- ✓ effetto eco
- ✓ pensiero visivo
- ✓ funzionamento in monocanale

07/03/2022

Trattamento dell' autismo

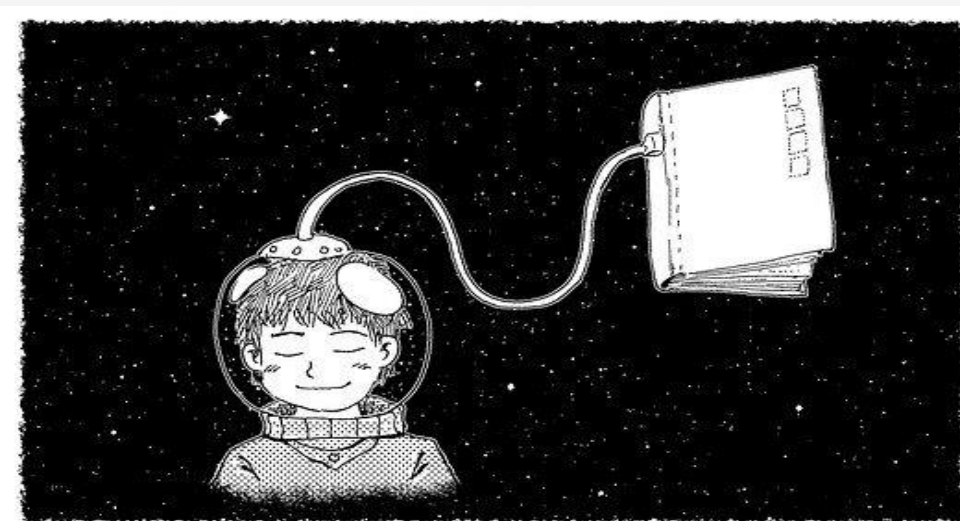
A prescindere dal tipo di trattamento scelto, i principi standard dell'intervento:

- ✓ intensivo e precoce;
- ✓ uso di protocolli strutturati nel tempo, nello spazio e nel materiale di gioco
- ✓ stimoli semplificati e prevedibili;
- ✓ attiva generalizzazione;
- ✓ coinvolgimento dei genitori.

Legge quadro 104/92 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Art 12-2: "E' garantito alla persona handicappata il diritto all'educazione e all'istruzione nelle classi di ogni ordine e grado..."

Art 12-3: "L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione".



Facciamo il punto!

- ❑ L'inserimento dei bambini autistici in una classe è molto difficile per le caratteristiche stesse della patologia: difficoltà sociali, di comunicazione, disturbi sensoriali, interessi rigidi.
- ❑ L'interazione sociale nel gruppo per il bambino autistico non è un comportamento naturale e può essere fonte di disagio espresso con comportamenti problema e/o atteggiamenti di ritiro.
- ❑ Chiedere ad un bambino autistico di partecipare alle attività proposte alla classe pensando di fare integrazione è fondamentalmente sbagliato.

- ❑ Il profilo di sviluppo del bambino autistico è disarmonico con abilità carenti o assenti accanto ad abilità integre o addirittura iperfunzionanti.
- ❑ Il funzionamento cognitivo è del tutto peculiare.

QUINDI?



IL TRATTAMENTO DELL' AUTISMO E' L' EDUCAZIONE!

STRUMENTI DI SUPPORTO

ANALISI FUNZIONALE

È una particolare forma di osservazione sistematica che non si limita a considerare il comportamento manifesto dal soggetto, ma cerca di mettere in relazione questo comportamento con gli antecedenti (gli stimoli che presumibilmente l'hanno provocato) e le conseguenze (i rinforzatori che presumibilmente lo mantengono)

L'A.F. permette di impostare programmi di intervento, soprattutto quando ci si rende conto che certe conseguenze rinforzano il comportamento, si possono modificare le conseguenze. Non si applica solo ai comportamenti inadeguati, ma anche a quelli validi.



STRUMENTI DI SUPPORTO

COMUNICAZIONE AUMENTATIVA

Da non confondere con la Comunicazione Facilitata, non sostituisce il linguaggio (E NEMMENO LO UCCIDE!).

Si può gestire con diversi livelli del comunicatore. Necessità di una conoscenza condivisa del linguaggio simbolico adottato. Anche gli alunni compagni di classe devono avere accesso allo strumento.

Le fasi della CAA sono:

- Lo scambio con associazione di immagine oggetto/azione desiderato; si svolge con un adulto (partner comunicativo) e un altro (prompter fisico).
- Distanza e persistenza: il bambino impara a prendere l'immagine e a consegnarla all'interlocutore che sta facendo altro.
- Il bambino impara a compiere autonomamente una scelta, tra diverse immagini sul quaderno
- Il bambino impara la costruzione della frase con «voglio»



STRUMENTI DI SUPPORTO

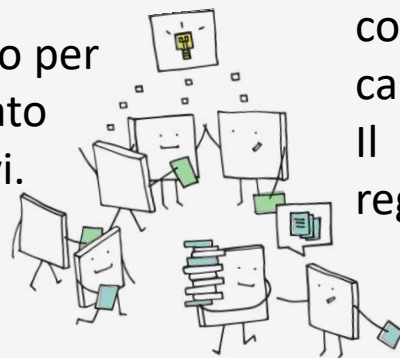
ORGANIZZAZIONE STRUTTURATA

STRUTTURAZIONE DELLO SPAZIO

Laddove possibile è funzionale organizzare lo spazio scolastico delimitando ogni zona/ambiente con segnali visivi chiari e condivisi.

Il bambino saprà individuare:

- uno spazio di lavoro individuale, che andrebbe organizzato con un banco tra due scaffali, uno alla sinistra per i lavori da eseguire e uno a destra per i compiti già svolti.
- uno di riposo, possibilmente una zona relax e di distensione
- Uno spazio per le attività di gruppo per il tempo libero, tutto contrassegnato con opportuni simboli identificativi.



STRUTTURAZIONE DEL MATERIALE DI LAVORO

(di forte ispirazione alla metodologia montessoriana)

Il lavoro da svolgere è conservato in apposite scatole e riposto nello spazio di sinistra. Ogni scatola deve essere contrassegnata con un simbolo o lettera in grado di essere interpretata dal bambino.

Il compito svolto e terminato viene riposto nella scatola e spostato nello spazio a destra, per chiarire il passaggio della conclusione di un lavoro.

STRUTTURAZIONE DEL TEMPO

Costruzione di una sua «agenda» giornaliera, sequenziale, con simboli, immagini, parole, oggetti (a seconda delle sue capacità di lettura o interpretative).

Il simbolo dovrà sempre essere riposto nello spazio di registrazione del tempo trascorso e quindi dell'attività svolta.

STRUMENTI DI SUPPORTO

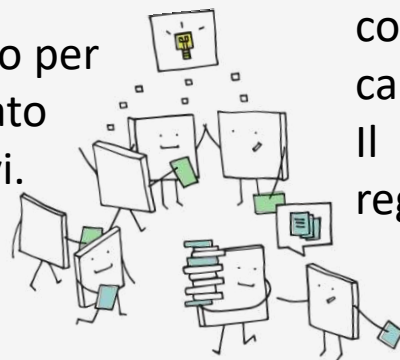
ORGANIZZAZIONE STRUTTURATA

STRUTTURAZIONE DELLO SPAZIO

Laddove possibile è funzionale organizzare lo spazio scolastico delimitando ogni zona/ambiente con segnali visivi chiari e condivisi.

Il bambino saprà individuare:

- uno spazio di lavoro individuale, che andrebbe organizzato con un banco tra due scaffali, uno alla sinistra per i lavori da eseguire e uno a destra per i compiti già svolti.
- uno di riposo, possibilmente una zona relax e di distensione
- Uno spazio per le attività di gruppo per il tempo libero, tutto contrassegnato con opportuni simboli identificativi.



STRUTTURAZIONE DEL MATERIALE DI LAVORO

(di forte ispirazione alla metodologia montessoriana)

Il lavoro da svolgere è conservato in apposite scatole e riposto nello spazio di sinistra. Ogni scatola deve essere contrassegnata con un simbolo o lettera in grado di essere interpretata dal bambino.

Il compito svolto e terminato viene riposto nella scatola e spostato nello spazio a destra, per chiarire il passaggio della conclusione di un lavoro.

STRUTTURAZIONE DEL TEMPO

Costruzione di una sua «agenda» giornaliera, sequenziale, con simboli, immagini, parole, oggetti (a seconda delle sue capacità di lettura o interpretative).

Il simbolo dovrà sempre essere riposto nello spazio di registrazione del tempo trascorso e quindi dell'attività svolta.

STRATEGIE

USO DI SUPPORTI VISIVI

- ✓ Orientatori visivi (foto, immagini, oggetti, icone) che facilitino la comunicazione sia ricettiva che espressiva
- ✓ Agende visive della giornata
- ✓ Check-list di attività da svolgere

ADATTAMENTO DELL'AMBIENTE

- ✓ Spazio/angolo lavoro dove riposare
- ✓ Favorire l'associazione: luogo/attività/comportamento
- ✓ Integrazione in senso inverso

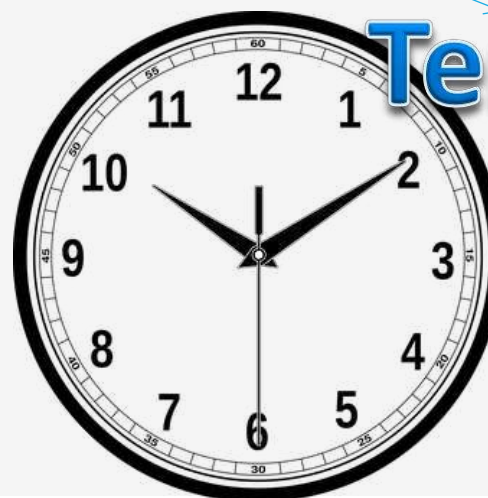
STRUTTURARE IL TEMPO

VARIABILI

Spazio



Tempo



STRATEGIE, strumenti

COME FAVORIRE LA COMUNICAZIONE

Stabilire e mantenere un contatto oculare e spronare il ragazzo a fare altrettanto/Parlare in modo chiaro e servendosi dell'ausilio di immagini in caso di difficoltà linguistiche/ Presentare dei dialoghi scritti sotto forma di immagini o di simboli al fine di insegnargli come e cosa dire all'altro/Premiare ogni tentativo di comunicazione spontanea.

COME FAVORIRE L'INTERAZIONE SOCIALE

Insegnare a salutare appena entra in classe compagni e insegnanti/Insegnare a chiedere aiuto quando ha bisogno con l'ausili di immagini se necessario/Promuovere e sostenere la conversazione con i compagni, organizzando giochi e attività insieme/Incoraggiare a condividere le proprie cose con gli altri.

COME RIDURRE I PROBLEMI COMPORTAMENTALI

Utilizzare l'analisi Funzionale per individuare i gli elementi che favoriscono la messa in atto del comportamento problema/Rispettare i suoi tempi ed evitare e troppi cambiamenti nella routine soprattutto se bruschi/Strutturare la sua giornata in modo chiaro e prevedibile, pianificando in anticipo le attività da svolgere/Rivolgersi a lui in modo calmo e chiaro Creare ordine intorno a lui/Insegnarli a riferire il suo stato emotivo anche con l'ausili di immagini. Favorire la reiterazione e la stabilizzazione di un comportamento positivo tramite programmi di rinforzo ("TOKEN ECONOMY").

COME FAVORIRE L'APPRENDIMENTO IN CLASSE

Creare un contesto inclusivo/Creare un percorso didattico facilitato.



«Per capire se stesso l'uomo ha bisogno di essere capito dall'altro. Per essere capito dall'altro, ha bisogno di capire l'altro».

Thomas Hora

Disturbi del comportamento

SEDE: CAMPANIA 1, IPSEOA
Manlio Rossi Doria



Formatore: dott. ssa Barbara Chiappa

«L'insegnamento è il più grande atto di ottimismo»
Colleen Wilcox

INDICE

- **Comportamento/Personalità/ Disturbo**
- **Disturbi del comportamento**
 - ☐ **Disturbo di condotta D.C**
- **Comportamenti aggressivi**
- ✓ **Caratteristiche e fattori di rischio/ Trattamento**
 - ☐ **D.O.P. (Disturbo oppositivo provocatorio)**
- ✓ **Come si presenta/ Cause/ Fattori di rischio/ Terapia**
 - ☐ **ADHD**
- ✓ **Diagnosi, 3 tipi di disturbo/ Cause/ Trattamento/Intervento**

Il comportamento

Il comportamento è **il modo di agire e reagire di un individuo messo in relazione con altri o con l'ambiente, ovvero:**

*L'insieme delle manifestazioni esteriori di un individuo corrispondenti a determinate situazioni psicologiche (**personalità**).*



La personalità

La personalità è costituita da 2 componenti fondamentali:

Temperamento: insieme delle tendenze innate, geneticamente determinate, dell'individuo a reagire agli stimoli ambientali con determinate modalità anziché altre.

Carattere: complesso unitario e organizzato di forme di vita psichica, che dà un'impronta particolare al comportamento dell'individuo. Come tale il carattere è una struttura risultante da una costante interazione tra individuo e ambiente.



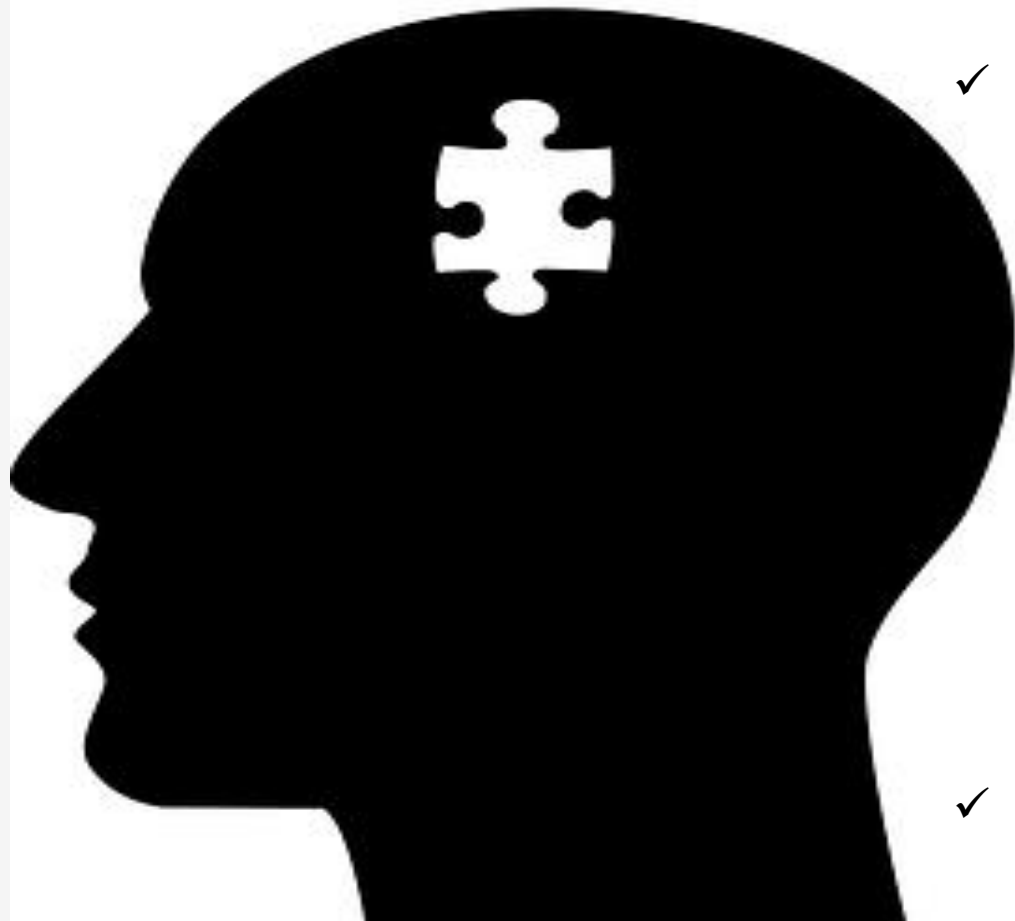
Disturbo

Un disturbo è una disfunzione dannosa;

- ✓ è caratterizzato da deficit grave o mancanza di adattamento (meccanismi funzionali evolutivi)

produce un danno all'individuo (maggiore mortalità o morbilità, deterioramento delle principali attività vitali)

- ✓ spesso ha un correlato neurobiologico.



Disturbi del Comportamento



- ✓ Difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni;
- ✓ incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente;
- ✓ scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui;
- ✓ bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti;
- ✓ rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive;
- ✓ aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali.

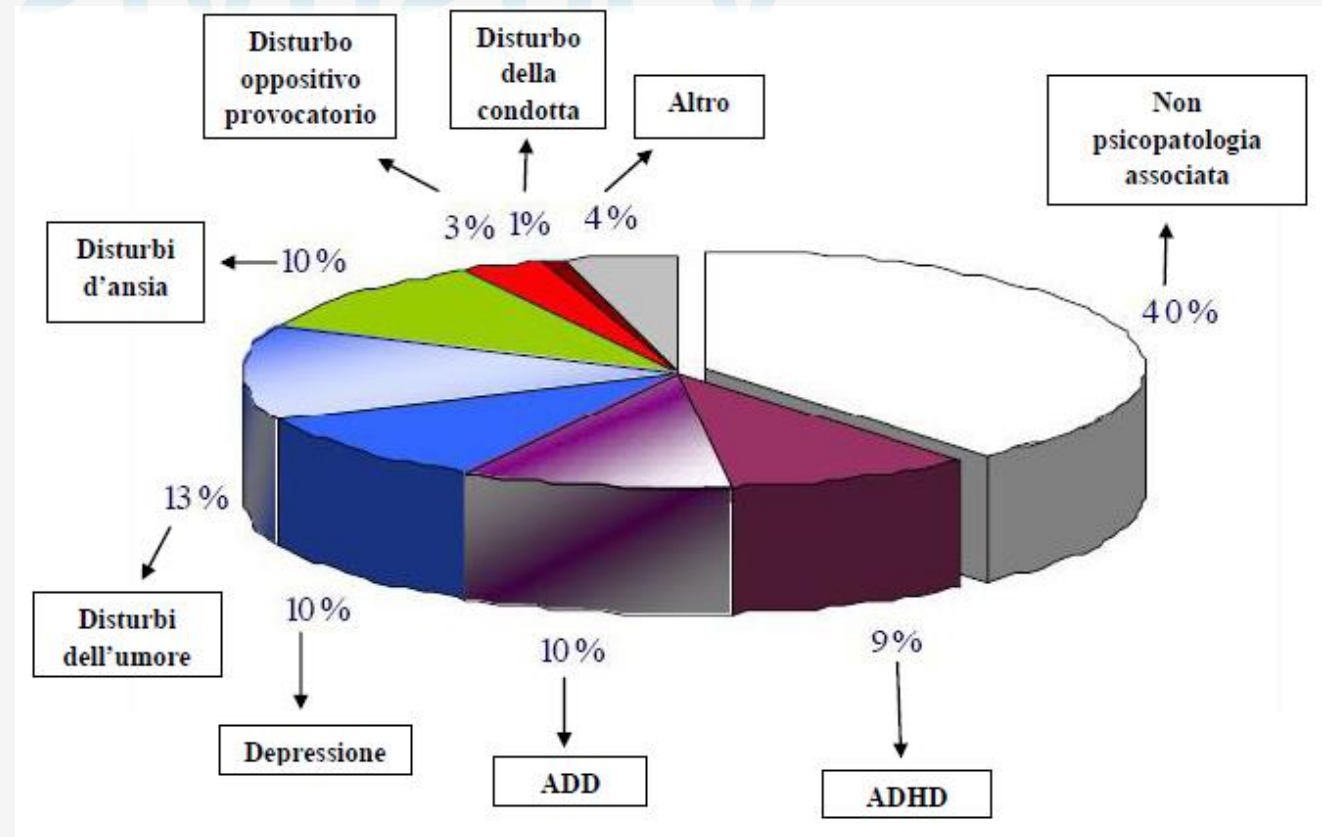
«Il comportamento anti-sociale è una caratteristica dell'intelligenza in un mondo pieno di conformisti».

Nikola Tesla

Disturbi del Comportamento Dirompente, D.C.D.

- ✓ *disturbo oppositivo- provocatorio (DOP)*
- ✓ *disturbo della condotta (DC)*
- ✓ *disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD)*
- ✓ *disturbo d' ansia*
- ✓ *disturbo dell' umore*
- ✓ *depressione*

STATISTICA



Disturbo di Condotta (D.C.)

Il Disturbo di Condotta è un disturbo psichiatrico ad esordio in età evolutiva, relativamente frequente, caratterizzato da un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti antisociali, aggressivi/ non aggressivi, di violazione delle regole e norme sociali appropriate all'età. Tali comportamenti sono correlati ad una disfunzione dell'individuo.

Il Disturbo comporta un considerevole carico di sofferenza per il paziente stesso, la sua famiglia e la società. In molti casi, il Disturbo di Condotta è preceduto e associato al DOP.



Comportamenti aggressivi

- ✓ **L'aggressività è un comportamento "fisiologico":**
- ✓ l'abilità di difendere se stessi contro gli attacchi fisici e verbali contribuisce alla sopravvivenza ed allo sviluppo delle capacità di adattamento.
- ✓ I comportamenti aggressivi (colpire, spingere, schiaffeggiare, mordere, dare pugni, sputare, tirare i capelli) sono comuni nei bambini piccoli. Crescendo gran parte dei bambini tendono a socializzare e inibire tali comportamenti aggressivi
- ✓ Le interazioni con gli adulti giocano un ruolo importante nel modellare il repertorio comportamentale del bambino verso modalità più appropriate di difesa dei propri diritti (e beni) ed espressione dei propri desideri.
- ✓ Alcuni ragazzi non riescono a sviluppare tali capacità e continuano frequentemente a manifestare comportamenti aggressivi e di violazione delle regole.





“E’ rimarchevole il fatto che l’ uomo ,quanto più limita l’ aggressività verso l’ esterno, tanto più diventa rigoroso, ossia aggressivo, nel proprio ideale dell’ IO”.

Caratteristiche e fattori di rischio

CARATTERISTICHE

- ✓ Sono egoisti/ Non si relazionano bene con gli altri/Possano mentire o rubare.
- ✓ Non hanno sensi di colpa/ Sono insensibili ai sentimenti e al benessere altrui.
- ✓ Travisano il comportamento altrui sentendosi minacciati e reagiscono in modo aggressivo/ Possono comportarsi da bulli, essere minacciosi e spesso rissosi.
- ✓ Possono essere crudeli verso gli animali/ Alcuni bambini danneggiano la proprietà, soprattutto appiccando incendi.

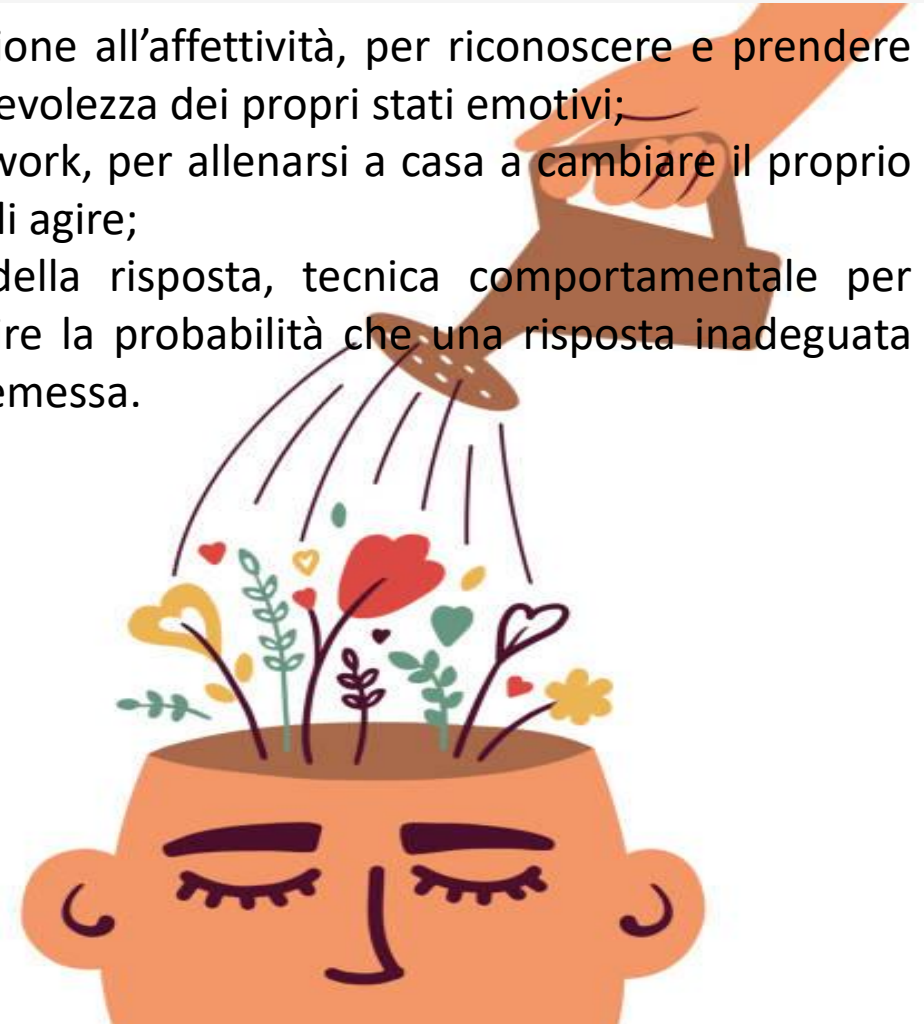
FATTORI DI RISCHIO

- ❑ **Biologici** (è stato ipotizzato un funzionamento anomalo di alcuni meccanismi cerebrali deputati all'elaborazione delle informazioni e all'autoregolazione);
- ❑ **Legati al contesto familiare** (accudimento genitoriale, relazioni genitori-bambino, difficoltà familiari);
- ❑ **Ambientali** (svantaggio socio-economico).

Trattamento (cognitivo-comportamentale)

- ✓ Psico-educazione al problem solving e alle abilità sociali, per incrementare la capacità di trovare soluzioni e migliorare le relazioni;
- ✓ sviluppo e incentivazione delle abilità di coping (fronteggiamento delle circostanze), per avere più strumenti per affrontare le situazioni;
- ✓ utilizzo di giochi di ruolo, per esperire e prendere coscienza, attraverso la drammatizzazione, delle dinamiche relazionali agite e per verificare le strategie apprese;
- ✓ lavoro esperenziale e compiti in vivo, per acquisire maggiore controllo sulle situazioni e sulle proprie reazioni;

- ✓ educazione all'affettività, per riconoscere e prendere consapevolezza dei propri stati emotivi;
- ✓ home-work, per allenarsi a casa a cambiare il proprio modo di agire;
- ✓ costo della risposta, tecnica comportamentale per diminuire la probabilità che una risposta inadeguata venga emessa.



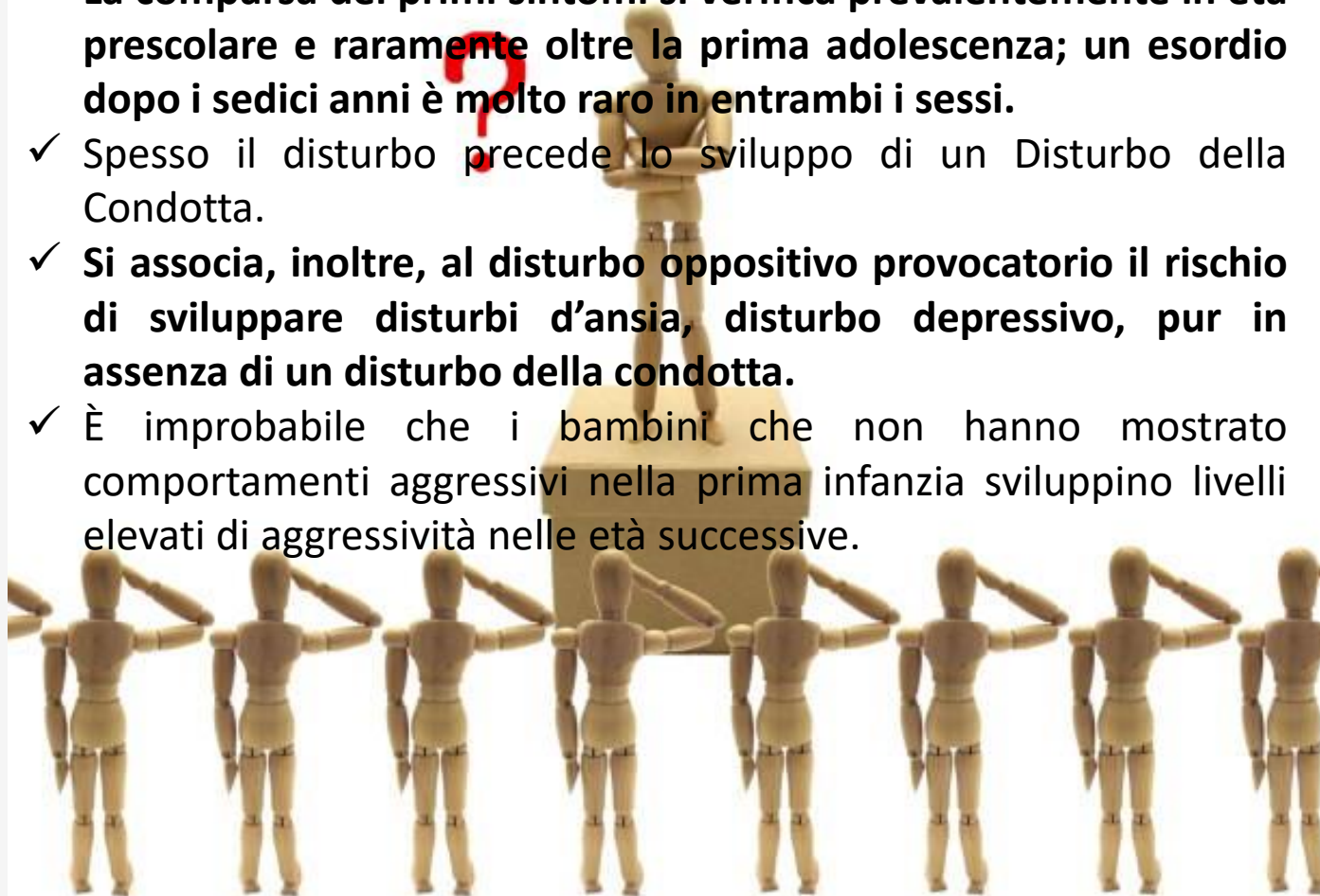
D.O.P. (Disturbo Oppositivo Provocatorio)

- ❑ Il disturbo oppositivo provocatorio rientra nella categoria dei Disturbi da Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta.
- ❑ *E' caratterizzato da condizioni che implicano problemi di autocontrollo delle proprie emozioni e dei comportamenti.*
- ❑ In tale disturbo i problemi descritti si esprimono attraverso comportamenti che violano i diritti altrui, come nel caso di aggressioni, distruzione della proprietà, o che pongono la persona in netto contrasto con le norme sociali o con figure che rappresentano l'autorità.
- ❑ *Nel **disturbo oppositivo provocatorio** prevalgono emozioni quali la rabbia e l'irritazione, unitamente a comportamenti di polemica e sfida.*
- ❑ La frequenza del **disturbo oppositivo provocatorio** risulta maggiore nelle famiglie in cui un genitore presenta un disturbo antisociale ed è più comune nei figli di genitori biologici con dipendenze da alcool, disturbi dell'umore, schizofrenia, o di genitori con una storia di disturbo da deficit di attenzione e iperattività o di disturbo della condotta.

Come si presenta

Il **disturbo oppositivo provocatorio** si caratterizza per la presenza frequente e persistente di umore collerico/irritabile (va spesso in collera, è spesso permaloso o contrariato, è spesso adirato e risentito), comportamento polemico/provocatorio (litiga spesso con persone che rappresentano l'autorità, sfida spesso apertamente o rifiuta di rispettare le regole, irrita deliberatamente gli altri, accusa gli altri per i propri errori), vendicatività.

- ✓ **La comparsa dei primi sintomi si verifica prevalentemente in età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza; un esordio dopo i sedici anni è molto raro in entrambi i sessi.**
- ✓ Spesso il disturbo precede lo sviluppo di un Disturbo della Condotta.
- ✓ **Si associa, inoltre, al disturbo oppositivo provocatorio il rischio di sviluppare disturbi d'ansia, disturbo depressivo, pur in assenza di un disturbo della condotta.**
- ✓ È improbabile che i bambini che non hanno mostrato comportamenti aggressivi nella prima infanzia sviluppino livelli elevati di aggressività nelle età successive.



Cause: fattori individuale e contestuali

FATTORI INDIVIDUALI

Temperamentali: può verificarsi un'inadeguata interazione tra il temperamento del bambino e il temperamento del genitore. Spesso modalità educative caratterizzate da eccessiva rigidità entrano in contrasto con la spinta a esplorare del bambino.

Biologici: in bambini con disturbo oppositivo provocatorio risulterebbero compromessi sia il sistema di inibizione del comportamento (che impedisce l'azione quando si intuisce che essa potrebbe condurre a esperienze spiacevoli) sia il sistema di attivazione del comportamento (che inizia un'azione quando se ne presenta l'opportunità). Nei bambini con disturbo oppositivo provocatorio ci sono evidenze rispetto alla presenza di livelli più bassi di l'ormone dello stress (**CORTISOLO**).

FATTORI CONTESTUALI

- ❑ Lo stile educativo dei genitori alterna eccessiva rigidità e coercizione a incoerenza e negligenza. I comportamenti problematici del bambino divengono oggetto costante di attenzioni, mentre quelli positivi risultano trascurati, conducendo a un circolo vizioso che rimanda al bambino un'immagine negativa di sé che rafforza e mantiene i comportamenti oppositivi.
- ❑ È inoltre molto frequente riscontrare alti livelli di depressione nelle madri di bambini con **disturbo oppositivo provocatorio**, molto superiori a quelli nella popolazione generale. Incidono, inoltre, fattori quali lo svantaggio socio-economico, l'esposizione a modelli aggressivi adulti, alcuni eventi stressanti che possono colpire la famiglia, la mancanza di stimoli cognitivi.

Fattori di rischio

Fattori temperamentali: sono connessi a difficoltà nella regolazione emotiva e vedono il manifestarsi di alti livelli di reattività emotionale, scarsa tolleranza alla frustrazione.

Fattori ambientali: nelle famiglie di bambini che presentano un disturbo oppositivo provocatorio sono frequenti modalità educative rigide, incoerenti o negligenti, che svolgono un ruolo importante nello sviluppo del disturbo.

Fattori genetici e sociologici: al disturbo si riscontra l'associazione di marker neurobiologici quali bassa frequenza cardiaca, anomalie nella corteccia prefrontale e nell'amigdala.



Terapia cognitivo- comportamentale

Fase psicoeducativa: si pone come obiettivo quello di insegnare al bambino a riconoscere i meccanismi che attivano la rabbia.

Fase di acquisizione delle abilità: è finalizzata all'apprendimento di nuove strategie cognitive e comportamentali che aiuteranno il bambino a fronteggiare e gestire le situazioni che gli provocano rabbia.

Fase di addestramento all'applicazione delle abilità apprese: l'obiettivo è la messa in pratica delle abilità apprese, anche attraverso l'utilizzo di compiti a casa, al fine di renderle, con l'esercizio, sempre più consuete.

GLI OBIETTIVI DI INTERVENTO CON GENITORI SONO:

- Focalizzare la loro attenzione sui comportamenti positivi dei bambini, in modo da incentivare la frequenza con cui si presentano e limitare il verificarsi di comportamenti indesiderati.*
- Acquisire consapevolezza, riconoscere ed interrompere i circoli viziosi che mantengono e rafforzano il problema.*
- Sviluppare pensieri più funzionali rispetto a se stessi ed alle proprie capacità genitoriali.*
- Apprendimento di tecniche comportamentali finalizzate alla creazione di un ambiente familiare affettivamente stabile e coerente.*



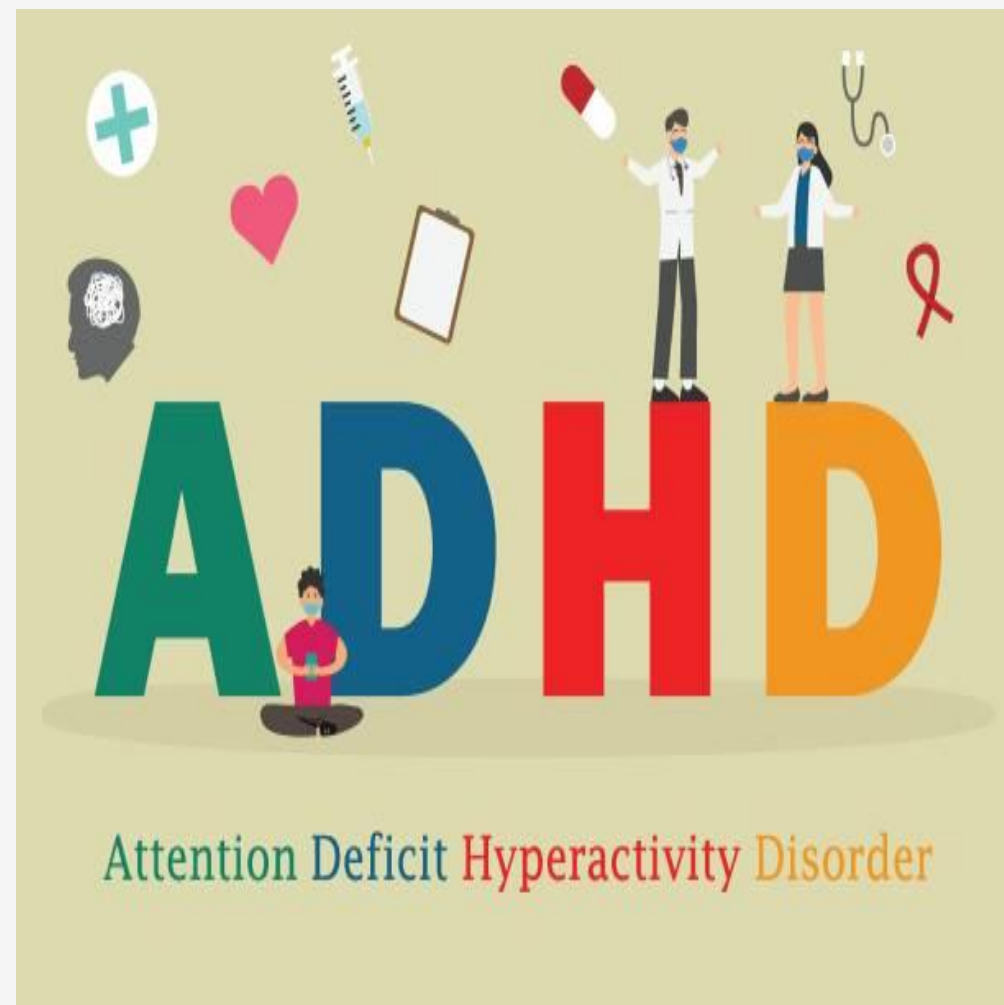
"I bambini sono come il cemento umido, tutto quello che li colpisce lascia un'impronta".

Haim G. Ginott



ADHD

- ❑ L'**ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività)** rientra nella categoria dei Disturbi del Neurosviluppo, gruppo di condizioni che esordiscono nel periodo dello sviluppo e si caratterizzano per un deficit che causa una compromissione nel funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. I Disturbi del Neurosviluppo si presentano, molto spesso, in concomitanza.
- ❑ L'**ADHD** è caratterizzato da livelli invalidanti di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività-impulsività. Nella fascia della fanciullezza, l'**ADHD** si sovrappone spesso a disturbi quali il Disturbo Oppositivo-Provocatorio e il Disturbo della Condotta. Spesso, inoltre, permane in età adulta, causando compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico e lavorativo.
- ❑ La presenza di **ADHD** è stimata in circa il 5% dei bambini ed il 2,5% degli adulti.



Diagnosi

La caratteristica fondamentale dell'ADHD è la persistente presenza di un quadro caratterizzato da disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con lo sviluppo e il funzionamento.

- ❑ La disattenzione si evidenzia, sul piano comportamentale, con divagazione dal compito, mancanza di perseveranza, difficoltà nel mantenimento dell'attenzione, disorganizzazione non imputabili ad atteggiamenti di sfida o da mancata comprensione.
- ❑ L'iperattività implica un'eccessiva attività motoria, un dimenarsi, la sensazione che il bambino sia "sotto pressione", tamburellamenti, loquacità; tali comportamenti si manifestano in momenti e situazioni in cui non sono appropriati. Nell'adulto l'iperattività può esprimersi con un'irrequietezza estrema o l'effetto logorante verso gli altri della propria attività.

- ❑ L'impulsività si manifesta con azioni estremamente affrettate e che avvengono all'istante, spesso con elevato rischio per l'individuo. L'impulsività può esprimere un desiderio di immediata ricompensa, manifestandosi anche con comportamenti invadenti, come interrompere gli altri in modo eccessivo, o prendere decisioni importanti senza riflettere sulle possibili conseguenze nel lungo termine.



Le manifestazioni comportamentali devono presentarsi in più di un contesto, ad esempio casa, scuola, lavoro. Va, inoltre, considerato che i sintomi dell'ADHD possono variare a seconda dello specifico contesto.

3 tipo di disturbo:

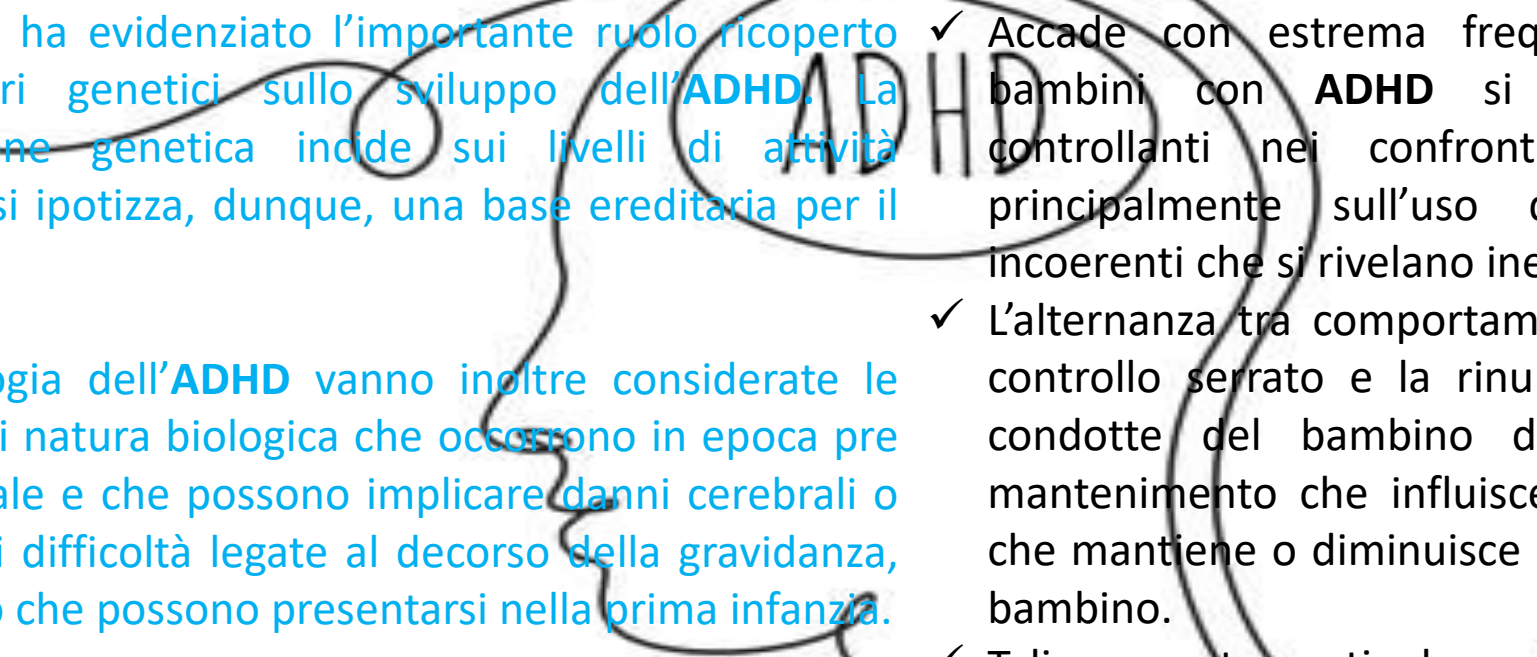
Manifestazione combinata: manifestazione più tipica in età evolutiva, caratterizzata da un quadro combinato di sintomi di disattenzione e d'iperattività-impulsività.

Manifestazione con disattenzione predominante: i sintomi sono prevalentemente rilevabili nella categoria "disattenzione" rispetto a quella "iperattività-impulsività". I bambini appartenenti a questo sottotipo di disturbo presentano minori problemi a livello comportamentale e minori difficoltà nelle interazioni con i pari. Possono stare seduti in modo tranquillo, ma la loro attenzione non è diretta a ciò che stanno facendo o a ciò che l'insegnante spiega.

Manifestazione con iperattività-impulsività predominanti: la maggior parte dei sintomi si evidenzia nella categoria "iperattività-impulsività". Possono essere presenti pochi sintomi di disattenzione, che però non raggiungono una soglia di rilevanza clinica.



Cause

- 
- ✓ La ricerca ha evidenziato l'importante ruolo ricoperto dai fattori genetici sullo sviluppo dell'**ADHD**. La trasmissione genetica incide sui livelli di attività motoria, si ipotizza, dunque, una base ereditaria per il disturbo.
 - ✓ Nell'eziologia dell'**ADHD** vanno inoltre considerate le variabili di natura biologica che occorrono in epoca pre o perinatale e che possono implicare danni cerebrali o particolari difficoltà legate al decorso della gravidanza, al parto, o che possono presentarsi nella prima infanzia.
 - ✓ Altro ruolo importante è quello rivestito dalle interazioni conflittuali che si instaurano tra genitori e bambino, che influirebbero aumentando notevolmente la probabilità che il disturbo si manifesti a pieno, in tutta la sua gravità.
 - ✓ Accade con estrema frequenza che nelle madri di bambini con **ADHD** si sviluppino comportamenti controllanti nei confronti del bambino incentrati principalmente sull'uso di rimproveri eccessivi e incoerenti che si rivelano inefficaci.
 - ✓ L'alternanza tra comportamenti genitoriali improntati al controllo serrato e la rinuncia verso la gestione delle condotte del bambino determinano un circuito di mantenimento che influisce, a sua volta, come fattore che mantiene o diminuisce ulteriormente l'autostima del bambino.
 - ✓ Tali comportamenti, che spesso si accompagnano anche a quelli presenti negli altri contesti di vita del bambino, come la scuola in cui è frequente come esito l'isolamento da parte dei coetanei, rafforzano una visione negativa di sé, che mantiene e rafforza le condotte sintomatiche.

Trattamento

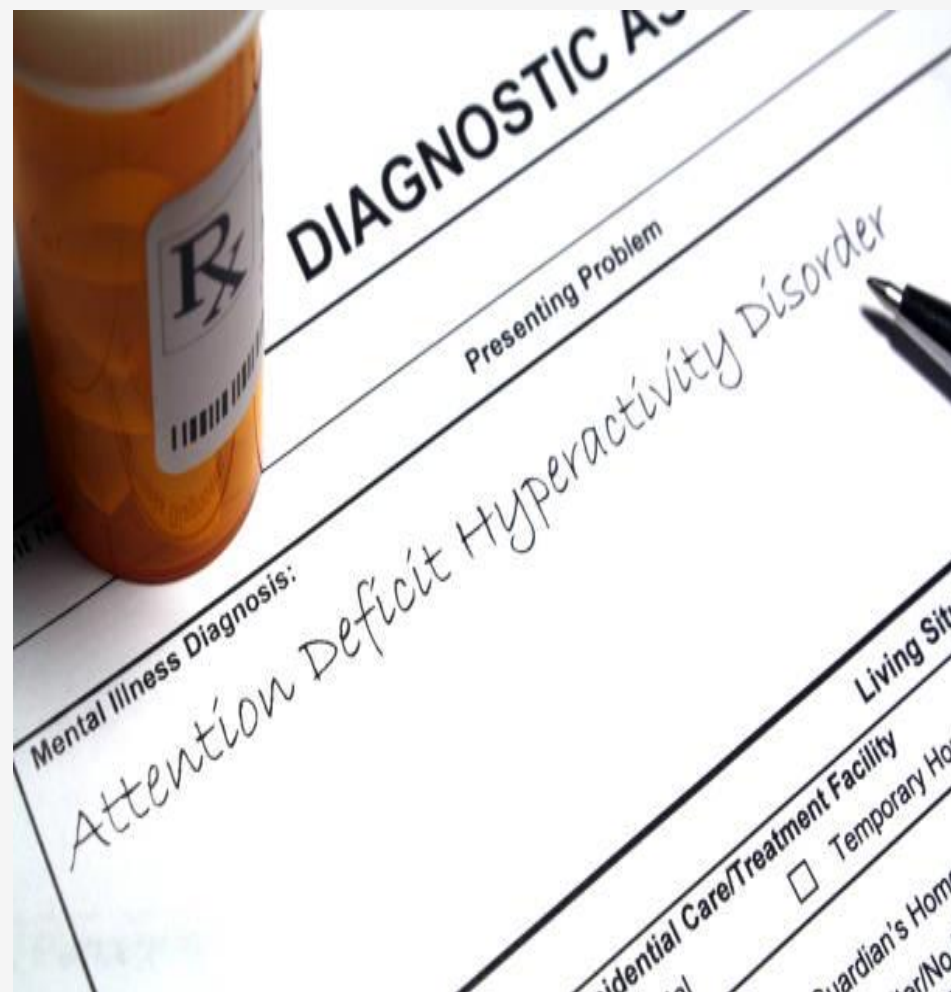
Il trattamento dell'ADHD prevede un intervento multimodale in grado di combinare interventi di tipo farmacologico, psico-educativo e psicoterapeutico.

Gli psicostimolanti sono ritenuti i farmaci più efficaci per adolescenti, bambini e adulti con ADHD. Tra i farmaci utilizzati vi sono il metilfenidato (Ritalin), le anfetamine (Adderal), le destoanfetamine (Dextrostat, Dexedrine) e l'atomoxetina (Strattera).

Affinché vi siano miglioramenti durevoli nel tempo è fondamentale affiancare al trattamento farmacologico un percorso combinato di strategie cognitive e comportamentali.

I programmi cognitivo-comportamentali di provata efficacia per l'ADHD prevedono vari livelli d'intervento tra loro interconnessi che coinvolgono: **la famiglia, l'ambito scolastico, il trattamento**

25 **individuale del bambino.**



07/03/2022

ADHD, interventi in famiglia e a scuola

FAMIGLIA

- ❑ I programmi di intervento diretti ai genitori (**ADHD Parent Training**) hanno lo scopo di accrescere la consapevolezza e la conoscenza del disturbo ADHD, sviluppando capacità di gestione da parte dei genitori e modificando i comportamenti disfunzionali messi in atto nella relazione con il bambino. Il focus principale dell'intervento è posto sullo sviluppo di maggiori capacità riflessive da parte dei genitori, per aiutarli ad acquisire maggior coerenza e stabilità nelle proprie strategie educative che aiutino e supportino il bambino nell'acquisizione della capacità di autogestirsi .

Un ruolo fondamentale riveste la promozione di un miglior clima emotivo in famiglia e di una più efficace comunicazione con il bambino, anche definendo meglio limiti e regole da seguire.

SCUOLA

- ❑ *L'intervento indirizzato agli insegnanti (**ADHD Teacher Training**) ha lo scopo di fornire in una prima fase informazioni necessarie a raggiungere una piena conoscenza del disturbo ADHD. Ciò costituisce un prerequisito importante perché si possa iniziare un riconoscimento degli aspetti positivi del bambino.*

Diviene centrale in tale ottica fornire agli insegnanti informazioni su una strutturazione dell'ambiente scolastico che tenga in considerazione bisogni e caratteristiche del bambino iperattivo, per potenziare le sue capacità attentive e gli apprendimenti. Vanno, inoltre, fornite agli insegnanti strategie utili per gestire e modificare i comportamenti disfunzionali, oltre che migliorare le sue relazioni con i coetanei.

ADHD, interventi

La terapia cognitivo-comportamentale con il **bambino con ADHD** si indirizza in modo sinergico verso tutte le aree implicate nel disturbo e deficitarie. Vengono insegnate al bambino strategie che lo guidino in modo sistematico alla pianificazione del proprio comportamento nei diversi ambiti di vita e alla risoluzione dei problemi (Problem Solving). Grande attenzione viene rivolta all'acquisizione della capacità di monitorare le proprie azioni, sviluppando una capacità di autoregolazione verso l'impulsività e la disattenzione.

Il bambino apprende, inoltre, a trarre informazioni importanti dai propri errori per autocorreggersi, ma anche a sapersi premiare per il raggiungimento di risultati positivi.

L'intervento è volto anche all'incremento delle abilità sociali, attraverso il rispetto delle regole, lo sviluppo di interazioni più efficaci e la capacità di decodificare lo stato emotivo altrui, per poter rispondere e relazionarsi in modo adeguato e funzionale.

IMPERATIVO!
ACCRESCERE
L' AUTOSTIMA

07/03/2022

GRUPPO EDITORIALE
LA SCUOLA SEI
© Editrice La Scuola

<https://youtu.be/eyNllia09NE>



“SONO L'UNICA ORTICA CHE MUORE TRA SPINE DI GRANO”.

Poesia Haiku

DISTURBI DELL' APPRENDIMENTO

SEDE: CAMPANIA 1, IPSEOA
Manlio Rossi Doria



Formatore: dott. ssa Barbara Chiappa

«L'insegnamento è il più grande atto di ottimismo»
Colleen Wilcox

INDICE

- Disturbo Specifico di Apprendimento
- ✓ **Dislessia**
- ✓ **Disortografia e Disgrafia**
- ✓ **Discalculia**
- Aspetti eziologici e comorbidità
- Aspetti comportamentali dell' alunno DSA
- Interventi: Token economy/ CAT-kit
- Didattica individualizzata e personalizzata
- ✓ **Strumenti compensativi**
- ✓ **Misure dispensative**
- Per riflettere...

Disturbo Specifico di Apprendimento

Le difficoltà di apprendimento in età evolutiva sono suddivisibili in **disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)** e disturbi non specifici di apprendimento (DNSA).

*Si può porre una diagnosi di **Disturbo Specifico di Apprendimento** quando, a test standardizzati di lettura, scrittura e calcolo, il livello di una o più di queste tre competenze risulta di almeno due deviazioni standard inferiore ai risultati medi prevedibili, oppure l'età di lettura e/o di scrittura e/o di calcolo è inferiore di almeno due anni in rapporto all'età cronologica del soggetto, e/o all'età mentale, misurata con test psicometrici standardizzati, nonostante una adeguata scolarizzazione.*

Tali disturbi sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate e sono denominati:

DISLESSIA

DISORTOGRAFIA

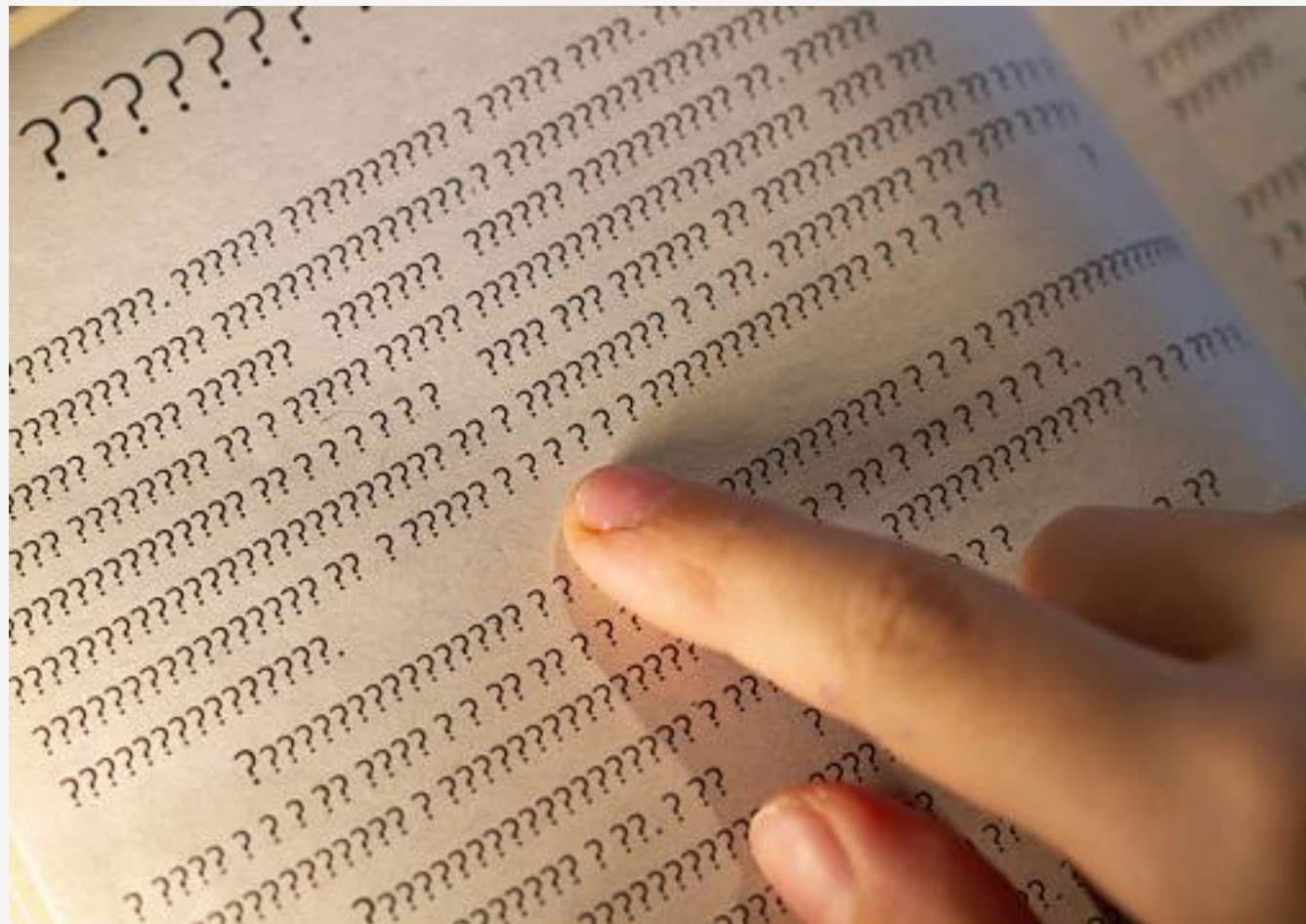
DISCALCULIA

DISGRAFIA

Disturbo Specifico di Apprendimento

NOTA BENE!!!

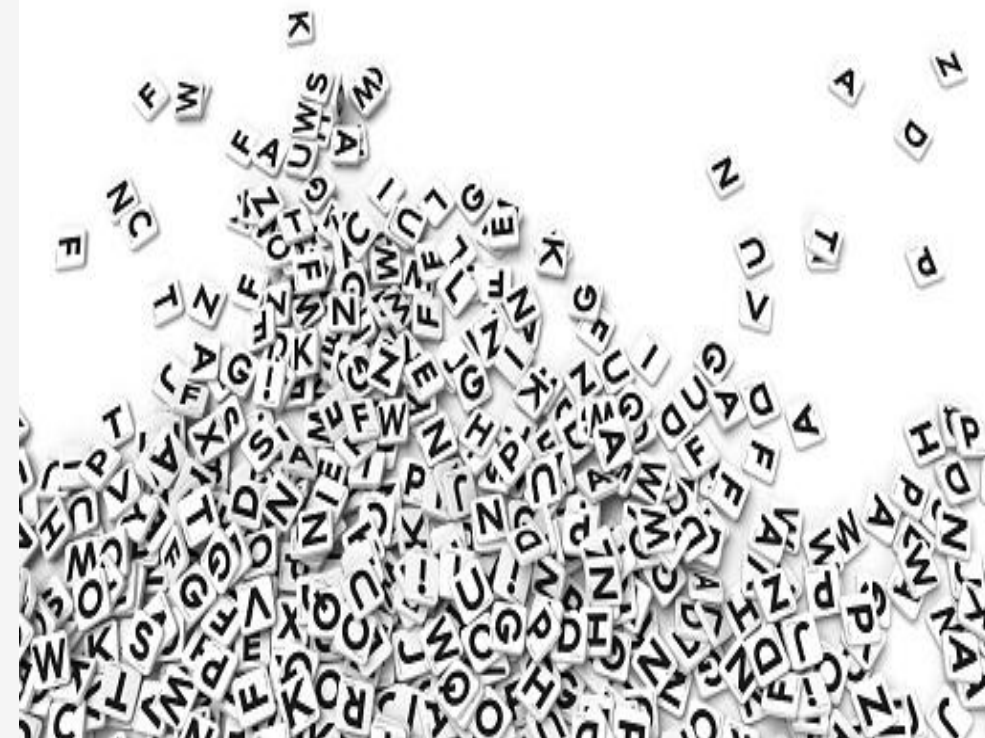
E' anche possibile parlare di disturbo specifico dell'apprendimento in presenza di un'altra patologia dell'apprendimento, **ad esempio in caso di ritardo mentale**. In questo caso la diagnosi prevede un difetto di almeno due deviazioni standard o di almeno due anni o più rispetto alle prestazioni prevedibili sulla base del ritardo mentale o altra patologia e non solo rispetto all'età cronologica ed al livello di istruzione.



Dislessia

*La diagnosi di **dislessia** non può essere formulata prima della fine della II classe elementare. Tuttavia, già in I elementare possono essere rilevati, come indicatori di rischio, segni importanti di discrepanza tra le competenze cognitive generali e l'apprendimento della lettura e scrittura .*

- ❑ I parametri essenziali per la diagnosi di dislessia, nei sistemi verbali trasparenti come la lingua italiana, sono: **la rapidità misurata come il tempo di lettura di brani, parole o sillabe, e la correttezza misurata come numero di errori di lettura e scrittura**, che si discostino per difetto di almeno due deviazioni standard dalle prestazioni dei lettori della stessa età o risultino di due anni inferiori rispetto all'età cronologica.



Disortografia e Disgrafia

L'esame del processo di scrittura richiede la valutazione delle componenti **disortografiche e disgrafiche**.

- ❑ Per la diagnosi di **disortografia** - connessa con disturbi dell'area linguistica - vale la regola di una quantità di errori ortografici che difettano in misura uguale o superiore alle due deviazioni standard rispetto ai risultati medi dei bambini che frequentano la stessa classe.
- ❑ La **disgrafia** è conseguenza di disturbi di esecuzione motoria di ordine disprassico quando non fa parte di un quadro spastico o atassico o extrapiramidale.



Anche per i disturbi di apprendimento della scrittura sono riconosciuti sottotipi correlati a **fattori linguistici (disortografia)** e a **fattori visuo-spaziali (disortografia, disgrafia)** e, inoltre, viene delineata una forma di difficoltà della scrittura dovuta a disturbi di esecuzione motoria, **di ordine disprassico (disgrafia)**.

Discalculia

La diagnosi di **discalculia** non può essere formulata prima della II elementare, anche se già nel primo ciclo elementare possono essere rilevate discrepanze fra le capacità cognitive globali e l'apprendimento del calcolo numerico (che comprende la numerazione bidirezionale, la transcodifica, il calcolo mentale, l'immagazzinamento dei fatti aritmetici, il calcolo scritto).

- ✓ La valutazione si riferisce alla **correttezza e soprattutto alla rapidità**.
- ✓ **L'efficienza del problem solving matematico** non concorre alla diagnosi di discalculia evolutiva, ma appare correlato al livello delle competenze cognitive al livello di competenza linguistica.



DYSCALCULIA

Per la discalculia sono individuati diversi tipi di disabilità che riguardano: **la processazione dei numeri**, cioè il riconoscimento dei simboli numerici e la capacità di riprodurli graficamente e organizzarli nello spazio, **il sistema del calcolo con l'utilizzazione di procedure** per eseguire le operazioni matematiche, e **la risoluzione dei problemi aritmetici** che comporti l'analisi dei dati e l'organizzazione del piano di lavoro.

Aspetti eziologici e comorbidità

Per i disturbi specifici di apprendimento sono stati descritti principalmente due fattori, **genetici ed acquisiti**. Essi possono manifestarsi da soli o in concomitanza ed essere tra loro correlati.

❑ FATTORI GENETICI

❑ FATTORI ACQUISITI

Nel caso in cui il DSA sia associato ad un disturbo psicopatologico la comorbidità tra le due affezioni può sottendere relazioni diverse, con diverse implicazioni teoriche e cliniche, anche se non sempre chiaramente distinguibili nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente.

La comprensione della natura dei rapporti tra DSA e disturbi del comportamento richiede una interpretazione esplicativa che a sua volta deve fare riferimento a una precisa teoria psicopatologica. Per esempio se si adotta la chiave di lettura della **Psicopatologia Cognitiva** si può capire come il DSA si inserisce lungo l'itinerario di sviluppo di un bambino determinando comportamenti, per esempio :

- ✓ di **chiusura depressiva** (internalizzanti);
- ✓ oppure di **oppositività** (esternalizzanti), che hanno significati diversi a seconda della qualità dei legami di attaccamento genitori –bambino.

❑ **Disturbo da deficit di attenzione e iperattività** frequentemente è **embricato** con i **disturbi di apprendimento specifici e aspecifici**.

Aspetti eziologici e comorbidità

❑ **Disturbo Oppositivo Provocatorio:** favorisce il disadattamento scolastico e talvolta può essere secondario alle esperienze frustranti vissute dai bambini a causa di insuccessi nella didattica.

❑ **Disturbi della condotta e inerenti l'area della devianza sociale,** eventualmente associati ad abuso di sostanze e comportamenti delinquenti spesso in rapporto con situazioni scadenti sul piano sociale.

❑ **Disturbi d'ansia** sono spesso associati ai Disturbi di apprendimento, nelle varie articolazioni: *attacchi di panico, disturbo di ansia di separazione, fobie semplici, fobia sociale.* Questi disturbi possono condurre anche a ritiro dalla scuola, per periodi transitori o prolungati, e comunque interferiscono sulle possibilità di trattamento e recupero delle difficoltà nel settore didattico.



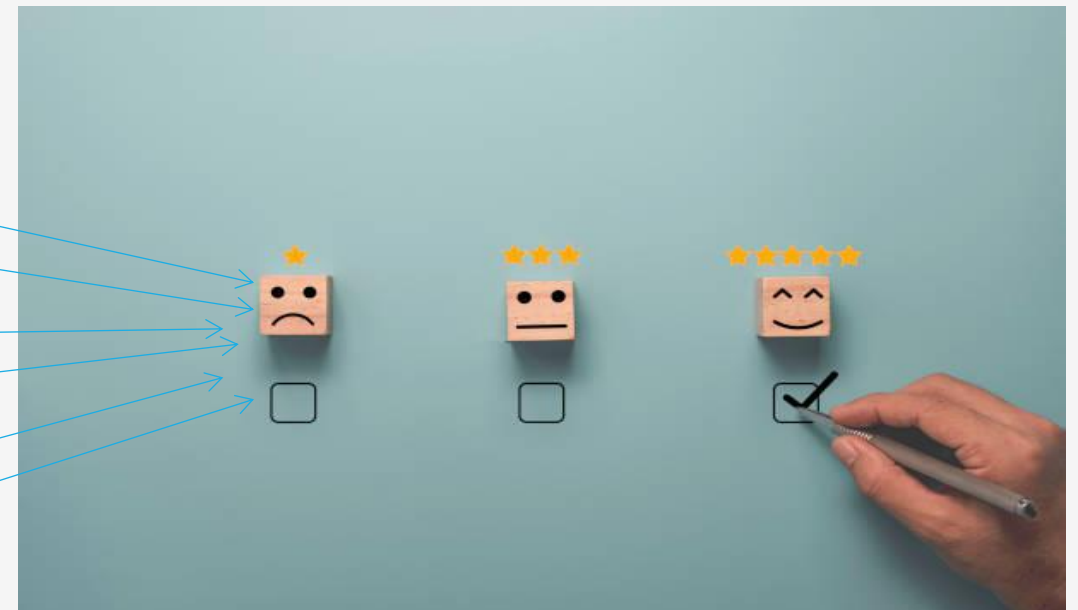
❑ **Disturbi somatoformi** possono essere espressione di reazioni secondarie agli insuccessi e frustrazioni in campo didattico e produrre disadattamento e ritiro transitorio o prolungato dalla scuola.

❑ **Disturbi dell'umore** possono subentrare secondariamente a disturbi specifici delle abilità scolastiche o essere una componente causale di disturbi aspecifici di apprendimento. Rappresentano un rischio sia per il fenomeno di abbandono della scuola, spesso collegato a ritiro sociale, sia - più raramente- per la comparsa di idee suicide.

Aspetti comportamentali dell' alunno DSA

Un alunno con DSA si presenta a scuola come un bambino intelligente, senza problemi emotivi rilevanti, di buone condizioni socioculturali, ha fruito di un normale insegnamento, eppure presenta, sin dalla prima classe, una sorprendente difficoltà nell'apprendimento della lettura, scrittura e calcolo che permane anche dopo che sono stati avviati sforzi notevoli per aiutarlo. Questi alunni confrontandosi con le proprie difficoltà cominciano a strutturare:

- un concetto di sé più negativo,
- si sentono meno supportati emotivamente,
- provano più ansia,
- hanno poca **AUTOSTIMA**,
- tendono ad abbandonare il compito,
- hanno una carente percezione di autoefficacia rispetto alle proprie abilità nell'affrontare i compiti proposti.

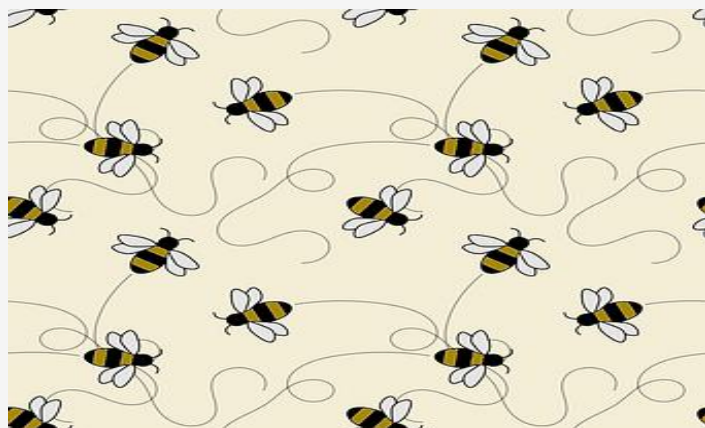


Interventi

IMPERATIVO!!

...usare le tecniche del lavoro cooperativo.

Il gruppo diventa inoltre uno spazio protetto in cui esprimere emozioni, confrontarsi ed imparare strategie più funzionali.



*«Quello che non è utile allo sciame,
non è utile nemmeno all'ape».*

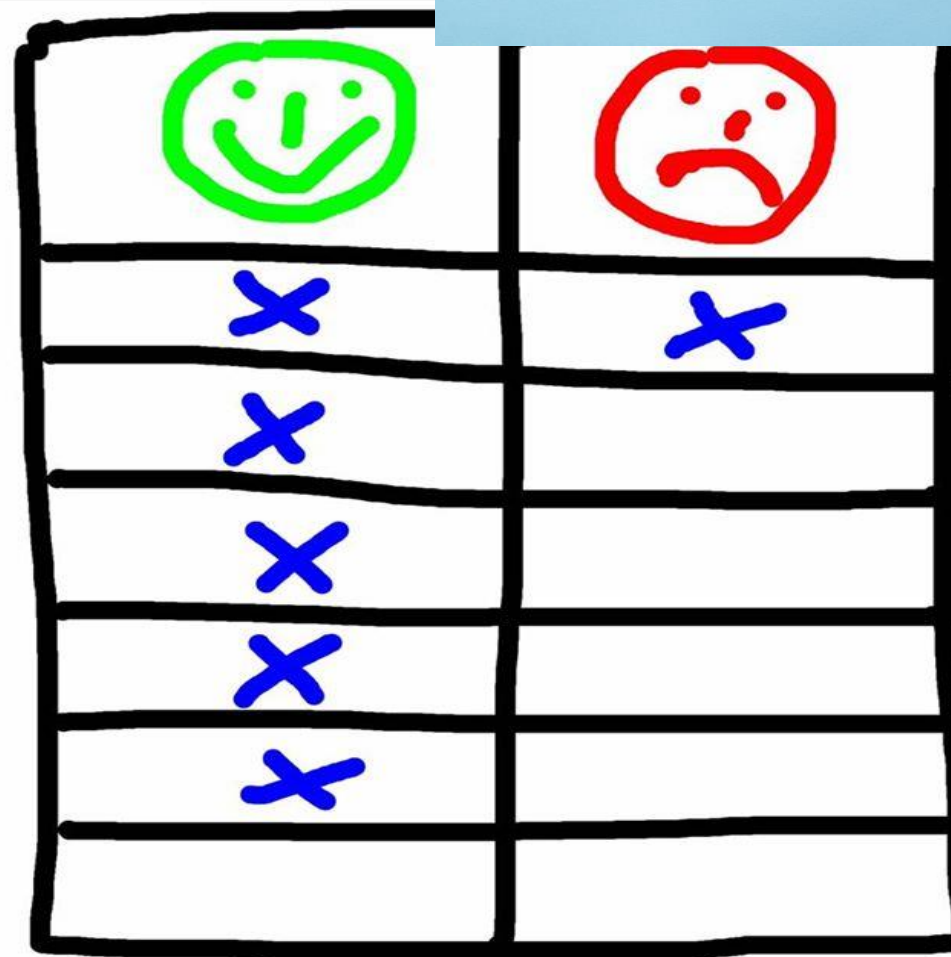
Marco Aurelio



Token Economy

TOKEH

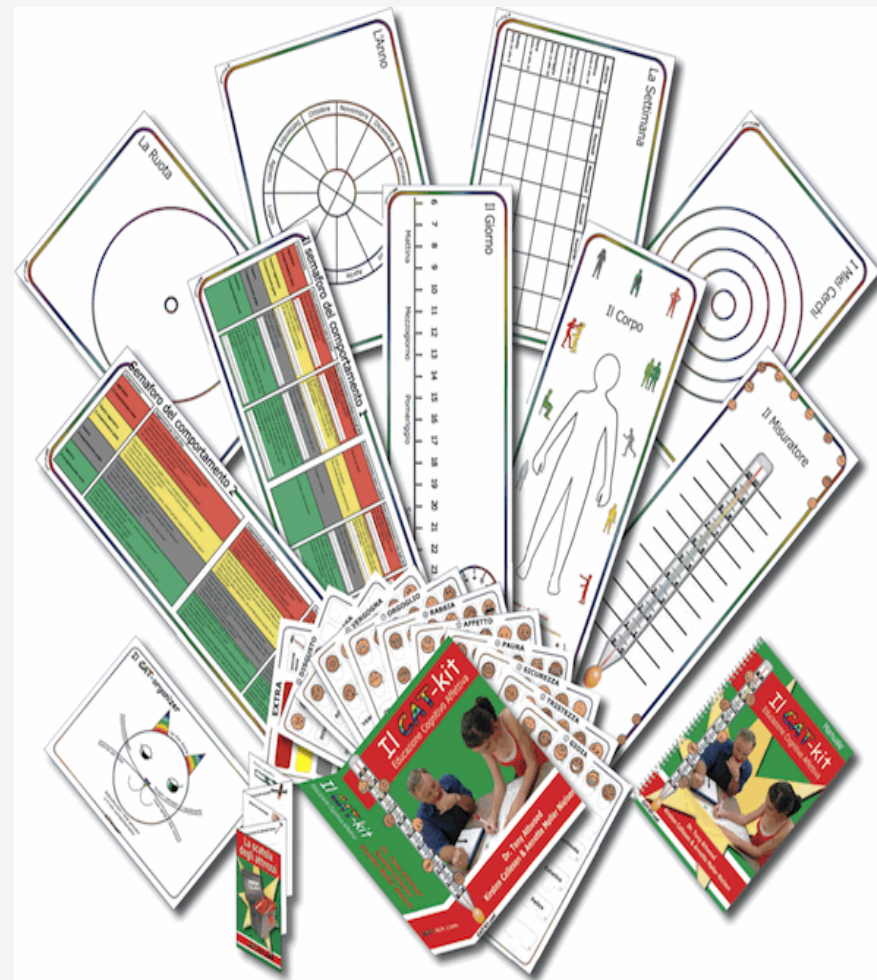
- ❑ **La Token Economy** è un sistema comportamentista di rinforzo che utilizza dei gettoni; la teoria vuole che il gettone sia dato al momento del comportamento positivo, per fare subito da rinforzo.
- ✓ *Non prevede rinforzi negativi; al raggiungimento di un numero concordato di gettoni si riceve un premio.*
- ✓ *Si tratta di una tecnica molto utilizzata in educazione e anche a scuola con bambini con disabilità cognitiva, ma se usata bene è efficace con tutti.*



CAT- kit

Il CAT-kit consiste in un raccoglitore ad anelli che contiene delle schede plastificate e delle faccine con il velcro, da utilizzare durante una conversazione con lo scopo di migliorare la comprensione degli aspetti affettivi e cognitivi coinvolti nella comunicazione e, allo stesso tempo, insegnare le abilità sociali, la gestione e l'espressione di pensieri ed emozioni.

Lo scopo principale del CAT-kit è quello di sviluppare nei bambini e ragazzi che normalmente hanno difficoltà a percepire la circolarità tra pensieri, emozioni e comportamenti, una forma di pensiero realistico e razionale. L'obiettivo è quello di migliorare le abilità del bambino ad agire in modo appropriato e favorire l'autoconsapevolezza, attraverso l'automonitoraggio e altre tecniche cognitive. Una componente comune a tutte le strategie di intervento cognitivo è l'educazione alla connessione tra pensieri, emozioni e comportamenti, allo scopo di riconoscere la relazione esistente tra il nostro comportamento e quello che le persone pensano, sentono e agiscono.



Didattica individualizzata e personalizzata

- ❑ La **didattica individualizzata** comprende tutte le attività di recupero individuale, in classe o in momenti definiti, che servono allo studente per potenziare delle abilità e per acquisire o migliorare le sue competenze
- ❑ La **didattica personalizzata** si concentra sui metodi e le strategie didattiche che servono allo studente per esprimere le sue potenzialità
- ❑ La Legge 170/10 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” è la legge di riferimento per tutti gli studenti con una diagnosi di DSA, dislessia, discalculia, disgrafia e disortografia.
- ❑ L’articolo 5 della Legge 170 si occupa delle **misure educative e didattiche di supporto all’apprendimento** e indica che “*gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di **appositi provvedimenti dispensativi e compensativi** di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari*” .



Didattica individualizzata e personalizzata

Nel modello di PDP fornito dal MIUR compaiono queste indicazioni:

- ❑ valorizzare i linguaggi comunicativi diversi da quello scritto con mediatori didattici come immagini, disegni e riepiloghi a voce;
- ❑ usare schemi e mappe concettuali;
- ❑ promuovere l'apprendimento con l'esperienza e la didattica laboratoriale, il piccolo gruppo, il tutoraggio tra pari e l'apprendimento collaborativo;
- ❑ promuovere i processi metacognitivi che permettono allo studente di autocontrollare e autovalutare i suoi processi di apprendimento.



Strumenti compensativi

*Gli strumenti compensativi indicati dalla legge 170 sono i mezzi che “sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell’abilità deficitaria”, sia essa la scrittura, la lettura o il calcolo e permettono al bambino o al ragazzo di studiare e apprendere con efficacia. Gli strumenti possono essere a **bassa, o alta tecnologia**, a seconda delle esigenze del ragazzo con cui lavoriamo.*

- ❑ **LETTURA:** caratteri grandi/ spaziatura/ righe guida/mappe concettuali/schemi.
- ❑ **SCRITTURA:** compensata con registratore/ tablet/ computer/programmi di videoscrittura con correttore ortografico/programmi vocali con riconoscitori di testo/ penne che traducono testi.
- ❑ **CALCOLO E MATEMATICA:** linee dei numeri/ tavole pitagoriche/ tabelle e i formulari/ griglie-guida per i calcoli in colonna/ calcolatrice/ fogli di calcolo e software per la scrittura delle operazioni e delle strutture matematiche.

Strumenti tecnologici:

- ✓ la **sintesi vocale** e gli strumenti per trasformare i testi dei libri cartacei in testi leggibili dalla sintesi vocale;
- ✓ i **programmi di videoscrittura** con il correttore ortografico, stampante e scanner;
- ✓ i **testi in digitale** al posto o come integrazione del libro cartaceo;
- ✓ la **calcolatrice** e i programmi (**editor**) di **matematica**;
- ✓ le **mappe concettuali**, immagini, video e altre risorse digitali per comprendere e memorizzare i testi;
- ✓ il **computer o un altro strumento come il tablet** per costruire mappe o schemi dei concetti ascoltati in aula.

Le misure dispensative

Le misure dispensative possono essere:

- evitare la lettura ad alta voce;
- evitare l'uso del corsivo o dello stampato minuscolo o la scrittura della lingua o delle lingue straniere
- non prendere appunti scritti a mano, copiare dalla lavagna o scrivere a mano sotto dettatura
- non eseguire prove a tempo o avere a disposizione più tempo per eseguire una prova
- sostenere solo interrogazioni programmate, in forma orale oppure le verifiche in formato digitale.

Lo studente con un disturbo specifico dell'apprendimento ha bisogno anche di essere dispensato dall'eseguire le prestazioni per lui più difficili, oppure di eseguirle materiale ridotto, o con più tempo a disposizione per portare a termine il compito.

AΛ BΒ C^ D) EΞ
F= G@ H|| I, J|
K< L_ MV N\ O^
P> Q0 R3 S^ T^-
UJ V/ W\| X^
Y\ Z=

Per riflettere....

<https://youtu.be/ZllhBhIROBA>

«Gli scrittori sono gli archeologi della propria anima. Scaviamo fino al fondo solo per scoprire che c'è un altro fondo e poi un altro ancora. Siamo capaci di grande sofferenza e di grandi sacrifici, ma lo scopo di questa lotta è non arrendersi mai. Per molto tempo ho pensato che non sarei riuscito a fare niente della mia vita che potesse essere considerato degno di rispetto e affetto. Non sapevo di avere qualcosa di sbagliato o di diverso nel modo in cui il mio cervello elaborava le informazioni e il linguaggio; credevo che in me ci fosse qualcosa che non andava».

Philip Schultz, dislessico e premio Pulitzer

«Per pagare il funerale di mio padre mi feci prestare dei soldi da persone cui lui già doveva soldi. Uno lo definì una nullità. No, dissi io, lui era un fallito. Nessuno ricorda il nome di una nullità, perciò sono chiamati nullità. I falliti non li dimentichi».



La disabilità sensoriale

SEDE: CAMPANIA 1, IPSEOA
Manlio Rossi Doria

DATA: 02/03/2022



Formatore: dott. ssa Barbara Chiappa

«L'insegnamento è il più grande atto di ottimismo»
Colleen Wilcox

INDICE

- ✓ **La disabilità sensoriale**
- ❑ **Deficit visivo**
- ✓ **Ipovisione**
- ✓ **Caratteristiche dell' alunno non vedente: LA SCUOLA**
- ✓ **Lo spazio**
- ✓ **Strategie didattiche**
- ❑ **Deficit uditivo**
- ✓ **Come intervenire, quali difficoltà/ Approcci educativi**
- ✓ **Lingua dei segni**
- ✓ **Didattica, strategie**

La disabilità sensoriale

Questa espressione indica soprattutto tre tipologie di disabilità:

- ❑ *la cecità o l'ipovisione con visus non superiore a 3/10;*
- ❑ *la sordità o l'ipoacusia con perdita uditiva superiore a 25 decibel in entrambe le orecchie; -*
- ❑ *la sordocecità caratterizzata dalla compresenza delle due disabilità sensoriali visive e uditive.*

La disabilità sensoriale pregiudica spesso la vita di relazione e la comunicazione, ma anche la vita autonoma e quella quotidiana.



Deficit visivi

«Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici». Legge 138/2001:

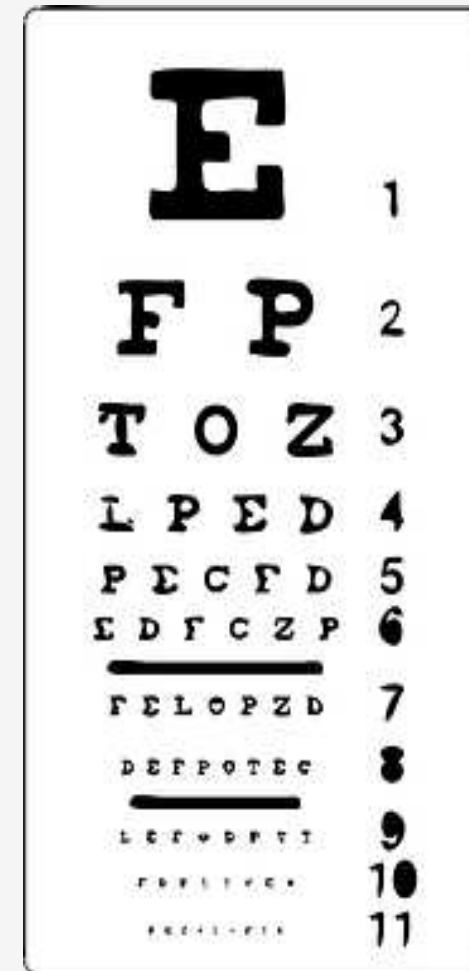
Cecità totale: totale mancanza di vista in entrambi gli occhi; mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano nell'occhio migliore; residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%.

Cecità parziale: residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con la migliore correzione; residuo perimetrico binoculare inferiore al 3%.

Ipovisione grave: residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con la migliore correzione; residuo perimetrico binoculare inferiore al 30%.

Ipovisione medio-grave: residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con la migliore correzione; residuo perimetrico binoculare inferiore al 50%.

Ipovisione lieve: residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con la migliore correzione; residuo perimetrico binoculare inferiore al 60%.



Ipovisione

Per ipovisione ci si riferisce a riduzioni gravi della funzione visiva che non possono essere eliminate per mezzo di:

- ❑ lenti correttive
- ❑ interventi chirurgici
- ❑ Terapie

IPOVISIONE CLASSIFICAZIONE

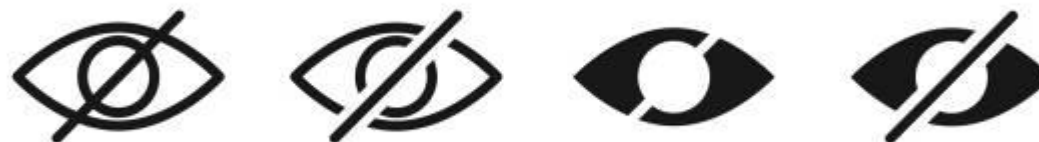
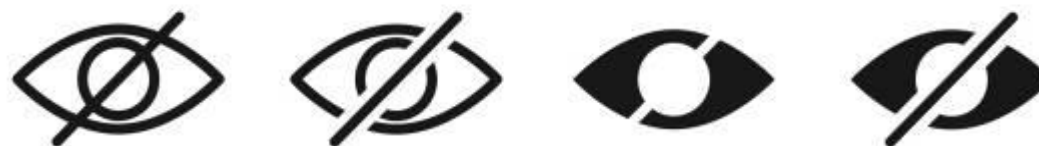
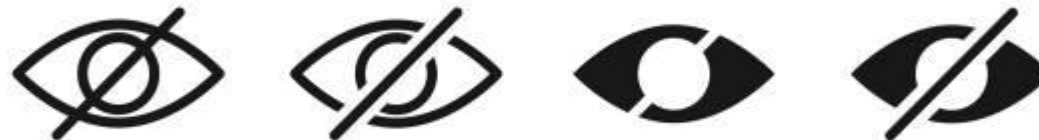
- ✓ **Ipovisione centrale** e in questo caso la persona che guarda vede una macchia centrale, ma ha una buona visione periferica.
- ✓ **Ipovisione periferica**, vede solo una piccola zona centrale e non l'esterno.



Deficit visivi

Cieco congenito: *gli schemi o rappresentazioni mentali dello spazio sono mediati dall'udito e dal tatto e movimento e contengono informazioni più consone a tali modalità sensoriali.*

L'ipovedente ed il cieco tardivo (dopo i 3 anni), *invece, possiedono schemi ed immagini spaziali derivanti dall'esperienza visiva. Risultano essere, quindi, più ricchi di informazioni sulla realtà esterna, ed avranno conseguentemente maggiore capacità di movimento, di esplorazione e di identificazione degli oggetti.*



Caratteristiche dell'alunno non vedente: LA SCUOLA

La mancanza della vista porta ad una limitazione nel campo dell'esperienza



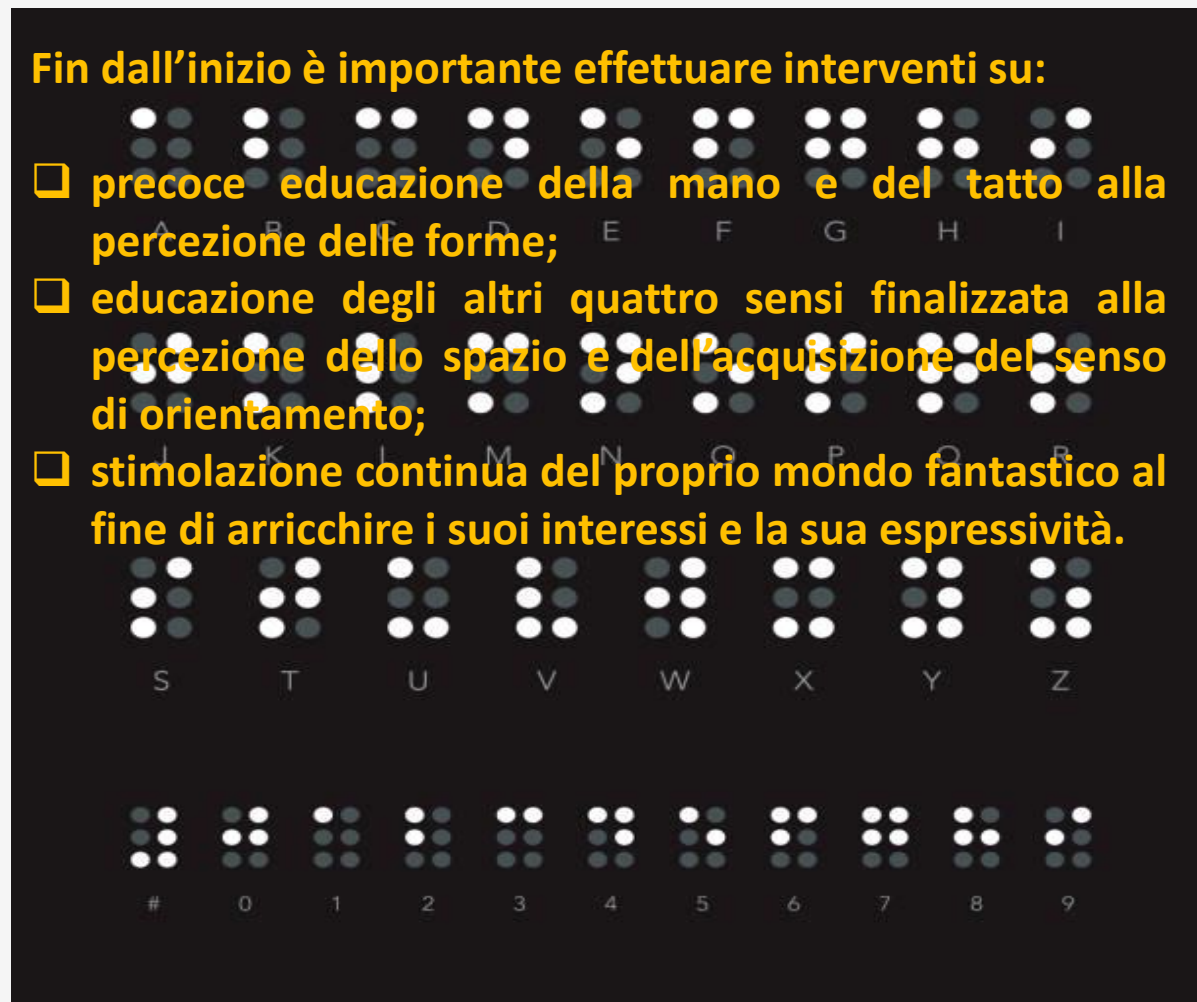
Di conseguenza: ritardo nella costruzione dei processi mentali

L'esplorazione e dunque la conoscenza degli oggetti e dello spazio circostante, avviene attraverso lo stimolo visivo.

Per favorire l'esplorazione del bambino non vedente, egli dovrà pertanto essere opportunamente stimolato.

Fin dall'inizio è importante effettuare interventi su:

- precoce educazione della mano e del tatto alla percezione delle forme;**
- educazione degli altri quattro sensi finalizzata alla percezione dello spazio e dell'acquisizione del senso di orientamento;**
- stimolazione continua del proprio mondo fantastico al fine di arricchire i suoi interessi e la sua espressività.**



Lo spazio

E' importante fare attenzione all' organizzazione degli spazi di vita del ragazzo così da renderli percettivamente accessibili e inclusivi.

IN CLASSE:

- ❑ *collocare i banchi in una determinata posizione ,sarà priorità dell'insegnante accertarsi che la struttura della classe sia sempre la stessa;*
- ❑ *collocare i materiali di lavoro in appositi spazi da non modificare;*
- ❑ *limitare le situazioni che ostacolano il movimento;*
- ❑ *accompagnare più volte il bambino nell' esplorazione dell'aula anche quando non ci sono i bambini (esplorazione anticipata).*



FUORI CLASSE

- ✓ *Identificare punti salienti*
- ✓ *Accompagnare più volte il bambino nell' esplorazione dell'aula anche quando non ci sono i bambini*
- ✓ *Creazione percorsi sensoriali*
- ✓ *Riferimenti tattili*
- ✓ *Oggetti-Segnale*
- ✓ *Codice Simbolico*
- ✓ *Mappe Tattili della struttura*

Strategie didattiche

Alla scuola secondaria l'obiettivo prioritario è il raggiungimento del massimo livello di autonomia, intesa in tutte le sue sfaccettature:

GESTIONALE E STRUMENTALE;

capacità di utilizzare e scegliere autonomamente lo strumento più adeguato per quell'attività;

SITUAZIONE MOTORIA;

capacità di spostarsi in ambienti noti e meno noti con gli strumenti di mobilità a sua disposizione;

PERSONALE;

capacità di svolgere tutte le attività di vita quotidiana relative all'igiene, abbigliamento, alimentazione.

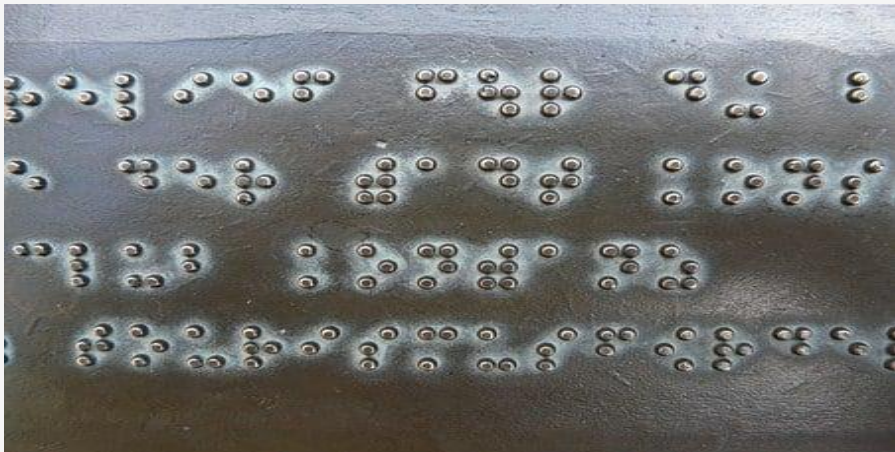
Altro obiettivo importante è quello dell'accettazione della propria disabilità che implica la consapevolezza delle limitazioni ad essa conseguenti e delle possibilità-potenzialità residue, la capacità di affrontare frustrazioni insuccessi nonché l'allargamento dei propri orizzonti al sociale (ad esempio: attività sportive ed extrascolastiche).



Strategie didattiche

SUSSIDI TIFLODIDATTICI

Sono pensati e realizzati per facilitare l'apprendimento concreto, e non puramente verbalistico, delle diverse discipline; per agevolare le rappresentazioni mentali; rinforzare la concretezza delle esperienze; ridurre la distanza conoscitiva tra il bambino e il mondo circostante, soprattutto nelle situazioni difficili da esperire direttamente.



IL BRAILLE

Il Braille è sistema di scrittura e lettura in rilievo per non vedenti. Esso si basa sulla combinazione di sei punti (per l'informatica otto) in rilievo percepibili al tatto corrispondenti alle lettere dell'alfabeto, ai segni di interpunzione, ai simboli matematici e alla segnografia musicale (64 segni).

La sola **COMUNICAZIONE ORALE** non porta ad uno sviluppo delle competenze di codifica ed elaborazione del pensiero, di valutazione della correttezza ortografica, lessicale e semantica.



È con la **LETTURA** e la **SCRITTURA** (bambino vedente e non) dà corpo al pensiero lo ferma e attiva i canali della comunicazione intersoggettiva

Deficit uditivo

“Il bambino/ragazzo con deficit uditivo è quello la cui acuità uditiva non è sufficiente a permettergli di imparare la sua lingua, di partecipare alle normali attività della sua età, di seguire con profitto l’insegnamento scolastico generale” (OMS)

LIVELLI DI DEFICIT

LIEVE: con perdita tra 20 e 40 decibel

MEDIO: con perdita tra 40 e 70 decibel

GRAVE: con perdita tra 70 e 90 decibel

PROFONDO: > 90 decibel

Secondo i parametri fissati dal Biap (Bureau International d’Audiophonologie)

DEFICIT Uditivo: CLASSIFICAZIONE

- PROFONDITA’ E FREQUENZA
- NATURA
- EZIOLOGIA

CLASSIFICAZIONE FREQUENZA

- ✓ Il deficit colpisce soprattutto i toni alti
- ✓ Il deficit colpisce soprattutto i toni bassi
- ✓ Il deficit risulta identico qualunque sia la frequenza

CLASSIFICAZIONE SU BASE EZIOLOGICA

- ✓ Sordità congenita: presente fin dalla nascita può avere origine genetica (50%) o da complicazioni insorte durante gravidanza o derivare da complicazioni insorte durante il parto e quindi di origine neonatale (20%)
- ✓ Sordità acquisita durante l’infanzia a causa di malattie infettive
- ✓ Sordità dovuta a cause sconosciute (36%)

Come intervenire, quali difficoltà

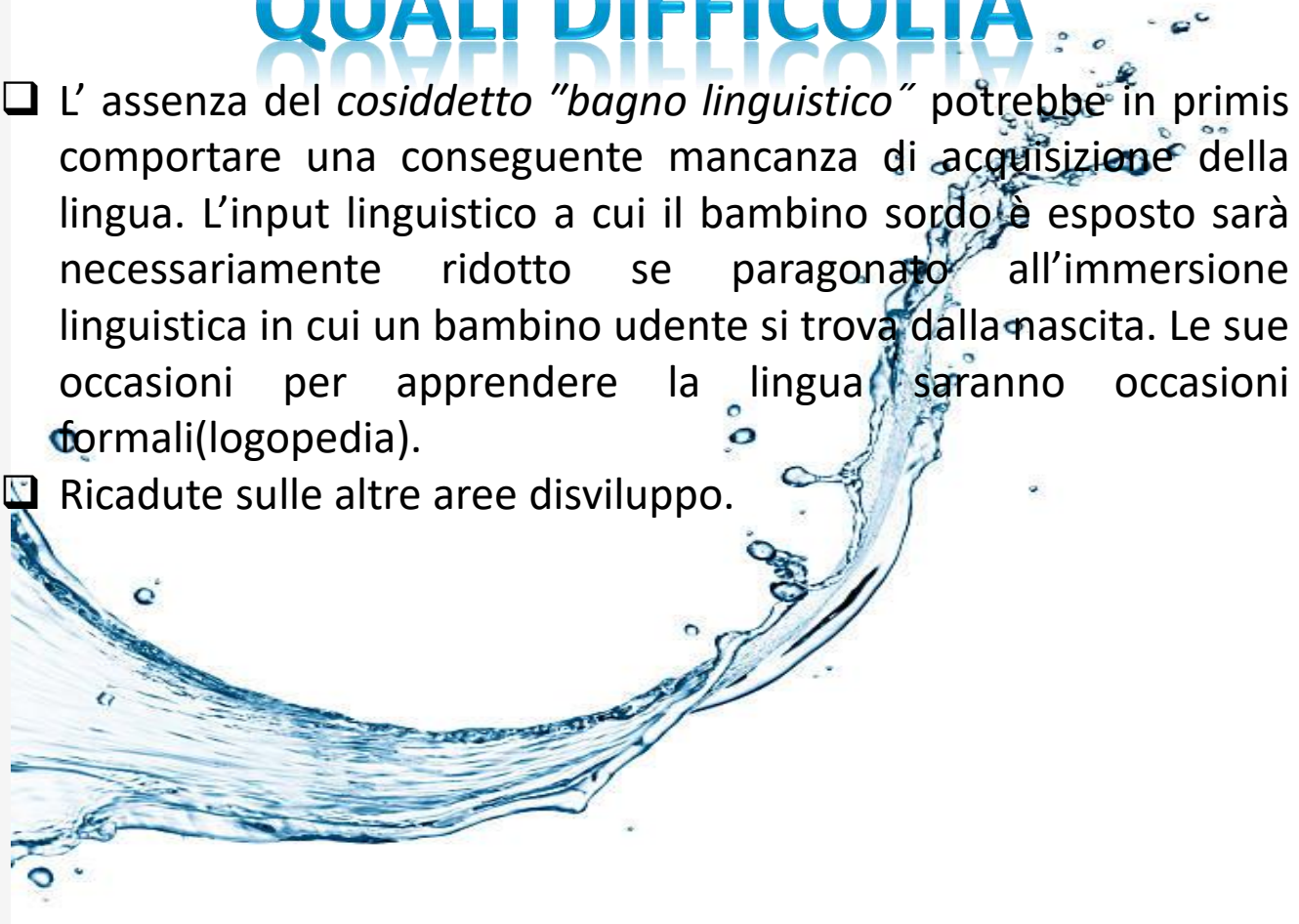
COME INTERVENIRE

- ❑ Si può agire mediante l'utilizzo di **protesi acustiche (tradizionali analogiche o digitali)** che amplificano i suoni favorendo la funzionalità cocleare residua.
- ❑ In caso di sordità profonde si può scegliere di agire chirurgicamente mediante **l'impianto cocleare** sistema tecnologia che è un ad alta che stimola con impulsi



QUALI DIFFICOLTÀ

- ❑ L'assenza del *cosiddetto "bagno linguistico"* potrebbe in primis comportare una conseguente mancanza di acquisizione della lingua. L'input linguistico a cui il bambino sordo è esposto sarà necessariamente ridotto se paragonato all'immersione linguistica in cui un bambino udente si trova dalla nascita. Le sue occasioni per apprendere la lingua saranno occasioni **formali (logopedia)**.
- ❑ Ricadute sulle altre aree di sviluppo.



Approcci educativi

Tre approcci possibili:

Oralismo: ha come obiettivo l'insegnamento della lingua vocale, si basa sulla tempestiva protesizzazione, sulla precoce terapia logopedica, sulla stimolazione uditiva, sulla lettura labiale e approccio repentino alla lingua scritta. ***Viene escluso l'utilizzo della lingua dei segni.***

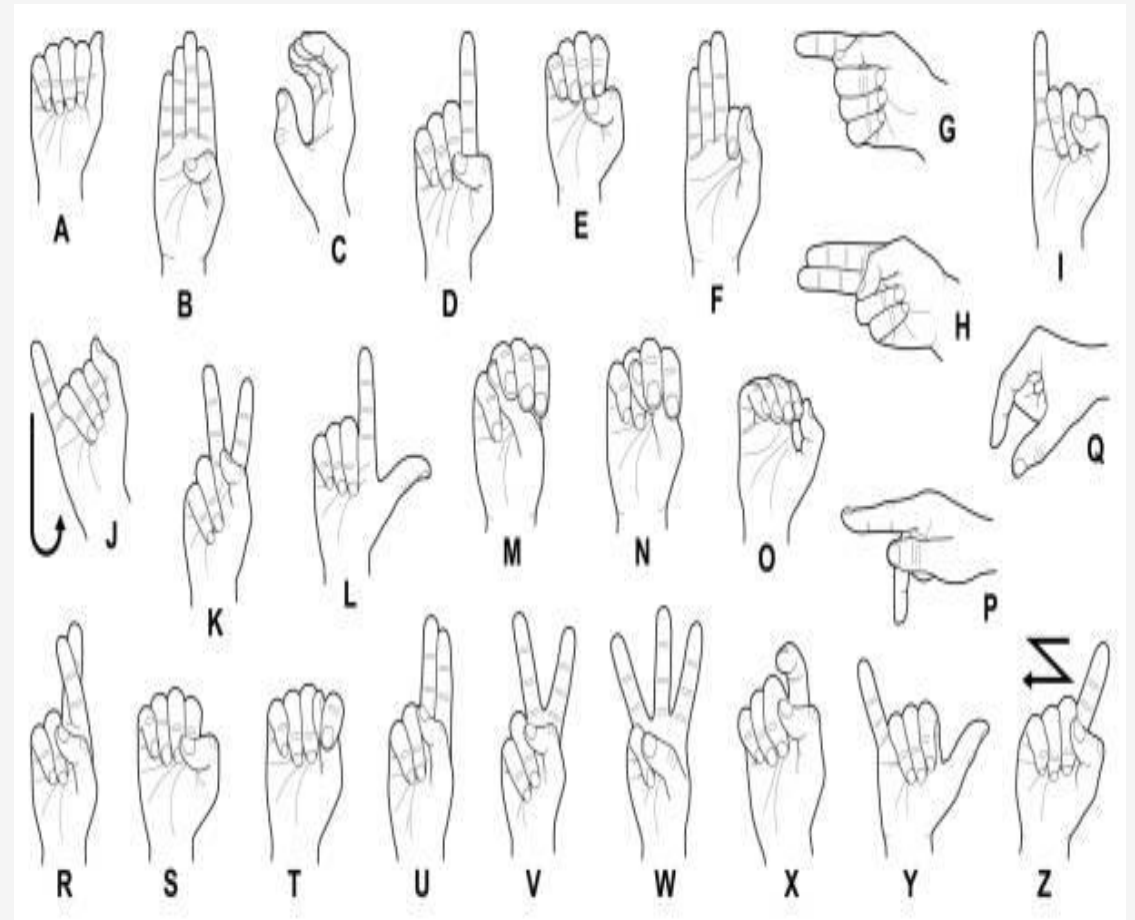
Metodo Bimodale: un metodo misto che si basa sull'utilizzo ***dell'italiano segnato (IS) e dell'italiano segnato esatto (ISE)*** combinando l'espressione acustico- verbale con l'utilizzo dei segni: i segni non seguono la struttura frasale propria della LIS, ma si appoggiano alla sintassi dell'italiano.

Bilinguismo: Si fonda sul principio che la modalità comunicativa visivo- gestuale, a differenza di quella acustico-vocale, è appresa naturalmente dal bambino sordo, con gli stessi tempi e tappe di acquisizione del linguaggio vocale nel bambino udente.



Lingua dei segni

- ❑ *La Lingua dei Segni, è una lingua che viaggia sul canale visivo-gestuale e non uditivo come le lingue orali, viene usata dalle persone sorde e da tutta la comunità Sorda, ovvero tra sordi comunicano principalmente nella loro lingua naturale: segnando.*
- ❑ *La lingua dei Segni si differenzia dai gesti che usano abitualmente la gente in quanto i loro simboli corrispondono ad un sistema di regole grammaticali, sintattiche, pragmatiche precise che mutano nel tempo e che i membri di una comunità condividono ed usano per diversi scopi.*
- ❑ *Con le lingue dei Segni si può comunicare di ; è una lingua che possiede all'interno i suoi linguaggi, formali ed informali, ha i propri modi dire caratteristici appropriati al contesto sociale e culturale*



Didattica, strategie

LA DIPENDENZA DELLE PERSONE SORDE DAL LINGUAGGIO VISIVO (scritto, segnato o letto sulle labbra)



FA SÌ CHE IL PROCESSO DI APPRENDIMENTO SI INTERROMPA TUTTE LE VOLTE CHE VIENE INSERITA UNA NUOVA FONTE DI INFORMAZIONE (sempre visiva)



AUMENTANDO COSÌ IL CARICO DELLA MEMORIA DI LAVORO E LO SFORZO METACOGNITIVO

*Le difficoltà maggiori sono nella comprensione del testo, quando a una parola correttamente pronunciata **non si sa attribuire un significato.***



Si deve puntare al miglioramento della competenza linguistica attraverso un'esposizione alla lingua scritta non impoverita.



Gli insegnanti saranno moltiplicatori di esperienze per il ragazzo proponendo e riproponendo in momenti diversi (la ripetizione consolida il lessico), oggetti, attività, espressioni verbali e non verbali su cui il ragazzo costruirà la propria comunicazione.

Didattica, strategie

La strategia da utilizzare non deve avere come punto ✓ centrale il deficit uditivo, ma al contrario l'integrità del canale visivo.



USO DI MATERIALE MULTIMODALE a scuola uso della **LIM**



- ✓ Il ragazzo dovrebbe imparare autonomamente a consultare dizionari visuali, mappe mentali e concettuali, glossari, schemi e strumenti ad alta tecnologia.
- ✓ Gli strumenti a bassa o alta tecnologia devono essere intesi come opportunità di moltiplicare l'approccio didattico e non come strumento compensativo.
- ✓ Privilegiare le rappresentazioni visive che bypassino il linguaggio verbale (grafici, insiemi, oggetti, regoli, linee dei numeri).
- ✓ Altra difficoltà potrebbe rappresentare la sequenza temporale. Per insegnare le coordinate temporali si può sfruttare il movimento nello spazio avvalendosi di linee del tempo o strisce del tempo.
- ✓ In matematica non mostrano difficoltà nelle procedure di base del calcolo, ma nella verbalizzazione delle operazioni svolte o nella memorizzazione di numeri complessi.
- ✓ Scegliere libri con: chiari indici testuali e buona organizzazione/ supporti visivi coerenti/glossari, riassunti, mappe di supporto allo studio autonomo/contenuti multimediali accessibili, con trascrizioni di contenuti audio video sottotitolati.





«Ho bisogno di Te come del pane! Spengimi gli occhi, ed io ti vedo ancora; rendimi sordo, e sento la tua voce»

Rainer Maria Rilke



Caro corsista grazie per la partecipazione al nostro corso di formazione!

Ci piacerebbe avere la tua opinione in merito allo svolgimento del corso.

Ecco il link per accedere al nostro questionario di gradimento.

A PRESTO! Lo staff Formazione La Scuola

