



Alunni con disabilità intellettiva grave e gravissima

Corso SOS sostegno 2019/2020
CTS-CTI VARESE



Legge 104, Art.3, comma 3

“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione **assume connotazione di gravità**”



Facciamo chiarezza...

- **Malattia:** condizione, evento che determina il cambiamento dello stato di salute; può essere reversibile o irreversibile
- **Menomazione:** qualsiasi perdita o anormalità di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica
- **Disabilità:** conseguenza pratica della menomazione; indica ciò che si è in grado di fare o non fare e riguarda la sfera delle attività
- **Handicap:** è un fenomeno sociale, una condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o disabilità che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale

Lavorare con l'handicap è diverso che lavorare con la disabilità.

La scuola deve attivarsi culturalmente e socialmente per evitare l'handicap.



Disabilità: una definizione

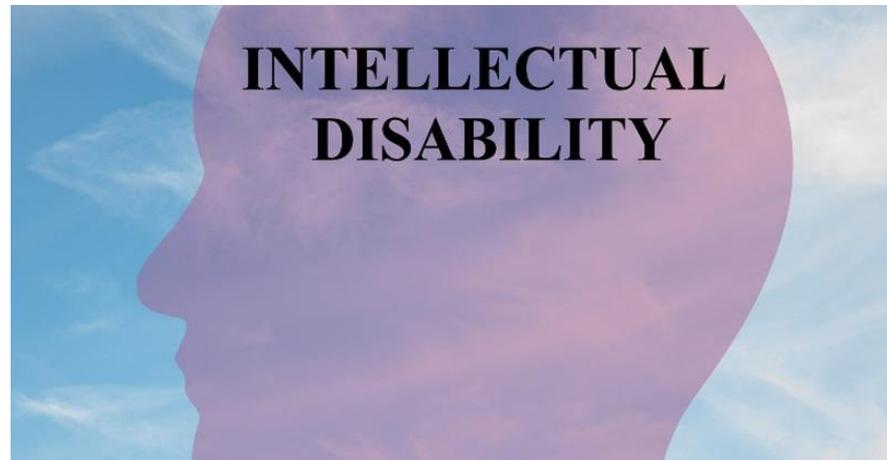
La **disabilità** è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

La disabilità può essere di tre tipi:

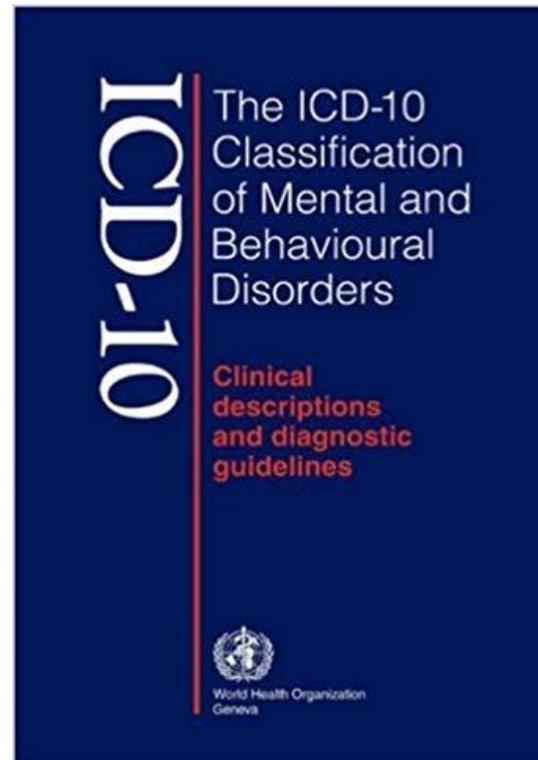
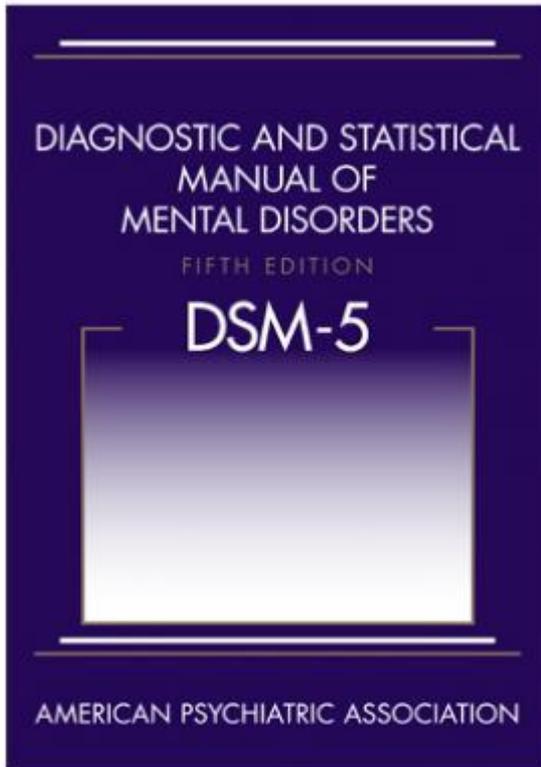
- fisica
- psichica
- sensoriale



Nel nostro incontro ci occuperemo più specificatamente della disabilità psichica



Classificazioni nosografiche





Ritardo mentale

VS

Disabilità intellettuale



Nel DSM-5 il termine “ritardo mentale” è stato ufficialmente sostituito da “disabilità intellettiva” (disturbo dello sviluppo intellettivo).

Il nuovo termine del DSM-5 fa riferimento ad un disturbo con insorgenza nell’età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.



La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)

Definizione

Funzionamento intellettivo generale significativamente al di sotto della media, che è accompagnato da limitazioni nelle seguenti aree:

- funzionamento adattativo,
- comunicazione,
- cura della persona,
- vita in famiglia,
- capacità sociali,
- uso delle risorse della comunità,
- autodeterminazione,
- capacità scolastiche, lavorative, tempo libero,
- salute e sicurezza.



Per poter formulare la diagnosi in accordo al DSM 5 devono venir soddisfatti i seguenti 3 criteri:

- **A. Deficit delle funzioni intellettive**, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.
- **B. Deficit del funzionamento adattivo** che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale.
Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità.



- **C. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.**
Precedenti l'ingresso a scuola e caratterizzati da deficit di sviluppo che producono compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o occupazionale.

Il range di deficit spazia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento e del controllo delle funzioni esecutive ad una compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza.

I disturbi del neurosviluppo si presentano a volte insieme: per esempio individui con autismo hanno spesso anche disabilità intellettiva e molti bambini con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività hanno spesso anche un disturbo specifico dell'apprendimento.



Gradi di disabilità intellettiva

DSM 5

Il disturbo è stato collocato in un aggruppamento denominato “disturbi del neurosviluppo”.
Possono essere specificati

4 diversi gradi di ritardo intellettivo:

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

ICD - 10

La definizione di ritardo mentale comprende **quattro tipologie** che si caratterizzano per livelli diversi di efficienza intellettiva rilevata ai test psicometrici (QI) e livelli diversi di autonomia:

- **lieve:** QI compreso tra circa 50 e 69
- **moderato:** QI compresi tra 35 e 49
- **severo:** QI compreso tra 20 e 34
- **profondo:** QI inferiore a 20



DSM 5

Ritardo lieve: è difficilmente evidenziabile nei primi anni di vita, questo perché nei bambini così piccoli le difficoltà motorie, prassiche e linguistiche non sono molto visibili, inoltre la compromissione in queste aree è lieve e non facilmente distinguibile dalle capacità dei bambini senza ritardo fino ad una età più avanzata.

ICD - 10

Ritardo lieve: difficoltà di apprendimento nelle materie scolastiche.
(in età adulta l'età mentale varia da 9 ai 12 anni)
In età adulta, spesso capaci di svolgere un lavoro, mantenere buone relazioni sociali e dare un contributo attivo all'organizzazione sociale.



DSM 5

Ritardo medio: le persone affette da tale patologia, anche da adulte, difficilmente oltrepassano un'età mentale di 5-7 anni.

Presentano discrete capacità comunicative e con supervisione possono provvedere alla cura della propria persona e allo svolgimento di lavori semplici.

I soggetti hanno relativa autonomia nei luoghi familiari e possono discretamente adattarsi alla vita nel contesto sociale, imparando magari a spostarsi senza aiuto impiegando mezzi pubblici (ma solo se precedentemente abituati).

ICD - 10

Ritardo moderato: marcato ritardo nello sviluppo nell'infanzia, ma la maggior parte dei bambini può sviluppare alcune autonomie nella cura di sé, nella comunicazione e nelle abilità scolastiche.



DSM 5

Ritardo grave: l'età mentale dell'individuo, in genere, si ferma ai 2-3 anni. Lo sviluppo psico-motorio è acquisito con notevole ritardo e solitamente imparano a camminare verso o in seguito ai 24 mesi presentando anche durante la crescita goffaggine motoria. Quindi, anche da adulti hanno difficoltà ad eseguire delle prestazioni motorie.

I livelli del linguaggio sono minimi o assenti, per lo più presenta l'olofrase tipica del periodo senso - motorio ma durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e ad acquisire capacità per riconoscere parole semplici legate ai bisogni primari.

ICD - 10

Ritardo severo: (in età adulta un'età mentale compresa tra 3 e 6 anni).

Richiedono sostegno in modo continuato.



DSM 5

Ritardo gravissimo: il soggetto presenta una età mentale inferiore ai 2 anni e non è in grado di svolgere le principali funzioni della vita quotidiana.

La vita di relazione è per lo più ridotta.

Il linguaggio per lo più assente o fortemente compromesso con non più di 10/20 parole comprensibili con difficoltà.

La necessità di sostegno è pervasiva, occupa tutta la durata della vita e deve essere continua.

ICD - 10

Ritardo profondo: (in età adulta mentale inferiore a 3 anni).

Hanno limitazioni rilevanti nel prendersi cura di sé, nel controllo sfinterico, nella capacità di comunicazione e nell'autonomia motoria.

ICF - approccio BIO-PSICO-SOCIALE

(Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute)





L' Organizzazione Mondiale della Sanità, il 22 maggio 2002, ha approvato una nuova *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute* denominata *ICF*: i tre termini portanti della precedente versione (menomazione, disabilità, handicap) sono stati sostituiti da: *funzioni e strutture corporee, attività, partecipazione*.

- Nel primo ambito, concernente ***funzioni e strutture corporee***, sono raggruppate le classificazioni relative alle funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche) e alle parti anatomiche del corpo.
- Nel secondo ambito riguardante le ***attività*** sono raggruppate le classificazioni relative all'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo
- Nel terzo ambito riguardante la ***partecipazione*** sono raggruppate le classificazioni relative ai livelli di coinvolgimento in situazioni di vita concrete e normali.
- Questa nuova classificazione cerca di porre in primo piano le capacità del singolo e le sue possibilità di partecipazione sociale.
Da una parte si devono evidenziare le abilità di tutti gli individui – anche disabili-, dall'altra occorre guardare con più ottimismo alla società.



Le cause della disabilità intellettiva

Genetiche (40%)

- Anomalie strutturali
- Cromosomiche

Biologiche

- Prenatali, Perinatali
- Postnatali

Ambientali 15-20%

OMS “Oggi la Disabilità Intellettiva occupa una posizione di rilievo tra i problemi nascosti della salute mondiale ed il divario tra offerta di servizi e bisogni insoddisfatti è diventato incalcolabile”



Cause GENETICHE

- ❖ **Alterazioni cromosomiche**
- ❖ **Disfunzioni**
- ❖ **Disfunzioni endocrine**
- ❖ **Alterazioni a etiologia multipla**
(interazione tra fattori genetici ed ambientali)



Cause **BIOLOGICHE**

- ❖ **Fattori PRENATALI:** alterazioni a carico dell'embrione e del feto dovute a malattie infettive (rosolia, HIV, ecc.) o assunzione di farmaci o droghe
- ❖ **Fattori PERINATALI:** prematurità, postmaturità, insufficienza placentare e traumi da parto
- ❖ **Fattori POSTNATALI:** eventi morbosi che danneggiano l'encefalo e si verificano nel primo anno di vita (encefaliti, traumi o incidenti vascolari, ecc.)



Cause AMBIENTALI

- Condizioni ambientali affettivamente e culturalmente poco stimolanti.
- A parità di compromissione organica, la qualità dell'ambiente influisce sull'efficienza intellettuale, sulla capacità di adattamento e sulla qualità di vita del soggetto.
- **L'INFLUENZA AMBIENTALE SUL QI PUÒ ESSERE NOTEVOLE.**

**L'INTERVENTO
CLINICO, TECNOLOGICO
E RIABILITATIVO**



ELIMINA O RIDUCE



IL DEFICIT

**L'INTERVENTO
SCOLASTICO, L'AZIONE
DELLA FAMIGLIA E
L'ATTO EDUCATIVO**



EVITA



L'HANDICAP



Riflessioni...

- Come sto o come potrei stare con un bambino/bambina con disabilità intellettiva grave e gravissima?

- Quali difficoltà e quali risorse metto in campo?

- Come sto se è presente anche una disabilità fisica?

- Cambia qualcosa?



Possiamo domandarci...

- ❖ Come funziona il bambino?
- ❖ Quali sono le sue capacità?
- ❖ Quali sono le sue performance nelle attività di vita quotidiana? (famiglia, scuola)
- ❖ Come funziona lo sviluppo delle sue capacità in ruoli e situazioni diverse?
- ❖ Quali sono le condizioni e le circostanze che favoriscono gli apprendimenti e lo sviluppo delle capacità?



- Quando ci chiediamo: “Perché proprio tutti i bambini, anche quelli con ritardo mentale grave, dovrebbero frequentare le classi normali?”, poniamo una domanda fondamentale sbagliata.
- Lo stesso avviene quando ci domandiamo: “Che benefici potrà trarre un bambino talmente grave da non avere neppure il controllo degli sfinteri nel frequentare la scuola insieme agli altri bambini della sua età?”.
- L’unica domanda che invece ci dovremmo porre è: “Che cosa bisogna fare perché questo bambino possa frequentare bene la stessa classe dei suoi coetanei?”.
- E’ con questo interrogativo, infatti, che dirigiamo la nostra attenzione e le nostre energie su ciò che è più importante: come sostenere tutti gli alunni senza distinzione, in una classe che accolga e integri tutti.



All'alunno con disabilità intellettiva grave e gravissima occorre garantire:

- Un aspetto di socializzazione
- Assistenza psicopedagogica
- Assistenza di un insegnante per il sostegno
- Percorso individualizzato



Ci sono almeno due modi di considerare la gravità:

- **Negativo:** questo ragazzo è proprio grave, è totalmente dipendente dall'adulto, non sa far niente, capisce poco o nulla, il massimo che ci si può aspettare è che riesca in qualche modo a sopravvivere. Il danno è irreversibile, perciò incurabile. La compromissione è tale che nessuno può far niente.

Conseguenze: basso livello di aspettative, basso livello di richieste, linguaggio ridotto all'essenziale



- Positivo: parto dal principio che anche il grave ha una mente, delle capacità residue; questo ragazzo è sì grave, ma qualcosa dentro di lui c'è ed è almeno in grado di compiere un movimento, un gesto, un sorriso, prova delle emozioni.

Questo è ciò che abbiamo davanti, quello da cui possiamo partire: non è molto, ma è sempre meglio di niente.

Conseguenze: aspettative positive, linguaggio ricco accompagnato da gesti, ricerca di linguaggi alternativi e di obiettivi che peschino non solo nel cognitivo, ma che mirino anche a migliorare la qualità della vita dell'alunno disabile, facendo crescere autosufficienza e autonomia.



- Il ruolo degli insegnanti si esplica nel ricercare la mediazione didattica adatta a rendere facile ciò che appare difficile, a far scendere le materie dell'alto delle nuvole al basso della vita di ogni giorno.



Video

- L'integrazione scolastica è per tutti, senza esclusione alcuna.
- La situazione di gravità non può essere considerata irreversibile, specie nel corso dell'età evolutiva. Molte ricerche confermano che l'integrazione è possibile, con grande vantaggio per tutti.
- “Non c'è un'età per diventare autonomo. Lo si diventa man mano che si cresce e si impara a fare da soli qualcosa in più del giorno prima”



- Che cos'è per gli alunni con disabilità grave o gravissima l'apprendimento?
- Occorre partire dalle potenzialità residue, dalle competenze, dalle abilità già possedute.
- Non si deve partire dal programma ma dall'allievo; l'attenzione va centrata sui suoi bisogni di apprendimento; l'insegnamento è efficace se coglie più gli aspetti apprenditivi che quelli fruiti da ricette pedagogiche precostituite.
- Un sistema inclusivo considera l'alunno protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti.



Aspetti Metodologici ed Organizzativi

- In particolare sono considerati come elementi prioritari della progettazione didattica di tutti gli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado:
1. la **COMUNICAZIONE**, sulla base della convinzione che ogni persona con disabilità severa o plurima può comunicare e che le forme di comunicazione utilizzate possono essere molteplici (posture, mimica del viso, gestualità, suoni, lingue, codici di Comunicazione Aumentativa Alternativa) le opportunità di comunicazione offerte dai progetti personalizzati devono essere motivanti, contestualizzati e riferiti alle esperienze e ai vissuti di ciascuno;



2. la **DIDATTICA LABORATORIALE** intesa come spazio di relazione, creatività, autonomia, spontaneità e originalità.

3. La “**DIDATTICA POTENZIATA**”, intesa come risposta ai bisogni di ciascuno e come offerta contemporanea di prospettive di crescita per tutti.

4. La **RELAZIONE EDUCATIVA**, garantita all’interno della progettazione individualizzata, racchiude in sé l’occasione irrinunciabile per ciascuno (adulto e bambino) di crescita, conoscenza, apertura, affidamento, riconoscimento dell’altro, motivazione, consapevolezza, affermazione del sé, mediazione, socializzazione, integrazione dei linguaggi, apprendimento, espressione, comunicazione.

“Spesso gli amici mi chiedono come faccio a far scuola.... Sbagliano la domanda, non dovrebbero preoccuparsi di *come bisogna fare scuola*, ma solo di *come bisogna essere* per poter far scuola....”

“Non c’è nulla che sia più ingiusto che far parti uguali fra disuguali”



Don Milani