



Ciò che conosco mi fa meno paura

Breve analisi di alcune delle più diffuse patologie di handicap



CIO' CHE CONOSCO MI FA MENO PAURA.

Breve analisi di alcune delle più diffuse tipologie di Handicap.

A cura di **dott.sa Anna Mangifesta**

Psicologa dirigente

Centro Neuropsichiatria Infantile

ASreM CAMPOBASSO

HANDICAP: definizione corrente

Il termine *handicap* deriva dall'inglese: nel linguaggio sportivo indica uno svantaggio assegnato ai campioni per rendere più interessante una gara.

Il termine *handicappato* viene usato correntemente come sinonimo di disabile. Recentemente il termine *handicappato* è stato contestato e se ne è proposta la sostituzione con eufemismi sociali come "*diversamente abile*" o "*diversabile*".

Handicap: definizione clinica

La definizione clinica dell'handicap comunemente accettata si deve all'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**.

Essa distingueva tre livelli:

- **Menomazione**, cioè perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica.
- **Disabilità**, cioè limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare, lavorare).
- **Handicap**, cioè la condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità.

Il termine “handicap” in medicina indica comunque una situazione patologica irreversibile.

ICDH: la classificazione delle disabilità

Sulla base di questi criteri è stata redatta una classificazione delle disabilità:

ICIDH - Disabilità

1. Disabilità nel comportamento
2. Disabilità nella comunicazione
3. Disabilità nella cura della propria persona
4. Disabilità locomotorie
5. Disabilità dovute all’assetto corporeo
6. Disabilità nella destrezza
7. Disabilità circostanziali
8. Disabilità in particolari attività
9. Altre restrizioni all’attività

ed una classificazione dell’handicap:

ICIDH - Handicap

1. Handicap nell’orientamento
2. Handicap nell’indipendenza fisica
3. Handicap nella mobilità
4. Handicap occupazionali
5. Handicap nell’integrazione sociale
6. Handicap nell’autosufficienza economica
7. Altri handicap

ICF: la nuova classificazione dell’OMS

Dal 1999 l’Oms ha proposto una nuova classificazione l’ *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)*, per descrivere e misurare la salute e le disabilità.

L’ICF sostituisce i termini *menomazione, disabilità e handicap*, con altri termini che fanno riferimento ad uno stato più generale di “salute”, raggruppandoli in:

- dominio della salute (, che comprende il vedere, udire, camminare, imparare e ricordare)
- dominio ‘collegato’ alla salute (che include mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale e simili).

L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma è applicabile a qualsiasi persona che si trovi in qualsiasi condizione di salute, dove vi sia la necessità di valutarne lo stato di "salute" a livello corporeo, personale o sociale.

Con questo strumento l'individuo viene esaminato sulla base di griglie che privilegiano le *capacità residue* rispetto al danno e sottolineano come *le difficoltà* della persona siano *aggravate o facilitate dal contesto ambientale*.

Anche nelle classificazioni di tipo sanitario troviamo un progressivo sforzo di avvicinamento alla persona ed una maggiore attenzione all'ambiente in cui è inserita. Sempre più si è sottolineata l'importanza del contesto ambientale e relazionale nel favorire o condizionare lo sviluppo ed il benessere dell'individuo.

Si è passati da una concezione di tipo meccanicista (l'uomo visto come una macchina, un'insieme di apparati che svolgono specifiche funzioni) ad una concezione di tipo biologico relazionale: l'uomo è un *organismo vivente* che nasce, cresce, evolve in uno scambio continuo con l'ambiente e nella relazione con i suoi simili.

Il professor Sabatini, neuropsichiatra infantile recentemente scomparso, diceva che dovremmo pensare a queste persone come *guarite* e non come *malate* perché l'handicap è l'*esito*, cioè il risultato di una malattia che è stata superata.

Per restare nell'ambito di una classificazione di tipo corrente, basata sul concetto di *patologia*, cioè di malattia possiamo dividere i deficit in tre grandi categorie :

Handicap fisici

Handicap psichici

Handicap sensoriali

Gli handicap fisici: sono patologie di origine traumatica, congenita, o genetica che determinano impedimenti più o meno gravi a carico del normale sviluppo fisico dell'individuo, compromettendone a vari livelli l'autonomia.

Gli handicap psichici: sono patologie di origine traumatica, congenita o genetica, che compromettono gravemente e *in modo irreversibile* le capacità cognitive, intellettive e relazionali della persona o ne limitano pesantemente le capacità di adattamento e relazione.

Gli handicap sensoriali: sono patologie di origine traumatica, congenita, genetica o infettiva che determinano deficit parziali o totali a carico delle funzioni visive uditive e tattili. I deficit sensoriali possono essere dovuti a un danno centrale, cioè localizzato nell'encefalo (cervello), o periferico, cioè localizzato nell'organo.

DOBBIAMO RICORDARE CHE:

Spesso una patologia determina una compromissione a più livelli e quindi all'handicap fisico si associa quello psichico o sensoriale o ad entrambi. Alcune malattie sono caratterizzate dalla presenza di menomazioni tipiche ed associate, si parla allora di *sindromi*.

Di alcune patologie non conosciamo ancora l'origine (eziologia) e di alcune non conosciamo il successivo sviluppo (prognosi).

Alcuni *disturbi*, pur non essendo classificati come handicap dal punto di vista clinico, perché considerati *reversibili* o *compensabili*, se hanno carattere di particolare gravità, possono compromettere l'autonomia o le capacità relazionali dell'individuo e determinare il ricorso a particolari sussidi o accorgimenti a supporto della persona, per favorirne l'adattamento e l'inserimento.

Possiamo quindi concludere che non esiste la categoria *handicap*, ma tanti *tipi di handicap*, anzi *persone con handicap* ed ognuna di loro ha una propria storia, una sensibilità, e pone a noi, che ci riteniamo *normali*, una serie di problemi e di interrogativi rispetto alla nostra capacità di interagire con loro e di facilitarli o meno le relazioni con noi e con gli altri.

COSA ACCADE A SCUOLA?

A scuola possiamo trovarci, concretamente, a dover operare con ragazzi con:

HANDICAP MOTORIO

DISTURBI ED HANDICAP DEL LINGUAGGIO

DISTURBI DELLA CONDOTTA

HANDICAP MOTORIO

Colpisce la motricità globale e/o quella fine (es. paralisi spastiche, atassie, goffaggine, maldestrezza, etc.) ed è il più delle volte congenito, cioè presente dalla nascita, ma può anche essere la conseguenza di un trauma (es. incidente stradale).

Determina *incapacità* della persona a svolgere una determinata funzione motoria.

Non è correggibile, ma attraverso la *riabilitazione motoria (fisiochinesiterapia)*, l'eventuale *uso di protesi* (es. tutori, carrozzella, ma anche computer), ed il costruttivo *atteggiamento delle persone che sono intorno*, si può aiutare la persona con H. motorio a raggiungere o a recuperare tutta *l'autonomia possibile*.

Questa tipologia di handicap infatti determina *una evidente limitazione dell'autonomia* dell'individuo.

Il danno alle capacità motorie determina a volte anche *problemi a livello cognitivo* sia in modo diretto (ci può essere una lesione che interessa ad esempio zone del cervello deputate all'elaborazione delle capacità cognitive o della memoria), sia in modo indiretto (le limitate capacità motorie impediscono una *normale attività di esplorazione* e quindi vanno ad incidere sulle *capacità di adattamento* dell'individuo accentuandone la *dipendenza* dagli altri anche per quanto riguarda la conoscenza e l'esplorazione).

Gli handicap motori comportano problemi relativi alle cosiddette *barriere architettoniche* e difficoltà gestionali determinate dall'uso protesi o altri sussidi ortopedici e riabilitativi .

Spesso però ci si trova davanti ad un altro spinoso problema: **CONTROLLO DEGLI SFINTERI, ENURESI ED ENCOPRESI**

Alcune patologie, particolarmente gravi (es. alcuni tipi di spina bifida), determinano l'incapacità di controllare gli sfinteri e quindi condannano la persona con H. a dipendere totalmente da quanti lo assistono.

La funzione escretoria ha anche una potente connotazione psicologica: il controllo degli sfinteri è il primo atto di autonomia del bambino nella relazione primitiva con la madre. Trattenendo le feci può, con i fatti, dire "NO" alla madre, oppure "sporcando" può farle il primo dispetto.

E' quindi importante sapere se la persona con handicap può raggiungere o meno una autonomia in questa funzione.

Pochissime patologie non consentono all'individuo di acquisire la consapevolezza di questa funzione (es. demenza senile) perché oltre al danno motorio dovrebbero essere compromesse anche la sensibilità e la capacità di decifrare le reazioni dell'altro.

Proprio perché questa funzione è una delle più primitive, il bambino, anche quello che ha meno risorse, impara subito ad usarla come comunicazione, *in modo assolutamente non razionale*. Una situazione vissuta come particolarmente ansiogena può determinare una *regressione* anche in un bambino "normale", che può manifestare episodi di enuresi o di encopresi.

I problemi relativi all'area del linguaggio possono determinare problematiche anche molto gravi in ambito scolastico.

DISTURBI ED HANDICAP DEL LINGUAGGIO : Quando parliamo di linguaggio comunemente intendiamo il *linguaggio verbale*, la funzione neuropsicologica più alta del nostro cervello, la capacità che ci distingue dagli altri organismi viventi.

Il linguaggio verbale è per l'uomo lo strumento principe della comunicazione che però avviene anche attraverso altri canali: comunicazione gestuale, posturale, mimica ed anche attraverso l'agito, cioè attraverso il nostro comportamento.

L'insieme delle capacità comunicative alternative e complementari al linguaggio verbale vengono definite *comunicazioni analogiche*.

I *disturbi del linguaggio* compromettono in modo più o meno grave le capacità comunicative dell'individuo.

Disturbi come la *disartria* (disturbo della coordinazione della parola dovuta a lesioni del neurone motore centrale o periferico che impediscono il corretto funzionamento dell'apparato fonatorio) o le *dislalie* (disturbo dell'articolazione del linguaggio dovuto a malformazione o disfunzione degli organi periferici: laringe, denti, labbra, lingua) determinano difficoltà nella *produzione* del linguaggio verbale, mentre non è danneggiata la *capacità di comprensione*.

Un danno congenito a livello della "area del linguaggio", che si ritrova nell'emisfero sinistro del cervello, può determinare una *disfasia* (l'incapacità di imparare parole precise, anche se la persona dimostra chiaramente di comprendere il significato) o addirittura una *afasia* (assenza totale di linguaggio verbale che determina anche una parziale o totale incapacità di comprendere il linguaggio verbale dell'altro).

I deficit del linguaggio compromettono le capacità intellettive dell'individuo nella misura in cui non riesce a decodificare il linguaggio verbale dell'altro (es. comprende solo se le frasi sono brevi, pronunciate lentamente) o non riesce a rappresentare mentalmente nessi logici complessi.

La comunicazione con i bambini affetti da questo handicap deve utilizzare tutti i canali comunicativi possibili, tenendo conto delle limitazioni e del grande sentimento di frustrazione che questo particolare handicap determina in loro.

I problemi più evidenti, in ambito scolastico, e che pongono i maggiori interrogativi agli educatori ed agli adulti, in genere, sono i

DISTURBI DELLA CONDOTTA : I disturbi della condotta determinano il disadattamento del bambino o dell'adolescente in ambito scolastico, familiare ed extrascolastico, hanno spesso come conseguenza l'insuccesso scolastico e mettono in difficoltà gli educatori e gli operatori della scuola.

Possono essere dovuti a particolari condizioni di disagio ed irritabilità soggettiva oppure possono essere comportamenti reattivi a difficoltà di comunicazione e di adattamento (es. un ragazzo con grave deficit del linguaggio, inserito in un contesto scolastico in cui non riesce ad inserirsi e farsi comprendere, reagisce a noia e frustrazione con comportamenti aggressivi ed apparentemente immotivati).

Anche problemi socio ambientali particolarmente gravi (come maltrattamenti, o vicende traumatiche) possono determinare condotte aggressive, disadattamento sociale e disturbi del comportamento perché l'*ansia generalizzata* non consente all'individuo di concentrarsi su attività costruttive (disturbi della memoria e dell'attenzione che incidono anche sull'apprendimento) oppure determina instabilità psicomotoria, irritabilità ed impulsività che spesso si accompagnano ad una scarsa percezione del limite e della regola.

I problemi di cui si parla maggiormente in questi ultimi tempi sono in particolare l'*ADHD* e il fenomeno del *bullismo*.

Alcuni ricercatori e clinici americani ritengono di aver individuato una sindrome, *ADHD*, che determina disturbi della condotta e che avrebbe origine genetica. L'intervento è fondamentalmente di tipo farmacologico, ma il dibattito in campo scientifico è molto vivace e numerosi ricercatori non ritengono valida questa ipotesi.

Il *bullismo* invece, è una particolare modalità di interazione tra bambini o ragazzi, per cui uno è protagonista di atti di aggressione e prevaricazione ed un altro si trova nel ruolo della vittima.

Può essere manifestato da un singolo individuo o da un gruppo, si tratta di un fenomeno sommerso, eppure molto diffuso. E' una forma di prepotenza, in cui un ragazzo sperimenta una condizione di profonda sofferenza, con senso di impotenza, di svalutazione della propria identità e di emarginazione dal gruppo, a causa del comportamento di prevaricazione di un compagno. Gli *atti di bullismo* possono essere sia diretti, attacchi aperti nei confronti della vittima, che indiretti, isolamento sociale ed esclusione intenzionale dal gruppo.

ALCUNI SEMPLICI SUGGERIMENTI : Nel rapporto con i ragazzi in difficoltà è importante ricordare che sono bambini e ragazzi come gli altri e che dobbiamo comportarci nel modo più naturale possibile.

Non dobbiamo farci condizionare dalla percezione che noi abbiamo dell'handicap.

La loro percezione del mondo e della realtà è determinata dalle loro difficoltà. Spesso noi, invece siamo spaventati, turbati, condizionati dalla consapevolezza della nostra inadeguatezza rispetto agli interrogativi che la loro esperienza di vita pone a tutti noi.

Ricordiamo che anche loro, come tutti, hanno bisogno di *chiarezza* e di *sincerità*, di *costanze* e di *stabilità*.

Ricordiamo che tutti i ragazzi, compresi quelli in difficoltà, comprendono molto più di quanto gli adulti siano disposti a riconoscere e quindi evitiamo di fare in loro presenza discorsi che li potrebbero turbare ed adottiamo condotte il più possibile sincere e coerenti.

Cerchiamo di essere espliciti nel parlare dei problemi che li riguardano, pur cercando di non ferirli: a volte fa più male cogliere l'imbarazzo dell'adulto.

APPENDICE

Che cos'è il ritardo mentale

Non esistono definizioni specifiche di cosa sia il "ritardo mentale perché questa patologia si manifesta sotto molteplici forme e può essere determinata da cause diverse. **Si adotta allora un criterio descrittivo.**

Nella prassi scientifica vengono ritenuti in situazione di ritardo mentale i soggetti che hanno prestazioni in un test di intelligenza inferiore al punteggio di 70 in *QI (quoziente intellettuale)* e che a causa di ciò incontrano notevoli difficoltà di adattamento.

Classificazioni del ritardo mentale

Le **classificazioni** più significative si rifanno al **livello di gravità** oppure alle **cause** del ritardo.

Il ritardo mentale può manifestarsi con **diversa gravità**.

Con riferimento alle prestazioni nei test di intelligenza tradizionalmente si distinguono 4 livelli:

- lieve (QI da 55 a 70)
- moderato o medio (QI da 40 a 54)
- grave (QI da 25 a 39)
- profondo (QI < di 25)

Una **seconda modalità di classificazione** considera le **cause** del ritardo mentale, distinguendo innanzi tutto fra **cause di tipo biologico** e cause di **tipo ambientale**.

Cause biologiche : Il ritardo mentale può essere generato da **cause biologiche**.

Può essere infatti dovuto ad anomalie cromosomiche, a danni cerebrali congeniti o a danni cosiddetti "funzionali" perché con le attuali tecniche di esplorazione (TAC, Risonanza magnetica, etc.) non sono rilevabili. Tra le anomalie cromosomiche la sindrome più conosciuta è la sindrome di Down.

Cause ambientali : In letteratura sono famosi casi di ritardo mentale dovuti a gravi carenze ambientali (come l'aver vissuto in uno stanzino per anni o comunque senza cure parentali). In questi casi gli effetti possono essere molto gravi anche per lo sviluppo dell'intelligenza e scarsamente reversibili.

A parte questi casi eccezionali, fortunatamente rari, vi sono tuttavia molti casi in cui un ritardo mentale può essere dovuto a svantaggio socioculturale.

Ritardo mentale e svantaggio socioculturale

Per poter affrontare adeguatamente l’argomento è opportuna una domanda preliminare: “Quale effetto negativo può avere su un bambino “normale” alla nascita e in particolare sulle sue prestazioni cognitive una situazione di svantaggio socioculturale?”

Risulta evidente che la risposta richiede vari “distinguo”. In particolare le carenze:

- possono essere più o meno gravi;
- hanno effetti diversi a seconda dell’età del bambino;
- possono essere aggravate da eventuali effetti negativi anche a livello di struttura di personalità;
- possono essere più o meno compensate da interventi educativi adeguati (ad esempio scolastici).

In ogni caso, lo svantaggio socioculturale:

- può produrre in alcuni individui (non la maggioranza) effetti negativi tali da portare ad una diagnosi di ritardo mentale (soprattutto per chi ha una dotazione intellettuale di partenza inferiore alla norma);
- produce effetti negativi sulle prestazioni cognitive che si accumulano con il passare del tempo (soprattutto fino all’adolescenza) e che sono maggiori in caso di presenza di disturbi di personalità.

Epilessia: definizione e cause

Definizione: Il termine epilessia viene da una parola greca che significa ‘essere sopraffatti, essere colti di sorpresa’. Infatti questa malattia, o meglio questo insieme di malattie -giacché se ne conoscono più di 40 tipi diversi- è caratterizzata dall’improvvisa insorgenza di crisi epilettiche che, appunto colgono il paziente di sorpresa.

L’origine delle crisi, è nel cervello.

Le cellule che compongono il nostro cervello sono chiamate neuroni. Il loro funzionamento e il modo di collegarsi tra loro potrebbe essere paragonato a una complicata e vastissima rete elettrica.

Ogni neurone è come un 'relais', che viene acceso o spento da determinati stimoli e che, quando si accende, trasmette una piccola scarica o un impulso ad altri neuroni con cui è collegato.

Nei pazienti ammalati di epilessia accade che un gruppo o alcuni gruppi di neuroni siano, per motivi diversi (che possono anche non venire mai identificati), più eccitabili del normale e tendano ad accendersi improvvisamente tutti insieme.

Questo fenomeno viene definito scarica, perché corrisponde effettivamente a una scarica elettrica. Questa scarica può rimanere localizzata a livello del gruppo di neuroni che l'ha generata o propagarsi, proprio come un fulmine, per tutto il cervello.

A seconda del punto in cui la scarica inizia e delle zone del cervello che interessa, subito o successivamente, si verificheranno diversi tipi di sintomi.

Cause : In base all'origine o eziologia dell'epilessia si distinguono tre grandi classi: epilessie idiopatiche o primarie, epilessie sintomatiche o secondarie ed epilessie criptogenetiche (cioè la cui origine non è identificata):

Epilessie idiopatiche o primarie

Sono epilessie per le quali si riconosce quasi sempre un'origine genetica. Sono caratterizzate dall'assenza di malattie metaboliche o strutturali del cervello all'origine del disturbo e da un quadro neurologico del tutto normale nei periodi intercritici, cioè negli intervalli tra le crisi.

Il fatto che la struttura del cervello sia normale suggerisce che le epilessie idiopatiche o primarie siano di tipo benigno, cioè che le crisi siano facilmente controllabili con la terapia e in un'elevata percentuale di casi, la terapia potrà essere sospesa dopo qualche anno senza che si ripresentino le crisi.

Il *Grande male*, sebbene caratterizzato da crisi che possono apparire spaventose, appartiene il più delle volte a questa categoria.

Epilessie sintomatiche o secondarie

Sono forme epilettiche per le quali si riconosce un'origine malformativa o patologica del cervello.

È evidente dal nome stesso (secondarie) che in queste epilessie le crisi sono il segno, la conseguenza, di un problema sottostante, un disordine a livello dei neuroni.

Quando l'epilessia insorge in età adulta le cause più frequenti sono i traumi cranici, i tumori cerebrali o esiti di interventi chirurgici al cervello, l'ictus (infarto cerebrale o emorragia cerebrale) e il morbo di Alzheimer, caratterizzato dalla degenerazione del cervello e da disturbi metabolici, cioè malfunzionamento dei reni o del fegato o del pancreas, con aumento delle sostanze tossiche nel sangue.

Epilessie criptogenetiche

Si tratta di forme epilettiche di cui non si conosce l'origine, ma che si suppone derivino da alterazioni strutturali del cervello. Infatti, sono caratterizzate da un grave quadro di alterazioni neurologiche e dalla presenza di più tipi di crisi contemporaneamente.

Si manifestano nella primissima infanzia e hanno generalmente una prognosi non buona per quanto riguarda il controllo delle crisi e lo sviluppo del bambino.

Vi sono, poi, condizioni patologiche diverse dall'epilessia che possono causare l'insorgenza di crisi tonico-cloniche occasionali.

Queste condizioni sono:

- infezioni cerebrali (meningite, encefalite)
- colpo di calore
- eclampsia gravidica (una complicanza che si può verificare in gravidanza)
- ipoglicemia (livelli di zucchero nel sangue molto bassi)
- febbre alta
- traumi cranici
- diabete

In tutti i casi, l'insorgenza di una crisi epilettica richiede immediato ricorso al Pronto soccorso.

VOCABOLARIETTO

Ansiogeno: che causa ansia, agitazione, malessere interiore.

Apparato fonatorio: è composto dalla bocca dalla laringe e dalla faringe.

Clinico, clinica: relativo alla diagnosi ed al controllo di una malattia. Usato anche come sinonimo di “medico” o di “pratica medica”.

Cognitivo: in psicologia indica tutto l’insieme delle conoscenze e delle abilità necessarie all’individuo per orientarsi nella realtà ed adattarsi adeguatamente all’ambiente in cui vive.

Congenito: presente alla nascita.

Encopresi: incapacità di controllare la fuoriuscita delle feci.

Enuresi: incapacità di controllare la fuoriuscita di urina.

Ereditario: caratteristica biologica che un individuo può trasmettere ai discendenti.

Escretorio: che serve per espellere i rifiuti dell’organismo es.: apparato escretorio, composto da intestino e sfinteri.

Esito: risultato.

Genetico: relativo al patrimonio genetico dell’individuo. Può **non** coincidere col termine *ereditario* es.: la sindrome di Down è genetica perché c’è un danno (mutazione) del gene 21, è congenita, perché presente alla nascita, ma non è ereditaria perché non viene trasmessa da una generazione all’altra.

Neurone motore: i neuroni sono le cellule che formano il cervello, il midollo spinale ed i nervi periferici. Hanno forma particolare sono dotati di particolari caratteristiche che li rendono differenti dalle altre cellule. I neuroni motori sono quelli che generano e trasmettono impulsi ai muscoli e determinano il movimento. I neuroni sono disposti in successione (come in una catena) per trasmettere gli impulsi dal cervello ai muscoli e dai muscoli al cervello. A seconda della loro posizione nella “catena” sono nominati come primo, secondo o terzo.

Patologia: malattia.

Relais: termine francese (= italiano *relè*), indica i commutatori di comando elettrico che consentono l’apertura o la chiusura automatica di un circuito.

Traumatico: determinato da un trauma, es. incidente stradale o trauma da parto.

in particolare

“presta ausilio materiale agli alunni portatori di handicap nell'accesso alle aree esterne scolastiche, all'interno e nell'uscita da esse, nonché nell'uso dei servizi igienici e nella cura dell'igiene della persona”

per far ciò ha bisogno di

possedere una conoscenza di base sulle varie disabilità, essere informato su quegli elementi del profilo dinamico - funzionale che evidenziano il comportamento complessivo dell'alunno, i suoi bisogni fisici e gli eventuali deficit funzionali, il suo potenziale sviluppo, le cose che “sa fare”, le competenze che possiede e che occorre incrementare per aiutarlo a conquistare l'autonomia e a costruirsi un'identità.

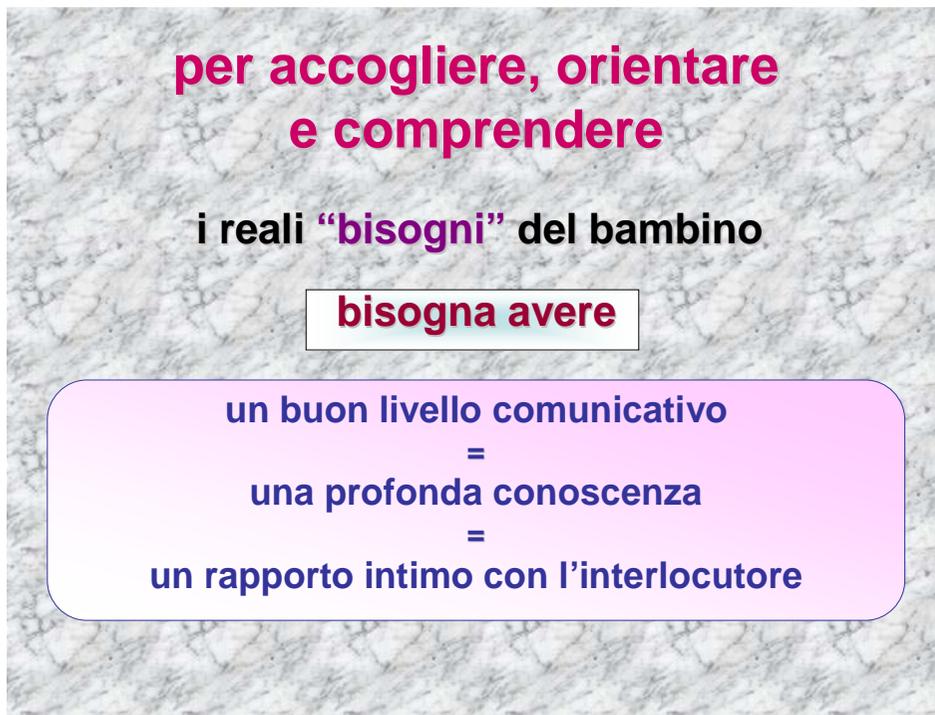
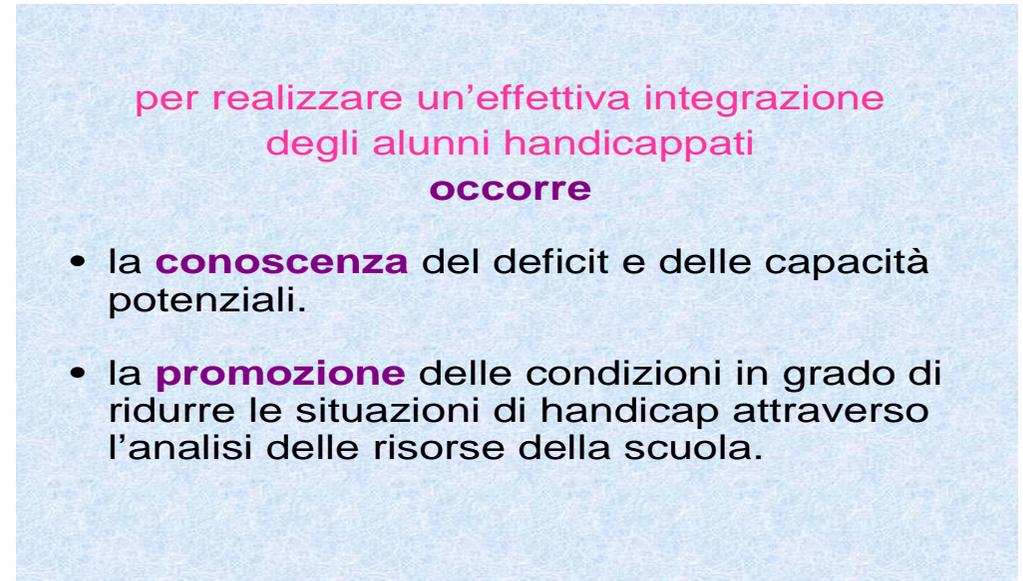
se adeguatamente informato, il Collaboratore potrà fornire un contributo fondamentale per l'integrazione degli alunni sia attraverso una relazione educativa positiva, sia osservando con attenzione l'ambiente e segnalando al Dirigente Scolastico o ai docenti gli eventuali ostacoli a una reale integrazione



COME

**presenza
di**

**BARRIERE
ARCHITETTONICHE**



prendere coscienza
del significato della parola accoglienza

ACCOGLIERE

dal latino *colligere* :
raccogliere, presso di sé;
quindi ricevere qualcuno con dimostrazione di affetto;



e per estensione

accettare, approvare, acconsentire.

- **Accettare**: dal latino *accepto* a sua volta da *accipio*: ricevo; quindi acconsentire a ricevere.
- **Approvare**: dal latino *approbo*: riconoscere giusta una cosa.
- **Ammettere**: dal latino *amitto*: dare la facoltà di entrare, di presentarsi; consentire.



Contrario
rifiutare - respingere

questa è
comunicazione empatica

comunicare attraverso intensa carica emotiva...
capacità d'immedesimarsi in un'altra persona
calandosi completamente
nei suoi pensieri e stati d'animo

non per essere trascinati dentro
ma per portare fuori

la nostra evoluzione
di esseri umani, la nostra crescita
avvengono
entro un legame
reale o simbolico
armonico
quando è possibile
o conflittuale

esercizio

**RACCONTA
UNA SITUAZIONE
IN CUI SEI SENTITO FUORI
E COSA HAI PROVATO**

APPARTENENZA – LEGAME

**sono aspetti indissolubili
del divenire esseri umani**

sono BISOGNI

**nel rapporto
educatore-alunno**

è importante riuscire ad

INTEGRARE LE EMOZIONI

"positive" o "negative"

o meglio i

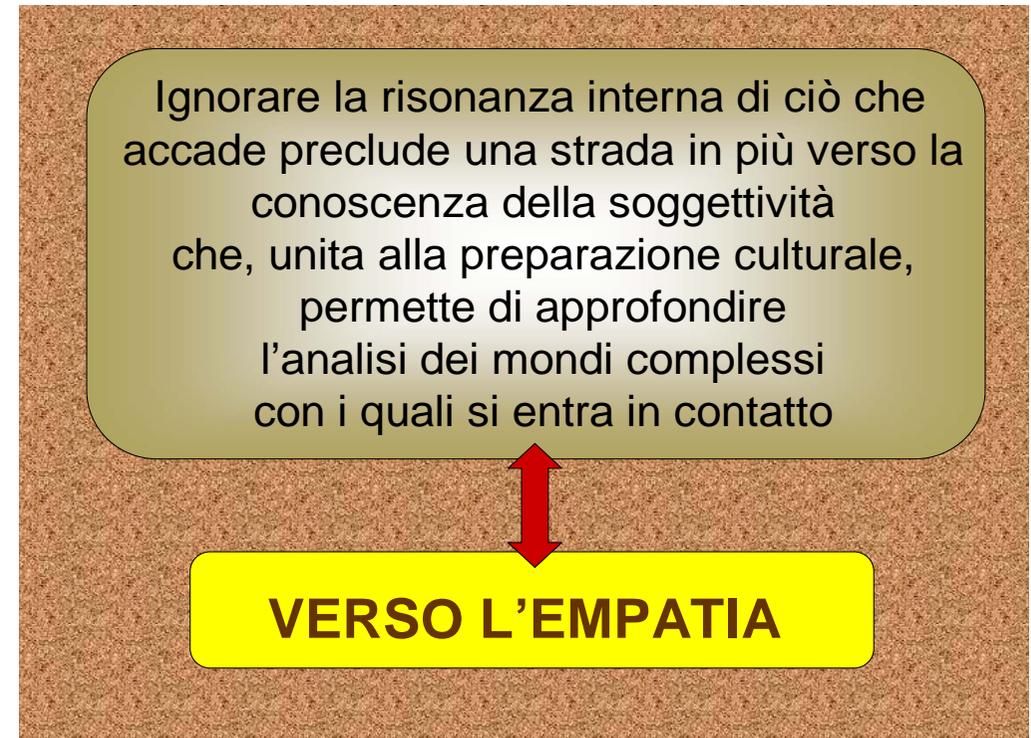
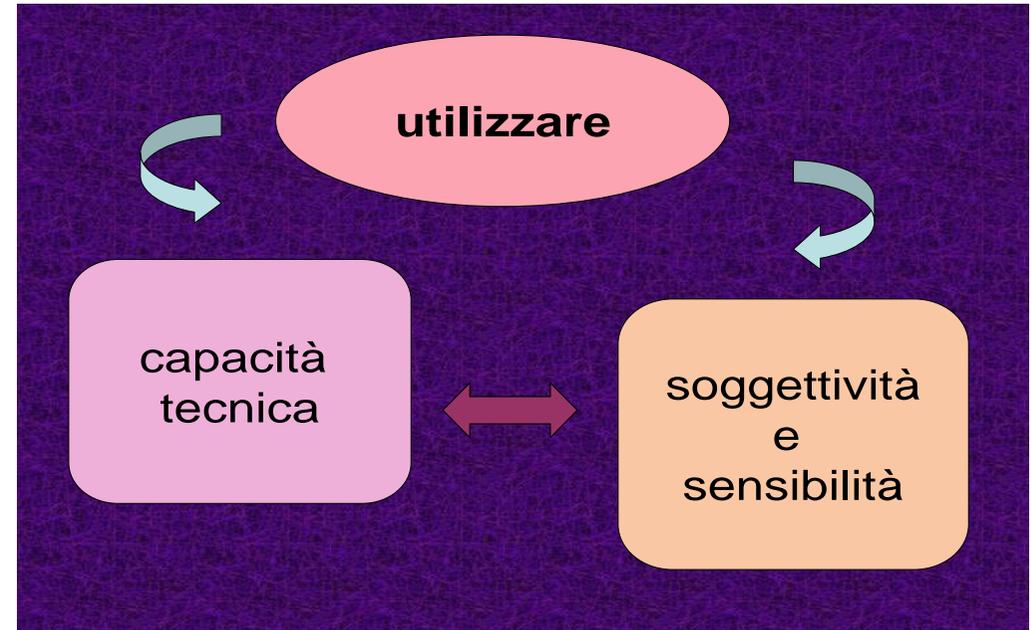
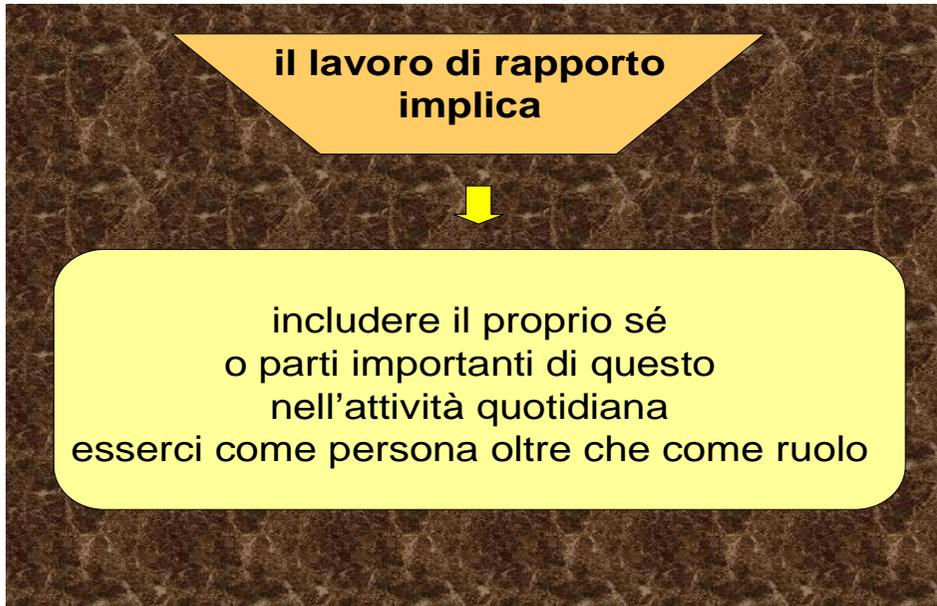
BISOGNI

di

legame, affetto, riconoscimento, relazione

e quelli sempre comuni a tutti di

**differenziazione, critica, protesta,
diversità**



la capacità empatica
presuppone un contatto
non irrigidito
con le proprie emozioni
e la possibilità
di metterle in risonanza
con quanto si apprende

requisiti
storicamente appartenenti
al genere femminile, al codice materno

ma

nella società attuale
tutto ciò che è "materno"
viene spesso bollato
come inadeguato o poco professionale

siamo quindi portati ad escludere
dalla relazione di cura
gli elementi che la rendono possibile

dipendenza
affettività
emotività

in nome di una personalità neutra
sempre più normativa

ma
l'essere umano
è animale sociale

nella sua tendenza al legame
è una capacità innata
che attende la sollecitazione
di un ambiente sufficientemente buono
per svilupparsi
in tutta la sua pienezza



lo sviluppo successivo

mostra

come il costruirsi dell'identità sia legato ad un altro significativo da amare e al quale quando l'io è minimamente integrato potersi

OPPORRE, STACCARE, RITORNARE e DIFFERENZIARSI

LA FELICITA'

consiste in un mix variabile da persona a persona di

LIBERTA' - LEGAME

RIFLETTIAMO

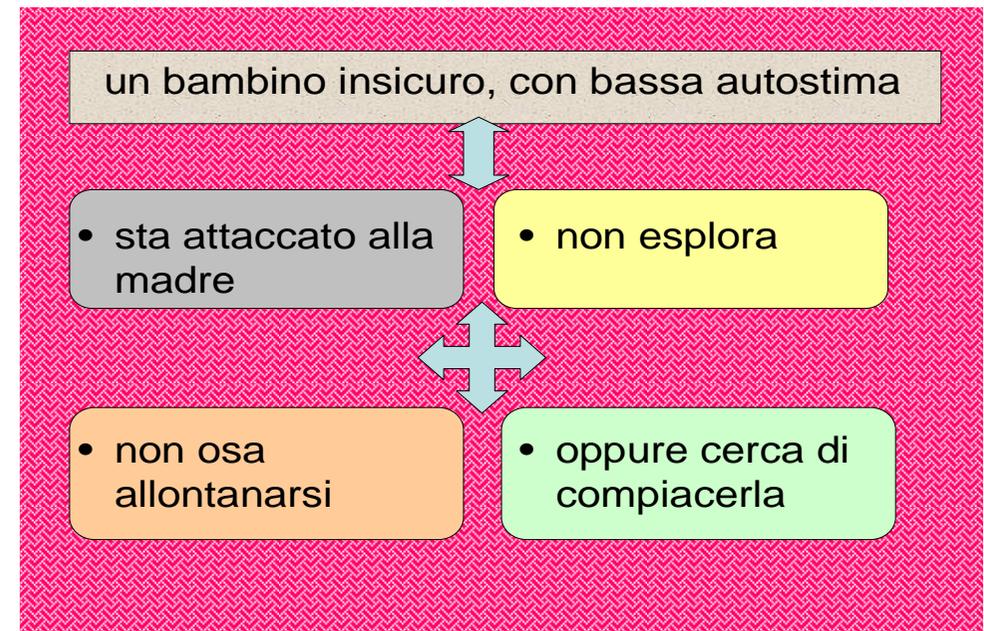
l'esercitare la differenziazione la propria volontà il proprio no

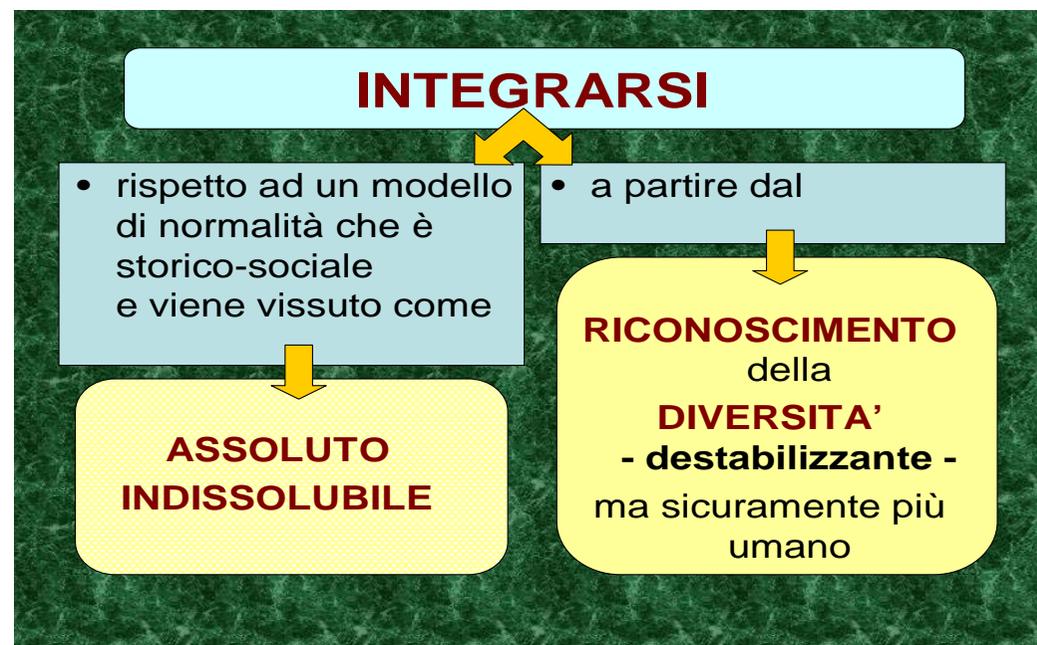
è più difficile per un disabile

ciò determina

un annullamento della volontà personale che si aggiunge e aggrava il deficit







Il ruolo del Collaboratore Scolastico in materia di accoglienza ed integrazione per il superamento delle "diversità"

Nella scuola che cambia mutano i profili professionali

- Il Collaboratore Scolastico è sempre più chiamato a svolgere compiti qualificati e di responsabilità.
- Il Collaboratore Scolastico è protagonista impegnato in un processo di collaborazione stretta, non solo per compiti materiali e/o assistenziali ma anche pedagogici.
- L'attività di sostegno e l'apporto del Collaboratore Scolastico non è un'azione "creativa" da lasciare all'intuizione e all'inventiva ma basata su metodologie di intervento valutate, ricercate, progettate con attenzione, all'interno del gruppo che si occuperà giorno per giorno di seguire il caso specifico.

P. E. I.

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

per la sua realizzazione

sarebbe auspicabile la partecipazione attiva del
Collaboratore Scolastico
come previsto dalle vigenti norme

vedi: Nota Ministeriale

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca
30 novembre 2001

IL P. E. I.

**si colloca all'interno del più generale
progetto delle scuole autonome che
ai sensi del DPR 275/99
redigono il Piano dell'Offerta Formativa
(POF).**

Il Collaboratore Scolastico

è parte significativa del processo di
integrazione scolastica degli alunni
handicapati, partecipa al progetto
educativo dell'alunno e collabora con gli
insegnanti e la famiglia per favorirne
l'integrazione scolastica

PARTECIPANDO

**in prima persona
e attraverso i propri rappresentanti
nel Consiglio dell'Istituzione scolastica al
progetto educativo della scuola
dalla sua formazione alla valutazione
ne persegue gli obiettivi
attraverso azioni
mirate
all'efficacia e all'efficienza del servizio**