

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

UNIFI

a.a. 2018/2019 - P.F. 24

Donatella Fantozzi - donatella.fantozzi@unifi.it

I BES

Direttiva MIUR 27 dicembre 2012: *Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*

I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI POSSONO RIGUARDARE QUALSIASI ALUNNO PER UN PERIODO TEMPORANEO O IN MANIERA PERMANENTE E RICHIEDONO UN'ATTENZIONE SPECIFICA DA PARTE DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

OCSE

(Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico)

Tre tipologie di studenti con Bisogni Educativi Speciali

Alunni con disabilità: disabilità o deficit definibili in termini medico-sanitari, che derivano da carenze organico-funzionali attribuibili a menomazioni e/o patologie organiche: deficit sensoriali, motori o neurologici.

(Legge n. 104 del 1992)

Alunni con disturbi evolutivi specifici:

disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)

iperattività

deficit del linguaggio e dell'attenzione

ritardi mentali lievi e ritardi maturativi

altre tipologie di deficit o disturbo.

Alunni con svantaggi:

alunni che manifestano problemi dovuti al loro ambiente socio-economico, linguistico e culturale di provenienza.

I DIVERSI TIPI DI DISABILITÀ

- . DISTURBI DELLO SVILUPPO MOTORIO**
- DISABILITÀ INTELLETTIVE EVOLUTIVE**
- DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**
- DISABILITÀ SENSORIALI**
- DISABILITÀ DI TIPO MISTO**

IL MOVIMENTO

SNC: le zone preposte alla motricità sono situate nella corteccia, e regolano l'attività motoria grazie a due sistemi:

Sistema Piramidale: controlla i movimenti volontari dei muscoli scheletrici

Sistema Extrapiramidale: movimenti involontari e di supervisione di quelli volontari.

Cervelletto: sede dell'equilibrio e della coordinazione motoria.

PARALISI CEREBRALI INFANTILI

“Un disturbo permanente e non immutabile del movimento e della postura, che appare nei primi anni di vita e dovuto a un disturbo non progressivo del cervello, il risultato di un'interferenza durante il suo sviluppo ”

(The Little Club, Londra, 1959)

Disturbo della postura e del movimento dovuto ad un difetto o lesione che colpisce il cervello immaturo

(Bax M, 1964)

Definizione internazionale (2006)

"La Paralisi Cerebrale descrive un gruppo di disordini permanenti dello sviluppo del movimento e della postura, che causano una limitazione dell'attività e che sono attribuiti a disturbi non progressivi verificatisi nel cervello del feto o del neonato in fase di sviluppo. I disturbi motori della Paralisi Cerebrale sono spesso accompagnati da disturbi della sensazione, della percezione, della cognizione, della comunicazione e del comportamento, da epilessia e da problemi muscolo-scheletrici secondari"

EZIOLOGIA

CAUSE PRENATALI

malformazioni, infezioni, insufficienza placentare
distacco intempestivo di placenta,
gravi malattie della madre, ecc.

FATTORI
DI RISCHIO
nascita pretermine
ritardo di crescita
intrauterina

CAUSE PERINATALI
emorragie intracraniche
ipossie cerebrali
meningoencefaliti
traumi cranioencefalici

CAUSE POSTNATALI
meningoencefaliti, traumi, tumori,
ecc.

CAUSE
INDETERMINATE

PLEGIA E PARESI

- PLEGIA: compromissione grave o perdita completa della funzione motoria (sinonimo di paralisi)
- PARESI: compromissione da lieve a moderata della funzione motoria

PCI:CLASSIFICAZIONE TOPOGRAFICA

TETRAPLEGIA: interessamento di tutto il corpo (testa, tronco, arti)

DIPLEGIA: interessamento di tutto il corpo, ma con netto maggiore interessamento degli AAIL

EMIPLEGIA: interessamento di un emilato

PARAPLEGIA: interessamento degli arti inferiori e della porzione inferiore del tronco

CLASSIFICAZIONE PER FORME

(Milani Comparetti, 1978, modif da Papini et al, 1990)

PCI di tipo spastico:

Danno alle VIE PIRAMIDALI

MOVIMENTO VOLONTARIO

PCI di tipo atassico:

Danno al CERVELLETTO

EQUILIBRIO

PCI di tipo atetosico:

Danno alle VIE EXTRAPIRAMIDALI

MOVIMENTO INVOLONTARIO

PCI di tipo misto

CLASSIFICAZIONE

in base al periodo di insorgenza

CAUSE PRENATALI

Danno alle VIE PIRAMIDALI
MOVIMENTO VOLONTARIO

PCI di tipo atassico:

Danno al CERVELLETTO
EQUILIBRIO

PCI di tipo atetosico:

Danno alle VIE EXTRAPIRAMIDALI
MOVIMENTO INVOLONTARIO

PARALISI CEREBRALI INFANTILI

Definizione internazionale (2006)

“La Paralisi Cerebrale descrive un gruppo di disordini permanenti dello sviluppo del movimento e della postura, che causano una limitazione dell'attività e che sono attribuiti a disturbi non progressivi verificatisi nel cervello del feto o del neonato in fase di sviluppo. I disturbi motori della Paralisi Cerebrale sono spesso accompagnati da disturbi della sensazione, della percezione, della cognizione, della comunicazione e del comportamento, da epilessia e da problemi muscolo-scheletrici secondari”

❑ NELLA TETRAPLEGIA:

Sono frequenti: ipoaccrescimento, disturbi o assenza del linguaggio, difficoltà di masticazione e deglutizione, ipersalivazione e perdita di saliva (scialorrea), difficoltà respiratorie, deformità osteoarticolari, ritardo mentale.

Non acquisiscono la stazione eretta né tantomeno la deambulazione e solo con difficoltà possono - nei casi meno severi - arrivare al mantenimento della postura seduta autonoma.

❑ NELLA DIPLEGIA:

Sviluppano un linguaggio sufficiente per usi funzionali (talora anche buono), il funzionamento intellettivo è abitualmente migliore rispetto alla tetraplegia. Rare le complicanze internistiche (es. respiratorie) e osteoarticolari.

Hanno un buon controllo dell'asse capo-tronco e degli arti superiori, di solito acquisiscono la stazione eretta e poi la deambulazione (sia pure con strategie di compenso).

□ NELLA EMIPLEGIA:

Il bambino emiplegico arriva sempre alla deambulazione, anche se lo schema utilizzato per compensare la compromissione dell'emilato lesa varia da caso a caso.

Molto variabile l'utilizzo della mano paretica per prendere e manipolare: si va da una buona integrazione funzionale alla esclusione.

Rare le complicanze internistiche, più frequenti quelle osteoarticolari, legate soprattutto alla asimmetria.

L'OTTICA FUNZIONALE

Le varie forme di PCI (tetraplegia, diplegia, emiplegia) devono essere considerate non tanto come espressione diretta del danno, quanto come manifestazione riconoscibile del tentativo di riorganizzazione del SNC in risposta alle richieste dell'ambiente.

In pratica ciò che si vede rappresenta il risultato del percorso seguito dal SNC nel tentativo di costruire risposte **adattive**, cioè vantaggiose per l'individuo anche se diverse dal normale.

La funzione adattiva di riferimento è quella antigravitaria (controllo capo-tronco) nelle tetraplegie, la locomozione nelle diplegie, la funzione manipolativa e prassica nelle emiplegie

DISTURBI PERCETTIVI E PROPRIOCETTIVI

DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ

DISTURBI DELLA PERCEZIONE (VISIVI E Uditivi)

DISTURBI DELLA COGNIZIONE

DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

I BAMBINI CON PCI NON PERCORRONO LE FASI NORMALI DELLO SVILUPPO MA UN LORO PERSONALE SVILUPPO DELLE FUNZIONI RESIDUE.

CONCETTO DI VICARIANZA: SI ATTIVANO PROCESSI E FUNZIONI PER SUPPLIRE QUELLE MANCANTI O DEFICITARIE

DISTROFIA MUSCOLARE O MIOPATIA

NATURA GENETICA

PERDITA PROGRESSIVA DELLE CAPACITÀ MOTORIE

PERDITA PROGRESSIVA DELLA CAPACITÀ DI
APPRENDERE, LEGATA ANCHE ALLE ASSENZE, ALLA
STANCHEZZA, ALLA LENTEZZA, ALLA DISATTENZIONE

DISABILITÀ MOTORIA E APPRENDIMENTO

NESSO FRA SVILUPPO MOTORIO E APPRENDIMENTO

SCHEMA CORPOREO E DECOLLO DELL'INTELLIGENZA
FORMALE

CONOSCENZA E COSCIENZA DEL PROPRIO SCHEMA
CORPOREO

ESPLORAZIONE DELL'AMBIENTE

NESSO FRA SVILUPPO MOTORIO E APPRENDIMENTO:

L'ESPERIENZA INCIDE SUL NOSTRO APPRENDIMENTO, QUINDI SUL NOSTRO POTENZIALE COGNITIVO: QUANTA PIÙ ESPERIENZA AVREMO FATTO, TANTI PIÙ SCHEMI MOTORI AVREMO PROCESSATO, CONDIVISO, CONOSCIUTO.

IL LINGUAGGIO È LA PIÙ ALTA ESPRESSIONE DELLO SVILUPPO MOTORIO

SCHEMA CORPOREO E DECOLLO DELL'INTELLIGENZA FORMALE - CONOSCENZA E COSCIENZA DEL PROPRIO SCHEMA CORPOREO

CONOSCERE IL PROPRIO SCHEMA CORPOREO SIA
IN POSIZIONE STATICA CHE DINAMICA, SIA
SEGMENTALE CHE GENERALE, È IL PRESUPPOSTO
NECESSARIO AFFINCHÈ SI SVILUPPI
L'APPRENDIMENTO

AVERNE COSCIENZA, OVVERO 'SENTIRE' IL PROPRIO
SCHEMA CORPOREO A LIVELLO SIMBOLICO -
MENTALE

ATTIVARE E INCORAGGIARE TRAIETTORE DIVERSE,
SENZA SPINGERE A FORZATE E SPESSO IMPOSSIBILI
ESECUZIONI 'NELLA NORMA'.

FAVORIRE L'ESPLORAZIONE DELL'AMBIENTE, IL
MOVIMENTO, IN QUALSIASI FORMA SIA POSSIBILE.

UTILIZZARE STRUMENTI COMPENSATIVI OVUNQUE
SIA NECESSARIO.

INCLUSIONE SOSTANZIALE E NON FORMALE.

COSTRUIRE RETI DI CURA PER CONDIVIDERE GLI
OBIETTIVI E I PERCORSI.

LE DISABILITÀ INTELLETTIVE EVOLUTIVE

Disabilità intellettive evolutive: DSM-5 (2013)

- Perché il plurale:

Vasto numero di sindromi diverse sia per gravità in senso quantitativo che per caratteristiche comportamentali

- Perché evolutive:

Patologie che si evidenziano molto precocemente, di norma durante il primo anno di vita

VASTO CAMPO CHE COMPRENDE:

- FATTORI GENETICI CERTI
- CAUSE ORGANICHE NON INDIVIDUATE (40-60%)
- ALTRO

- Idiozia, frenesia, demenza: nel passato questa era la terminologia utilizzata.
- Talvolta erano anche considerati disabili psichici e potevano essere internati come le persone definite folli.

Molti termini, nati all'interno degli ambiti medici e scientifici in generale, col tempo sono divenuti inutilizzabili perché trasformati e usati come offese: imbecille, deficiente, ebete...

Il significato stigmatizzante che hanno assunto tali termini deriva sicuramente dall'ignoranza ma anche da una sorta di esorcismo psicologico nei confronti della disabilità.

Ritardo mentale vs disabilità intellettiva:

- Ritardo mentale:

fuorviante e restrittivo poiché appare come limitante la possibilità di intervenire.

- Disabilità intellettiva:

svantaggio della persona, ma non in senso assoluto, quanto in relazione ad un contesto e a determinate richieste.

Disabilità intellettiva e demenza:

Demenza: deterioramento delle capacità intellettive e psichiche, quindi non è un arresto o un rallentamento, ma una perdita di funzioni precedentemente possedute.

Nessuna patologia è riassumibile in uno schema:

- Contesto
- Epoca
- Cultura di origine e di appartenenza
- Opportunità relazionali
- Opportunità formative/educative

Sono tutte variabili che contribuiscono a rendere migliore o peggiore la prospettiva.

La pedagogia ha questo compito:

Mentre la medicina ha la necessità di individuare i tratti che accomunano un soggetto ad una categoria nosografica, la pedagogia ha bisogno di evidenziare i tratti esclusivi, che danno specificità alla persona e che consentono di strutturare un piano di lavoro individualizzato e/o personalizzato

Atteggiamenti ambientali non adeguati possono danneggiare più della patologia organica in sé

Esistono tuttavia tratti comuni sui quali poi ciascuno innesta il proprio percorso di vita:

- Bassa autostima, determinata anche dal particolare rapporto che si stabilisce soprattutto con la madre, la quale vive il senso di colpa e mette in atto atteggiamenti iperprotettivi.
- Rigidità/Viscosità - Disorientamento

Soprattutto davanti ad una scelta cognitiva, possono fare scelte dettate dal caso o dall'abitudine,

- Problemi adattivi e affettivi
- Disturbi dell'attenzione
- Stereotipie

- Compromissione del linguaggio

Possono esserci limitazioni sia nella comprensione che nella produzione, determinate dalla impossibilità di transcodifica a livello astratto/ipotetico-deduttivo.

In base alla gravità può essere assente, di carattere confabulatorio o ecolalico.

- Rischio di disturbi psicopatologici con una frequenza maggiore anche di quattro volte.
- Difficoltà di apprendimento generalizzate, legate specificatamente alla disabilità

La disabilità intellettiva è UNA DEVIAZIONE QUALITATIVA RISPETTO AL NORMALE FUNZIONAMENTO MENTALE

- le strategie e le modalità di pensiero delle diverse fasi evolutive si sommano l'una all'altra in una disordinata coesistenza.
- Il pensiero è caotico e disorganizzato.
- Connota sia la vita cognitivo sia la vita psichica.

La capacità mentale inadeguata o alterata è l'asse centrale attorno al quale possono strutturarsi problemi percettivi, linguistici, psicomotori, affettivo-relazionali.

PRINCIPALI SINDROMI GENETICHE:

SINDROME DI DOWN:

anomalia genetica del cromosoma 21

SINDROME DELL'X FRAGILE:

anomalia genetica del cromosoma X

SINDROME DI ANGELMAN:

malattia neurologica di origine genetica

SINDROME DI WILLIAMS:

alterazione del cromosoma 7.

ALTRE DISABILITÀ INTELLETTIVE NON LEGATE A
FATTORI GENETICI SONO PROVOCATE DA CASUE
ANCORA NON IDENTIFICATE.

Si può parlare di disabilità intellettiva quando il Q.I. si colloca su un valore inferiore a 70-75/100, definito soglia su base statistica, e le difficoltà adattive si manifestano in più di un'area:

- Della comunicazione
- Della cura di sé
- Della relazione
- Delle prestazioni scolastiche o del lavoro o del tempo libero

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO LIEVE:

In genere non raggiungono il pensiero formale, ipotetico-deduttivo, quindi le loro acquisizioni si attestano sulle richieste entro la scuola secondaria di primo grado.

Le loro acquisizioni sono comunque connotate da lentezza, rigidità e viscosità.

Affettivamente tendono a mantenere egocentrismo, meticolosità e intolleranza alle frustrazioni

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO MEDIO:

In genere le loro acquisizioni si attestano sulle richieste del periodo operatorio concreto (Piaget).

Instabilità dell'umore

Labilità attentiva

Estrema suggestionabilità e meticolosità

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO MODERATO:

In genere non riescono ad accedere agli apprendimenti scolastici.

Anche il linguaggio, se presente, è di tipo rudimentale e spesso limitato all'olofrase.

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO ESTREMO:

Comportamento del tipo stimolo-risposta

Assenza di linguaggio verbale

Significativa disorganizzazione spazio-temporale