

# CORSO DI FORMAZIONE DI BASE PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO RIVOLTO AI DOCENTI

DOTT.SSA MICHELA MELILLO, DOTT MAURIZIO STANGALINO  
STRUTTURA COMPLESSA DI NEUROPSICHIATRIAINFANTILE ASL NO

## MODULO DUE BIS

### DIFFERENZE TRA DISABILITÀ

# IL RITARDO MENTALE

E' una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive linguistiche, motorie e sociali.

Il ritardo può presentarsi con o senza altre patologie psichiche o somatiche.

L'adattamento sociale è sempre compromesso.

La determinazione del livello intellettivo deve essere basata su tutte le informazioni disponibili, comprendenti l'evidenza clinica, adattamento sociale e la prestazione ai test psicometrici standardizzati”

(ICD 10, Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente)

Insorge prima dei 18 anni

A tale condizione si associa sempre una compromissione delle capacità di adattamento sociale.

Nella maggioranza dei casi di ritardo mentale, più che un lavoro di riabilitazione, in realtà si realizza, data la natura della condizione clinica, un costante lavoro di abilitazione continua.

# ***FORME DI RITARDO MENTALE***

QUESTI I DIVERSI GRADI DI RITARDO MENTALE (O.M.S. 1980):

- **LIEVE** (85% DEI CASI), QI DA 50-55 A 70
- **MODERATO** (10%), QI DA 35-40 A 50-55
- **GRAVE** (3-4%), QI DA 20-25 A 35-40
- **PROFONDO** (1-2%), QI INFERIORE 20-25.

# RITARDO MENTALE LIEVE

- Il ritardo è difficilmente evidenziabile nei primi anni di vita.
- Il periodo iniziale in cui si nota il problema è quello dell'inserimento nella frequenza scolastica, quando possono sopraggiungere difficoltà nell'apprendimento
- La maggior parte raggiunge una piena indipendenza nella cura di sé e nelle abilità pratiche e domestiche, anche se lo sviluppo è considerevolmente più lento del normale
- Eziologia organica è identificabile solo in una minoranza dei soggetti

# RITARDO MENTALE MODERATO

- Il R.M. medio o moderato nella maggior parte dei casi ha un'eziologia organica.
- Il livello di sviluppo del linguaggio è variabile e con supervisione possono provvedere alla cura della propria persona e allo svolgimento di lavori semplici.
- 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).

- Per quanto riguarda l'apprendimento scolastico, comprensione e uso del linguaggio sono lenti e il vocabolario appreso è piuttosto limitato.
- A scuola, inoltre, viene evidenziato lo sviluppo disarmonico delle discipline.

# RITARDO MENTALE GRAVE

- Il ritardo mentale grave ha origine organica ed è frequente la presenza di deficit associati.
- I livelli del linguaggio sono minimi o assenti.
- Se opportunamente supportato, l'individuo può acquisire una competenza basilare della cura di sè e le capacità di svolgere attività lavorative molto semplici in ambienti protetti e in presenza di personale specializzato.
- Il beneficio scolastico è limitato all'insegnamento di materie prescolastiche, dove può acquisire capacità per riconoscere parole semplici per i bisogni primari.

# RITARDO MENTALE PROFONDO

- Il soggetto non è in grado di svolgere le principali funzioni della vita quotidiana.
- La vita di relazione è per lo più ridotta.
- Linguaggio per lo più assente o fortemente compromesso con non più di 10/20 parole comprensibili con difficoltà.
- Necessità di sostegno è pervasiva, occupa tutta la durata della vita e deve essere continua.

- prevalenza maschile nel 55% dei casi
- l'incidenza di polihandicap è del 50%
- l'1% deriva da anomalie cromosomiche
- il 3.5% da sindromi ereditarie note
- il 15% riconosce cause di tipo lesionale
- circa l'80% presenta configurazioni poligeniche sfavorevoli
- 1/3 dei casi totali dipende da cause perinatali e/o legate alla gravidanza
- il 10 - 15 % è evidenziabile in sede di consultorio genetico e diagnosi prenatale
- solo il 4% è suscettibile di terapia eziologica già nota e quindi risolvibile
- il 50 % mantiene una eziologia sconosciuta

## FATTORI PREDISPOSVENTI

- Ereditarietà (circa il 5%): questi fattori includono errori congeniti del metabolismo trasmessi soprattutto per via autosomica recessiva, altre anomalie di un singolo gene a trasmissione mendeliana e ad espressività variabile (per es. sclerosi tuberosa), e aberrazioni cromosomiche (es. *sindrome dell'X fragile*);

- Alterazioni precoci dello sviluppo embrionale (circa il 30%): questi fattori includono mutazioni cromosomiche (per es. *trisomia 21*) o danni prenatali dovuti a sostanze tossiche (per es. uso di alcool da parte della madre, infezioni);
- problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (circa il 10%): questi fattori includono la malnutrizione del feto, la prematurità, l'ipossia, infezioni virali o altre infezioni, e traumi;

- Condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza (circa il 5%): questi fattori includono infezioni, traumi, anossie;
- Influenze ambientali e altri disturbi mentali (circa il 15-20%): questi fattori includono la mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali, o di altre stimolazioni, e disturbi mentali.

# PARALISI CEREBRALE INFANTILE

- Malattia neuromotoria più frequente in età pediatrica
- 17 milione di persone colpite da paralisi cerebrale
- Disabilità fisica più comune nell'infanzia

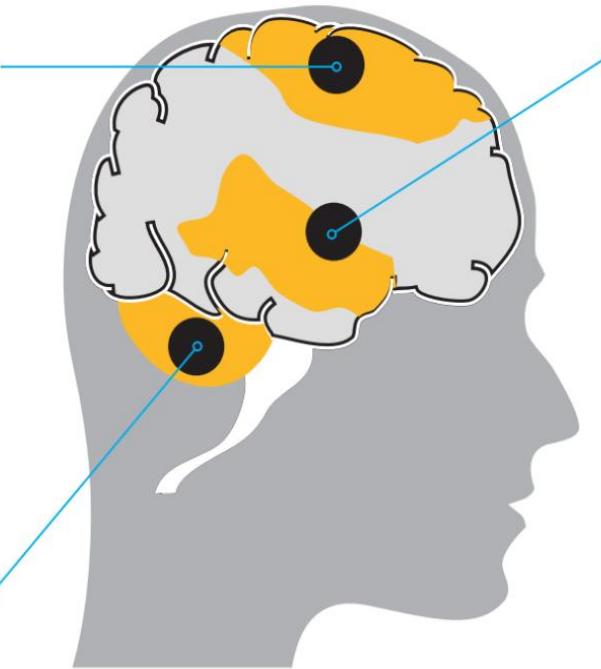
## DEFINIZIONE:

**turba persistente** ma **non immutabile** della postura e del movimento, dovuta ad un'alterazione organica e non progressiva della funzione cerebrale dovuta a cause pre, peri o postnatali prima che si completi la crescita e lo sviluppo del SNC del bambino (Bax1964)

## CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA FUNZIONE MOTORIA

### **SPASTICA:** 70-80%.

forma più comune.  
I muscoli appaiono  
rigidi e stretti.  
Causata da un danno  
alla corteccia motoria.



### **ATASSIA:** 6%

Caratterizzata da  
movimenti traballanti. Colpisce l'equilibrio e il senso di  
posizionamento nello spazio. Causata da danni al cervelletto.

### **DISCINESI:** 6%.

Caratterizzata da  
movimenti involontari.  
Causata da  
un danno ai gangli  
basali.

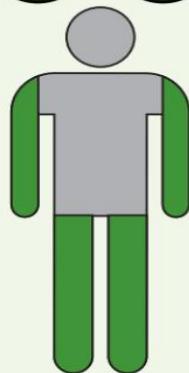
### **FORMA MISTA:** Combinazione di forme

# PARTI DEL CORPO

La Paralisi cerebrale può interessare diverse parti del corpo

## QUADRIPLEGIA/ BILATERALE:

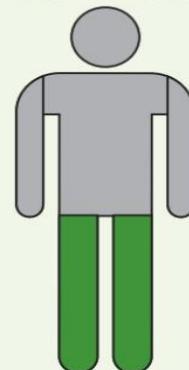
ARTI COLPITI  
1 2 3 4



Entrambe le braccia e le gambe. Sono interessati anche i muscoli del tronco, del volto e della bocca.

## DIPLEGIA/ BILATERALE:

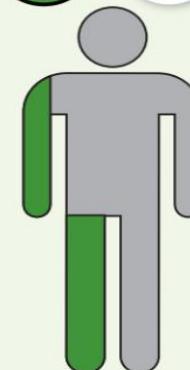
ARTI COLPITI  
1 2 3 4



Entrambe le gambe. Le braccia possono essere interessate in misura minore.

## HEMIPLEGIA/ UNILATERALE:

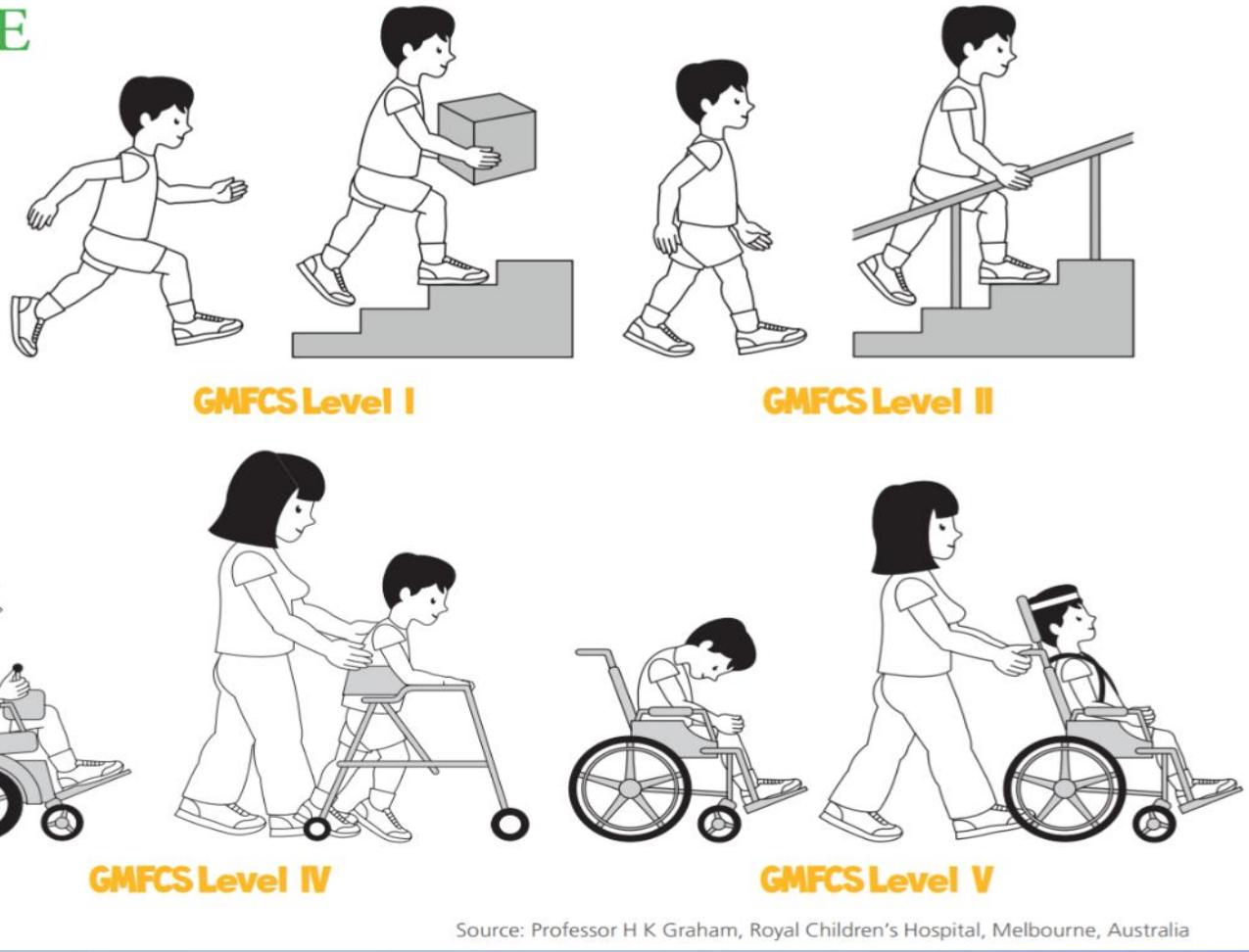
ARTI COLPITI  
1 2 3 4



Viene colpito un lato del corpo (un braccio e una gamba)

## ABILITA' MOTORIE

Le abilità motorie (per esempio sedersi e camminare) di bambini e giovani con Paralisi cerebrale possono essere categorizzate in 5 livelli differenti, utilizzando il Sistema di Classificazione della Funzione Grosso Motoria (GMFCS) che considera il movimento spontaneo con particolare attenzione alla posizione seduta e alla mobilità.



Source: Professor H K Graham, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

## ABILITA' MANUALE

Almeno due terzi dei bambini con Paralisi cerebrale avrà difficoltà di movimento che interesseranno una o entrambe le braccia. Quasi tutte le attività quotidiane possono essere interessate.



Mangiare



Vestirsi



Scrivere



Afferrare una palla

## EFFETTI COLLATERALI ASSOCIATI E TRATTAMENTO BASATO SULL'EVIDENZA

La Paralisi cerebrale è sempre accompagnata da una serie di condizioni associate e queste possono a loro volta essere causa di disabilità.

### DOLORE



**3 su 4**

Trattare per prevenire disordini del sonno e comportamentali

### DISABILITÀ INTELLETTUALE



**1 su 2**

Prognosi peggiori per capacità di deambulazione, continenza, capacità cognitive

### Non deambulante



**1 su 3**

Capacità di sedere autonomamente a 2 anni predice la capacità di deambulazione

### Spostamento dell'anca



**1 su 3**

Radiografie di controllo delle anche ogni 6-12 mesi

### NON VERBALE



**1 su 4**

Capacità precoce di linguaggio

### EPILESSIA



**1 su 4**

Convulsioni si risolvono nel 10-20%

### DISORDINI DEL COMPORTAMENTO



**1 su 4**

Trattamento precoce e assicurarsi che il dolore sia curato

### Incontinenza della vescica



**1 su 4**

Condurre analisi

### Disordine del sonno



**1 su 5**

Condurre analisi e assicurarsi che il dolore sia controllato

### CECITA'



**1 su 10**

Valutare precocemente e trattare

### ALIMENTAZIONE NON ORALE



**1 su 15**

Valutare la sicurezza e monitorare la crescita

### SORDITA'



**1 su 25**

Valutare precocemente e trattare

# DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Per Disturbi dello spettro autistico si intendono una serie di disturbi che colpiscono le abilità sociali e di comunicazione e, in misura differente le abilità motorie e linguistiche.

Si tratta di uno spettro variabile, che può comprendere sia persone con alto quoziente intellettivo che con ritardo mentale.

I Disturbi dello Spettro Autistico rappresentano una patologia, ad eziologia sconosciuta, causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio entro i primi 3 anni di vita, caratterizzata da una compromissione generalizzata in diverse aree dello sviluppo:

- 1. Interazione sociale reciproca e Comunicazione verbale e non verbale
- 2. Comportamenti, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

# L'APPROCCIO CON IL BAMBINO E LA FAMIGLIA

Studio della documentazione (diagnosi funzionale, relazioni osservative, PEI degli anni precedenti....)

Colloquio con la famiglia

Osservazione diretta del bambino

Avvio dei rapporti di rete: conoscere il bambino attraverso il confronto di professionalità e prospettive osservative diverse

DISTURBI AUTISTICI VENGONO DEFINITI IN TERMINI DI  
COMPROMISSIONE DI DIVERSE CAPACITA'

TUTTE LE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI SOTTOLINEANO LA NECESSITÀ DI  
METTERE A PUNTO PROGETTI INDIVIDUALIZZATI CHE PARTANO DALLA  
VALUTAZIONE DELLE ABILITÀE DEI PUNTI FORZA ( E NON SOLO DELLE  
LIMITAZIONI)

# MODALITÀ TIPICHE DELLA MAGGIOR PARTE DELLE PERSONE CON AUTISMO

- La capacità di seguire delle routine
- La capacità di eseguire consegne visive o scritte
- La capacità di cogliere i dettagli (in modo olistico)
- La precisione
- La capacità di usare congegni elettronici

# COSA FARE ?

principi-guida fondamentali

il più importante è che più saremo in grado di metterci nei panni del bambino con autismo e guardare il mondo dal suo punto di vista più saremo in grado di realizzare programmi di intervento efficaci e precisi

# LA PREMESSA PER L'INTERVENTO: IL PROCESSO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'intervento

sintomi presentati dal soggetto

variabili ambientali

Modificare l'ambiente in cui si trova il soggetto rendendolo più accessibile e fruibile

Nell'autismo una modifica mirata dell'ambiente in cui si trova il soggetto è una delle chiavi per massimizzare le sue potenzialità .

# PRINCIPI DI BASE DELL'INTERVENTO EDUCATIVO

## **Sviluppare una buona relazione con il bambino**

conoscenza reciproca: il fare (per imparare, a livello didattico) è momentaneamente, sospeso.

un'attenta e sistematica osservazione del bambino



caratteristiche del bambino

modalità di comunicazione e di interazione (con adulti e compagni)

reazione alle varie esperienze scolastiche

Come può riuscire l'adulto a sviluppare una relazione di fiducia con un bambino che non conosce e che presenta le caratteristiche dello Spettro Autistico?

partire sempre dagli interessi e dalle capacità del bambino;

creare sempre situazioni piacevoli di interazione e di scambio;

# PARTIRE DALL'OSSERVAZIONE

**Osservazione sistematica del bambino: quali aree  
osservare?**

ciò che ama fare (dove e in quali momenti)

ciò che non sopporta

le sue reazioni a proposte o situazioni particolari

# INDIVIDUARE I PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL BAMBINO

I punti di forza sono costituiti dalle capacità che il bambino ha ben acquisito.

Per lavorare sui punti di debolezza è necessario partire proprio da questi punti di forza e permettere al bambino di sentirsi competente in un ambito.

# DEFINIRE GLI OBIETTIVI E LE STRATEGIE

gerarchia di importanza degli obiettivi  
in funzione della qualità di vita del soggetto e della sua famiglia

insegnando ciò che è più utile ed insieme è più necessario

# LE BASI PER POTER APPRENDERE: PREVEDIBILITÀ E STRUTTURAZIONE

L'educazione dei soggetti con autismo avviene in modo ottimale in un ambiente strutturato



Necessità di rendere i contesti stabili e prevedibili, limitandone o anticipando le possibili variazioni



**STRUTTURAZIONE TEMPORALE E SPAZIALE**

**COSA SIGNIFICA STRUTTURARE?** organizzare in modo preciso e dettagliato le attività ed i materiali da proporre, gli spazi di lavoro ed i tempi di esecuzione e riposo

**PERCHÉ STRUTTURARE?** rendere chiaro, evidente e quindi comprensibile ciò che chiedo al bambino. Permette di limitare i comportamenti problematici, che spesso derivano dall'ansia di non sapere cosa fare, come e quando farlo

**CHE REQUISITI DEVE AVERE LA STRUTTURAZIONE?** visibilità, chiarezza, essenzialità, concretezza, comprensibilità, prevedibilità, ma non rigidità, cioè deve essere costruita in funzione dei bisogni e del livello di sviluppo del singolo soggetto

# COSA DOBBIAMO STRUTTURARE?

- **1. STRUTTURARE GLI SPAZI – RISPONDE ALLA DOMANDA “DOVE?”**

Esempi:

- Definire lo spazio personale del banco
- Apporre simboli visivi o scritte sulle porte per indicare i diversi ambienti
- Apporre simboli visivi o scritte sulle ante o sui cassetti
- Mettere a disposizione delle mappe orientative

## **2. STRUTTURARE IL TEMPO – RISPONDE ALLE DOMANDE “QUANDO”? E “PER QUANTO TEMPO?”**

Che cosa succederà tra poco?

Per quanto tempo dovrò attendere?

Per quanto tempo devo rimanere in questo posto a fare questa  
attività? COSTRUIRE UNA AGENDA VISIVA

# GLI SCHEMI VISIVI

L'USO DEGLI AUSILI VISIVI È IMPORTANTE PER:

- Fornire informazioni chiare sull'ambiente (chiarificare lo spazio)
  - Dare indicazioni (per esempio capire cosa chiede di fare il programma del giorno)
  - Anticipare/accettare cambiamenti
    - Insegnare abilità
- Favorire l'autonomia e l'auto-organizzazione del lavoro e del tempo libero

### **3.STRUTTURARE I CONTENUTI ED IL MATERIALE – RISPONDE ALLA DOMANDA “CHE COSA?”**

Lo stile cognitivo del bambino con il disturbo dello spettro autistico  
necessita che i contenuti scolastici siano opportunamente adattati

## 4. STRUTTURARE L'AIUTO – RISPONDE ALLA DOMANDA “COME?”

prestare immediatamente tutto l'aiuto necessario soprattutto quando  
si insegnano attività nuove

Il grado maggiore di aiuto è costituito dall'aiuto fisico e l'aiuto visuale

## APPRENDIMENTO E MOTIVAZIONE

Gli alunni non motivati non imparano e in questo i bambini con autismo non sono diversi dai loro coetanei con sviluppo tipico

# STRATEGIE DIDATTICHE: L'USO DEI RINFORZI

Il rinforzo è un evento che, quando compare immediatamente dopo un comportamento, induce l'aumento della frequenza di quel comportamento (o della probabilità della sua comparsa).

# LA PERSONA CON AUTISMO PUÒ VIVERE MEGLIO IN UN MONDO:

- Più visivo e meno parlato
- Più concreto e meno simbolico
- Più prevedibile e meno caotico

# AFFRONTARE I PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

## COMPORTAMENTI-PROBLEMA

ampio spettro di manifestazioni che ostacolano lo sviluppo del bambino, ne limitano la possibilità di inclusione sociale e ne compromettono lo sviluppo intellettivo.

# PREVENZIONE DEI PROBLEMI COMPORTAMENTALI

## PREDISPOSIZIONE ED REALIZZAZIONE

Di un programma che:

tenga occupato il soggetto in attività significative, predisponga un ambiente strutturato, programmi giornalieri routinari e prevedibili, crei coerenza di approccio tra i diversi operatori coinvolti nella presa in carico.

# QUASI TUTTI I COMPORTAMENTI POSSONO ESSERE DESCRITTI ATTRAVERSO LE FUNZIONI:

richiesta di attenzione

richiesta di oggetti e/o attività preferite fuga da un compito e/o da  
situazione

richiesta di stimolazione sensoriale ricerca di sollievo dal dolore fisico