

**ISTITUTO SUPERIORE UNIVERSITARIO
DI SCIENZE PSICOPEDAGOGICHE E SOCIALI
“PROGETTO UOMO”**

*Affiliato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione
dell'Università Pontificia Salesiana*

**Tesi di Baccalaureato in Scienze dell'Educazione
- Educatore Sociale -**

***Disabilità intellettiva:
il contributo dell'approccio metacognitivo in un intervento
educativo-riabilitativo***

**Relatore: Prof. Andrea CASTIGLIONE HUMANI
Correlatore: Rosa Maria PURCHIARONI**

Candidato/a:

Valeria FALTONI
Matr.:1155EP1

A.A. 2017/2018

“Ogni persona è un genio. Ma, se giudichi un pesce dalla sua capacità di scalare un albero, passerà tutta la sua vita pensando di essere stupido.”

A. Einstein

Sommario

INTRODUZIONE.....	6
1 DISABILITA' INTELLETTIVA.....	8
1.1 DEFINIZIONE	8
1.2 CAUSE E EZIOLOGIA	9
1.3 ESORDIO E DECORSO	11
1.4 CLASSIFICAZIONE.....	12
1.4.1 RITARDO MENTALE LIEVE.....	12
1.5 DIAGNOSI.....	14
1.5.1 STRUMENTI	15
1.6 PREVENZIONE	16
1.7 DAL "RITARDO MENTALE" ALLA "DISABILITA' INTELLETTIVA" - NUOVI LINGUAGGI E MODELLI.....	17
1.7.1 ICD E ICF	18
1.7.2 ICF E SCUOLA	21
2 LA DISABILITA' INTELLETTIVA A SCUOLA.....	23
2.1 LA DIVERSITA' COME VISSUTO.....	23
2.2 PEDAGOGIA E DIDATTICA SPECIALE.....	23
2.2.1 BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI	25
2.2.2 PROGRAMMAZIONE PERSONALIZZATA.....	26
2.3 SCUOLA INCLUSIVA.....	28
2.3.1 INTEGRAZIONE E INCLUSIONE.....	30
2.3.2 RISORSA COMPAGNI	30
2.3.3 RELAZIONE FRA CLIMA DI CLASSE E SUCCESSO FORMATIVO	31
2.4 IL LAVORO DELL'EDUCATORE NELLA RIABILITAZIONE	32
2.5 NUOVI INTERVENTI.....	36
3 CORNICE TEORICA DELL'INTERVENTO EDUCATIVO	39
3.1 APPROCCIO METACOGNITIVO	39
3.1.1 LO SVILUPPO DELLE CONOSCENZE SUL PROPRIO FUNZIONAMENTO COGNITIVO.....	41
3.2 DIDATTICA METACOGNITIVA	42
3.2.1 ALUNNI CON B.E.S.- DEFICIT COGNITIVO.....	43
3.2.2 STRATEGIE DIDATTICHE METACOGNITIVE	45
3.2.3 INSEGNAMENTO INTERATTIVO DELLE STRATEGIE.....	46
3.2.4 DIMENSIONE EMOTIVA DELL'APPRENDIMENTO	50

3.3	“IL BUON UTILIZZATORE DI STRATEGIE”	51
3.3.1	LE VARIABILI EMOTIVO-MOTIVAZIONALI	57
4	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO PERSONALIZZATO.....	61
4.1	INQUADRAMENTO GENERALE DEL CASO.....	62
4.1.1	DATI E STORIA- SCHEDA ANAGRAFICA	64
4.1.2	DATI E STORIA- SCHEDA ANAMNESTICA.....	66
4.1.3	DATI E STORIA- SCHEDA D'OSSERVAZIONE.....	68
4.2	PROGETTO EDUCATIVO.....	71
4.3	OSSERVAZIONI	73
4.3.1	SCHEDA 1	73
4.3.2	SCHEDA 2	75
4.3.3	SCHEDA 3	76
4.3.4	SCHEDA 4	77
4.3.5	SCHEDA 5	79
5	CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE.....	81
5.1	NUOVE TECNOLOGIE PER L'APPRENDIMENTO E L'INTEGRAZIONE.....	82
5.1.2	STORIA DEL RAPPORTO APPRENDIMENTO-TECNOLOGIE	83
5.1.2	PROCESSO DI INSEGNAMENTO-APPRENDIMENTO.....	84
5.1.3	IPI DI SOFTWARE	86
5.2	COME SONO ARRIVATA FIN QUI' - LA MIA ESPERIENZA	89
	RINGRAZIAMENTI.....	91
	RIFERIMENTI.....	93

Indice delle Figure

<i>Figura 1 – Schema sinottico del Capitolo 1</i>	<i>22</i>
<i>Figura 2 – Schema sinottico 1 del Capitolo 2</i>	<i>38</i>
<i>Figura 3 – Schema sinottico 2 del Capitolo 2</i>	<i>38</i>
<i>Figura 4 - Strategie didattiche metacognitive</i>	<i>46</i>
<i>Figura 5 - Relazione semplice tra l'uso della strategia e la prestazione</i>	<i>52</i>
<i>Figura 6 - Seconda fase: ampliamento delle conoscenze specifiche sulle strategie</i>	<i>53</i>
<i>Figura 7 - Terza fase: l'attivazione dei procedimenti di controllo sulle strategie.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 8 - Quarta fase: feedback relativo all'esecuzione dei compiti e sviluppo di stati personali e motivazionali.</i>	<i>55</i>
<i>Figura 9 - Componenti cognitive, motivazionali e di autostima della metacognizione: modello completo.....</i>	<i>56</i>
<i>Figura 10 – Schema sinottico del Capitolo 3.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 11 – Genogramma</i>	<i>68</i>
<i>Figura 12 - Analisi del caso</i>	<i>71</i>
<i>Figura 13 - Verifica e valutazione.....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 14 - Attività didattiche Scheda 4.....</i>	<i>78</i>
<i>Figura 15 – Schema sinottico del Capitolo 4.....</i>	<i>80</i>
<i>Figura 16 – Schema sinottico del Capitolo 5.....</i>	<i>88</i>

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni la definizione e la classificazione delle disabilità sono state al centro di un'importante riflessione che ha condotto a una revisione radicale del concetto stesso di disabilità: essa non è più considerata una deviazione dalla normalità, quindi un problema a carico del singolo individuo, ma è concepita come una *variazione del funzionamento umano* che trae origine dall'interazione tra caratteristiche intrinseche dell'individuo e caratteristiche dell'ambiente fisico e in cui si muove. Anche la disabilità intellettiva è stata investita da quest' ondata di rinnovamento concettuale.

Il termine "disabilità intellettiva", che ha soppiantato quello di "*ritardo mentale*", sta attualmente ad indicare un costrutto completamente sovrapponibile al costrutto generale di disabilità; viene così data importanza a una *prospettiva ecologica* focalizzata sull'interazione persona-ambiente che ha condotto all'implementazione di *interventi riabilitativi ed educativi* incentrati sulla persona, miranti a garantire il raggiungimento di uno *stato di benessere globale* e a creare una *relazione con l'ambiente circostante* che sia percepita come soddisfacente dal beneficiario dell'intervento stesso.

A causa del deficit cognitivo spesso questi disabili manifestano una *struttura interna caotica* e una notevole *dipendenza dagli altri*. Il loro senso di *identità* è *debole* e caratterizzato dal *timore di agire*, il che determina uno *scarso senso di autoefficacia* e un'*autonomia* molto limitata. La mancanza di identità lascia bisogni insoddisfatti, che creano a loro volta tensioni emotive che sono originate e alimentate dalla presenza di continue frustrazioni. Gli studi compiuti allo scopo di rintracciare gli indicatori che concorrono in modo efficace a determinare una buona "qualità della vita" per i disabili intellettivi, ci restituiscono dei dati che indicano chiaramente che anche per questa categoria di persone è fondamentale la percezione di *avere il controllo della propria vita*, di *poter operare delle scelte*, di essere in grado di *partecipare alla vita sociale* e di *poter esprimere la propria affettività*. Nonostante sia stato fatto molto negli ultimi decenni per garantire l'integrazione ai disabili intellettivi, sono ancora numerosi gli individui ai quali è, di fatto, negata la possibilità di scegliere in autonomia a proposito dei fatti riguardanti la loro vita anche per colpa di certe rappresentazioni sociali che li etichettano come soggetti da accudire in modo permanente.

*Il presente lavoro prende le mosse da queste considerazioni e dalla convinzione che l'impegno dei professionisti dell'educazione si debba concentrare sul progettare e realizzare percorsi educativi centrati non tanto sulle singole abilità, che spesso sono rapidamente dimenticate, quanto sulla più generale **capacità di apprendere**. È preso in esame l'approccio metacognitivo alla didattica, che vuole superare il livello dell'addestramento a compiti specifici e aiutare lo studente a divenire gestore attivo del proprio apprendimento.*

1. DISABILITA' INTELLETTIVA

1.1 DEFINIZIONE

Ai fini dell'inquadramento del caso, è utile avvalersi dei criteri riportati nei due manuali diagnostici maggiormente in uso: l'*ICD* (International Classification of Diseases) e il *DSM* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), elaborato dall'American Psychiatric Association (APA).

Il Ritardo Mentale (RM) è definito dal manuale ICD-10 come *“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”*. A tale condizione si associa sempre una compromissione delle *capacità di adattamento sociale*. Il DSM-IV definisce il RM come la via finale comune di diversi processi patologici, che agiscono sul sistema nervoso centrale ed è caratterizzato da un *funzionamento intellettuale* significativamente sotto la media, da concomitanti deficit o *compromissioni del funzionamento adattivo*, entrambi insorti prima dei 18 anni.

Il ritardo mentale pertanto, può essere considerato come un disturbo con esordio in età evolutiva che comprende deficit del *funzionamento intellettuale e del comportamento adattivo*, negli ambiti concettuali, sociali e pratici; queste alterazioni determinano una condizione umana complessa, che richiede particolare attenzione e impegno per quanto concerne sia gli *aspetti diagnostico-riabilitativi* sia quelli *socio-ambientali*.

Il funzionamento intellettuale si riferisce alle capacità mentali generali, come il ragionamento, il problem solving, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico e l'apprendimento dall'esperienza. Il ritardo mentale è definito dal QI (quoziente di intelligenza), ottenuto tramite la valutazione di uno o più test di intelligenza standardizzati somministrati individualmente. Un funzionamento intellettuale significativamente sotto la media di almeno due deviazioni standard è definito da un QI di circa 70 o inferiore. Tuttavia, i punteggi ottenuti da questi test non soddisfano da soli i criteri diagnostici, ma dovranno integrare la valutazione del funzionamento adattivo generale del soggetto. Quest'ultimo, fa riferimento all'efficacia con cui i soggetti fanno fronte alle esigenze più comuni della vita quotidiana e al grado di adeguamento agli standard di autonomia personale previsti per la loro particolare fascia di età, retroterra socioculturale e contesto ambientale (svolgere le attività di vita

quotidiana, saper comunicare, essere in grado di partecipare alla vita sociale, essere in grado di vivere in modo indipendente).

Di fatto la persona con ritardo mentale presenta compromissioni, che riguardano le componenti biologiche, cognitive, affettive e sociali ed in considerazione di tale coinvolgimento generalizzato si rende necessario, per una valutazione esaustiva, l'uso di strumenti diversificati che possano rilevare dati utili alla stesura di un progetto abilitativo. Infatti, nella maggioranza dei casi di ritardo mentale, più che un lavoro di riabilitazione, nel senso di ricondurre una persona al livello di abilità precedente, in realtà si realizza, data la natura della condizione clinica, un lavoro di *abilitazione* continua. Il processo di abilitazione in tutti i casi deve essere indirizzato allo sviluppo in forma armonica delle molteplici dimensioni che caratterizzano l'essere umano.

1.2 CAUSE E EZIOLOGIA

Le cause possono essere *biologiche* o *psicosociali* (genetiche o acquisite), o una combinazione di entrambi. Mentre i sintomi dei primi sono in genere evidenti dalla nascita e sono presenti già nel patrimonio genetico del prodotto del concepimento, quelli indotti dall'ambiente o acquisiti non sono mai presenti alla nascita, ma emergono in tempi diversi della vita dell'individuo a seguito della prolungata azione negativa dell'ambiente; sono rappresentate quindi da alterazioni patogene che agiscono "dall'esterno" sul sistema nervoso centrale nei periodi prenatale, perinatale o post-natale. I primi inoltre hanno in generale carattere di *irreversibilità*, i secondi invece sono suscettibili di *recupero* e si manifestano in forme lievi. Le cause acquisite si distinguono in:

- *cause prenatali*: infezioni acute materne come la rosolia e la toxoplasmosi; le malattie croniche materne come il diabete, le cardiopatie, le endocrinopatie, intossicazioni sia accidentali che voluttuarie come l'uso di droghe;
- *cause perinatali*: sono quelle che intervengono verso la fine della gravidanza ed entro la prima settimana di vita del bambino. Le condizioni patologiche che causano sofferenza fetale possono riguardare la placenta, il travaglio, il parto e il periodo neonatale;
- *cause postnatali*: queste possono intervenire dopo la prima settimana di vita extrauterina e possono essere dovute a traumi, infezioni, disturbi metabolici, intossicazioni, gravi carenze ambientali.

Quindi, i principali fattori di rischio includono:

- *ereditarietà* (circa il 5%), l'applicazione dei metodi di analisi genetica alla psicologia umana ha dimostrato che un buon numero di ritardi mentali è dovuto all'influenza dei fattori ereditari. Per esempio, il mongolismo, che è determinato dalla presenza di un cromosoma in più rispetto al normale, è spesso associato a forme più o meno gravi di ritardo mentale. Questi fattori includono errori congeniti del metabolismo, anomalie di un singolo e aberrazioni cromosomiche;
- *alterazioni precoci dello sviluppo embrionale* (circa il 30%), mutazioni cromosomiche (per es., sindrome di Down dovuta a 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%), 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%), infezioni, traumi, e avvelenamenti (per es., da piombo);
- *influenze ambientali* e altri disturbi mentali (circa il 15-20%), mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali, o di altre stimolazioni, e disturbi mentali gravi (per esempio autismo). Esistono, infatti, forme di ritardo mentale, e conseguente ritardo scolastico, dovute a *carenza affettiva e culturale* dell'ambiente di vita del bambino. Si tratta di casi in cui il bambino è lasciato vivere per mesi o per anni in un'atmosfera anaffettiva, monotona, indifferenziata sia per la quasi totale assenza di stimolazioni sia per la somministrazione disordinata e caotica di stimoli inconsistenti che non consentono al bambino di prestare attenzione alle cose, alle persone, alle parole per tempi sufficientemente lunghi. Mutando completamente le abitudini di vita di questi soggetti è possibile riportare il loro QI a livelli normali: naturalmente il successo sarà tanto più efficace e rapido quanto prima nel tempo avrà avuto inizio il cambiamento. Taluni ritardi mentali sono la risultante di più fattori: per esempio un ambiente carenzato può acuire gli effetti negativi di un preesistente danno organico.

Per quanto concerne i dati clinici, oltre ai risultati dei test psicometrici e delle scale adattive, necessari per la diagnosi, non ci sono specifici reperti di laboratorio associati esclusivamente al RM. Relativamente all'evoluzione clinica, invece, nonostante il RM sia

considerata una patologia cronica in alcune forme lievi, attraverso interventi precoci è possibile raggiungere una condizione di funzionamento intellettivo e adattivo sufficiente.

1.3 ESORDIO E DECORSO

La prevalenza di ritardo mentale nella popolazione è di circa 1%. Nel complesso, la popolazione *maschile* rispetto a quella femminile ha più probabilità di ricevere diagnosi di ritardo mentale. L'età cronologica specifica e le caratteristiche presenti all'esordio del ritardo mentale variano in funzione sia dell'*eziologia* sia della *gravità*. I soggetti che si presentano con forme più gravi di disabilità intellettiva tendono a essere identificati più precocemente durante la fase di sviluppo, specialmente nei casi in cui il paziente sia stato colpito da sindromi associate con uno specifico fenotipo identificabile già alla nascita (per esempio, sindrome di Down). Di contro, i soggetti meno gravemente affetti e privi di sindromi congenite con caratteristiche fisiche riconoscibili spesso non sono identificati se non durante uno stadio più tardivo dello sviluppo. Nelle forme acquisite, l'esordio può essere *improvviso* in seguito a malattie, quali meningite o encefalite, o ad un trauma cranico verificatosi durante il periodo dello sviluppo.

Sul decorso del ritardo mentale svolgono un ruolo importante sia il *decorso delle sottostanti condizioni mediche generali* sia *l'influenza dei fattori ambientali* (per esempio, istruzione e altre opportunità, stimoli ambientali, appropriatezza della gestione del paziente).

È importante notare che il ritardo mentale *non è necessariamente un disturbo perenne*: i soggetti che hanno ricevuto una diagnosi di ritardo mentale in giovane età possono sviluppare buone capacità adattive in altri domini, al punto da non essere più idonei all'assegnazione della diagnosi originaria in età più avanzata.

Il ritardo mentale si associa, inoltre, frequentemente a *malattie psichiatriche*, quali il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, i disturbi d'ansia, i disturbi dello spettro autistico, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da controllo degli impulsi.

1.4 CLASSIFICAZIONE

Come già detto, le principali classificazioni utilizzate nell'attività educativa, clinica e di ricerca, riportano criteri riferibili a tre aspetti:

- *funzionamento intellettuale* significativamente al di sotto della media, QI inferiore a 70, rilevato attraverso strumenti validi e standardizzati
- concomitanti limitazioni nell'*adattamento* riscontrato in due o più delle seguenti aree: comunicazione, cura di sé, abilità domestiche, abilità sociali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, salute e sicurezza, capacità di funzionamento scolastico, tempo libero, lavoro
 - *esordio* prima dei 18 anni.

In base al grado di compromissione (livello di QI e alle competenze adattive), possiamo inquadrare quattro livelli di gravità (*lieve, moderato, grave e gravissimo*), che andranno valutati per ognuno di questi tre domini:

1. *Dominio concettuale*: comprende competenze linguistiche, abilità di lettura, scrittura, matematica, ragionamento, memoria e anche conoscenze generiche
2. *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
3. *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

Nel nostro caso, ci occuperemo di ritardo mentale lieve.

1.4.1 RITARDO MENTALE LIEVE

CARATTERISTICHE - La disabilità intellettiva di grado lieve costituisce la parte più ampia (85%) dei soggetti affetti da ritardo mentale. Nei bambini non è immediatamente evidente; le compromissioni senso/motorie sono di minima entità, le capacità comunicative sono sufficienti per le esigenze quotidiane. Per questi motivi, nella maggioranza dei casi, il ritardo non è individuato in un'età precoce e i problemi si presentano quando il bambino inizia a frequentare la scuola. Tuttavia, il pediatra deve fare attenzione quando il bambino presenta un *ritardo psicomotorio* con una

deambulazione oltre i 18 mesi, quando la comparsa del *linguaggio* risulta fortemente ritardata, spesso è presente anche una *scarsa esplorazione dell'ambiente* e la tendenza a un *gioco molto ripetitivo* con applicazione di schemi primitivi. Molte difficoltà si manifestano anche nell'esecuzione del gioco con dei semplici incastri dove il bambino invece che comportarsi con una strategia di prova ed errore insiste con lo stesso oggetto, per esempio un cubo di plastica, senza cambiarlo, anche se questo non entra nel foro corrispondente che ha forma, per esempio, rettangolare. Questo *comportamento privo di flessibilità* è un dato molto caratteristico dei bambini con RM lieve.

Seppur con lentezza le acquisizioni scolastiche possono proseguire fino al raggiungimento di competenze paragonabili a quelli di *quinta elementare*. Al termine del percorso scolastico (14-16 anni) possono raggiungere un'età mentale compresa tra gli 8 e gli 11 anni e delle competenze cognitive tipiche della fase dell'*intelligenza operatoria concreta*. Nell'autonomia personale e nell'autogestione ambientale possono raggiungere *livelli sufficienti*. Durante l'età adulta, di solito acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate a un livello minimo di autosostentamento, ma possono aver bisogno di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali. Normalmente la vita nel contesto sociale di appartenenza può essere svolta senza difficoltà elevate.

Recenti studi indicano che le limitazioni nel funzionamento intellettivo e nel comportamento adattivo hanno delle *conseguenze nello sviluppo della personalità*, che nel bambino si forma sin da subito attraverso i continui fallimenti alle diverse richieste quotidiane dell'ambiente. *L'aspettativa di fallimento* porta a costruirsi una *immagine negativa di sé*, alla rinuncia e al graduale impoverimento e ritiro. Molte delle problematiche legate alla sfera affettivo-emotiva e relazionale, inoltre, sono legate alla scarsa abilità di leggere la mente altrui, ovvero a deficit in quella che viene definita "*teoria della mente*". È ormai noto che lo sviluppo emotivo e sociale dipende primariamente dalla relazione con le figure di riferimento e dallo stile di attaccamento; recenti studi hanno evidenziato una similitudine tra il comportamento dei bambini con ritardo mentale e quello dei bambini con *attaccamento insicuro ambivalente*: entrambi sono motivati a ricercare le interazioni con gli adulti, ma ciò avviene unitamente alla paura e al timore che gli adulti non ricambino, per questo rifiutano una relazione stretta e l'interazione con persone sconosciute. Si ipotizza che questi comportamenti siano associati a una *rigidità cognitiva*; tutto ciò sembra avere effetti negativi sulle *prestazioni*

cognitive e sociali, con la messa in atto di comportamenti disfunzionali, come l'iperdipendenza in un caso e l'isolamento nell'altro.

DIAGNOSI PRECOCE - Parlare di prevenzione nel RM è improprio. Invece è molto importante parlare della *diagnosi precoce* perché abbiamo dati solidi che dimostrano che l'intervento molto precoce migliora la prognosi evolutiva anche in misura molto significativa. In questi casi è importante avvalersi della collaborazione di specialisti, perché un dato fondamentale nel potenziamento precoce delle funzioni cognitive è l'introduzione di *vincoli nelle azioni*. Il bambino con RM tende a compiere azioni prive di significato, azioni senza rappresentazioni e per questo motivo è molto importante non lasciare spazio all'iniziativa casuale ma bisogna dare invece compiti con vincoli da rispettare. È molto importante non lasciare che il bambino proceda a caso, perché la caratteristica fondamentale del RM è la *manca di rappresentazioni* ed è proprio in questa direzione che deve essere indirizzata l'attività di potenziamento.

1.5 DIAGNOSI

Nella diagnosi, si tratta di costatare se, e in che misura, esiste un ritardo. La valutazione, in questo caso, dovrebbe prevedere un'*indagine completa della persona in esame*; questo obiettivo è primario nei casi in cui l'operatore deve formulare una *diagnosi funzionale*, o redigere una perizia psicologica, o un accertamento per invalidità civile. Un'ulteriore alternativa preferibile è l'uso del termine ormai affermato nella letteratura anglo-sassone '*assessment*', traducibile in qualche modo con "accertamento": analisi funzionale delle abilità, delle competenze e dei prerequisiti che il soggetto possiede ad un dato momento del suo sviluppo e all'interno di un preciso contesto di stimolazioni, finalizzato non ad un "giudizio" ma alla determinazione di obiettivi educativi e, se del caso, riabilitativi. Il rilevamento degli elementi utili alla diagnosi si deve basare *sull'evidenza clinica*, sulla *valutazione* articolata delle diverse funzioni intellettive, sulle *caratteristiche di personalità*, sui *livelli di adattamento sociale* in relazione al proprio ambiente culturale. Come si può intuire, questi elementi fanno riferimento a una compromissione del funzionamento intellettuale correlata ad una ridotta capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente sociale e quindi a limitazioni nel funzionamento adattivo.

1.5.1 STRUMENTI

TEST PSICOMETRICI - Essenziali per questo inquadramento sono le prestazioni ai *test psicometrici*; in base a criteri desunti da questi test, infatti, una persona viene definita “in ritardo” rispetto alla normalità dello sviluppo cognitivo e sociale. Il rilevamento di un funzionamento intellettivo significativamente sotto la media, di norma avviene attraverso l’uso di *test di efficienza intellettiva* standardizzati, i quali devono rilevare un QI inferiore a 70, cioè due deviazioni standard sotto la media. Per quanto concerne la valutazione del funzionamento adattivo, possiamo utilizzare i *test di adattamento sociale*, oltre che l’osservazione clinica e i dati offerti dalla famiglia e da altre persone significative del contesto di appartenenza. Essa risulta più complessa in quanto occorre rilevare le compromissioni del funzionamento adattivo in modo adeguato, tenendo in considerazione l’eterogeneità dei contesti sociali, le difficoltà di quantificare livelli di competenza, l’uso di strumenti di rilevamento standardizzati riferiti a campioni di persone con RM appartenenti a contesti culturali e socioeconomici omogenei. Inoltre, è necessario valutare il peso delle *variabili personali* e motivazionali correlate alle specifiche menomazioni che possono condizionare negativamente il funzionamento adattivo.

In riferimento all'area indagata, esistono *test cognitivi* (attenzione, percezione, memoria, linguaggio, 'intelligenza generale', attitudini specifiche); *test di profitto* (che valutano il prodotto dell'apprendimento in settori specifici); *test di personalità* e di *interessi professionali*. Riguardo alle modalità di somministrazione i test possono essere individuali o collettivi (adatti ad esempio per l'uso con intere classi scolastiche), con o senza limiti di tempo.

ALTRI STRUMENTI - Per l'assessment condotto nella prospettiva qui delineata, sono utili, in aggiunta e a integrazione dei test psicometrici, anche altri strumenti, quali:

- *Schede criteriali*, schede utilizzabili da parte di insegnanti o riabilitatori per l'assessment. Il criterio per valutare se la prova è superata o no è riferito non al campione normativo, come avviene nei test psicometrici, ma all'obiettivo che l'insegnante o il riabilitatore si propone di raggiungere con quel soggetto. Egli stesso può “tarare” le prove nel contesto in cui si trova a lavorare, tenendo conto di questi obiettivi e della specifica situazione ambientale e procede, quindi, alla

somministrazione, secondo modalità flessibili e appropriate al soggetto, di una o più schede per ciascuna abilità interessata.

- *Osservazione sistematica*, è un insostituibile mezzo di accertamento delle abilità cognitive ma soprattutto delle abilità sociali del bambino; può essere agevolmente e proficuamente utilizzata dall'insegnante ed integrata con altri mezzi di rilevazione. È possibile rilevare tipologia, frequenza, intensità e durata del fenomeno osservato; al fine di andare oltre un'osservazione puramente descrittiva, e ottenere informazioni mirate ad accertare cause ed effetti del fenomeno, vanno ancora rilevati antecedenti e conseguenti del comportamento in questione. L'osservazione può essere effettuata continuativamente o in periodi limitati appositamente campionati; gli strumenti da utilizzare sono le check-list (formulari a codifica prefissata), le schede a codifica flessibile preparati dallo stesso osservatore, le registrazioni tramite video.

1.6 PREVENZIONE

Ogni forma di prevenzione mirata richiede innanzitutto la conoscenza delle cause del ritardo mentale e delle sue *manifestazioni* dirette e indirette. Ne risulta che lo studio scientifico del ritardo mentale è presupposto ad ogni forma di prevenzione. Molteplici sono le sue forme e le sue modalità, a seconda che essa sia finalizzata a:

- *eliminare la causa* stessa, e quindi anche le *conseguenze* (ad esempio evitando l'uso di certi farmaci o l'abuso di alcool e droghe durante la gravidanza);
- *ridurre gli effetti diretti* della causa;
- *ridurre gli effetti secondari* della causa (come avviene quando adeguati interventi educativi e sociali potenziano le capacità cognitive per permettere, ad esempio, l'apprendimento della lettura e della scrittura o riducono i rischi di disturbi psichici secondari).

Un'altra modalità adeguata di classificazione, distingue i vari interventi secondo il periodo di vita in cui essi avvengono. Abbiamo così:

- *Prevenzione prenatale*
- *Prevenzione perinatale*
- *Prevenzione postnatale*

PREVENZIONE PRENATALE E PERINATALE - A livello preventivo, è cruciale la diagnostica genetica prenatale. Per ogni persona, secondo le sue caratteristiche genetiche, c'è una qualche probabilità di avere un figlio con anomalia congenita. Si parla al proposito di rischio riproduttivo. Una prima prevenzione consiste proprio nel cercare di ridurre tale rischio genetico. Tra i fattori che aumentano i rischi della gravidanza possiamo ricordare: l'età della madre (in particolare dopo i 35 anni), la consanguineità dei genitori, alcune disabilità nei fratelli, precedenti aborti spontanei non traumatici. Un ruolo molto importante è svolto dall'ecografia; inoltre abbiamo il prelievo di liquido amniotico (o amniocentesi), che è il metodo più diffuso di diagnosi genetica prenatale; utilizzato è anche il prelievo di villi coriali (o villocentesi).

PREVENZIONE POSTNATALE - Tra le cause di ritardo mentale dopo la nascita possiamo innanzitutto ricordare: infezioni, malattie demielinizzanti (sclerosi multipla, leucodistrofie), traumi cranici, particolari disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, come embolie cerebrali, trombosi, emorragie.

Traumi cerebrali possono causare ritardo mentale o, comunque, danni generalizzati e gravi coinvolgenti anche le funzioni cognitive. Anche lo svantaggio socioculturale grave può essere causa di ritardo mentale. In questo caso la prevenzione al ritardo mentale coincide con quella riguardante lo svantaggio socioculturale.

1.7 DAL “RITARDO MENTALE” ALLA “DISABILITA’ INTELLETTIVA” - NUOVI LINGUAGGI E MODELLI

Un'idea forte, o meglio, un *criterio culturale "macro sistemico"*, apparentemente esterno alle problematiche specifiche della salute e della disabilità, è determinante per la definizione delle modalità di approccio teorico, di progettazione e di azione che concernono le politiche sociosanitarie. Se vogliamo, infatti, ricavare indicazioni che reggano alle difficoltà pratiche e siano in grado di risolvere le contraddizioni che nascono, a livello operativo, nella realizzazione di progetti di tipo micro-sistemico, più legati alla necessità di programmazione e di operatività reale, dobbiamo partire da un'idea solida, cioè da una *concezione articolata della disabilità*.

Milioni di persone soffrono a causa di una *condizione di salute* che, in un ambiente sfavorevole, diventa disabilità. Bisogna utilizzare un linguaggio comune, in maniera *multidisciplinare*, per superare l'inutile contrapposizione tra *modello medico* e *modello*

sociale. Il “modello medico”, che affronta la questione del RM come un problema della singola persona, determinato da una malattia che richiede assistenza sanitaria e cure specialistiche realizzate in forma individuale, e il “modello sociale”, che considera la problematica dal punto di vista dell'integrazione della persona nella società, debbono essere smussati nei loro aspetti estremi, integrati nelle parti sostanziali e valorizzati all'interno di concezioni e prospettive *bio-psico-sociali* (livello di compromissioni sul piano biologico, psichico e sociale).

Le proposte recenti hanno oscillato fra terminologie differenti, parlando di *deficit*, *handicap*, *disabilità* e *diversabilità*. Facciamo un po' di chiarezza. Con il termine *deficit* intendiamo la lesione biologica irreversibile dalla quale possono scaturire le *situazioni di handicap*, nel momento in cui l'individuo si rapporta al contesto sociale. In questa prospettiva, chiaramente, la situazione di handicap può essere attenuata attraverso opportune azioni, soprattutto di tipo educativo. Il concetto appare sicuramente pertinente, al fine di evitare che l'handicap venga a caratterizzare completamente la persona, la quale potrebbe mantenere situazioni di handicap anche in assenza del deficit; siamo, comunque, di fronte ad un equilibrio dialettico in cui i diversi sistemi s'influenzano l'uno con l'altro in una sorta di circolarità. Il termine *disabilità* sottolinea il deficit, ciò che manca rispetto alla normalità, mette in luce le carenze, ponendo l'accento sugli aspetti del deficit e non sulle risorse e sulle possibilità che esistono o che si possono acquisire nonostante il deficit. Dovrebbe essere sostituito da quello di *diversabilità*, in quanto quest'ultima dizione risulta propositiva e positiva, perché mette in evidenza l'essere diversamente abili di molte persone con deficit. Si connette con il concetto di fiducia nella persona e consente di sottolineare le abilità e non le disabilità. Il rispetto della persona, infatti, passa attraverso la valorizzazione delle risorse e delle abilità di cui ogni individuo dispone.

1.7.1 ICD E ICF

Uno dei mandati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è quello di pubblicare e di aggiornare le Classificazioni Internazionali di salute e malattia. La classificazione *ICD-10* (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) e l'*ICF* (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, 1999) sono le due classificazioni che compongono la Famiglia delle Classificazioni Internazionali dell'OMS (*WHO Family of International Classifications/*

WHO-FIC). Qui, le condizioni di salute in quanto tali sono classificate principalmente nell'ICD-10 (acronimo di Classificazione Internazionale delle Malattie, 10° revisione) che rappresenta un modello di riferimento eziologico. L'ICF, invece, classifica e descrive le componenti della salute e degli stati a essa correlati, in termini di *funzionamento* e di *esperienza di salute*. I due, sono strumenti complementari che vanno utilizzati insieme; il primo fornisce la "diagnosi" e questo dato si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF, dando così un quadro più ampio e significativo che permette di spiegare e codificare tutte le informazioni relative allo stato di salute delle persone e ai fattori a essi correlate.

L'approccio moderno, rappresentato dalla classificazione ICF, tende fortemente a mettere al centro il *paziente*, spodestando la malattia dalla sua centralità di ieri. L'ICF rappresenta il frutto di una lunga revisione partita dall'elaborazione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH), pubblicata nel 1980 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; essa veicola una serie di importanti cambiamenti a livello culturale sui concetti di *salute*, *funzionamento* e, soprattutto, *disabilità*. Questa classificazione è, di fatto, lo strumento e lo standard necessario per la *misurazione*, *comprensione* e *valutazione* delle diverse forme di disabilità e di salute; è rovesciata la prospettiva di analisi, in quanto non si considera la menomazione, ma la *salute*, le *potenzialità* dell'individuo e le sue eventuali disabilità in relazione *all'attività* e alla *partecipazione sociale*. Si pongono, così, le premesse per individuare compiutamente i *bisogni* e superare fino al possibile i limiti all'attività e le restrizioni alla partecipazione.

SALUTE - Per molto tempo, infatti, il concetto di salute è stato sovrapposto a quello di assenza di malattia, un modello prettamente di stampo medico-organicista che recentemente è stato ampliato con altre componenti. La salute, però non è solo l'assenza di malattia, ma può essere sintetizzata come uno stato dell'intera persona; pertanto è benessere strettamente legato al funzionamento umano a tutti i livelli: *biologico*, *psicologico* e *sociale*. E' vista, inoltre, come la discrepanza o meno fra le richieste dell'ambiente, culturale e sociale, e le prestazioni del singolo.

FUNZIONAMENTO - Funzionamento è un termine ombrello utilizzato nell'ICF per indicare gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo e i suoi fattori contestuali, che possono essere fattori ambientali o personali. Il funzionamento di una persona, dunque, è descritto sia dalla sua *condizione di salute* (per cui, per esempio, una persona

cardiopatica non potrà effettuare sforzi fisici troppo intensi e prolungati) sia dall'*ambiente* in cui vive (la stessa persona dovrà cercare di limitare il suo stato di tensione ma, qualora il suo contesto relazionale sia stressante, ciò avrà una ricaduta anche sul suo livello di funzionamento). L'ICF fornisce quindi informazioni sul funzionamento del singolo individuo, nel suo contesto di riferimento e consente di *migliorare il suo livello di partecipazione*, attraverso la rimozione o la diminuzione degli ostacoli sociali e la promozione di supporto sociale e di facilitatori.

DISABILITA' - Il concetto di disabilità, infine, rappresenta la maggiore innovazione dell'ICF: essa non è da considerare come un problema di un gruppo minoritario all'interno della comunità, quanto piuttosto come una *condizione* che ognuno può sperimentare durante la propria vita. Ponendo al centro le potenzialità delle persone nel loro interagire con le condizioni ambientali, la disabilità è definita come la conseguenza o il risultato di una complessa interazione tra la *condizione di salute* di un individuo, i *fattori personali* e quelli *ambientali*, che rappresentano le circostanze in cui l'individuo vive. L'ICF concepisce una correlazione e un legame tra stato di salute e ambiente di vita dell'individuo, arrivando così alla definizione di disabilità come a una *condizione di salute in un ambiente sfavorevole*.

L'inclusione dell'ambiente nella definizione dello stato di salute è di primaria importanza: la salute di un individuo colpisce direttamente il suo contesto di vita (implicando dei cambiamenti sulle sue abitudini, sul suo lavoro, sulle sue relazioni), così come questo colpisce la salute delle persone (per esempio a livello di leggi, atteggiamenti, barriere, inquinamento ambientale o stress situazionale). Una persona può funzionare in modo diverso in differenti contesti. I fattori ambientali possono rappresentare dei "facilitatori", favorendo la performance, o delle "barriere" e quindi avere un effetto limitante. I termini "facilitatore" e "barriera" fanno infatti riferimento a tutti quei fattori, come ambienti fisici accessibili, ausili, tecnologie nonché atteggiamenti delle persone, servizi, sistemi e politiche, la cui assenza o presenza può modificare la performance di una persona, riducendone la condizione di disabilità o al contrario limitandone il funzionamento creando disabilità.

La nuova classificazione consente, come già detto, di classificare il *funzionamento* di un individuo, nonché gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare. È dunque, un sistema di "misura" della disabilità non più legato alla sommatoria di ciò che manca a una persona, ma a un'accurata valutazione del funzionamento e dell'ambiente. Un

metodo che impone di prendere in considerazione non solo la patologia, ma l'intera persona con i suoi problemi e le sue capacità e l'ambiente in cui vive. Tutto ciò favorisce una visione ampia della salute e contribuisce a informare il clinico rispetto a domini non sempre presi in considerazione dalle diverse figure interessate (personale medico e/o sociale). *L'ICF propone il modello bio-psico-sociale della disabilità, un modello che riesce a ovviare alla contrapposizione tra il modello puramente "medico" e quello puramente "sociale" di disabilità.* Di conseguenza, ogni processo rivolto a migliorare la condizione e a favorire l'integrazione delle persone con disabilità richiederebbe un'azione sociale e alla società in senso lato sarebbe richiesta la responsabilità di attuare i cambiamenti comportamentali e ambientali necessari a consentire a queste persone la loro piena partecipazione in tutti i momenti della vita.

1.7.2 ICF E SCUOLA

Si crea, quindi, una nuova prospettiva, che vede una nuova concezione della *persona*, del suo *funzionamento* e della sua *educazione*. Questa prospettiva consente la costruzione di un *piano educativo inclusivo*, relativo a un possibile progetto di vita, e vede il coinvolgimento di una molteplicità di fattori: sinergia tra famiglia, operatori socio sanitari e scuola; maggiore attenzione al contesto; attenzione alle risorse del territorio.

Nell'ottica dell'ICF, ma più in generale prendendo in considerazione la vita di ogni persona, possiamo dire che il livello di disagio, di difficoltà, così come anche la disabilità non dipendono dalla "difficoltà" ma dal rapporto tra gli elementi di fragilità (le problematiche dell'individuo) e gli elementi di protezione (le caratteristiche proprie dell'individuo, la famiglia, la società, la scuola). L'intreccio tra questi fattori determina il livello d'integrazione, emarginazione, disadattamento. È il *contesto* che fa la differenza. Infatti, l'handicap, a differenza del deficit, non appartiene al soggetto, ma lo incontra nel rapporto con gli altri e attraverso le esperienze che fa (non "portatore di handicap" ma "*in situazione di handicap*").

La scuola ha un ruolo fondamentale: ha la responsabilità di scegliere se far incontrare facilitatori o barriere, a partire dalla costruzione del senso di appartenenza. La classe si presenta come una realtà complessa che si compone attraverso l'intrecciarsi di diversi fattori di contesto, fra i quali il numero degli alunni, la presenza di diverse etnie, di bisogni educativi speciali, ma anche di diversi stili di apprendimento, provenienza socio culturale, etc. .

E' necessario ripensare al modo di fare scuola; se l'handicap, infatti, partecipa alla struttura globale della persona, questa non si riduce e non è definita dalle sue mancanze, bensì dalla sua struttura originale. Quest'ultima non dipende esclusivamente dall'oggettività delle sue deficienze. Essa dipende dal contesto e soprattutto dalle attitudini e comportamenti dell'entourage.

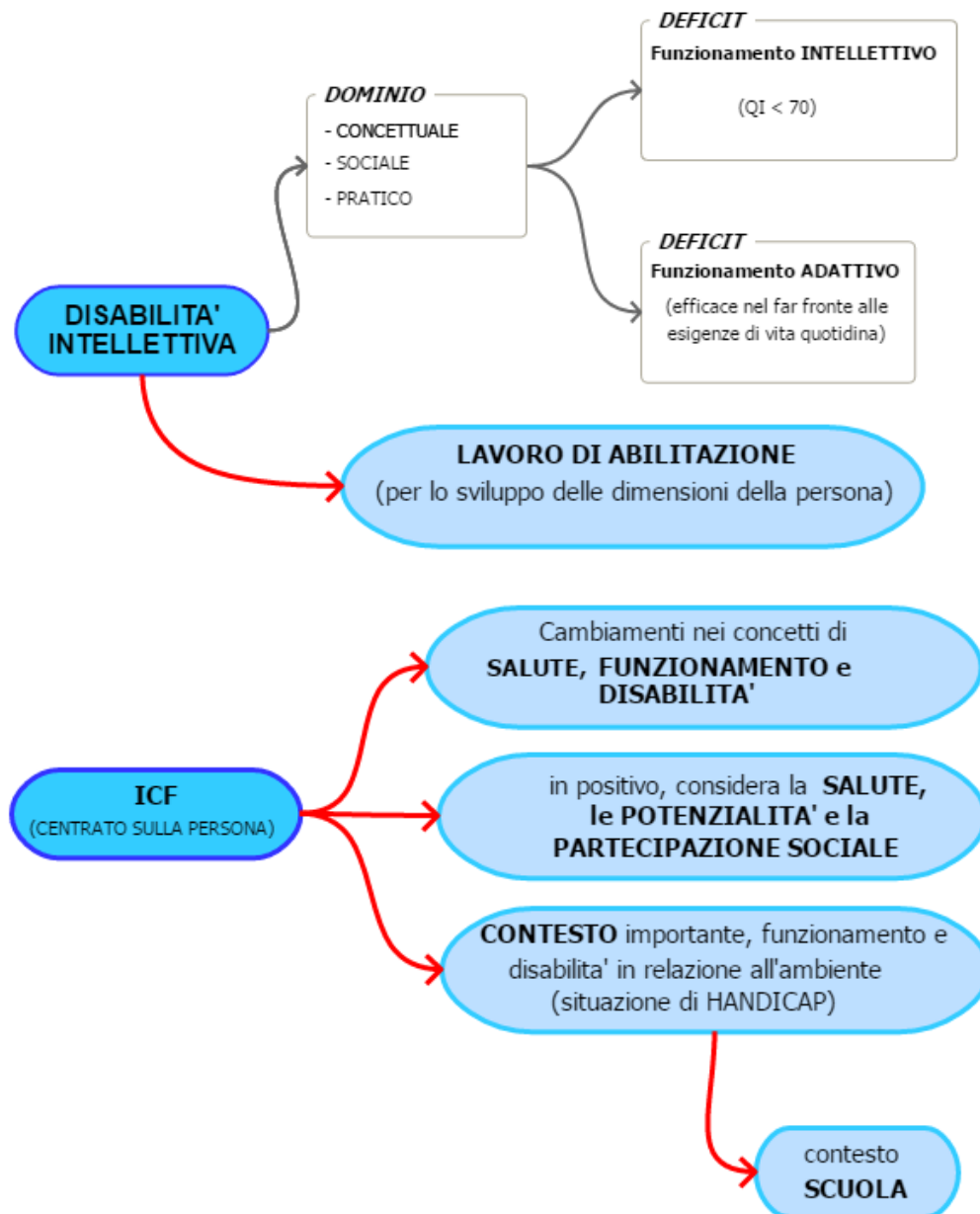


Figura 1 – Schema sinottico del Capitolo 1

Riferimenti:

[Rif. 11, 12, 13, 14, 17, 25, 32, 33]

2 LA DISABILITA' INTELLETTIVA A SCUOLA

2.1 LA DIVERSITA' COME VISSUTO

Per chi lavora nella scuola, i temi da affrontare riguardo alla crescita sono moltissimi ma uno sicuramente molto delicato, per quanto riguarda il campo dell'insegnamento, è quello della diversità. La scuola deve offrire ai bambini diversamente dotati un ambiente tranquillo e stimolante, dove sperimentare *l'integrazione*. Perché ciò avvenga, occorre che il corpo insegnante sia adeguatamente preparato e conosca dinamiche psicologiche e meccanismi relazionali che si possono positivamente instaurare con il bambino che presenti questa caratteristica. Si deve sempre tener conto che c'è uno *sviluppo* anche nel bambino diversamente abile e che si possono mettere in atto *promozioni* di questo sviluppo che siano migliorative o, al contrario, che prolunghino o addirittura generino le differenze. L'educatore deve necessariamente confrontarsi col fatto che, oltre ad avere una misura visibile, obiettiva, ne ha un'altra enormemente più importante che è quella del *vissuto*. Se l'attenzione si concentra solo sulle menomazioni visibili, non si avrà una corretta percezione della reale situazione. Tra l'altro, assumendo come dato ineliminabile quel limite, si costringe involontariamente chi lo porta ad avvertirlo di continuo durante la crescita.

Se da un lato gli insegnanti devono divenire consapevoli di quanto sia importante il loro contributo per aiutare l'integrazione di chi soffre di limitazioni; dall'altro, devono conoscere i *rischi* di un intervento scorretto sulla crescita che, in certi casi, può addirittura ingenerare il diversamente dotato. Una crescita serena può ridurre, in chi ha una diversità, le limitazioni che da questa possono venire. Scatta il bisogno dell'integrazione del bambino nel gruppo, l'esigenza di non negare la sua realtà ma nemmeno di farla diventare predominante.

2.2 PEDAGOGIA E DIDATTICA SPECIALE

PEDAGOGIA SPECIALE - Il ruolo della pedagogia speciale è quello di *identificare i bisogni speciali* delle persone, saperli leggere e interpretare in maniera precisa e *delineare delle risposte* adeguate a soddisfarli. Il suo compito prioritario è quello di sviluppare una *riflessione che guidi l'operatività*, una riflessione in grado di orientarsi nella complessità dei bisogni e nella molteplicità delle risposte possibili.

Risposte speciali, sicuramente, in relazione alle esigenze del singolo, ma capaci di calarsi coerentemente nell'attività comune, integrandosi con essa e trasformandola. La pedagogia speciale deve rendere sempre più speciale ogni forma di intervento educativo trasformando in patrimonio comune la capacità di cogliere i problemi, le competenze nell'affrontarli, la padronanza nell'ipotizzare opzioni nelle risposte educative. Tutto ciò alimentando la fiducia sulla possibilità di modificare le situazioni, anche quando il senso comune vede l'impossibilità del cambiamento e l'inattuabilità di qualunque progresso.

DIDATTICA SPECIALE PER L'INTEGRAZIONE - Da questa concettualizzazione e definizione delle linee operative deriva una specifica didattica, una *didattica speciale*, intesa come disciplina con la quale si elaborano in maniera sistematica le teorie dell'insegnamento. Il fatto che la riflessione e le applicazioni didattiche discendano da un inquadramento dei bisogni effettuato a livello di pedagogia speciale, non significa che la didattica stessa debba essere declinata come parte operativa della pedagogia, come disciplina incaricata di articolare semplicemente i contenuti in modo da renderli facilmente assimilabili agli allievi. La didattica non è una mera applicazione di programmi operativi predeterminati, ma effettua una *riflessione* teorica-operativa circa l'opportuna mediazione e comunicazione fra l'allievo che apprende e gli oggetti di apprendimento, ovvero tra il soggetto e gli oggetti dell'educazione (conoscenze, competenze, modelli di comportamento socio-affettivo), all'interno delle istituzioni intenzionalmente formative.

Questo significa orientarsi con un approccio scientifico non solo nella direzione di individuare le *attività* più adeguate da svolgere, ma anche in quella di *valutarne l'applicabilità* nel contesto integrato e *l'utilità* per tutti gli allievi, non solo per quello con disabilità, in modo da riuscire a strutturare un modello riproducibile in momenti diversi e in altri ambienti. La didattica che possa creare l'attenzione sempre rivolta alla *personalizzazione*, cioè al tentativo di facilitare l'integrazione/comunicazione in un contesto integrato.

2.2.1 BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Riflettere sulla didattica speciale e sviluppare delle linee operative per favorire l'integrazione scolastica degli allievi con disabilità, comporta la necessità di rapportarsi a tre indirizzi di ricerca principali:

- l'individuazione dei *bisogni speciali* delle persone e delle finalità da perseguire (compito della pedagogia speciale),
- la considerazione del *contesto integrato* nel quale deve collocarsi l'intervento educativo e
- la *prospettiva longitudinale* del progetto di vita alla quale bisogna assolutamente conformarsi.

Il primo aspetto chiama in campo i rapporti fra pedagogia speciale e didattica speciale, che rappresentano due orientamenti scientifici integrati, anche se non sovrapponibili. La didattica speciale non può essere considerata semplicemente come braccio operativo della pedagogia speciale, trattandosi di una disciplina autonoma in grado di proporre interventi articolati sulla base di modelli teorici. Un secondo riferimento obbligato è rappresentato dal contesto nel quale gli interventi educativi devono inserirsi. Infatti, non si tratta solo di individuare le potenzialità e i limiti degli allievi in situazione di disabilità per poter pianificare azioni opportune in relazione agli obiettivi prefissati. Bisogna, invece, favorire un lavoro congiunto fra insegnanti curricolari e di sostegno, creare un ambiente inclusivo, avere un'elevata flessibilità organizzativa, ricercare un coinvolgimento dei compagni e molte altre cose ancora. Quindi, se è vero che la fine delle istituzioni speciali non comporta l'annullamento dei bisogni speciali in direzione dei quali deve orientarsi la pedagogia speciale per individuare le risposte adeguate, allo stesso modo la metodologia di intervento didattico richiesto dalla prospettiva di una reale integrazione diventa molto più complessa, esigendo una riflessione estremamente ampia ed articolata.

Un ulteriore prospettiva dalla quale non si può assolutamente prescindere per l'impostazione di un corretto approccio educativo è quella diacronica del progetto di vita. Questo significa vedere l'integrazione scolastica all'interno di una programmazione esistenziale finalizzata alla promozione di una vita qualitativa in tutti gli ambienti sociali nei quali la persona si trova a interagire e a ogni età. La prospettiva longitudinale del progetto di vita obbliga a una riflessione che deve andare oltre l'attualità, per

abbracciare la storia dell'individuo e proiettarla nel futuro alla conquista dell'*autonomia* e della *dimensione dell'essere adulti*.

2.2.2 PROGRAMMAZIONE PERSONALIZZATA

Alcuni passaggi significativi (livello nazionale):

- L. 118/71, limitata all'affermazione del principio dell'inserimento. L'art.28 dice che l'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica
- 1975, Commissione Falcucci, "documento Falcucci", l'effettiva integrazione di alunni con deficit passa prima di tutto attraverso la convinzione che essi sono i veri protagonisti della propria crescita. La scuola ha il compito e la responsabilità di individuare in loro le potenzialità per poterne favorire lo sviluppo e permettere di maturarsi al meglio sotto il profilo sociale, culturale e civile e prevenire l'emarginazione. La grande innovazione è che non esistono più bambini considerati non educabili
- Legge 104/92 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."
- Legge 517/77 che sancisce il diritto alla frequenza scolastica di tutti i portatori di handicap. Viene inoltre stabilito che le classi in cui viene inserito un portatore di handicap, non devono avere più di 20 alunni ed inoltre devono essere assicurati la necessaria integrazione specialistica, il servizio socio psico pedagogico e forme particolari di sostegno (art. 7)
- Legge 53/2003, Personalizzazione degli apprendimenti
- Direttiva MIUR del 27 dicembre 2012, strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica

(livello internazionale):

- UNESCO (1994), The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education, Salamanca, Spagna) è il manifesto della scuola inclusiva, l'applicazione del modello dell'*inclusive education* richiede che i sistemi educativi sviluppino una pedagogia centrata sul singolo alunno (child-centred pedagogy), rispondendo in modo flessibile alle esigenze di ciascuno

- La Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità 2006 (ratificata con Legge dello Stato italiano n.18/09) *"La disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri"*.
- UNESCO, Policy Guidelines on Inclusion in Education, Parigi 2009. *"La scuola inclusiva è un processo di fortificazione delle capacità del sistema di istruzione di raggiungere tutti gli studenti. ...Un sistema scolastico 'incluso' può essere creato solamente se le scuole comuni diventano più inclusive. In altre parole, se diventano migliori nell'educazione di tutti i bambini della loro comunità"*

Nel corso degli anni, la scuola si è orientata sempre più verso *l'integrazione* a mano a mano che sono stati individuati programmi specifici, che hanno dato maggiore significato alla presenza dell'allievo con bisogni educativi speciali nelle classi comuni. La parola d'ordine in questo passaggio è stata quella di *programmazione personalizzata* in relazione alle esigenze dell'alunno e quella di *insegnamento individualizzato*. Il problema attuale è quello di far acquisire alla scuola le caratteristiche dell'ambiente realmente inclusivo nei confronti di tutte le forme di diversità, in modo da farlo diventare il vero volano per trasferire l'integrazione in tutti i contesti sociali. Per operare questo ulteriore salto di qualità sono necessarie azioni che incidano sia a livello *strutturale e organizzativo*, sia a livello *metodologico-didattico*.

Dietro la terminologia di "insegnamento individualizzato" si sono celati percorsi non sempre proficui per l'integrazione. In molti casi, infatti, individualizzazione è stata sinonimo di separazione, di lavoro individuale condotto dall'allievo con l'insegnante di sostegno in contesti differenti da quelli della classe. Il problema, quindi, diventa quello di assicurare la massima *individualizzazione* al processo educativo, così come richiede la presenza di un allievo con bisogni particolari, garantendo allo stesso tempo una sua effettiva *inclusione* nel gruppo classe.

2.3 SCUOLA INCLUSIVA

La scuola inclusiva si basa su un processo attraverso il quale tutti i protagonisti contribuiscono a costruire le caratteristiche di un ambiente educativo e di apprendimento che cerca di rispondere ai bisogni di tutti; è una scuola che ripensa necessariamente le scelte *metodologiche, didattiche e educative* quotidiane. La presenza degli alunni disabili non è un'emergenza da presidiare, ma un evento che richiede una *riorganizzazione del sistema*. Occorre costruire la classe come un *gruppo inclusivo*; per far questo dobbiamo privilegiare una *didattica attiva*, sviluppare processi di *apprendimento significativo* e creare un *senso di appartenenza*.

CLIMA INCLUSIVO - Costruire un processo inclusivo significa, per prima cosa, abituarsi a pensare la classe come un sistema, come un insieme di elementi interdipendenti e non separati, intrecciati dalle relazioni, per i quali si costruisce un unico progetto. Significa inoltre analizzare i bisogni, le specificità, i limiti e le risorse; differenziare il progetto educativo nelle metodologie, strategie, nei tempi coerenti con le caratteristiche del gruppo classe; costruire occasioni di *rispecchiamento* tra pari attraverso scelte metodologiche-didattiche-organizzative; progettare percorsi personalizzati che costruiscano reti di apprendimento. Un progetto inclusivo si costruisce in progress, è un processo in itinere mai del tutto concluso e si caratterizza perché deve essere coerente, deve richiedere continuità verticale e orizzontale, deve lasciare spazio agli imprevisti ma poco all'improvvisazione, deve richiedere la condivisione e l'attivazione di tutto il team docente. Quindi, è necessario ripensare la didattica, scegliere la *scuola del fare* come condizione privilegiata per l'apprendimento di tutti; è necessario ripensare *l'organizzazione*, avere flessibilità negli orari, nell'uso degli spazi, nella suddivisione di compiti e responsabilità, nella disponibilità a fare, nella disponibilità a uscire dalle proprie "cornici", nella disponibilità a pensare e ripensarsi; è necessari, infine, fare attenzione alla professionalità docente, ipotizzando un *insegnante riflessivo* con forti competenze nell'osservazione, capace di analizzare continuamente percorsi e processi, capace di riposizionare se stesso e se stesso rispetto agli altri, ma soprattutto che fa proprio il concetto di normalità come pluralità e non come uniformità. Il clima che si respira all'interno della classe è, quindi, *determinante per l'attivazione di relazioni realmente inclusive*.

PROSOCIALITA' - È importante educare gli allievi alla messa in atto di condotte prosociali, cioè di azioni che, senza ricercare gratificazioni estrinseche o materiali, favoriscono altre persone o gruppi o il raggiungimento di obiettivi sociali positivi e aumentano, così, la possibilità di dare inizio a una reciprocità positiva e solidale nelle relazioni interpersonali conseguenti, salvaguardando l'identità, la creatività e l'iniziativa delle persone o dei gruppi coinvolti.

Si tratta di condotte finalizzate a favorire il benessere degli altri, rispettandone le caratteristiche e le peculiarità personali. Un'altra strategia per l'insegnamento diretto di abilità sociali e per la promozione di una "consapevolezza sociale" (insegnamento metacognitivo), è quella del *problem solving interpersonale*, finalizzata a promuovere negli allievi un *atteggiamento sociale adeguato*, cioè a insegnare "come" affrontare situazioni sociali attivando adeguati processi di ragionamento, per orientare positivamente i compagni nei confronti dei bisogni particolari di allievi con disabilità. Il comportamento sociale dipende da una serie di comportamenti che fanno riferimento sia ad aspetti cognitivi e affettivo-motivazionali sia ad una serie di altri fattori, quali il controllo sociale, i modelli parentali e culturali, quelli proposti dai mass media. La messa in atto di queste azioni di aiuto nei confronti dei compagni disabili dipende da una serie di condizioni che fanno riferimento al possesso delle seguenti capacità:

- *abilità cognitive* leggere e interpretare lo stato di bisogno del compagno,
- *assertività* capacità della persona di affermare e perseguire i propri obiettivi con modalità socialmente adeguate e rispettose dell'interlocutore
- *empatia* capacità di comprendere ed assumere il punto di vista dell'altro, dal punto di vista sia cognitivo sia emozionale
- *autocontrollo* del comportamento personale (essenziale per la promozione e lo sviluppo di azioni prosociali).

È evidente come un programma di educazione prosociale, debba centrarsi sulla promozione di queste competenze.

2.3.1 INTEGRAZIONE E INCLUSIONE

Trattando i fenomeni eccezionali come “deviazioni dalla norma”, comprendiamo che le deviazioni dalla norma spesso determinano le dinamiche naturali e sociali. Il nostro lavoro, come insegnanti o educatori, non è quello di “sbiancare i cigni neri” o di “ingrigire i bianchi”, ma aiutare ciascuno ad essere al meglio sé stesso. L'*integrazione*, che passa attraverso l'assimilazione, è l'adattamento del disabile all'organizzazione scolastica pensata per i “normali”, attraverso una didattica speciale. L'*inclusione*, che passa attraverso l'accettazione, è il riconoscimento della rilevanza della piena partecipazione alla vita scolastica da parte di tutti i soggetti. Ciò fornisce una cornice al cui interno gli alunni possono essere ugualmente valorizzati, trattati con rispetto e forniti di uguali opportunità a scuola.

Il lungo tragitto percorso in pochi decenni sul fronte dell'integrazione scolastica spinge ad aumentare e ad estendere l'impegno in altri ambiti. È necessario attivarsi affinché l'integrazione non rimanga una dimensione in appannaggio solo dell'istituzione scolastica, ma percorra, attraversi e pervada tutte le sfere vitali e sociali, fino a diventare un processo *culturale* e *mentale* e non solo un intervento organizzativo preordinato. Tutto questo ha bisogno, per potersi realizzare, di una *riflessione* e di *modelli applicativi* da sviluppare in modo sincrono in ogni contesto.

2.3.2 RISORSA COMPAGNI

Una risorsa importante per favorire l'integrazione è rappresentata dai compagni di classe. La risorsa compagni rappresenta una potenzialità di grosso rilievo per facilitare un processo di reale integrazione del bambino con disabilità non solo in ambito scolastico, ma in generale nella comunità. I rapporti di scambio e la rete di amicizie che si determinano tendono spesso a generalizzarsi anche a contesti extrascolastici, determinando le condizioni per una proficua e soddisfacente vita sociale. Ecco che, il coinvolgimento di allievi in funzione di tutor per favorire l'apprendimento di bambini con disabilità, rappresenta un'ulteriore opportunità di impiego programmato dalla risorsa compagni. Il *tutoring* permette, infatti, di sviluppare un'*educazione individualizzata* per seguendo nello stesso tempo gli obiettivi sociali dell'*integrazione*. La sua efficacia, quindi, è riscontrabile sia a livello *educativo*, sia *sociale*, sia *economico*. Va sottolineata

la possibilità che l'allievo con difficoltà possa svolgere in seguito il ruolo di tutor, situazione in cui quest'ultimo può risultrne fortemente gratificato a livello di autostima e conseguentemente attivare un circolo virtuoso centrato sul miglioramento della percezione di autoefficacia. Oltre a questi vantaggi di tipo emotivo-motivazionale, gli allievi possono ulteriormente affinare delle abilità parzialmente acquisite nel momento in cui le illustrano ad un compagno, facilitando in questo modo il processo di consolidamento e quello di generalizzazione.

2.3.3 RELAZIONE FRA CLIMA DI CLASSE E SUCCESSO FORMATIVO

Esiste un forte legame tra apprendimento e gratificazione emotiva: un buon clima di classe è in grado di *favorire gli apprendimenti* e di *contribuire al benessere* dello studente e dell'insegnante. È la *relazione a generare formazione*, e non il contrario. Una buona relazione educativa, infatti, si configura come *elemento di protezione* della persona; sostiene la motivazione, risponde al bisogno di appartenenza, benessere, esplorazione, socializzazione e comunicazione. Al fine di costruire un buon clima di classe, dobbiamo facilitare, promuovere, *costruire abilità e competenze necessarie*, attuando progetti specifici per il raggiungimento di competenze da parte dei pari, attraverso relazioni di aiuto e lo sviluppo delle abilità prosociali; dobbiamo attuare progetti formativi che prevedano attività specifiche e trasversali, anche disciplinari, che perseguano gli obbiettivi di abituare a evitare giudizi, non leggere la parte per il tutto, non definire la persona dietro la difficoltà e mettere in atto buone relazioni di aiuto e non aiuto/sostituzione; dobbiamo infine utilizzare metodologie e strategie per creare spazi di condivisione di esperienze, favorire in classe i lavori cooperativi, “controllare” il gruppo e le sue dinamiche.

C'è da sottolineare che il primo modello inclusivo è il team docente. Il docente deve collaborare con il team, deve assumere un ruolo di coordinamento e promozione del processo di inclusione, un ruolo propositivo per la didattica della classe, e non solo per gli alunni in difficoltà, un ruolo di controllo/mediazione/gestione delle dinamiche e del clima della classe, un ruolo di promotore della cultura della diversità.

2.4 IL LAVORO DELL'EDUCATORE NELLA RIABILITAZIONE

Il ritardo mentale necessita spesso di un *trattamento medico* e farmacologico perché è frequentemente associato ad alterazioni neurologiche e somatiche. Tale intervento è spesso finalizzato anche a contenere e ridurre comportamenti problematici associati, quali aggressività, autolesionismo, movimenti stereotipati e stati di disattenzione e iperattività. La *riabilitazione* nel ritardo mentale di tipo cognitivo, invece, ha l'obiettivo di introdurre e/o rinforzare quelle abilità che a causa dell'handicap non si sono sviluppate e consolidate spontaneamente. Unitamente alla *riabilitazione cognitiva*, è necessario prendere in considerazione ulteriori *variabili* relative alla personalità quali motivazione, concetto di sé, temperamento, elementi di comunicazione, influenze familiari e fattori ambientali. La relazione di cura non si svolge mai in maniera disgiunta dal *contesto sociale*, è importante che l'esperienza educativa-riabilitativa parta dalla quotidianità e si svolga nel contesto di vita della persona stessa. C'è, infatti, un rapporto di causa-effetto fra l'esperienza e l'educazione, perché l'individuo agisce e reagisce nell'ambiente: la qualità della vita e quindi il benessere di un individuo è il risultato anche e soprattutto delle relazioni che instaura con le persone, con le strutture sociali, gli ambienti fisici e, più in generale, con la propria cultura, che danno significato al suo essere individuo nel mondo.

La funzione *ER* (di Educazione e Riabilitazione) è esplicitata nel *Core Competence* dell'educatore professionale, nelle sue attività di educazione e riabilitazione basate sulle competenze che l'educatore professionale deve possedere nel campo intellettuale e della comunicazione interpersonale. *“L'educatore attua specifici progetti educativi e riabilitativi volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e tesi al recupero della vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”*; ecco quindi che *conoscenza, esperienza e interazione* con l'ambiente sono elementi fondamentali dell'intervento svolto dall'educatore professionale, intervento che nell'ambito della funzione di riabilitazione assume tali elementi a supporto del "recupero delle capacità dell'altro", al recupero di una funzione compromessa.

La conoscenza dell'individuo nei suoi diversi aspetti ci rivela una fotografia della persona che prende in considerazione gli aspetti psicologici, sociali e familiari della persona stessa, secondo l'*approccio bio-psico-sociale* che pone l'individuo al centro di

un sistema influenzato da molteplici variabili. Tali aspetti, fra loro interagenti, ci danno la possibilità di entrare in contatto con la vita esperienziale delle persone e ci aiutano a supportarli e orientarli nella strutturazione di un futuro possibile. La duplice esperienza, ovvero l'esperienza della persona a cui è rivolto l'intervento riabilitativo e quella dell'educatore professionale, assume un ruolo fondamentale in quanto unisce un insieme di sensazioni, percezioni, sentimenti ed emozioni che, attraverso la memoria, ci restituiscono la capacità di cogliere l'universale attraverso i particolari; nella conoscenza è il momento in cui mettiamo in relazione la persona con i nostri vissuti e con le nostre riflessioni. L'interazione con l'ambiente invece rappresenta, in ambito riabilitativo, il momento in cui l'educatore professionale si trova ad interagire con persone affette da disagio psichico e/o disabilità, persone con problemi di abuso di sostanze o persone con comportamento anti-sociale che limitano le normali attività del quotidiano; ciò che ne deriva è una conseguente restrizione della partecipazione alla vita attiva, attraverso la riduzione della funzione motoria, cognitiva o emozionale.

Possiamo affermare che il principale compito della riabilitazione consiste nel restituire alla persona le abilità fisiche, emotive, sociali e intellettuali indispensabili per vivere, perdute e/o danneggiate nel corso della malattia, con il sostegno necessario dei titolari delle professioni d'aiuto che intervengono attraverso lo sviluppo delle abilità della persona e lo sviluppo delle risorse dell'ambiente. La riabilitazione può essere rappresentata dalla somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che un paziente possa conservare o costruire il proprio ruolo nella società; agire sui determinanti di salute per *migliorare la qualità della vita*. La riabilitazione può quindi essere definita una metodologia con valenza generale che può essere utilizzata in tutti i programmi che si propongono di accrescere l'*articolazione sociale*. La presa in carico riabilitativa ha come significato l'assunzione di responsabilità degli interventi sulle più importanti disfunzioni che l'utente manifesta nelle principali aree di vita (abitare, socialità, lavoro e affettività), intervenendo con attenzione e sensibilità per tutto il tempo necessario all'utente. Obiettivo principale dell'intervento riabilitativo è quello di strutturare *setting esperienziali* che contrastino il fenomeno della de-socializzazione, dello stigma interno e della rinuncia ad intraprendere sforzi per cambiare.

I principi della riabilitazione possono essere così riassunti:

- *coinvolgimento della persona*, l'attenzione è concentrata sull'inclusione degli individui come partner a pieno titolo in tutti gli aspetti del loro processo di riabilitazione
- *scelta*, l'attenzione è rivolta alle preferenze della persona per tutta la durata del processo riabilitativo
- *orientamento sull'esito*, l'attenzione è rivolta alla valutazione dell'intervento riabilitativo in termini di impatto sugli esiti dell'utente
- *potenziale di crescita*, l'attenzione è rivolta al raggiungimento del successo e della soddisfazione della persona, indipendentemente dalle sue difficoltà del momento
- *supporto*, l'attenzione è concentrata sul sostegno per tutto il tempo necessario e desiderato
- *specificità ambientale*, l'attenzione è rivolta al contesto specifico in cui la persona vive, lavora, apprende e socializza
- *orientamento sulla persona*, l'attenzione è centrata sul l'essere umano nella sua interezza, piuttosto che su un'etichetta diagnostica o su una malattia
- *funzionamento*, l'attenzione è rivolta al raggiungimento della performance nelle attività quotidiane.

In ambito riabilitativo assume grande importanza la *valutazione multidimensionale*; essa si configura come strumento innovativo nell'erogazione dei servizi alla persona perché consente di affrontare le problematiche della persona stessa nella loro complessità e nella loro globalità. Infatti, nelle persone con patologia cronica in generale, il "poter fare" e il "saper fare" rappresentano indici di benessere più significativi di tradizionali segnali clinici. Le tecniche di valutazione globale si basano sulla costituzione di un gruppo interdisciplinare che, lavorando in equipe, utilizza strumenti specifici in ambito valutativo e d'intervento operativo per ognuna delle aree di funzionamento dell'individuo. Possiamo così concludere che il concetto di riabilitazione è differente da abilitazione che passa attraverso l'educazione e in questo risulta fondamentale tener presente che l'obiettivo di un intervento riabilitativo non dovrà essere la "guarigione" dalla difficoltà, ma piuttosto la *riduzione degli effetti negativi* sulle abilità e sulle competenze già acquisite e ridotte e/o oscurate dalla malattia.

Le attività di riabilitazione sociale rappresentano le azioni e gli interventi finalizzati a garantire alla persona la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle sue disabilità, al fine di contenere la condizione di disagio e d'isolamento sociale. Tali attività sono condivise tra gli attori coinvolti nel percorso riabilitativo e non reprimono la personalità dell'individuo né la componente creativa e umana dei professionisti; sicuramente la combinazione di sensazioni, percezioni, sentimenti ed emozioni dà vita ad un percorso unico ed irripetibile che esplode nella relazione educativa e le idee messe in campo per raggiungere gli obiettivi nascono proprio dalla conoscenza, dalla professionalità e dall'esperienza di entrambi.

LEGGE BASAGLIA - La componente riabilitativa assume un ampio significato se è contestualizzata in ambito educativo, racchiudendo i mezzi utilizzati per *restituire alla comunità coloro che per qualsiasi motivo ne siano temporaneamente esclusi*. Non è un caso che la riabilitazione in ambito psichiatrico raggiunga il suo maggior sviluppo con la legge n. 180/1978, cosiddetta *legge Basaglia*, e con il superamento della logica manicomiale. Prima della riforma dell'organizzazione dei servizi psichiatrici, i manicomi erano spesso connotati come luoghi di contenimento sociale, dove l'intervento terapeutico e riabilitativo scontava le limitazioni di un'impostazione clinica che si apriva poco ai contributi della psichiatria sociale, delle forme di supporto territoriali e delle potenzialità delle strutture intermedie. Il grande valore della legge Basaglia è stato quello di *rivedere e modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica*, instaurando rapporti umani con il personale e con la società, riconoscendo i diritti e i bisogni dei "pazienti", restituendo il valore di un'identità, di una dignità umana e di un ruolo sociale alle persone bisognose di cure. In quella precisa situazione, l'obiettivo di re-inserire nel contesto sociale le persone che uscivano dai manicomi si è scontrato con i timori e le paure di una società impreparata ma anche con le paure e le difficoltà dei pazienti stessi. Cambiamenti legislativi, culturali, istituzionali hanno restituito la possibilità ai "malati di mente" di riappropriarsi della propria esistenza.

L'intervento riabilitativo ha pertanto agito su due fronti:

- sostenere e supportare le persone con disagio psichico nell'uscita dal manicomio verso un mondo nuovo, spesso ostile, aiutandole a riappropriarsi della loro vita, incoraggiando le nella ripresa e affiancandole nell'organizzazione di un quotidiano gestito in autonomia e, spesso, in solitudine
- tranquillizzare la società nell'aprire le porte ai cittadini che per troppo tempo erano rimasti istituzionalizzati, vissuti come cittadini malati e pericolosi che hanno bisogno di essere assistiti.

2.5 NUOVI INTERVENTI

A partire da questi principi l'intervento riabilitativo ha subito numerosi cambiamenti, basti pensare all'ampio sviluppo della *cooperazione sociale*, che offre oggi molteplici opportunità alle persone con disagio; la cooperativa sociale come luogo per formarsi, per sperimentare un'occasione lavorativa in ambito protetto, per entrare nel mondo del lavoro, per riappropriarsi di un ruolo sociale. Il passaggio da un sistema sociale che aveva affidato allo Stato il compito di assistere e proteggere i cittadini in difficoltà, a una realtà nella quale produrre benessere e salute diventa un compito anche della *società*, all'interno di un sistema relazionale che connette le diverse dimensioni del benessere della popolazione e fra quest'ultima e il sistema politico-amministrativo, è il nuovo scenario che appare intorno alla fine degli anni '90. Una realtà che vede come funzione principale dell'azione pubblica quella di incrementare la capacità dei soggetti secondo principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà.

Si parla così di *welfare di comunità*, ovvero di un modello di politica socio-sanitaria che, modificando i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività, protagonismo e partecipazione alla comunità, aiutandola in un percorso di *auto-organizzazione* e *auto-determinazione* fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune. Gli interventi di programmazione socio-sanitaria integrata sono orientati a identificare modalità d'integrazione e partnership tra gli attori, a costruire pratiche operative che favoriscano, sostengano e incrementino processi di "qualità sociale", implementando gli spazi di vita pubblica e di partecipazione alla costruzione del bene comune.

All'inizio del 2000 nel nostro paese nascono nuove modalità d'intervento e nuovi approcci metodologici volti a favorire il coinvolgimento delle persone con disagio nei propri progetti individuali di vita; di rilevante interesse risulta essere il *budget di salute*, uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati per le persone che presentano bisogni socio-sanitari complessi. Il budget di salute è una modalità gestionale che prevede la formulazione di specifici progetti personalizzati di accompagnamento territoriale e di sostegno alla domiciliarità in alternativa e/o successivamente ad un percorso residenziale, al fine di attivare un processo volto a restituire un funzionamento sociale accettabile alle persone con disabilità psichica. Il budget di salute promuove il superamento degli interventi per singole e isolate prestazioni e sostiene progetti ad elevata *integrazione socio-sanitaria*, utilizzando le reti comunitarie di supporto disponibili sul territorio (enti locali, cooperative sociali, associazioni di volontariato).

Il progetto personalizzato è *individuale* perché centrato sulla persona e sui suoi bisogni, è *personale* perché tarato sulle reali abilità e competenze della persona, è *condiviso* ovvero è concordato con l'interessato e con i suoi familiari, quando ciò è possibile e quando rappresenta una risorsa per l'andamento del percorso; si attiva sui bisogni e sui desideri della persona e si delinea sulle aree corrispondenti ai principali determinanti di salute (abitare, lavoro e socialità), ovvero tutti quei fattori la cui presenza determina in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione. È importante sottolineare che è basato sul diritto di scelta della persona per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione. Il progetto personalizzato con budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti e ai familiari; è finanziato dall'azienda sanitaria per la componente sanitaria e dagli enti locali per la componente socio-sanitaria, con la compartecipazione dell'utenza come previsto dalla normativa vigente.

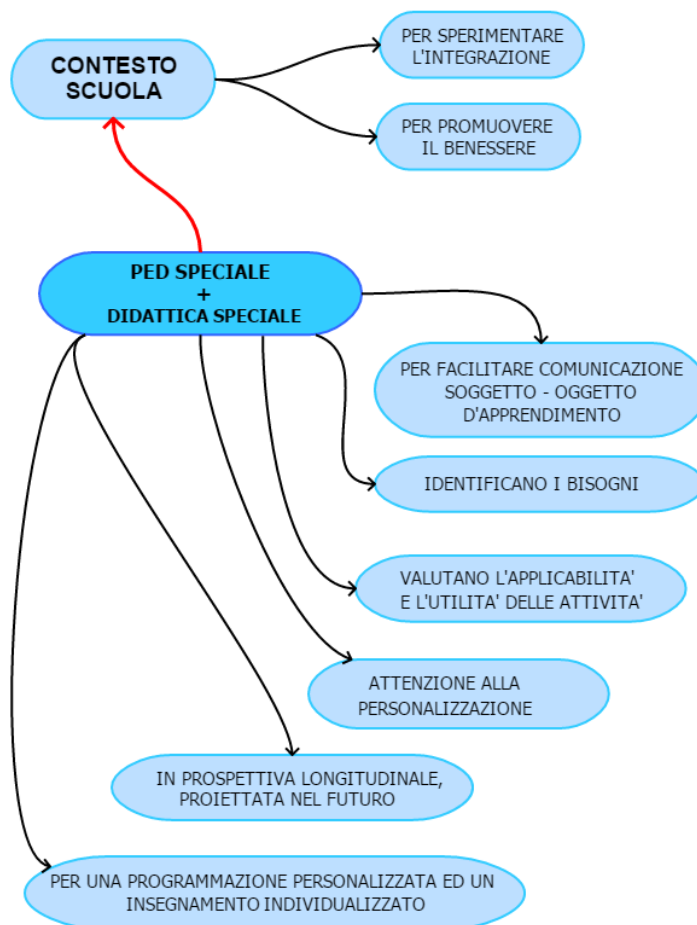


Figura 2 – Schema sinottico 1 del Capitolo 2

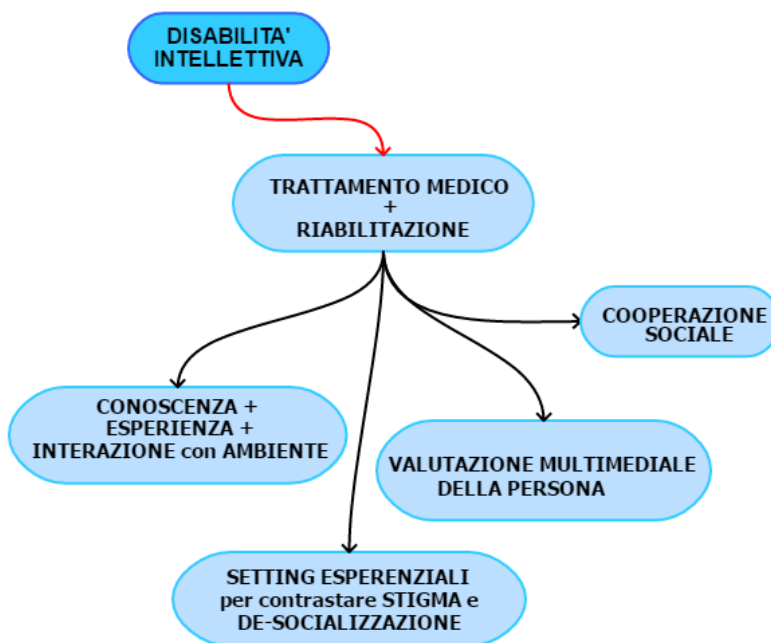


Figura 3 – Schema sinottico 2 del Capitolo 2

Riferimenti:

[Rif. 11, 17, 20, 24, 25, 25, 32]

3 CORNICE TEORICA DELL'INTERVENTO EDUCATIVO

3.5 APPROCCIO METACOGNITIVO

TEORIA DELLA MENTE - Al variare delle epoche e dei paradigmi filosofici, culturali, scientifici e storico-psicologici di riferimento, sono variate le ipotesi e le modellizzazioni diffuse su “cosa fosse” e “come funzionasse” la mente. Una “teoria della mente” è la fondamentale *capacità umana di comprendere e riflettere sul proprio e l'altrui stato mentale*, e sulle proprie e altrui percezioni, riuscendo così a prevedere il proprio e l'altrui comportamento; è questo il significato che viene sviluppato nell'ambito degli studi metacognitivi. Se una coerente teoria della mente non si forma adeguatamente nel bambino, possono svilupparsi deficit e patologie molto serie; molti studiosi ad esempio ritengono che l'autismo possa collegarsi a un deficit in termini di costruzione e rappresentazione interna della propria teoria della mente.

Per verificare la comparsa di una coerente teoria della mente è possibile effettuare alcuni test psicologici, come quello della falsa credenza, noto anche come *Sally-Anne test*. Quest'ultimo serve per verificare lo sviluppo della capacità metarappresentazionale negli esseri umani, ovvero lo sviluppo di una teoria della mente. È costruito infatti in modo da testare la capacità dei bambini di attribuire un convincimento alla mente di altre persone. Ciò significa che il protagonista del test identifica quel particolare comportamento e lo considera determinato da uno stato mentale intenzionale dell'altra persona. Questo stato mentale, che coincide con la falsa credenza, esiste solo nella mente dell'altra persona e non in quella del bambino, che pertanto è in grado di distinguersela ed attribuirgliela scientemente al prossimo.

METACOGNIZIONE - La metacognizione nel bambino è un'abilità tanto difficile da sviluppare quanto utile. La didattica costruttivista ne sottolinea l'importanza come strategia che supporta un apprendimento attivo in cui le conoscenze si acquisiscono per ristrutturazione cognitiva. Le abilità metacognitive sono anche un valido supporto per i disturbi di apprendimento.

Con metacognizione si indica un costrutto teorico molto utilizzato in ambito psicologico ed educativo. La metacognizione indica una tipologia di *auto-riflessività sul fenomeno*

cognitivo, attuabile grazie alla possibilità di distanziarsi, auto-osservare e riflettere sui propri stati mentali. Il concetto di metacognizione è il risultato di contributi di vari settori dell'indagine psicologica avviata negli anni 70; metacognizione significa letteralmente "oltre la cognizione" e sta ad indicare la capacità di pensare sul pensiero o meglio di poter *riflettere sulla propria attività cognitiva*. Il concetto si riferisce alle attività della mente che hanno per oggetto la mente stessa, sia nel momento della *riflessione*, sia nel momento del *controllo*, alla possibilità quindi di *gestirla* attivamente e di migliorarla. Questa capacità funziona come *acceleratore cognitivo*, cioè migliora l'efficacia dei processi cognitivi attraverso il monitoraggio e la valutazione costante dell'andamento del pensiero. La metacognizione dunque, è stata utilizzata in primis come strategia d'intervento specifica nei casi di *difficoltà di apprendimento*. A breve distanza di tempo però, ne è stato apprezzato il valore di potenziamento cognitivo anche nei casi cosiddetti normodotati e si è cominciata a delineare quella che oggi chiamiamo prospettiva metacognitiva, ossia la capacità di un individuo di saper osservare e riflettere su ambiti specifici del proprio *funzionamento psicologico*; per cui non si fa più riferimento soltanto ai processi cognitivi, ma si spazia dalla *sfera affettiva* a quella *sociale*. L'approccio metacognitivo rappresenta, quindi, una modalità privilegiata per trasmettere contenuti e strategie a qualsiasi età, poiché mira alla costruzione di una *mente aperta*.

Cornoldi definisce la meta-cognizione come "l'insieme delle attività psichiche che presiedono al funzionamento cognitivo", e più specificatamente distingue tra *conoscenza metacognitiva* (consapevolezza del soggetto rispetto al proprio funzionamento mentale, include impressioni, intuizioni, nozioni, sentimenti, auto-percezioni. Il soggetto è in grado di dire come mai ci si dimentica delle cose, come si fa ad apprendere, che effetto determina il passare del tempo sulla memoria) e *processi metacognitivi di controllo* (attività di controllo della propria attività mentale a mano a mano che si svolge e di mettere in atto particolari strategie. Comprende la previsione, la valutazione, la pianificazione, il monitoraggio, lo stabilire in che misura si hanno conoscenze relative al settore d'interesse, il mettere in atto strategie adeguate alla risoluzione del compito, il verificare se l'attività di apprendimento intrapresa possa portare ai risultati che si intendevano raggiungere).

Riassumendo, la parte centrale della teoria metacognitiva è la selezione e l'uso delle strategie. Le strategie specifiche non sono essenziali solo per un apprendimento

efficace e per la risoluzione dei problemi, esse forniscono anche il contesto per presentare una pianificazione a livelli più elevati di abilità di controllo, e rappresentano inoltre le basi per la ristrutturazione delle convinzioni attribuzionali e l'incremento dell'autoefficacia. Una volta che queste connessioni si sono formate, l'insegnamento può concentrarsi sulla loro integrazione con le conoscenze di tipo specifico e incorporare esplicitamente il lavoro sui possibili Sé. Si spera che il risultato dell'integrazione e dell'insegnamento di queste componenti centrali e periferiche della metacognizione sia la formazione di studenti più efficaci ed efficienti che possiedono molte caratteristiche del buono elaboratore d'informazioni.

3.1.2 LO SVILUPPO DELLE CONOSCENZE SUL PROPRIO FUNZIONAMENTO COGNITIVO

Molti anni di studi sulla metacognizione hanno evidenziato come, già in età prescolare, i bambini siano in grado di operare semplici riflessioni circa il funzionamento della propria attività cognitiva e gli eventi mentali più in generale. Avanzando con l'età, poi, essi maturano una propria teoria della mente, ovvero una specifica sensibilità metacognitiva. Con il termine teoria della mente si intende la capacità del bambino di attribuire a sé stesso e agli altri credenze e stati mentali. Questa capacità comincia a svilupparsi intorno ai 4 anni. La scoperta della mente propria e altrui sarebbe una progressiva conquista evolutiva alla base delle successive acquisizioni di tipo metacognitivo.

Altro aspetto da considerare in questa analisi evolutiva riguarda il progressivo sviluppo, utilizzo e consapevolezza delle strategie cognitive, attraverso le quali gli allievi diventano maggiormente capaci di risolvere i compiti di apprendimento. Particolarmente studiate, a questo livello, sono state le strategie di memoria, cioè le attività intenzionali del soggetto, i piani di azione e i controlli esecutivi che egli mette in atto per apprendere e ricordare (reiterazione, codifica, associazione, evidenziazione percettiva, organizzazione semantica). Per quanto riguarda l'età in cui queste modalità di approccio ai compiti sono acquisiti, vari ricercatori asseriscono che nulla è rintracciabile nel comportamento dei bambini di età inferiore ai 7-8 anni che stia ad indicare una condotta strategica in fatto di memoria. Per quanto riguarda, poi, lo studio circa lo sviluppo della conoscenza e della capacità di controllo della propria memoria

(metamemoria), vanno segnalate età di acquisizione ancora successive. Le strategie mnestiche cominciano a strutturarsi a partire dagli 8 anni, per poi progredire in maniera abbastanza lineare fino ai 13 anni, quando si verifica un picco molto consistente.

3.2 DIDATTICA METACOGNITIVA

Uno sviluppo applicativo estremamente interessante di questi studi ha riguardato le implicazioni nell'ambito didattico offerte da questo approccio. La didattica metacognitiva riguarda il *funzionamento dei processi di apprendimento*, è un approccio didattico che richiede, prima di tutto, un atteggiamento metacognitivo che privilegi non cosa l'alunno apprende, ma *come* l'alunno apprende e che attivi la propensione a far riflettere gli studenti su aspetti riguardanti la propria personale capacità di apprendere, di stare attenti, di concentrarsi, di ricordare.

È necessario che l'alunno non acquisisca solo conoscenze ma soprattutto abilità e *competenze*, e tra queste quella di "*imparare ad imparare*", cioè la padronanza di una serie di consapevoli strategie che gli permettano di continuare ad imparare nel modo per lui più giusto. L'attenzione dell'insegnante non è tanto rivolta all'elaborazione di materiali e metodi nuovi per "imparare a fare", quanto a *formare quelle abilità mentali sovraordinate che vanno al di là dei semplici processi primari* (leggere, scrivere, ricordare). Questo andare al di là della cognizione significa innanzitutto sviluppare nel soggetto la consapevolezza di quello che sta facendo, del perché lo fa, di quando è più opportuno farlo ancora e in quali condizioni. La didattica metacognitiva si prefigge come obiettivo quello di offrire agli alunni l'opportunità di imparare a *interpretare, organizzare e strutturare* le informazioni ricevute dall'ambiente e la capacità di riflettere su questi processi per divenire sempre più *autonomi* nell'affrontare situazioni nuove. L'approccio metacognitivo, quindi, tende a formare la capacità di essere *gestore dei propri processi cognitivi*, dirigendoli attivamente con valutazioni e indicazioni operative personali. L'interesse dei ricercatori si è, così, ampliato dalla semplice analisi dei processi cognitivi necessari per ottenere determinati apprendimenti, allo studio delle modalità che portano alla *consapevolezza*, da parte del soggetto, *dei percorsi mentali* messi in atto; si sono cercate di evidenziare le diverse variabili cognitive, motivazionali, personali e situazionali che intervengono a condizionare la riflessione sui processi di apprendimento.

L'approccio didattico metacognitivo è senz'altro lo sviluppo recente più interessante e utile tra quelli originati nell'ambito della psicologia cognitiva e è applicato attualmente con risultati positivi sia a livello della metodologia didattica rivolta alla generalità degli alunni, sia negli interventi di recupero e sostegno di quelli con difficoltà di apprendimento, oltre che nell'educazione specializzata per gli alunni con deficit più gravi. L'approccio consente agli insegnanti di non separare rigidamente i necessari interventi di recupero o sostegno individualizzato dalla didattica normale rivolta all'intera classe, visto che questo approccio si fonda su un comune riferimento metodologico (la meta-cognizione e le strategie cognitive) e utilizza una serie di collegamenti operativi tra insegnamento normale e specializzato e tra gli alunni stessi (le tecniche di insegnamento reciproco e di *peer tutoring* tra alunni con differenti livelli di abilità). Esso offre, inoltre, all'insegnante maggiori sicurezze sulle conoscenze da veicolare, sui processi cognitivi da innescare, sul tipo e sulla qualità dell'interazione che dovrebbe instaurare con l'alunno. Sviluppando l'atteggiamento metacognitivo si può facilitare, anche negli allievi con ritardo mentale, la propensione all'uso di *strategie* e l'acquisizione di una maggiore *consapevolezza* riguardo agli obiettivi del compito, ai processi, alle abilità necessarie per eseguirlo e alla propria capacità di portarlo a termine.

3.2.1 ALUNNI CON B.E.S.- DEFICIT COGNITIVO

Come già sottolineato, la didattica metacognitiva propone numerose *applicazioni didattiche* utilizzabili anche con allievi che presentano bisogni educativi speciali; ci sono numerosi studi riferiti ad allievi con disabilità cognitiva. Da più parti, infatti, è stato riconosciuto il ruolo fondamentale delle componenti metacognitive come variabili in grado di condizionare le modalità con le quali un individuo apprende; la didattica metacognitiva ha dimostrato la sua efficacia sia per *l'affinamento di competenze trasversali*, come l'attenzione, la memoria, il metodo di studio, sia per *l'apprendimento di abilità* più prettamente *curricolari*, come la lettura e comprensione del testo, la matematica, la scrittura. Tali riscontri positivi sono stati osservati anche con allievi che presentavano bisogni educativi speciali, in particolare nei deficit di attenzione con iperattività, nelle difficoltà di apprendimento, nel ritardo mentale e nell'autismo (per

quanto concerne soprattutto i programmi per favorire lo sviluppo di una teoria della mente).

Parlando di alunni con ritardo mentale, si tratta di chiarire se le loro prestazioni carenti dipendano dall'esistenza d'*immodificabili limiti* a livello del sistema di elaborazione delle informazioni oppure se tali insoddisfacenti performance siano in relazione al *carente uso dei processi strategici* necessari per analizzare adeguatamente le informazioni stesse. Le due più importanti ipotesi attraverso le quali possono essere spiegate le difficoltà di memoria degli allievi con ritardo mentale richiamano l'esistenza di danni strutturali (a livello del sistema nervoso centrale) o di deficit ascrivibili ai processi di controllo. Il più autorevole sostenitore della *presenza di deficit strutturali* è sicuramente Ellis, il quale sostiene che i soggetti con ritardo mentale, essendo caratterizzati da una struttura cerebrale differente in confronto ai loro coetanei normodotati, sono sostanzialmente *insensibili a qualsiasi modalità educativa*, in quanto risultano compromesse quelle condizioni fisse e non rieducabili del loro sistema di memoria. Appare evidente come l'adozione di una tale ipotesi di riferimento renderebbe del tutto inutile la predisposizione d'interventi educativi finalizzati allo sviluppo delle capacità di memoria negli allievi con deficit cognitivi. La posizione di Ellis si è evoluta comunque nel tempo fino a portarlo al riconoscimento dell'importanza di talune *strategie di apprendimento*. La seconda spiegazione teorica è quella che tende a spiegare le difficoltà di memoria degli allievi con disabilità cognitiva alla luce delle *carenze che essi dimostrano nell'uso delle strategie mnestiche*. Secondo gli autori che si rifanno a questa impostazione i soggetti con deficit si caratterizzerebbero per il mancato utilizzo spontaneo dei sistemi di elaborazione delle informazioni. Le ricerche di questi autori mettono in evidenza anche la *possibilità di progresso* consistenti da parte degli allievi con deficit mentali, nel momento in cui vengono educati con opportune metodologie. Quindi, pur essendo ragionevole pensare all'esistenza di limiti strutturali invalicabili, il ricorso alle strategie sembra in ogni caso migliorare le prestazioni dei soggetti. Possiamo dire che *l'insegnamento strategico e metacognitivo può rappresentare una modalità di aiuto* al difficoltoso processo di apprendimento dell'allievo con disabilità di tipo cognitivo. Tale approccio, chiaramente, deve unirsi a modalità didattiche più semplici, centrate su training esercitativi e sul potenziamento della memoria procedurale implicita.

3.2.2 STRATEGIE DIDATTICHE METACOGNITIVE

Le strategie si compongono di una o più *operazioni cognitive* sottostanti e soprastanti i processi che costituiscono l'esecuzione di un compito. Le strategie sono *rivolte a risultati cognitivi* (ad esempio la memorizzazione) e sono potenzialmente attività consapevoli e controllabili. La loro funzione è infatti quella di assistere chi apprende nell'esecuzione di operazioni cognitive essenziali che producano un apprendimento interiorizzato efficace. Le strategie sono parte integrante di una buona elaborazione delle informazioni. Le principali strategie didattiche metacognitive sono:

1. *Strategia di selezione*, scelta delle informazioni ritenute rilevanti, sulle quali è importante soffermarsi (rivedere il programma e scegliere le idee centrali, annotare i paragrafi dei capitoli, sottolineando i concetti più importanti, leggere i sommari, usare le guide per lo studente che, in genere, hanno importanti argomenti già sottolineati)
2. *Strategia organizzativa*, connessione fra vari pezzi d'informazione che stiamo apprendendo. Perciò organizziamo l'informazione in ordine logico (per esempio con un riassunto orale e/o scritto) e la supportiamo di dettagli ed esempi. La mappa concettuale è una strategia organizzativa importante per tutti i gesti metacognitivi conclusivi di un percorso di apprendimento.
3. *Strategia di elaborazione*, legame della nuova informazione con quanto già si conosce. Questa è la modalità più efficace di apprendimento. Per esempio, se stiamo studiando il legame chimico, la nostra mente richiama e collega la struttura dell'atomo alle nuove conoscenze in via di acquisizione.
4. *Strategia di ripetizione*, basata sulla ripetizione nella propria mente dell'informazione, sino a completa padronanza.

La memorizzazione è, dunque, l'evento conclusivo di ripetute evocazioni mentali dell'informazione o della percezione. Perché ci sia memorizzazione duratura, il processo di andata e ritorno, fra quanto letto o ascoltato a lezione, deve avvenire più volte e subito. La memorizzazione si fa nel momento stesso della spiegazione e non si rimanda ad un secondo momento. Il bravo insegnante, in classe, concede spazi temporali adeguati, perché gli allievi possano memorizzare all'istante i concetti. Una

volta che è stata identificata la strategia più utile per apprendere, si stabilisce come e quando applicarla (atto metacognitivo).



Figura 4 - Strategie didattiche metacognitive

3.2.3 INSEGNAMENTO INTERATTIVO DELLE STRATEGIE

Negli ultimi 30 anni, una gran parte della ricerca si è focalizzata sull'insegnamento di strategie cognitive per aumentare le capacità di apprendimento; esse sono *strategie specifiche di sviluppo delle competenze*. L'apprendimento basato sulle strategie di solito produce un più alto livello di prestazione rispetto all'insegnamento non "strategico". Il semplice possesso di un repertorio di strategie non è sufficiente, però, a garantire un apprendimento autoregolato, in cui è la *flessibilità*, piuttosto che il meccanico uso di tecniche, a caratterizzare le azioni cognitive.

STUDENTI - Una buona istruzione basata sulle strategie sviluppa studenti attivi, coinvolti in processi significativi, razionali, hanno un certo grado di responsabilità e sono capaci di *dirigere il proprio apprendimento* dal punto di vista metacognitivo, motivazionale e comportamentale. Gli studenti arrivano a capire che la comprensione dipende dalla combinazione del proprio *impegno* personale e dell'uso delle *strategie* nella ricerca del significato. Questo trasferimento di responsabilità migliora le sensazioni di *autoefficacia* a mano a mano che gli studenti imparano ad attribuire il successo al

proprio impegno al lavoro svolto nell'applicazione delle strategie. L'approccio interattivo stimola, inoltre, componenti importanti come *l'autoregolazione*, la *conoscenza metacognitiva* di quelle strategie, le *conoscenze generali* preesistenti, *l'autostima* e la *motivazione* intrinseca. Queste componenti sono l'essenza della metacognizione e dei modelli operativi. Il modello metacognitivo integrerà, fornendo una maggiore specificità al contenuto, i modelli generali di processi decisionali interattivi nella classe.

Presley et al. (1989) propose il concetto di “buon utilizzatore di strategie” per designare il risultato atteso da un insegnamento efficace di strategie. Questo concetto sottolinea l'importanza, per l'alunno, di acquisire dei set di strategie, di coordinare strategie multiple e di variare le strategie quando il risultato desiderato non viene ottenuto. Queste *abilità autoregolatorie* di livello più elevato producono flessibilità e innovazione nell'uso di strategie e sono il cuore delle teorie metacognitive. Duffy (1990) ha descritto parecchi modi in cui a uno studente può essere insegnato a comportarsi con flessibilità, evitando che egli ripeta semplicemente singole strategie in modo meccanico. Come prima cosa, gli insegnanti dovrebbero sviluppare ampie conoscenze concettuali rispetto a cosa significhi essere strategici, dovrebbero essere messi a conoscenza di che cosa implichi una buona elaborazione delle informazioni. Le strategie cognitive andrebbero viste come serie di operazioni mentali interdipendenti e intercambiabili, che possono essere modificate in risposta a situazioni diverse.

INSEGNANTE - Per consentire una comprensione completa delle strategie, queste devono essere ampiamente esemplificate dall'insegnante. L'esemplificazione non è comunque rigidamente algoritmica, ma deve riflettere un *adattamento sensibile*, trasmettendo il messaggio costante che è importante personalizzare e modificare le procedure stesse per andare incontro ai bisogni particolari e alle preferenze personali. Sentimenti, interessi, risposte e interpretazioni degli studenti sono fondamentali per realizzare un'istruzione efficace sulle strategie. Per questo, c'è bisogno di realizzare un *dialogo costruttivo* sui processi del pensiero e dell'apprendimento e di promuovere attività di natura interattiva guidate dall'insegnante. Insegnanti e studenti interagiscono in modo cooperativo; gli insegnanti aiutano gli studenti a essere flessibili e selettivi nel loro impiego delle strategie, li stimolano a valutare, pianificare e regolare le proprie attività, semplificano e incoraggiano costantemente l'uso flessibile e coordinato delle strategie. Essi *guidano i processi di pensiero* dei bambini; l'insegnante deve essere in grado di sviluppare nei propri studenti i processi più idonei a loro. Gli insegnanti non

forniscono input standardizzati e preconfezionati ma collaborano con gli studenti per raggiungere una comprensione migliore delle strategie. Possiamo dire che l'insegnamento è un *processo collaborativo* tra insegnante e studente che oltrepassa l'approccio della spiegazione diretta; dove l'insegnante collabora con lo studente per raggiungere una comprensione migliore delle strategie (attività interattive guidate dall'insegnante). Il focus dell'insegnamento è sempre sul *processo di apprendimento* iniziato personalmente dallo studente; i processi di pensiero degli studenti sono più importanti dei contenuti. L'insegnante non veicola semplicemente contenuti agli studenti, bensì *modella processi strategici*, esso è esperto nell'ipotizzare come si apprende, elaborare l'informazione in ogni momento e nel modificare la strategia di insegnamento per cambiare il percorso di apprendimento dello studente (*flessibilità didattica e capacità intuitiva*).

È essenziale che gli insegnanti *aiutino gli studenti a generalizzare a nuove situazioni le strategie che via via acquisiscono*. Sollecitare la generalizzazione infatti produce l'effetto di incoraggiare un'elaborazione riflessiva e pianificata. Una strategia insegnata in modo appropriato continuerà a essere usata nei compiti successivi, anche se spesso in forma modificata. I buoni insegnanti guidano i loro studenti a scoprire l'efficacia di ogni sequenza strategica e questi ultimi sono stimolati a esplorare nuove strategie: una buona istruzione delle strategie è *costruttivista*. Così, la comprensione da parte degli studenti è costruita attraverso l'interazione con risolutori di problemi più competenti. Il risultato è che le strategie si evolvono attraverso un processo di *scoperta guidata*. Il costruttivismo è sinonimo di *apprendimento per scoperta*. L'insegnamento assume il controllo promuovendo l'attenzione al compito e alle strategie appropriate, controlla la frustrazione, cerca di attenuare il rischio inerente al problem solving attraverso la riduzione del numero di fasi del procedimento e rendendo evidente ogni discrepanza fra le risposte del bambino e l'uso ideale della strategia. Questo incoraggia gli studenti a modificare le strategie esemplificate dai loro pari o dagli insegnanti e a costruire strategie che si accordino meglio con il proprio stile di apprendimento.

L'insegnante, deve essere coinvolto intensivamente nell'insegnamento per divenire "*facilitatore*" di *cambiamenti strutturali* nei discenti, laddove con questo termine si intende un processo complesso che interessa direttamente la struttura dei processi mentali e, proprio per questo, rimane stabile nel tempo. Il ruolo dell'insegnante deve essere infatti quello di formare, ossia *costruire e potenziare le capacità* che le persone

useranno domani. Nell'ottica metacognitiva l'attenzione dell'insegnante non è tanto rivolta all'elaborazione di materiali o metodi nuovi per "insegnare come fare a...", quanto al formare *quelle abilità mentali superiori* che vanno al di là dei semplici processi cognitivi primari (leggere, calcolare, ricordare). Questo andare al di là della cognizione significa innanzitutto sviluppare nell'alunno la *consapevolezza* di quello che sta facendo, del perché lo fa, di quando è opportuno farlo e in quali condizioni; l'approccio metacognitivo tende poi anche a formare le capacità di essere "*gestori*" diretti dei propri processi cognitivi, dirigendoli attivamente con proprie valutazioni e indicazioni operative.

È molto importante che la metodologia educativa si fondi su una chiara definizione degli obiettivi e del loro grado di raggiungibilità in relazione alle capacità personali. L'allievo va costantemente stimolato (se necessario anche aiutato) ad attivare processi di automonitoraggio, in modo da poter controllare non soltanto le sue acquisizioni (il raggiungimento degli obiettivi), ma anche il percorso che sta sviluppando. *Questo è uno degli elementi essenziali della autoregolazione cognitiva, su cui si fonda ampiamente la didattica metacognitiva.* È stato anche notato che l'aiuto eccessivo e non necessario prestato all'allievo con difficoltà può produrre un senso di inferiorità rispetto ai compagni, con conseguente sofferenza a livello di autostima e motivazione. La stessa situazione può essere determinata, in certe situazioni, dall'utilizzo di materiale totalmente diverso o dallo svolgere le attività in luoghi diversi. Queste osservazioni, chiaramente, riportano all'esigenza di integrare o avvicinare gli obiettivi e di promuovere una didattica inclusiva, che stimoli anche una riflessione sui propri processi mentali, con gli strumenti di cui l'allievo può disporre.

OBBIETTIVI - L'obiettivo a lungo termine è la costruzione da parte dello studente di *conoscenze sull'adeguatezza* di ogni particolare strategia in una varietà di compiti nuovi e di situazioni di problem solving. Questo approccio all'istruzione delle strategie ha un ruolo importante *nell'uso autonomo* delle stesse, attraverso una graduale interiorizzazione dei processi che sono innescati durante questo tipo di istruzione. A lungo termine, infatti, questo tipo di insegnamento avrà probabilmente come risultato persone che comprendono più autonomamente e studenti che utilizzano in modo *autoregolato* le strategie in situazioni precise, soprattutto quando una decodifica e una risposta rapida sono inappropriati; la natura interattiva dell'insegnamento favorisce probabilmente l'apprendimento autoregolato. Questo tipo di insegnamento offre agli studenti l'opportunità di *personalizzare* il proprio approccio strategico allo studio.

Per realizzare questi obiettivi, la spiegazione diretta richiede l'uso del *feedback*, del *modeling* e di *esercitazioni* guidate dall'insegnante. L'istruzione esplicita quindi rende le strategie chiare e significative; lo scopo della spiegazione e dell'esemplificazione è di fornire un *fondamento concettuale* sul quale gli studenti possono appoggiarsi per allargare le proprie conoscenze. Gli alunni hanno bisogno di verificare se le strategie recentemente acquisite effettivamente funzionino; questa esperienza può essere fatta attraverso esercitazioni guidate in compiti adeguatamente difficili, monitoraggi accurati dei successi e un aiuto mirato quando gli studenti si trovano in difficoltà o non riescono ad andare avanti da soli. In più, i fallimenti sono necessari ed è bene che ognuno di essi sia utilizzato come opportunità per rivedere o perfezionare una strategia incompleta. La spiegazione diretta, con il modeling degli insegnanti, aiuta i bambini ad acquisire una *conoscenza metacognitiva*; l'istruzione esplicita con un feedback durante il training all'uso delle strategie si rivela più efficace che chiedere agli studenti di inferire o astrarre caratteristiche delle strategie senza ulteriori aiuti. Gli studenti hanno l'opportunità di apprendere il valore dell'uso di strategie attraverso la spiegazione e le esercitazioni.

Il curriculum persegue tre obiettivi principali fra loro integrati:

- conoscenze delle strategie;
- procedure metacognitive di controllo;
- atteggiamenti generali verso le strategie.

3.2.4 DIMENSIONE EMOTIVA DELL'APPRENDIMENTO

Un aspetto fondamentale della professionalità dell'insegnante consiste nell'entrare in relazione con gli allievi, proprio in vista del fatto che l'apprendere è strettamente connesso all'apprendere dall'esperienza e all'elaborazione di elementi di ordine emotivo-affettivo. La *sfera emotiva* ha un'importanza centrale nello sviluppo delle capacità cognitive, la capacità di regolazione affettiva rappresenta la comprensione esperienziale dei sentimenti in un modo che va ben oltre la comprensione intellettuale. Questa dimensione, infatti, contribuisce a determinare la qualità e il tipo di incontro con le conoscenze esterne e chi è preposto a trasmetterle. In tal senso è stato evidenziato un vero e proprio "ciclo emozionale" dell'apprendimento, proprio per sottolineare l'importanza della dimensione psicologica al suo sviluppo. Secondo Demetrio l'uso

didattico del ciclo emozionale può aiutare a ritrovare in talune vicende fondamentali della vita, quelle variazioni emozionali che costellano un tragitto conoscitivo. Si tratta di pensare a una formazione che sappia maggiormente "iniziare" alla vita, progettando apprendimenti che soltanto se sperimentati come emozioni si renderanno duraturi nel tempo.

3.3 “IL BUON UTILIZZATORE DI STRATEGIE”

MODELLO OPERATIVO - Un *modello operativo* dello sviluppo metacognitivo è un importante prerequisito di un insegnamento basato sulle strategie che si prefigga di formare studenti in grado di autoregolare realmente il proprio apprendimento; il modello può essere utilizzato come *struttura concettuale* entro la quale divenire strategicamente orientati; fornisce uno schema per organizzare conoscenze, una struttura in cui incorporare e attraverso la quale interpretare nuove informazioni e un punto di partenza da cui lanciare azioni future. È necessario che ogni modello evolva gradualmente e sia *adattato* accuratamente ai singoli orientamenti e alla storia personale dell'insegnante, deve essere interiorizzato e personalizzato. È importante avere modelli operativi dello sviluppo metacognitivo per dare *inventiva e flessibilità* al lavoro basato sull'insegnamento di strategie e per *orientare i processi decisionali* (costituisce un aiuto a prendere le decisioni più opportune sulla sequenza di azioni da adottare per la classe, per un piccolo gruppo o per un singolo studente). Esso aiuta, inoltre, a fornire interpretazioni di situazioni presenti e determina una gamma di possibili azioni future. Il sostantivo "modello" implica una costruzione personale e attiva delle proprie teorie come pure il loro inevitabile cambiamento di contenuto e di funzioni in virtù dell'esperienza; mentre l'aggettivo "operativo" sottolinea la natura dinamica del modello. La funzione del modello è, quindi, quella di assistere nella formazione di "dialoghi mentali", la cui funzione è di orientare verso una pianificazione più dettagliata del curriculum e di dirigere il processo di scoperta interattiva guidata.

NEL PROCESSO METACOGNITIVO... - Alla fine degli anni Ottanta del XX secolo il modello del “buon utilizzatore di strategie”, elaborato da *Borkowski et al.* (1992), ebbe un impatto notevole nel descrivere uno studente capace e sensibile grazie non solo e non tanto ad attitudini innate, quanto alla capacità di utilizzare al meglio le sue potenzialità. Il modello è ampio e organico, capace di tenere conto di aspetti differenti

della persona e di mettere in luce la relazione fra le diverse componenti del funzionamento mentale (motivazione, cognizione, stati personali e situazionali). In esso, da un lato ci sono stati i pensieri, emozioni, e conoscenza del bambino nel suo relazionarsi alla propria mente (*conoscenze metacognitive*) e, dall'altro, ci sono le modalità con cui il bambino di fatto esercita il controllo della mente (*processi metacognitivi di controllo e strategie*), influenzate dalle conoscenze e dall'atteggiamento che a loro volta agiscono sul comportamento cognitivo. Il modello metacognitivo è stato quindi capace di offrire una visione d'insieme del sistema integrato emozioni-motivazioni-metacognizione-cognizione; le variabili in gioco sono molte e solo alcune dipendono dall'iniziativa di chi si prende cura dello studente. Il modello globale metacognitivo è utile nella sua applicazione alla psicologia dell'educazione; in molti casi, un'ottica metacognitiva è servita a migliorare la capacità degli studenti di affrontare i compiti di apprendimento, a sbloccare uno studente in difficoltà, a ridurre le conseguenze di un disturbo di apprendimento, a ricreare un clima positivo della classe.

Di seguito, un'illustrazione dello sviluppo metacognitivo in relazione a quanto succede a un bambino che riceve un'istruzione di elevata qualità sulle strategie.

1. Inizialmente si insegna al bambino a usare una strategia di apprendimento e attraverso la sua applicazione egli arriva a imparare gli attributi di quella strategia (*conoscenza specifica della strategia*). Questi attributi comprendono l'efficacia della strategia, la gamma delle sue applicazioni appropriate e le sue modalità di utilizzazione in una varietà di compiti. Una semplice strategia può produrre un miglioramento della prestazione.



Figura 5 - Relazione semplice tra l'uso della strategia e la prestazione

2. In seguito, il bambino apprende altre strategie e le ripete in molteplici contesti. Così, la conoscenza specifica della strategia è allargata e arricchita. Il bambino viene a comprendere quando, dove e come usare ogni singola strategia.

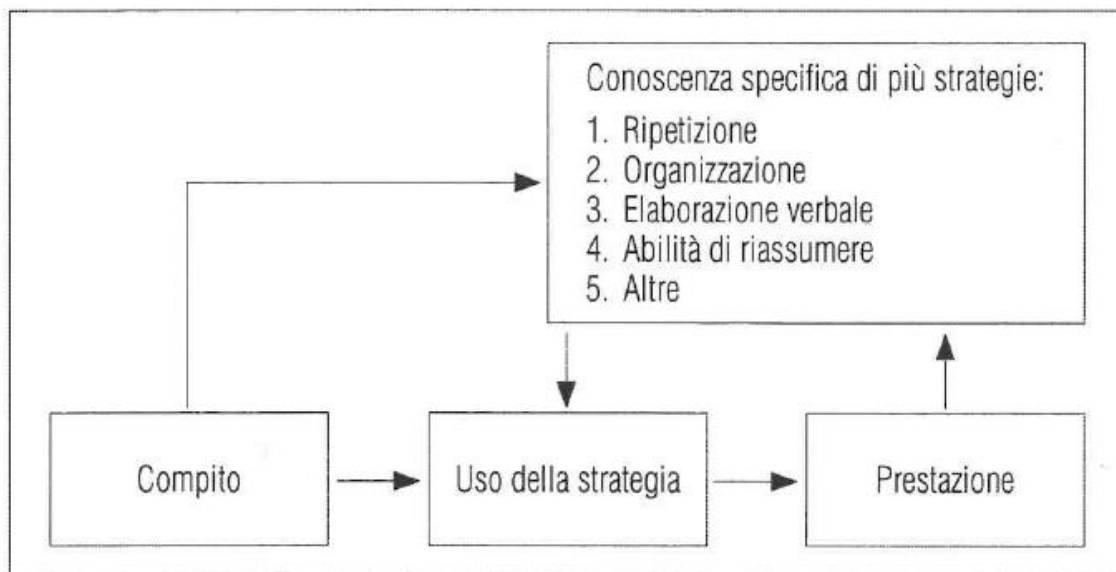


Figura 6 - Seconda fase: ampliamento delle conoscenze specifiche sulle strategie

3. Il bambino gradualmente sviluppa la capacità di selezionare *strategie appropriate* per alcuni compiti e non per altri, e a superare la mancanza di conoscenza attraverso il *monitoraggio* della prestazione, specialmente quando alcuni componenti essenziali della strategia non sono stati ancora adeguatamente appresi. In questa fase emergono processi di controllo di ordine più elevato. Questo è l'inizio *dell'autoregolazione*, che è alla base per l'apprendimento pianificato e per le abilità superiori di pensiero. C'è una relazione tra processi di controllo e strategie specifiche. Inizialmente, la funzione di questi processi è di analizzare il compito sottoposto e di selezionare una strategia appropriata; in seguito, nel corso dell'apprendimento, il loro ruolo passa alla revisione e al monitoraggio della strategia.

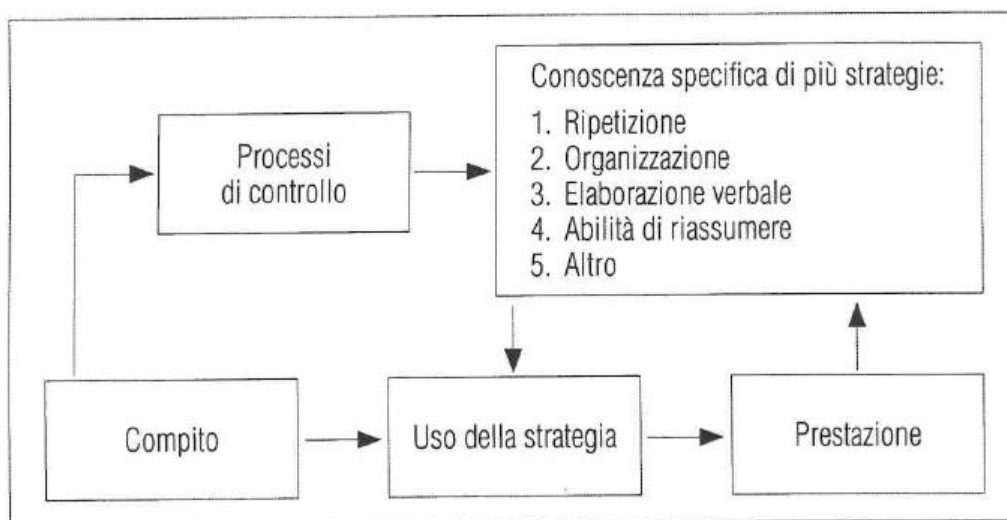


Figura 7 - Terza fase: l'attivazione dei procedimenti di controllo sulle strategie

4. Man mano che i processi di controllo strategici si affinano, il bambino comincia a riconoscere l'importanza e l'utilità generale dell'essere strategici (*conoscenza strategica generale*) e sviluppa un buon senso di *autoefficacia*. I bambini imparano ad attribuire i risultati di un buon apprendimento all'impegno dedicato all'uso di strategie piuttosto che alla fortuna, e a capire che le abilità mentali possono essere migliorate attraverso azioni dirette da loro stessi. In questo modo, il modello metacognitivo integra gli *atti cognitivi* (sotto forma di uso di strategia) con le loro *conseguenze* e *cause motivazionali*. Un senso di autoefficacia e il piacere di apprendere derivano da un lavoro strategico individuale ed eventualmente ritornano per facilitare la selezione di strategie e le decisioni relative al monitoraggio (cioè i processi di controllo). Dopo gli atti cognitivi, il bambino riceve un feedback sui compiti portati a termine con successo. Questo feedback è essenziale per modellare degli stati di motivazione personale che a loro volta alimentano i processi di controllo necessari per la selezione della strategia.

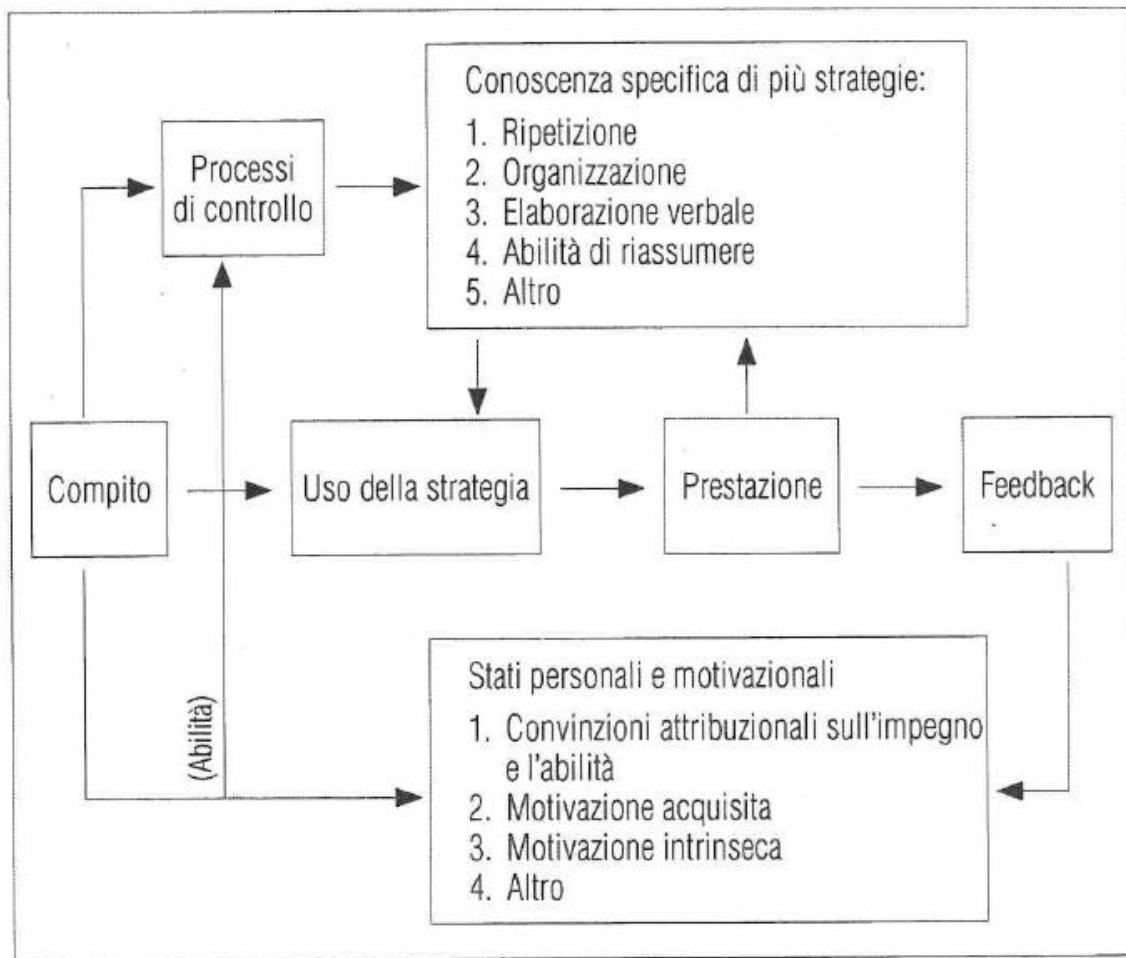


Figura 8 - Quarta fase: feedback relativo all'esecuzione dei compiti e sviluppo di stati personali e motivazionali.

5. Tanto le conoscenze generali sul mondo quanto le conoscenze relative a un ambito specifico si cumulano. Queste conoscenze a volte sono sufficienti per risolvere problemi, anche senza l'aiuto delle strategie. In queste situazioni, i processi metacognitivi, come la selezione di strategie, non sono necessari, benché alcune *componenti motivazionali* continuino a mantenere una certa importanza e funzionalità.

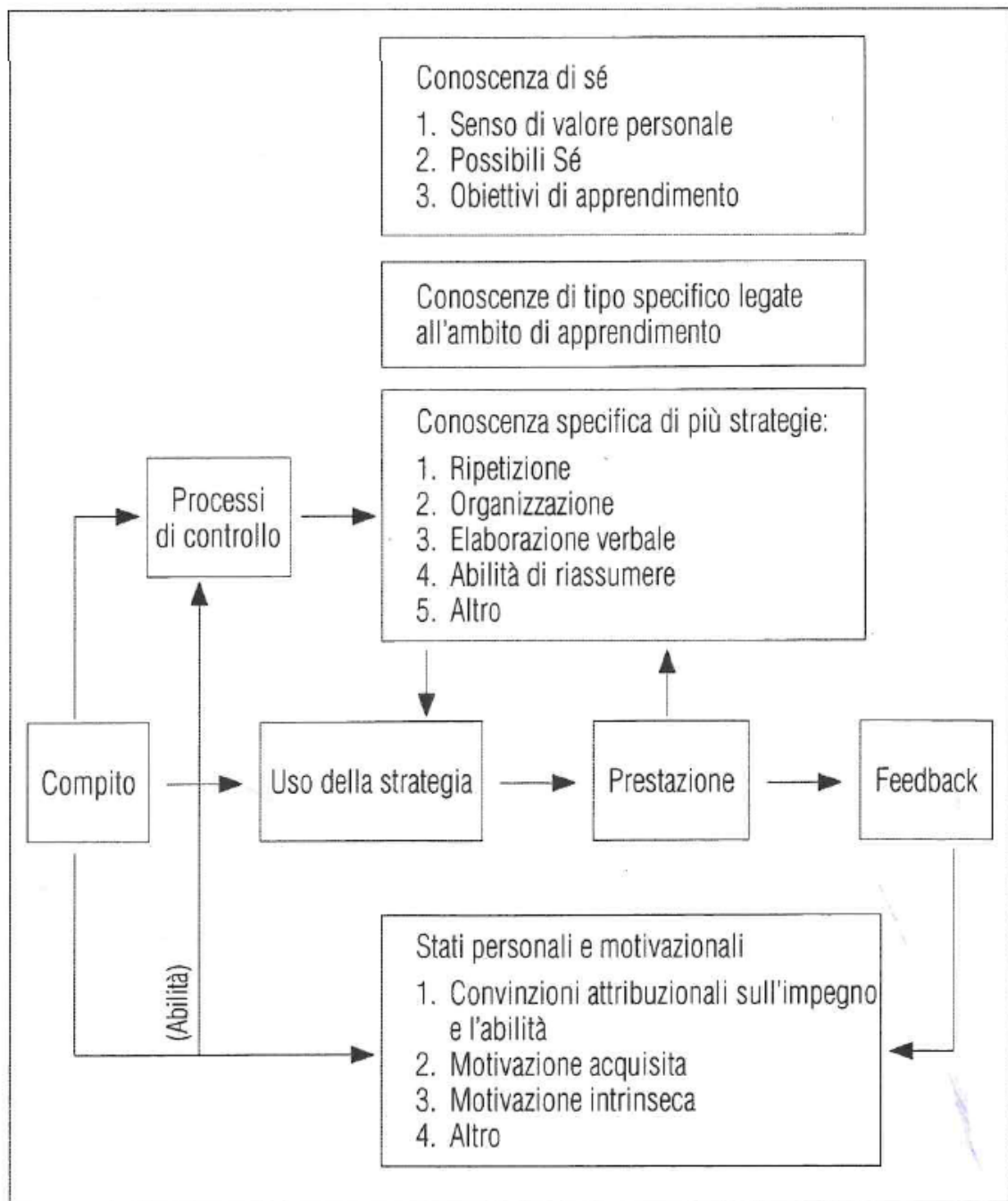


Figura 9 - Componenti cognitive, motivazionali e di autostima della metacognizione: modello completo

6. Le aspirazioni riguardo al futuro, più o meno stereotipate, aiutano il bambino a formarsi un certo numero di possibili Sé, sia "sperati" che "temuti", fornendo l'impulso per conseguire obiettivi importanti sia a breve sia a lungo termine. In questo modo il *sistema del Sé* si proietta verso il futuro fornendo traguardi e incentivi.

La caratteristica essenziale di un buon elaboratore di informazioni è *l'integrazione delle principali componenti del sistema metacognitivo*, comprese le caratteristiche cognitive, motivazionali, personali e situazionali. Questo modello metacognitivo serve come potenziale guida operativa, che gli insegnanti possono usare e modificare per comprendere meglio la ricchezza e la complessità di un'istruzione basata sulle strategie. Ogni bambino all'inizio dovrebbe essere collocato in punti diversi della sequenza d'insegnamento; un'analisi graduale della costruzione e integrazione delle componenti metacognitive aiuta la diagnosi, la verifica e il processo di pianificazione con bambini che possiedono abilità diverse.

3.3.1 LE VARIABILI EMOTIVO-MOTIVAZIONALI

I diversi modelli esplicativi mettono in risalto l'importanza di variabili di tipo emotivo- motivazionale, che si vanno ad aggiungere a quelle più spiccatamente cognitive (i processi strategici); infatti, oltre alle competenze strategiche, la strutturazione di un atteggiamento meta-cognitivo e di una capacità di controllo dei propri processi dipende anche da una serie di variabili di tipo emotivo-motivazionale, come gli *stili di attribuzione*, la percezione di *autoefficacia* e *l'autostima* che condizioneranno pesantemente il livello di motivazione e di apprendimento dell'allievo. L'analisi dettagliata di questi aspetti, unitamente all'esame dello sviluppo delle conoscenze del bambino sul proprio funzionamento cognitivo, rappresenta la condizione necessaria per apprezzare le potenzialità della didattica metacognitiva, riferita anche ad allievi che presentano bisogni educativi speciali.

STILI DI ATTRIBUZIONE - Con la dizione stili di attribuzione o *locus of control* si fa riferimento alla tendenza dell'allievo ad attribuire le cause dei propri successi o insuccessi a fattori interni, come lo sforzo profuso o a fattori esterni, come la fortuna e l'eventuale aiuto fornito dall'educatore. Le ricerche hanno dimostrato che l'incidenza del locus of control è determinante per quanto riguarda il livello di motivazione e, conseguentemente, la qualità dell'apprendimento dell'allievo. L'assunto base di tale teoria ipotizza che l'analisi delle cause alle quali le persone attribuiscono il successo o l'insuccesso delle proprie azioni risulta di fondamentale importanza per determinare l'atteggiamento che assumeranno nei riguardi dei vari compiti. Un buon utilizzatore di strategie non solo possiede tutte le conoscenze e il controllo sulle strategie da usare,

ma riconosce che il successo dipende dal proprio impegno personale nella scelta, uso e controllo di strategie appropriate. Oltre alle dimensioni d'internalità ed esternalità, possiamo introdurre altre due: quella della stabilità e della controllabilità. Il ritenere che i propri successi o insuccessi siano determinati principalmente dall'impegno personale è una modalità attributiva di tipo interno (locus of control interno), instabile (i successi o gli insuccessi non sono definiti una volta per tutte, ma possono modificarsi in relazione al tipo di impegno) e controllabile (è il soggetto che può decidere quanto sforzo dedicare ai diversi compiti). La fortuna, al contrario, è una modalità attributiva di tipo esterno, instabile e incontrollabile. In sintesi, lo stile più funzionale al successo di apprendimento, soprattutto, se sono di tipo strategico, è quello che attribuisce la massima valenza *all'impegno personale*.

PERCEZIONE DI AUTOEFFICACIA - Connessa allo stile di attribuzione, vi è un'altra variabile cognitiva: la percezione di autoefficacia. Si tratta della convinzione che ogni allievo ha sulla propria capacità di raggiungere i livelli desiderati nell'esecuzione dei compiti. Questa autoconsapevolezza del proprio livello di efficacia, assai deficitaria in molti allievi (specie quelli con problemi), ha effetti sostanziali sulla loro capacità di apprendimento e sulla costruzione di un buon livello di autostima e d'identità psicologica. Dipende da molteplici fattori personali, ma risente fortemente anche dell'atteggiamento ottimistico dell'insegnante, che può trasmettere fiducia all'allievo e aiutarlo a rimodellare le proprie percezioni individuali. Un concetto opposto alla percezione di autoefficacia, invece, è quello d'impotenza appresa, che si riferisce a un atteggiamento rinunciatario, poco propenso a cercare di modificare il corso degli eventi, o maturato in seguito all'esposizione prolungata e ripetuta a situazioni negative e reputate come incontrollabili. Si tratta di una condizione chiaramente pericolosa e molto penalizzante per l'apprendimento e l'integrazione sociale della persona.

AUTOSTIMA - La percezione di autoefficacia è uno degli elementi che contribuisce alla strutturazione dell'autostima dell'allievo, la quale riassume il complesso di valori e sentimenti che si provano per molti aspetti della propria persona. Rappresenta un concetto con valenza fortemente individuale, in quanto non è condizionata solo dalle autovalutazioni che l'allievo può effettuare, ma anche dall'importanza che egli attribuisce a tali processi di automonitoraggio. In altre parole, quello che maggiormente conta è il *rapporto fra le autovalutazioni e le aspirazioni personali*. Per sapere se un allievo ha una bassa autostima dobbiamo considerare sia cosa pensa di sé, sia come

vorrebbe essere in quel contesto e vedere che discrepanza esiste fra le due autovalutazioni. Se la differenza è piccola, l'autostima sarà alta, perché la persona pensa di corrispondere ai suoi desideri, alle sue aspirazioni e ambizioni. A livello scolastico il rischio che corrono gli allievi poco abili, quando viene enfatizzata questa situazione con confronti centrati esclusivamente sulla qualità assoluta delle prestazioni, può essere duplice; da un lato, in presenza di un altro investimento personale sul successo scolastico, si determina un livello di autostima molto carente che condiziona l'intera percezione del sé; dall'altro l'allievo può decidere di spostare i propri interessi su aspetti esterni alla scuola, con minori ripercussioni sull'autostima, ma con notevole incidenza sulla motivazione all'apprendimento. La didattica metacognitiva, deve tenere in forte considerazione questi aspetti, proponendo esperienze di automonitoraggio che si relazionino alle prestazioni degli stessi allievi e che non portino mai a una valutazione globale sulla persona, ma solo su alcune competenze che possono essere di maggiore o minore livello in ogni individuo.

In sintesi, il concetto di autostima risulta strettamente interconnesso con il complesso sistema di attribuzioni e con la percezione di autoefficacia; questi, tutti insieme, condizionano la *motivazione* dell'allievo nello svolgimento dei compiti d'apprendimento. Infatti, se l'allievo ha una buona autostima e una aspettativa di successo, da un lato potrà sviluppare una maggiore motivazione, dall'altro si troverà a percepire una condizione di competenza e autoefficacia ottimali per affrontare i compiti proposti. Parlando di motivazione, è importante sottolineare una distinzione che viene operata tra quella intrinseca ed estrinseca. La prima consiste nello svolgere un'attività perché è gratificante per sé stessa; la seconda, invece, porta ad impegnarsi in particolari compiti in relazione alla possibilità di conseguire gratificazioni o rinforzi esterni. La motivazione intrinseca risulta essere più duratura ed efficace, anche se è spesso problematico stimolarla in allievi con disabilità cognitiva o con difficoltà di apprendimento. L'acquisizione di un buon livello di motivazione porta l'allievo a resistere maggiormente alla frustrazione e alla dilatazione della gratificazione che si connettono sempre al tentativo di perseguire apprendimenti complessi; il soggetto riesce, in altre parole, a tollerare vari tentativi andati a vuoto senza abbandonare la situazione.

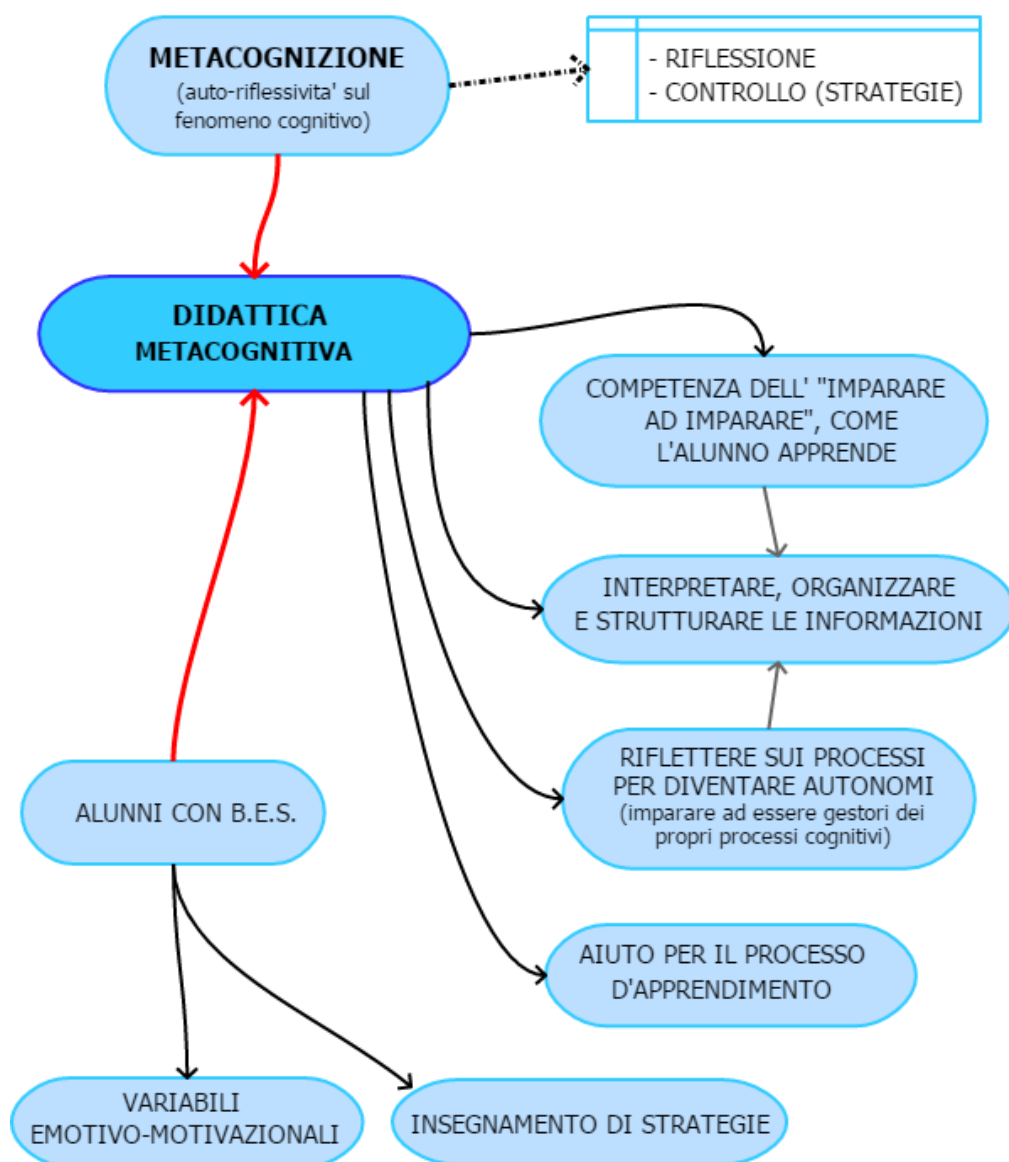


Figura 10 – Schema sinottico del Capitolo 3

Riferimenti:

[Rif. 15, 16, 21, 25, 35]

4 PRESENTAZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO PERSONALIZZATO

PREMESSA- DIDATTICA METACOGNITIVA PER UN APPRENDIMENTO AUTOREGOLATO

L'educazione del bambino con ritardo mentale dovrebbe iniziare fin dai primi mesi di vita mediante una stimolazione logico-cognitiva globale che interessi tutte le aree e le potenzialità del soggetto. Ciò in quanto le capacità di modellamento, di sviluppo, di apprendimento e memorizzazione delle aree cerebrali sono massime nel bambino piccolo mentre diminuiscono con l'età.

SCOPO DELLA TESI - La direzione ultima di questo lavoro è stata quella di voler, attraverso l'approccio metacognitivo, migliorare il processo di apprendimento per giungere a un adeguato livello culturale e istruttivo. Si è utilizzato un insegnamento basato sulle strategie per rendere lo studente in grado di *autoregolare i propri apprendimenti* (uso autonomo dei processi cognitivi). Attraverso le strategie di autoregolazione, infatti, si mira a rendere l'allievo maggiormente autonomo nella gestione del proprio processo di apprendimento; capace, cioè, di assumere decisioni pertinenti in relazione alle modalità migliori per affrontare un compito. Nello specifico faccio riferimento agli apprendimenti di vita quotidiana, per così dire, e relativi all'integrazione nel contesto sociale. Si tratta, chiaramente, di un obiettivo estremamente ambizioso per soggetti con compromissioni mentali, i quali non riescono mai ad acquisire un uso completo e autonomo dei processi cognitivi. Va sottolineato, però, che training condotti con strategie di autoregolazione hanno dato significativi risultati per quanto riguarda l'apprendimento e la generalizzazione di abilità anche con allievi con disabilità mentale. Oltre a ciò, l'impiego delle strategie di autoregolazione, richiedendo al soggetto un ruolo attivo, si è rivelato efficace anche per il miglioramento della motivazione e dell'autostima personale.

Per conseguire le mie finalità, ho cercato di sviluppare in Matteo la *consapevolezza di ciò che stava facendo*, di formare in lui quelle abilità mentali che gli permettessero di riflettere sulle informazioni che arrivavano, per gestirle, dirigerle e migliorarle. I processi di pensiero del bambino sono stati più importanti dei contenuti o dei risultati ottenuti. Il progetto vuole accompagnare il bambino verso l'autonomia e vuole stimolare

l'autoregolazione cognitiva e comportamentale, attraverso il controllo dei comportamenti intenzionali, le sue azioni non sempre idonee, infatti, avevano effetti sull'apprendimento delle istruzioni e delle norme di socializzazione.

AUTOREGOLAZIONE - Con il termine "autoregolazione" si fa spesso riferimento a una molteplicità di processi: cognitivi, motivazionali, affettivi, sociali e fisiologici, tutti connessi al *controllo dei comportamenti intenzionali*. L'acquisizione progressiva di questa capacità consente di mettere in atto e mantenere per il tempo necessario comportamenti adeguati alla situazione e in sintonia con i propri scopi, permette di inibire o modulare impulsi e risposte non opportune, influenza la capacità dei bambini di rispondere positivamente alle richieste degli adulti: consente loro di porre fine a un comportamento piacevole o di eseguire un compito di scarso interesse per il bambino, consente di mettere in atto strategie volte a facilitare l'attesa di una gratificazione, a calmarsi e auto-consolarsi nelle situazioni di disagio, a esprimere sentimenti in sintonia con il tono emotivo dell'ambiente circostante. In bambini in età prescolare, l'autoregolazione si esplica in un'accresciuta *capacità di organizzare le sequenze comportamentali*, in una più efficace capacità di *interagire* che oltre a consentire scambi duraturi con coetanei, permette la messa in atto di attività fondamentali per lo sviluppo (gioco di finzione, ...). Tale capacità sembra quindi essere fondamentale per l'individuo in quanto consente la *regolazione autonoma della cognizione, del comportamento e delle emozioni*. Gli aspetti rilevati all'interno dell'autoregolazione e le influenze in molteplici domini dello sviluppo fanno comprendere la centralità di questo costrutto in età precoce e il suo potere predittivo nei confronti delle espressioni cognitive, affettivo-motivazionali e comportamentali nel corso dello sviluppo.

4.1 INQUADRAMENTO GENERALE DEL CASO

Di seguito presento il mio progetto educativo, rivolto ad un bambino di 3 anni, Matteo, con disabilità intellettiva lieve. L'ho osservato per un breve periodo, singolarmente e nei rapporti interpersonali, ho individuato i bisogni, le problematiche e le risorse, e ho deciso che la direzione del mio intervento doveva essere quella di prestare un appoggio al bambino al fine di *renderlo autonomo negli apprendimenti scolastici e d'integrazione sociale*.

I suoi principali bisogni riguardavano:

- *l'apprendimento*: Matteo non aveva controllo dei propri processi di apprendimento, non era capace di assumere le decisioni più pertinenti per affrontare quel compito;
- i *comportamenti*: non aveva il controllo dei propri comportamenti e non organizzava le sequenze comportamentali nell'esecuzione del compito o nella quotidianità;
- la *socializzazione*, quanto precedentemente detto causava problemi anche per quanto riguarda le interazioni, la socializzazione e quindi l'integrazione con i coetanei.

Ma, facciamo un passo in dietro. Ho svolto il mio tirocinio in un asilo nido/scuola materna, a Nepi (VT). Le educatrici erano solite dividere i bambini in 3 classi: dei piccoli (0-1 anni), dei medi (2-3), dei grandi (4-5). Al mio arrivo tutti i bambini si presentano, mi parlano e sono incuriositi dalla mia presenza, tranne Matteo, appunto. Mi sorprende della poca igiene personale del bambino, noto una certa difficoltà nel capire le istruzioni date e nell'eseguire il compito, noto un isolamento dai compagni, attività motoria sconclusionata, parole con poco senso, atteggiamento derisorio dei compagni e educatrici poco attente nei suoi confronti. Chiedo informazioni su questo bambino e mi viene detto (abbassando il tono della voce) che ha un lieve ritardo mentale; effettivamente mostra una difficoltà nell'apprendimento e nella concentrazione. I genitori sembrano poco attenti alle sue esigenze e al suo problema, oltre l'asilo non è seguito da nessuna figura professionale.

In un primo periodo di osservazione, cerco di percepire le sue difficoltà, le sue potenzialità, la sua gioia, il suo divertimento. Scelgo di seguirlo e di dedicarmi quasi esclusivamente a lui, lo assisto e lo aiuto nei compiti, condivido con lui la "gioia della conquista". Potevo vedere di giorno in giorno dei piccoli miglioramenti, Matteo aveva voglia di fare, si proponeva nelle attività, potevo accorgermi delle sue potenzialità e dei compiti che gli riuscivano meglio. Dovevo essere molto paziente, ma con il tempo ottenni dei piccoli-grandi miglioramenti. Le educatrici coglievano solo in parte i suoi cambiamenti, comunque non sottolineavano queste "conquiste", Matteo viene sgridato o compiaciuto soltanto da me.

4.1.1 DATI E STORIA- SCHEDA ANAGRAFICA

DATI ANAGRAFICI:

- *Nome:* Matteo
- *Età:* 3 anni
- *Titolo di studio:* nessuno
- *Nazionalità:* Italiana

FONTE DELLA SEGNALAZIONE: Asilo nido e scola materna “Il nido dei pulcini”, Nepi

SCUOLA:

- *Frequenza:* è presente tutti i giorni a scuola. La mamma, con cui vive solo, se Matteo sta male gli dà una medicina e lo manda ugualmente a scuola. Dopo qualche ora, si presentano i sintomi, evidenti fisicamente, Matteo non si rende conto e non lo dice. La mamma, rifiuta di venirlo a prendere, sottovalutando la cosa.
- *Andamento scolastico:* Matteo è in grado di mantenere la concentrazione solo per poco tempo, poi si alza, si muove sconclusionatamente e distrae la classe. Non ricorda la lezione precedente, non segue le parole delle insegnanti, occorre scandire le parole ed accompagnarlo nelle azioni. Rallenta l'apprendimento di tutta la classe, soprattutto perché non c'è un'insegnante esclusivamente a sua disposizione.

FAMIGLIA:

- *Spazio personale:* Matteo vive, con la sola mamma, in un monolocale in affitto.
- *Descrizione del quotidiano:* Matteo non ha una sua stanza, dorme insieme alla mamma. Arriva all'asilo sempre per ultimo, molto assonnato, con i capelli arruffati, gli occhi sporchi, il grembiule e un biscotto in mano per fare colazione. Deduco che si sveglia tardi e che la mamma evidentemente non riesca ad organizzarsi con gli orari. Matteo resta all'asilo quasi sempre fino a

chiusura, le 17.00. Lo viene a prendere quasi sempre la mamma, mai puntuale.

- *Relazioni significative:* per lui è molto importante la mamma, hanno vissuto sempre in un rapporto simbiotico. A volte, quando Matteo esce prima (13.00), viene a prenderlo la nonna (materna).
- *Espressione dei sentimenti e dell'affetto:* è molto affettuoso con la mamma, la saluta quasi sempre con un abbraccio e un bel sorriso. È felice di andarle incontro. La mamma non sempre lo ricambia, a volte sembra non far caso alla felicità del figlio e il distacco diventa reciproco. Quando viene la nonna, Matteo non mostra particolare felicità o tristezza, la nonna al contrario lo abbraccia e gli dice che lo porta al parco. Lui è felice. Anche nei confronti delle educatrici non ha comportamenti d'affetto, c'è da dire che il personale dell'asilo non ha particolari attenzioni per lui. Io gli mostro più interesse e lo accompagno con cura in ciò che fa, sorride ed è felice di vedermi, mi chiama in continuazione.

DISAGIO:

- *Difficoltà/patologie riscontrate:* Mi dice la coordinatrice, che cambia subito discorso, che Matteo ha un ritardo mentale lieve, ma non so se gli è stato diagnosticato, se è un'ipotesi del personale dell'asilo, se prende farmaci, o se la "malattia" è accettata o meno dai parenti. Quello che noto è che Matteo ha difficoltà a restare concentrato per un periodo più o meno lungo, a svolgere le attività dei suoi coetanei, a muoversi in un modo coordinato, a esprimersi, a comprendere e rispettare le regole.

BISOGNO ESPRESSO: Non riesce a comprendere le indicazioni della maestra e a stare al passo con gli altri bambini della sua età (nella classe dei medi, quindi); viene inserito dalle educatrici nella classe dei piccoli, per coinvolgerlo in attività più semplici, ma non cambia nulla. Matteo non riesce a stare concentrato più di qualche secondo, dopo di che si alza e "disturba" la classe.

SERVIZIO: Matteo non comprende le regole di comportamento dell'asilo e, quindi, non le rispetta. Non viene preso in considerazione dalle maestre, che si rivolgono invece a

tutto il resto della classe. Viene sgridato e messo in punizione se si alza e quindi se infrange una regola. Le maestre da lui si aspettano che segua le regole e che svolga l'attività in silenzio come tutti.

CAPACITÀ D'INIZIATIVA:

- *Punti di forza e risorse:* Matteo partecipa a tutte le attività con entusiasmo, non è riluttante o distaccato. Si relaziona ai compagni ma, i suoi pari lo allontanano perché “non è uguale a loro”, mentre dai più piccoli, durante il gioco libero, è allontanato dalle educatrici perché Matteo li coinvolge in attività caotiche. Si è avvicinato a un bambino in particolare, di 1 anno e mezzo, giocano sempre insieme e sono felici di vedersi, ma poi, come detto, vengono allontanati e messi in punizione. Matteo ha, quindi, spirito di iniziativa, è felice anche di essere coinvolto in un gioco o un'attività nuova, rispetta ciò che dicono le educatrici, quando lo comprende.

4.1.2 DATI E STORIA- SCHEDA ANAMNESTICA

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA: vengo a sapere dalla coordinatrice che Matteo ha un ritardo mentale lieve, ma non so se gli è stato diagnosticato, se è un'ipotesi del personale dell'asilo, se prende farmaci, o se la “malattia” è accettata o meno dai parenti.

AUTONOMIE PERSONALI: Matteo porta ancora il pannolino e non è in grado di andare in bagno; se gli viene detto di mettersi le scarpe o il grembiule e viene lasciato solo, non ce la fa seppur ci provi, se gli viene mostrato come fare, non presta attenzione. Deve essere assistito in tutte le sue attività personali; ho provato varie volte non a mostrargli come fare ma a farlo insieme a lui, a guidarlo, in questo modo riuscivamo a portare a termine il compito.

AUTONOMIE SOCIALI: Matteo, come già detto, prova a relazionarsi con i compagni della sua età, ma è respinto, e con i compagni più piccoli di lui ed è, bene o male, accolto, anche se è quasi subito separato dalle educatrici, perché propone attività caotiche. Anche qui serve sostegno per facilitare il processo e per evitare stigmatizzazioni o derisioni da parte degli altri compagni.

AREA COGNITIVA: nelle attività mostra un ritardo e una difficoltà nell'apprendimento e nella concentrazione. Matteo non riesce a comprendere e rispettare le direttive date dalle insegnanti, ha bisogno di un sostegno.

AREA COMPORTAMENTALE: Matteo non rispetta le regole, quando non è più concentrato e si annoia si alza e si muove in modo sconclusionato.

AREA DELLE RISORSE: Partecipa a tutte le attività con entusiasmo, è felice di sperimentare attività nuove, si propone. Si relaziona ai compagni di sua spontanea volontà, ha spirito d'iniziativa e mostra di proporre dei giochi, è felice di essere coinvolto e considerato. Si cimenta sempre nelle attività, prova a darsi da fare anche se per un breve periodo. Mostra più interesse per le attività motorie, piuttosto di quelle cognitive.

AREA AFFETTIVA: ha atteggiamenti di affetto nei confronti della mamma e della nonna, dei compagni, soprattutto i più piccoli. È un po' distaccato nei confronti delle educatrici, che non lo coinvolgono nelle attività o nei vari momenti della giornata. Con me, che gli ero più vicina e lo conducevo nelle attività, mostrava felicità e gioia; forse il suo distacco era dovuto alle poche attenzioni che riceveva.

AREA DEL BISOGNO: il bisogno principale è che non riesce a comprendere le indicazioni della maestra e a stare al passo con gli altri bambini della sua età, da qui deriva un allontanamento da parte degli altri bambini e un ostacolo alle relazioni (che deriva, quindi, sia dalla difficoltà di Matteo di "essere come loro", sia dall'atteggiamento derisorio dei bambini della sua età).

GENOGRAMMA:

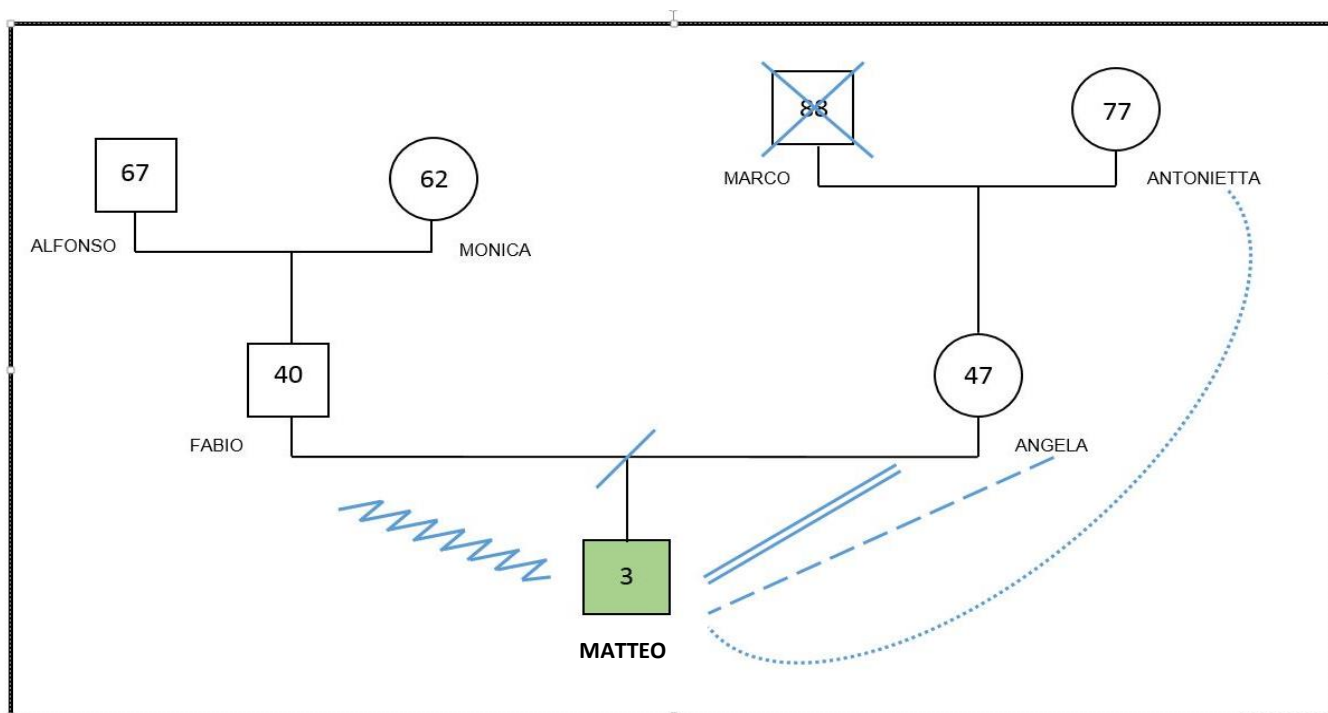


Figura 11 – Genogramma

4.1.3 DATI E STORIA- SCHEDA D'OSSERVAZIONE

AREA PERSONALE E COMPORTAMENTALE: al mio arrivo all'asilo, sin dal primo giorno tutti i bambini si presentano, mi parlano e sono incuriositi dalla mia presenza, tranne lui che sembra disinteressato alle novità che non lo coinvolgono in prima persona. Mi sorprende della poca pulizia personale del bambino, giorno dopo giorno: denti e occhi sporchi, alito pesante, capelli in disordine, grembiolino sempre macchiato e sempre lo stesso. Nel momento del cambio pannolino non interagisce con le educatrici, o meglio, loro non gli rispondono (sono solite "chiacchierare" e scherzare con i bambini in quel momento). È presente in classe e nei vari momenti della giornata, spesso parla e fa i suoi discorsi di cui non si capisce il senso, non è assente e non si rinchiuso in sé stesso. Sembra non comprendere le indicazioni delle attività e, dopo pochi tentativi, si distrae e si alza dal posto. Nelle attività personali (cambio scarpe, cambio grembiule) sembra non concentrarsi e non avere voglia di provare a fare le cose, aspetta che qualcuno le faccia per lui.

AREA MOTORIA: attività motoria sconclusionata, se si annoia, si alza e si muove intorno alla sedia senza fare un gioco preciso, nel momento del gioco libero, i suoi giochi non hanno un senso, come quelli degli altri bambini, e sono perlopiù caotiche o distruttive. Matteo corre per la stanza, si sdraia, rotola, senza un motivo e non prestando attenzione a chi è intorno a lui. Non interagisce con i coetanei con il fine di giocare a qualcosa, ma solo per coinvolgerli nelle sue attività. Sembra che si sente solo, a volte, e ha bisogno di coinvolgere qualcuno in ciò che fa.

AREA OPERATIVA: è entusiasta delle nuove attività proposte, ma non riesce a portarle avanti da solo. Sembra non capire le indicazioni e le correzioni, che sono sempre riferite al gruppo e mai a lui, quindi vedono parole e frasi forse troppo “difficili” per lui. Non sembra in grado di mantenere l’attenzione o ripetere una stessa attività per più volte. Nelle attività da fare in classe, non si siede in modo corretto, si alza e si muove in modo impacciato attorno al proprio posto, non rimane seduto per più di qualche minuto. Forse, come farebbe qualsiasi bambino, sfrutta il fatto stesso che viene dopo poco lasciato stare. Sono rare le volte in cui Matteo viene seguito con attenzione fino al termine del compito; in queste circostanze, con una persona accanto che lo aiuta almeno all’inizio, dimostra di sapersela cavare. Mi sono affiancata a lui, per fare con lui le attività e guidarlo nei movimenti, ho visto che in questo modo riusciva a collegare le azioni e a dargli uno scopo. Lo riprendevo spesso se si distraeva e lo richiamavo, ricominciavamo insieme; avanti così fino a che non riusciva a svolgere da solo l’attività almeno per un minuto. Ho notato che riprendendolo e riportandolo nella giusta direzione, guidandolo fisicamente, Matteo riusciva a portare avanti l’attività anche da solo.

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE: durante i vari momenti della giornata, parla ai compagni e alle educatrici delle cose che nota nell’ambiente. Non fa discorsi compiuti e non articola frasi con un senso vero e proprio. In lui c’è la volontà di relazionarsi con chi gli sta intorno, ha voglia di giocare con i suoi compagni, ma alcuni lo appoggiano e la maggior parte no. Non mostra dispiacere per un rifiuto. Con le educatrici, parla di ciò che gli viene in mente, ma spesso queste non rispondono. Mostra felicità e ha gesti d’affetto verso la mamma e la nonna, soprattutto la prima. Ma, non sempre, queste dimostrazioni non hanno continuità regolare: una mattina, Matteo si è presentato alla porta dell’asilo, accompagnato dalla mamma, io li ho accolti aprendogli la porta, la

mamma lo stava salutando e lui non si è girato, ha continuato a entrare nonostante la mamma lo chiamasse. Questo e altri aneddoti mi hanno portato a pensare che Matteo fosse quasi trattenuto nei confronti della mamma e viceversa, non vedevo quei gesti e quegli sguardi che vedevo negli altri bambini quando arrivavano i loro genitori; percepivo distacco. In generale, comunque, non ho mai visto segni d'affetto incondizionato nei suoi confronti, né dai familiari né da chiunque altro.

AREA COGNITIVA: durante le attività se non gli vengono date istruzioni, non coglie da solo il senso di quello che deve fare e se gli vengono date, non le capisce: le educatrici mollano il colpo. Matteo in generale sembra non riflettere su ciò che fa, se lasciato solo. Non ha la capacità minima di problem solving e non connette le azioni allo scopo da raggiungere, nemmeno se accompagnato, soprattutto nelle attività di autonomia personale.

4.2 PROGETTO EDUCATIVO

ANALISI: Matteo, 3 anni, ha un ritardo mentale lieve. È presente tutti i giorni a scuola, anche se malato. Mantiene l'attenzione per qualche minuto, poi si alza disturbando la classe, non comprende le norme e le istruzioni della scuola. Ha difficoltà nell'apprendimento e nella concentrazione. Vive solo con la madre, arriva in ritardo e ha una scarsa igiene personale. Ha il pannolino, non riesce a vestirsi da solo. Ha un'attività motoria caotica e sconclusionata.

PROBLEMATICHE	BISOGNI	RISORSE
- Non segue le regole (1) - Non porta a termine l'attività (2) - Disturba se si annoia (3)	- Difficoltà di apprendimento delle regole della classe, difficoltà nel controllo dei propri processi di apprendimento (1) - Difficoltà nell'organizzare le sequenze comportamentali, nell'esecuzione del compito o nella socializzazione (2,3)	- Mostra entusiasmo per le attività, vuole essere coinvolto, si propone - Si cimenta sempre nelle attività, prova a darsi da fare anche se per un breve periodo - Se condotto fisicamente nelle attività, riesce poi a portarle a termine da solo - Si relaziona spontaneamente con i compagni, ha spirito d'iniziativa, propone attività (anche se caotiche e distruttive) - Rispetta ciò che le educatrici dicono, quando lo comprende

Figura 12 - Analisi del caso

FINALITÀ: fornire un sostegno al fine di renderlo autonomo negli apprendimenti scolastici e d'integrazione sociale (autoregolazione dei processi cognitivi e comportamentali)

OBIETTIVI GENERALI:

- Controllo dei processi di apprendimento (1)
- Controllo delle sequenze comportamentali (2,3)

OBIETTIVI SPECIFICI:

- Comprendere le regole (1)

- Ricordare le regole (1)
- Mantenere la concentrazione (1, 2)
- Sviluppare problem solving, gestire gli impulsi (2, 3)
- Organizzare le sequenze comportamentali (2, 3)

STRUMENTI E AZIONI:

- Uso di strategie didattiche metacognitive per aumentare le capacità di apprendimento e migliorare le prestazioni scolastiche, come la ripetizione, le associazioni significative, il modeling e le esercitazioni guidate
- Scandire bene le indicazioni delle attività, parlando solo con lui
- Richiamarlo se si distrae durante le attività, ripetere le regole della classe
- Attività per favorire la concentrazione, estendibile a tutta la sua classe (yoga o ascolto dell'ambiente naturale)
- Ripetere, di volta in volta, le correzioni ad alta voce, solamente a Matteo
- Esaminare il compito e definire la strategia migliore di soluzione
- Organizzare le sequenze comportamentali per affrontare un compito, tramite rappresentazioni visive

TEMPI E FASI: 6 mesi

RISULTATI ATTESI:

- Portare a termine l'attività, autonomamente
- Ridurre gli interventi dell'educatrice nello svolgimento dell'attività (richiamo alle regole, alla concentrazione)
- Auto-correzione in seguito a un errore
- Inibire gli impulsi e rispettare le regole (autoregolazione del comportamento)

VERIFICA E VALUTAZIONE:

DURATA	OBBIETTIVI	INDICATORI	CRITERI DI SUCCESSO	VALUTAZIONE (iniziale, in itinere e finale)
6 mesi	1. Comprendere le regole 2. Sviluppare problem solving 3. Organizzare le sequenze comportamentali 4. Mantenere la concentrazione 5. Ricordare le regole	1. Seguire ciò che viene detto, con una percentuale del 75% di successo 2. Riesce a discernere la strategia migliore, con una percentuale del 60% di successo 3. Riesce ad ordinare i comportamenti da avere nelle diverse situazioni (almeno 3 volte su 5) 4. Ripetere l'azione per almeno un min. di seguito 5. Seguire le regole della classe senza l'intervento dell'educatrice (ridotti da 5 a 2 gli interventi)	1. Segue ciò che viene detto 2. È in grado di terminare il compito nel modo per lui più semplice 3. Non assume comportamenti inadeguati 4. Non si distrae durante il compito 5. È in grado di autoregolare il proprio comportamento	Griglia d'osservazione e scala di valore, elaborate con l'equipe dell'asilo

Figura 13 - Verifica e valutazione

4.3 OSSERVAZIONI

4.3.1 SCHEDA 1

ORARIO INIZIO ATTIVITÀ: 9.30

ORARIO FINE ATTIVITÀ: 10.00

LUOGO: Il nido dei pulcini, classe dei medi

OPERATORI PRESENTI: 2 (1 educatrice ed io)

OBIETTIVO ATTIVITÀ: Sviluppare la manualità creando una "collana di pasta"

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: Matteo oggi viene inserito nella classe dei medi, con i suoi coetanei. Ad ogni bambino viene dato uno spago, con un nodino alla fine, loro devono infilare della pasta dentro lo spago per creare una "collana".

OSSERVAZIONI GENERALI: in generale tutti i bambini riescono nell'attività, chi prima di altri. Un paio di bambini chiedono l'aiuto dell'educatrice ma solo all'inizio dell'attività. Tutti stanno seduti e concentrati sul loro lavoro. Sono felici di creare qualcosa.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE: sto vicino a Matteo, che sembra aver più bisogno d'aiuto. Non comprende le indicazioni date e non sa cosa fare con lo spago, con il quale inizia a giocare. Si alza dalla sedia, lo richiamo in modo fermo e aspetto che si sieda.

Gli mostro cosa deve fare, infila il primo rigatone e si alza. Lo richiamo e gli dico “continua”. Mi metto in una posizione tale che è “incastrato” tra le mie braccia e facciamo l’attività insieme. Si concentrava, quando ho visto che poteva continuare, ho cambiato posizione e sono tornata accanto a lui. Lo conduco nell’attività e lo richiamo se si distrae. Dopo vari tentativi Matteo aveva capito cosa fare. Mi guarda sorridente, io enfatizzo la sua “vittoria”.

CONCLUSIONI: L’attività ha avuto un buon successo, i bambini sono stati molto contenti e hanno imparato anche a concentrarsi. Matteo ha lavorato insieme ai suoi coetanei, anche lui è stato entusiasta.

NOTE: Ho notato che l’educatrice non richiama Matteo quando si distrae, così come non presta attenzione se svolge con successo un compito. Sono consapevole che forse non riuscirà a riempire la collana di rigatoni in poco tempo, ma secondo me lui deve lavorare e rispettare le regole come tutti i bambini. Temo che a volte Matteo sfrutti il fatto che non riesce nelle attività per fare ciò che vuole, e che di conseguenza non si impegni.

4.3.2 SCHEDA 2

ORARIO INIZIO ATTIVITÀ: 9.30

ORARIO FINE ATTIVITÀ: 10.30

LUOGO: Il nido dei pulcini, classe dei medi, giardino esterno

OPERATORI PRESENTI: 2 (la tutor ed io)

OBIETTIVO ATTIVITÀ: sviluppare la coordinazione motoria, la concentrazione e il rispetto delle regole

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: è una bella giornata, i bambini vengono portati fuori sul prato per un percorso a ostacoli

OSSERVAZIONI GENERALI: tutti sono molto felici di uscire e di costruire il loro percorso con cerchi, scope, tunnel, ecc. Tutti partecipano e quasi tutti vogliono essere i primi ad imbattersi nel percorso.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE: nasce un po' di competizione, soprattutto tra i maschietti più grandi, e voglia di far vedere "chi è il migliore". Matteo non partecipa alla costruzione del percorso, si muove in modo caotico. Non rispetta la fila e vorrebbe iniziare per primo, ma è richiamato dall'educatrice (anche in questo caso non rispetta le regole). Non presta attenzione a ciò che fanno gli altri o a come è composto il percorso, sembra concentrato su di lui e sull'ambiente esterno. Quando arriva il suo turno non sa come intraprendere il percorso e resta fermo per un momento, ma poi inizia a muoversi, saltando o aggirando ostacoli. Al turno successivo decido di accompagnarlo e di spiegargli, in modo più chiaro, cosa doveva fare. Matteo segue le mie istruzioni e finiamo il percorso insieme.

CONCLUSIONI: i bambini sono stati molto felici, si sono concentrati, hanno imparato a rispettare le regole, a sfidarsi ad osservare ciò che facevano gli altri. Matteo ha partecipato e finalmente ha potuto muoversi liberamente. Tutti sono stati richiamati al rispetto delle regole e degli altri, compreso Matteo.

NOTE: non sottovalutare l'aspetto motorio di Matteo e l'importanza del gioco per la socializzazione.

4.3.3 SCHEDA 3

ORARIO INIZIO ATTIVITÀ: 9.30

ORARIO FINE ATTIVITÀ: 10.00

LUOGO: Il nido dei pulcini, classe dei piccoli

OPERATORI PRESENTI: 2 (1 educatrice ed io)

OBIETTIVO ATTIVITÀ: sviluppare la coordinazione manuale, la concentrazione e il rispetto delle regole, imparare e ricordare il colore rosso

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: ho proposto un'attività di pittura con le dita. I bambini, in occasione della festività di S. Valentino, devono "tamponare", con il dito colorato di rosso, un cuoricino di cartone.

OSSERVAZIONI GENERALI: i bambini sono incuriositi dalla nuova attività, soprattutto all'arrivo della tempera rossa. Un paio di bimbi vengono da me per saperne di più, gli altri continuano a giocare prestando però sempre attenzione a ciò che facevo. Ho finito di preparare il piano di lavoro, i bambini sono stati tutti aiutati nell'attività, alcuni solo all'inizio. Non stavamo seduti a un tavolo, ma per terra.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE: Matteo sugli inizi non ha capito di cosa si trattava, poi ha visto i suoi compagni dipingere e si è emozionato. Si è proposto più volte, ma deve aspettare il suo turno. Quando lo abbiamo chiamato, è stato molto felice e si è avvicinato subito. L'ho condotto, con molta attenzione, poi ha subito capito e ha continuato da solo. È stato molto bravo e concentrato.

CONCLUSIONI: i bambini sono stati felici di fare un lavoretto per i loro genitori. Erano incuriositi e hanno imparato, toccandolo con mano, il colore rosso qual è.

NOTE: l'attività di pittura è piaciuta particolarmente a Matteo.

4.3.4 SCHEDA 4

ORARIO INIZIO ATTIVITÀ: 9.30

ORARIO FINE ATTIVITÀ: 10.00

LUOGO: Il nido dei pulcini, classe dei piccoli

OPERATORI PRESENTI: 2 (1 tirocinante ed io)

OBIETTIVO ATTIVITÀ: prendere consapevolezza di una parte del loro corpo, la concentrazione, imparare e ricordare il colore blu

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: i bambini devono camminare su un foglio bianco e lasciare le loro impronte con i piedini dipinti di blu.

OSSERVAZIONI GENERALI: i bambini sono incuriositi e attratti dalla tempera fluida, guardano la preparazione per loro nell'altra stanza. Non si trattava più delle mani ma dei piedi. Sono quasi tutti spaventati e non vogliono togliersi le scarpe; dopo un po', siamo riusciti a coinvolgere tutti, conducendoli nell'attività. Tutti erano impauriti, sugli inizi, e dovevamo mantenere un contatto fisico con loro. Tutti, però, alla fine del percorso e riguardando le impronte lasciate hanno fatto un gran sorriso e volevano ricominciare.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE: un bambino in particolare, il più timido e chiuso del gruppo, impaurito, fa finta di non sentire le chiamate e continua a giocare. Matteo, anche in questa occasione si propone più volte. Quando arriva il suo turno, è felice di partecipare e si toglie le scarpe senza problemi. Cammina sul foglio, prima condotto da me poi solo. Guarda il suo lavoro, è felice e vuole ricominciare.

CONCLUSIONI: è stata un'attività un po' d'impatto ma con buoni risultati. È stato detto ai bimbi continuamente che stavamo dipingendo con il colore blu. Al termine dell'attività sono stati tutti felici.

NOTE: è confermato che l'attività di pittura piace particolarmente a Matteo.



Figura 14 - Attività didattiche Scheda 4

4.3.5 SCHEDA 5

ORARIO INIZIO ATTIVITÀ: 9.30

ORARIO FINE ATTIVITÀ: 10.00

LUOGO: Il nido dei pulcini, classe dei piccoli

OPERATORI PRESENTI: 2 (1 educatrice ed io)

OBIETTIVO ATTIVITÀ: ricordare i colori rosso e blu

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: i bambini devono recuperare delle palline o rosse o blu e portarle all'educatrice. Devono quindi associare il nome al colore.

OSSERVAZIONI GENERALI: i bambini, anche i più piccoli, riescono nell'attività, sono felici di muoversi e di rispondere a una richiesta dell'educatrice. Alcuni bambini riescono a rispondere correttamente anche se il colore viene nominato in inglese.

OSSERVAZIONI SPECIFICHE: Matteo non risponde alle chiamate dell'educatrice e continua a giocare. Solo dopo alcuni richiami, si accorge che sta chiamando lui. Alle richieste porta le palline del colore corrispondente e ritorna a giocare. Non sembra molto interessato o entusiasta.

CONCLUSIONI: l'attività è andata a buon fine, in generale tutti i bambini si ricordano i due colori e riescono ad associarli alla parola. Sono stati felici di rispondere alle richieste dell'educatrice e di "rendersi utili".

NOTE: Matteo ricorda i due colori, non è stato particolarmente soddisfatto

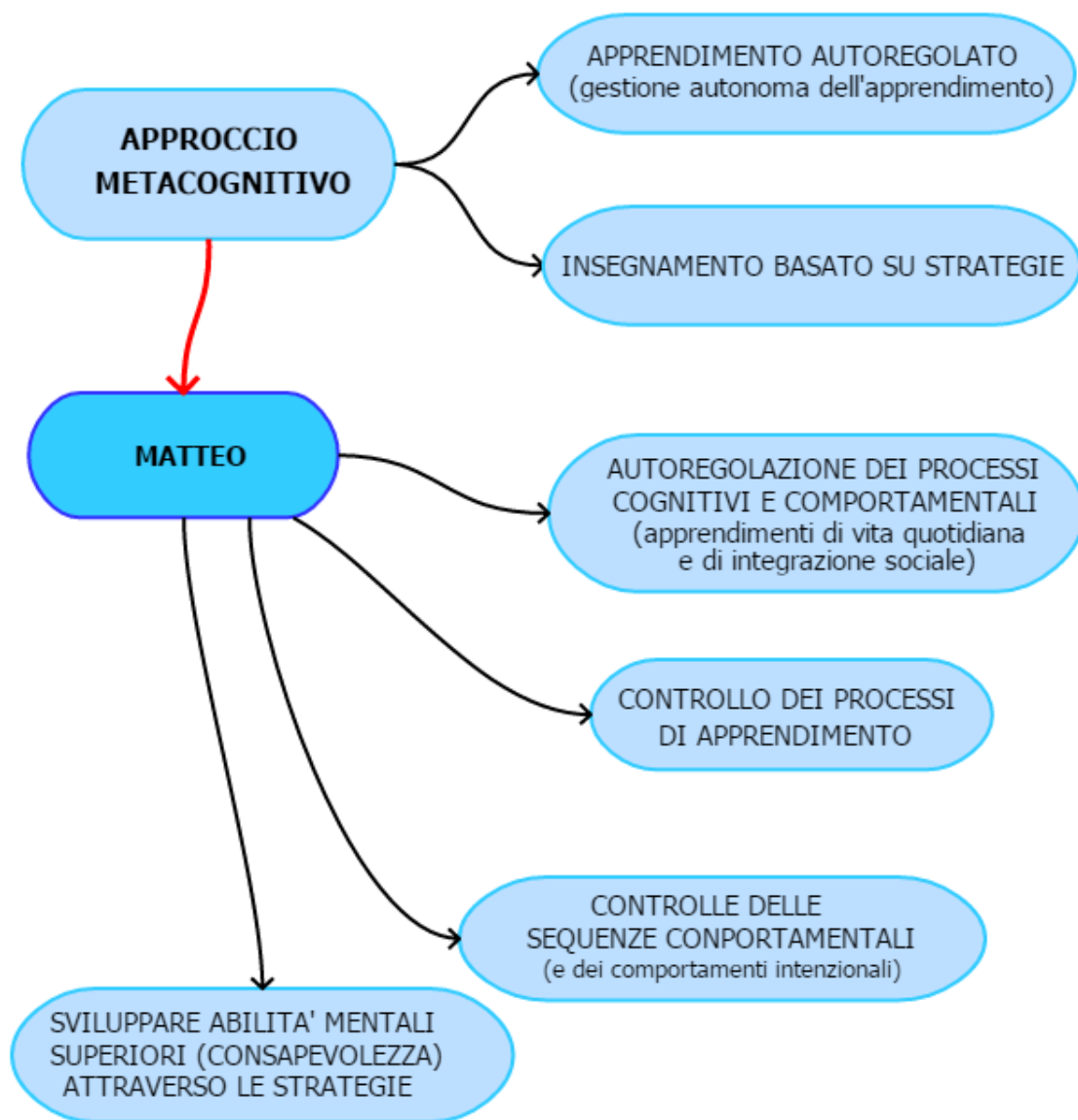


Figura 15 – Schema sinottico del Capitolo 4

Riferimenti:

[Rif.1, 21]

5. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

La disabilità intellettiva comporta la presenza di un deficit nel *funzionamento intellettivo* e *adattivo* negli ambiti concettuali, sociali e pratici. In particolare, nel funzionamento intellettivo rientrano il ragionamento, il problem solving, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico e quello dall'esperienza. Il deficit nel funzionamento adattivo porta, invece, al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante *i deficit adattivi limitano il funzionamento nelle attività della vita quotidiana*, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma. Per queste ragioni, come sappiamo, l'operatore sociale deve elaborare e valutare un progetto individuale basato sui bisogni delle persone, al fine di favorirne lo sviluppo delle capacità d'*integrazione* e partecipazione alla vita sociale. Se è vero che la disabilità è il risultato dell'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo, i fattori personali ed i fattori ambientali, è anche vero che la situazione di handicap può essere attenuata grazie ad azioni educative; la finalità ultima dell'intervento è quello di fornire i sostegni necessari al fine di *superare gli ostacoli* ed accedere al miglior livello possibile di *qualità della vita*.

Per questo, ho scelto di porre l'attenzione su quello che per me è l'aspetto principale da sottolineare, fattore fondamentale per l'adeguato compimento di ogni bambino: *l'apprendimento*. In particolare, mi sono concentrata, su una delle problematiche costituenti la realtà sociale della vita didattica odierna, ovvero la necessità di sensibilizzare e migliorare il processo di apprendimento al fine di giungere a un corretto e adeguato *livello culturale* e *istruttivo* dell'individuo/studente. In tal senso, dunque, si colloca l'interesse e la volontà di rifarsi alle metodologie ed alle tecniche *dell'approccio metacognitivo* che, attraverso l'insegnamento di strategie, costituisce un importante supporto nell'acquisizione della competenza dell'"imparare ad imparare", nell'essere padrone cioè di strategie che permettano all'alunno di apprendere nel modo per lui più giusto.

Come tutti, anche i bambini con disabilità hanno bisogno di sentirsi accettati e apprezzati dagli altri; credo, quindi, che si debba creare un *clima empatico* d'incoraggiamento, che si debba partire dal presupposto che la disabilità, fisica o mentale, sia una *condizione dell'esistenza* con cui si deve convivere. La sfida dell'educatore sta, in questo caso, nello scoprire le *potenzialità* e le *risorse* che si

nascondono dietro la superficie; nel riscoprire una persona viva, anche se considerata infruttuosa e inadatta; nel raggiungere gli *obiettivi* prefissati con un alto grado di probabilità d'insuccesso ma, nello stesso tempo, nell'andare avanti con la tenacia di chi non demorde; nel non sentirsi sconfitto se qualcosa è andato storto, ma imparare dal *feedback* che riceve e porsi delle domande.

5.1 NUOVE TECNOLOGIE PER L'APPRENDIMENTO E L'INTEGRAZIONE

Lo sviluppo e l'applicazione su larga scala dell'informatica e delle tecnologie multimediali stanno progressivamente cambiando sia gli usi e i costumi del nostro vivere quotidiano, sia lo stesso *modo di apprendere e di pensare*. L'aspetto centrale di tale cambiamento interessa, nello specifico, i *sistemi di comunicazione* e i linguaggi stessi i quali, per la rapidità con cui si realizzano e si contraddistinguono, coinvolgono progressivamente ogni aspetto della vita. Con il diffondersi delle tecnologie digitali e delle reti telematiche, operazioni e tecniche di elaborazione, catalogazione, memorizzazione e diffusione dei dati informativi sono gestite e realizzate con procedure talmente sofisticate da annullare (apparentemente) il fattore spazio-tempo.

IN CAMPO EDUCATIVO E DIDATTICO - Anche in campo educativo le tecnologie informatiche stanno producendo una radicale e progressiva modificazione, sia sul *modo di progettare i contenuti dell'apprendimento*, sia sulle *modalità di condurre le attività d'insegnamento* in relazione alle esigenze formative dei destinatari. Parliamo della rapida diffusione di *software didattici* a livello scolastico. Anche la didattica speciale, dunque, non ha potuto rimanere insensibile di fronte alle innegabili potenzialità offerte dai sussidi informatici nelle diverse forme, si è registrato un autentico proliferare di strumenti progettati specificamente per rispondere alle esigenze di allievi con *disabilità* e con *difficoltà di apprendimento* di vario tipo. Il computer deve rappresentare un *ausilio* utile per facilitare il processo d'insegnamento-apprendimento, uno strumento per facilitare gli *apprendimenti curricolari* e per favorire lo *sviluppo cognitivo* ma, trattandosi di un sussidio, la sua efficacia è strettamente correlata, da un lato, all'organizzazione del programma in relazione agli obiettivi da perseguire, alle caratteristiche cognitive e affettivo-emozionali degli allievi e all'atteggiamento positivo dell'insegnante nella sua azione di mediazione.

5.1.2 STORIA DEL RAPPORTO APPRENDIMENTO-TECNOLOGIE

Ripercorrendo sinteticamente l'evoluzione dei rapporti tra apprendimento e nuove tecnologie, bisogna sottolineare la grande accelerazione che le applicazioni informatiche riferite alla didattica hanno avuto a partire da metà degli anni '80, in conseguenza dello *sviluppo tecnologico* che ha portato alla diffusione dei PC (Personal Computer) in piccole dimensioni, capacità di calcolo sempre crescenti e di costo accessibile. Non che nella storia della pedagogia e della psicologia non si fosse parlato di macchine per imparare o di strumenti per sviluppare l'apprendimento in modo efficace, ma fino all'avvento delle attuali strumentazioni potenti ed efficaci non si era arrivati ad attribuire a tali sussidi un ruolo così importante nella *dinamica insegnamento-apprendimento*. In sintesi, si possono individuare tre fasi specifiche caratterizzate da diverse modalità di utilizzo del computer quale strumento per insegnare: in una prima fase il computer è inteso quale strumento in grado di *sostituire il docente*, il personal computer propone all'allievo le informazioni (conoscenze) precedentemente memorizzate; nella seconda fase esso costituisce la "*macchina per pensare*" per eccellenza, si vuole sottrarre l'allievo dalla posizione di passività in cui può venirsi a trovare rispetto alla macchina, per questo è ritenuto importante che l'allievo usi il computer e che studi l'informatica fin dai primi passi del suo percorso formativo. La terza ed ultima fase è caratterizzata dalla diffusione della *multimedialità e di internet*, il computer rappresenta lo strumento d'eccellenza per entrare in rapporto e per acquisire informazioni. La rete offre la possibilità di interagire con le realtà più diverse, con nuovi mondi da esplorare.

OGGI ... - La nuova filosofia è la *semplicità di approccio* attraverso interfacce facilitanti (ergonomiche), la multimedialità, l'ipertesto e ipermedialità e la rete, che caratterizzano ormai in maniera quasi assoluta anche le applicazioni del software per la didattica. Per le caratteristiche legate alla rapidità, ampiezza ed economicità da accesso alle informazioni, la telematica e, in particolare, la *rete internet* può essere considerata uno dei settori tecnologici potenzialmente più rilevanti messi a disposizione per la didattica del terzo millennio. L'accesso all'uso del computer, facilitato al massimo da *interfacce grafiche multimediali* di nuova concezione, pone docente e allievo nelle condizioni migliori per fruire dello strumento computer, incrementando e favorendo le implicazioni didattiche. L'evoluzione delle interfacce ha, dunque, *rivoluzionato anche il modo di concepire la funzione didattica* delle stesse; è facile intuire, infatti, quale approccio al

livello motivazionale le nuove configurazioni possono determinare nell'allievo che apprende, specie quando presenta difficoltà di vario tipo. *L'ipertesto* consiste in un sistema che permette di generare legami tra un documento ed altri documenti correlati, indipendentemente dalla loro collocazione fisica, cliccando su determinate parole o frasi (link) evidenziate in modo particolare, il sistema porta direttamente al documento che è stato associato precedentemente alla parola stessa. Questi sistemi ipertestuali, pur non essendo stati specificamente pensati per la didattica, rappresentano un nuovo e importante *strumento per l'apprendimento*. Il sistema ipertesto favorisce una logica slegata da itinerari rigidi e prefissati, è l'allievo che "costruisce il suo percorso", che sceglie dove andare, cosa approfondire, dove ritornare. Possono essere progettati più percorsi e tale possibilità corrisponde a una filosofia educativa in cui è l'individuo che *costruisce via via la propria conoscenza*, il proprio percorso attorno o dentro l'ambiente di apprendimento. Questo può rappresentare un importante elemento per sviluppare *itinerari didattici di tipo metacognitivo*. Chiaramente, con l'affermazione della multimedialità, gli ipertestati non prevedono solo contenuti scritti collegati tra loro, ma anche altri tipi di messaggi (immagini, suoni, filmati), si parla, in questo caso, di *ipermedia*. L'enorme interesse per la multimedialità e le sue applicazioni nella didattica invitano a considerare l'altro aspetto, ovvero quello della *realtà virtuale* intesa quale evento generato dalla stessa multimedialità. Il mondo virtuale, infatti, è costituito dalla ricostruzione della "realtà" sintetizzata dal computer ed ha la sua caratteristica di essere indistinguibile da quello reale. La differenza fra i due tipi di "eventi-mondi", quello oggettivo e quello virtuale, è rappresentata dalla quantità d'*interazioni possibili* con la rappresentazione di virtuale.

5.1.2 PROCESSO DI INSEGNAMENTO-APPRENDIMENTO

Il software può essere di stimolo e di aiuto allo sviluppo di abilità cognitive in generale e all'apprendimento curriculare in particolare? La risposta a tale quesito non è facile né univoca, in quanto entrano in gioco varie componenti, come già detto, tra cui da un lato l'adattabilità dell'allievo, in relazione alle caratteristiche cognitive, emozionali, motivazionali; dall'altro l'atteggiamento positivo dell'insegnante, la sua disponibilità ed attenzione, la sua volontà di non isolare l'allievo nel rapporto con la macchina, ma di mantenerlo socialmente inserito nel gruppo classe. Possiamo dire, però, che le potenzialità offerte dai software sono sicuramente rilevanti per facilitare la didattica e

l'apprendimento, ma richiedono un'adeguata organizzazione e un *approccio pedagogico e didattico* molto attento e controllato. Il software deve essere accompagnato da una *riflessione critica di tipo pedagogico e didattico* e deve iscriversi in una prassi integrata e regolata da una specifica programmazione curricolare.

I principali elementi di positività nell'uso di software possono essere individuati nei seguenti aspetti:

- *stimolazione della componente motivazionale*, solitamente assai carente negli allievi con disabilità cognitiva e con difficoltà di apprendimento, in conseguenza delle loro carenze e delle precedenti esperienze d'insuccesso. In linea teorica, è sempre possibile creare motivazione artificialmente, attraverso l'utilizzo di rinforzatori che premiano l'impegno dell'alunno; in molti casi, è l'utilizzo stesso del computer che può essere assunto come *rinforzatore* di attività intrinsecamente meno gratificanti. Per ottenere uno sforzo prolungato in attività tradizionali si promette quindi all'alunno che, a compito completato, potrà lavorare con il computer.
- possibilità di condurre, attraverso le diverse tipologie di software, *esercitazioni* molto strutturate, *training* riabilitativi, *percorsi multimediali* e multilineari, che con i sistemi della didattica tradizionale risulterebbero difficilmente gestibili.
- aumento del livello di *autostima* personale, in quanto l'ausilio informatico non è percepito alla stregua di uno strumento di educazione differenziata, come possono essere, ad esempio, le schede didattiche di recupero. Il computer è visto, al contrario, come uno strumento usato dalle persone grandi e intelligenti.

Il computer, quando si dispone di software adeguati, serve per *facilitare il lavoro didattico*, ma in nessuna maniera può sostituire i compiti dell'educatore, al quale, al contrario, sono richieste specifiche *competenze* e una preparazione adeguata anche in questo ambito. Un ruolo determinante è svolto dall'*organizzazione* complessiva della scuola, soprattutto per quanto riguarda la capacità di sviluppare un *clima cooperativo* e sapere intervenire prontamente per affrontare i vari problemi non solo di ordine tecnico, ma anche didattico e relazionale, che l'uso delle nuove tecnologie spesso comporta. Sovente viene mossa la critica secondo la quale il computer renderebbe la socializzazione degli alunni difficoltosa, enfatizzando percorsi di separazione anziché di inclusione. Questa obiezione è sostenibile solo se la didattica assistita dal computer si intende in un'aula ad hoc nella quale l'allievo lavora da solo con l'ausilio dell'insegnante di sostegno. Al contrario, nel momento in cui sono predisposte situazioni d'impiego in

classe o in piccoli gruppi, l'utilizzo del computer può avvicinare l'allievo con disabilità o difficoltà di apprendimento al lavoro dei compagni, magari attraverso un software che proponga esercizi facilitati sugli stessi argomenti. La competenza metodologica e la creatività del personale educativo, quindi, possono costruire le condizioni per un utilizzo del computer non solo nella prospettiva di *facilitare l'apprendimento*, ma anche in quella di stimolare processi d'*interazione e integrazione*.

5.1.3 TIPI DI SOFTWARE

Esistono diversi tipi di software, i quali, rispondono a logiche di programmazione molto differenti, e possono quindi fornire contributi di vario tipo al processo d'insegnamento-apprendimento.

1. Software di programmazione e valutazione delle abilità
2. Software esercitativi e riabilitativi
3. Software multilineari
4. Software aperti

I *software di programmazione e di valutazione* consistono in applicazioni pensate per facilitare il lavoro dell'educatore e di altri professionisti nelle operazioni di programmazione dell'attività educativa e riabilitativa. Le varie fasi della progettazione sono supportate da particolari database in grado di guidare nella definizione degli obiettivi, nella predisposizione di unità didattiche, nella conduzione e monitoraggio degli interventi. Software di questo tipo, consentono di programmare e verificare con facilità le attività educative, riabilitative e le iniziative di carattere ricreativo e sociale riferite ad allievi con bisogni speciali. Tale software può infatti risultare di grande utilità anche per raccordare le diverse iniziative che sono implementate da varie agenzie a favore di persone con disabilità o, nella prospettiva del progetto di vita. I software valutativi o diagnostici si compongono di batterie di prove di verifica finalizzate ad indagare le abilità e le difficoltà degli allievi.

I *software esercitativi e riabilitativi* rispondono entrambi alla stessa logica di proporre attività attraverso un approccio molto strutturato, in termini sia di contenuti sia di tempo. Nel caso dei software esercitativi si mira ad insegnare abilità di vario tipo, mentre i software riabilitativi si indirizzano al tentativo di rimuovere particolari problematiche che impediscono di padroneggiare specifiche funzioni. In ogni caso si fa riferimento a uno

specifico approccio centrato sulla definizione di passi successivi, solitamente individuati grazie all'analisi del compito e insegnati attraverso un percorso "passo dopo passo" adattato alle esigenze di chi sta imparando. Il fatto che i software esercitativi e riabilitativi siano rigorosamente programmati non significa necessariamente che siano poco flessibili; i programmi di ultima generazione infatti sono in grado di tener conto delle risposte degli allievi (numero di errori, tempo di latenza, etc.) per gestire l'avanzamento più o meno rapido nei vari passi. Tuttavia, le caratteristiche peculiari dei diversi allievi devono essere colte e richiedono una flessibilità e una personalizzazione del processo d'insegnamento-apprendimento; aspetti questi che non possono entrare in gioco se la delega al computer è totale. Per tale motivo l'educatore deve necessariamente riservarsi ampi spazi d'intervento, con proposte e aggiustamenti in relazione alle esigenze, a volte molto particolari, degli allievi con i quali interagisce.

I software tradizionali di tipo esercitativo o riabilitativo presentano uno stimolo e aspettano dall'allievo una precisa risposta, come cliccare su un oggetto, completare una parola; nei *software multilineari* (che possono avere la forma dell'ipertesto o dell'ipermedia), invece l'allievo è libero di scegliere cosa fare, chiaramente entro i limiti imposti dal programma. Ci sono vari percorsi fra loro connessi, che il soggetto può decidere di visitare seguendo liberamente un proprio itinerario, cambiandolo in corso o tornando indietro se lo ritiene opportuno. In queste situazioni, addirittura, non è definibile a priori neanche cosa l'allievo apprenderà. Ci sono quindi molte opportunità, attraverso software di questo tipo, di stimolare apprendimenti per scoperta e di attivare la riflessione metacognitiva. È necessario però sottolineare come raramente un allievo con disabilità ha gli strumenti cognitivi per utilizzare in maniera autonoma e multilineare software costruiti con questa concezione. Spesso, attratti da particolari interfacce o rassicurati da un percorso noto, tendono a privilegiare un approccio conosciuto e stereotipato allo strumento. In queste condizioni è ancora più importante la mediazione operativa dell'educatore.

Il software si considera *aperto* quando all'interno di una logica "quadro", cioè di un insieme di procedure predeterminate, si lascia la libertà di inserire o modificare i contenuti su cui applicare le procedure. E', in definitiva, l'utente (educatore) a scegliere gli oggetti, i concetti, le immagini che riempiranno il quadro. Ogni educatore, così, può scegliere l'argomento delle proprie lezioni, inventandolo o modificandolo a piacimento, all'interno di uno schema logico-algoritmico definito dalle procedure informatiche

prefissate. Oltre ciò, può essere anche possibile adattare i parametri valutativi, sempre in riferimento all'insieme offerto dal software. *Il sistema aperto consente quindi all'insegnante di costruire le unità didattiche da proporre agli allievi.*

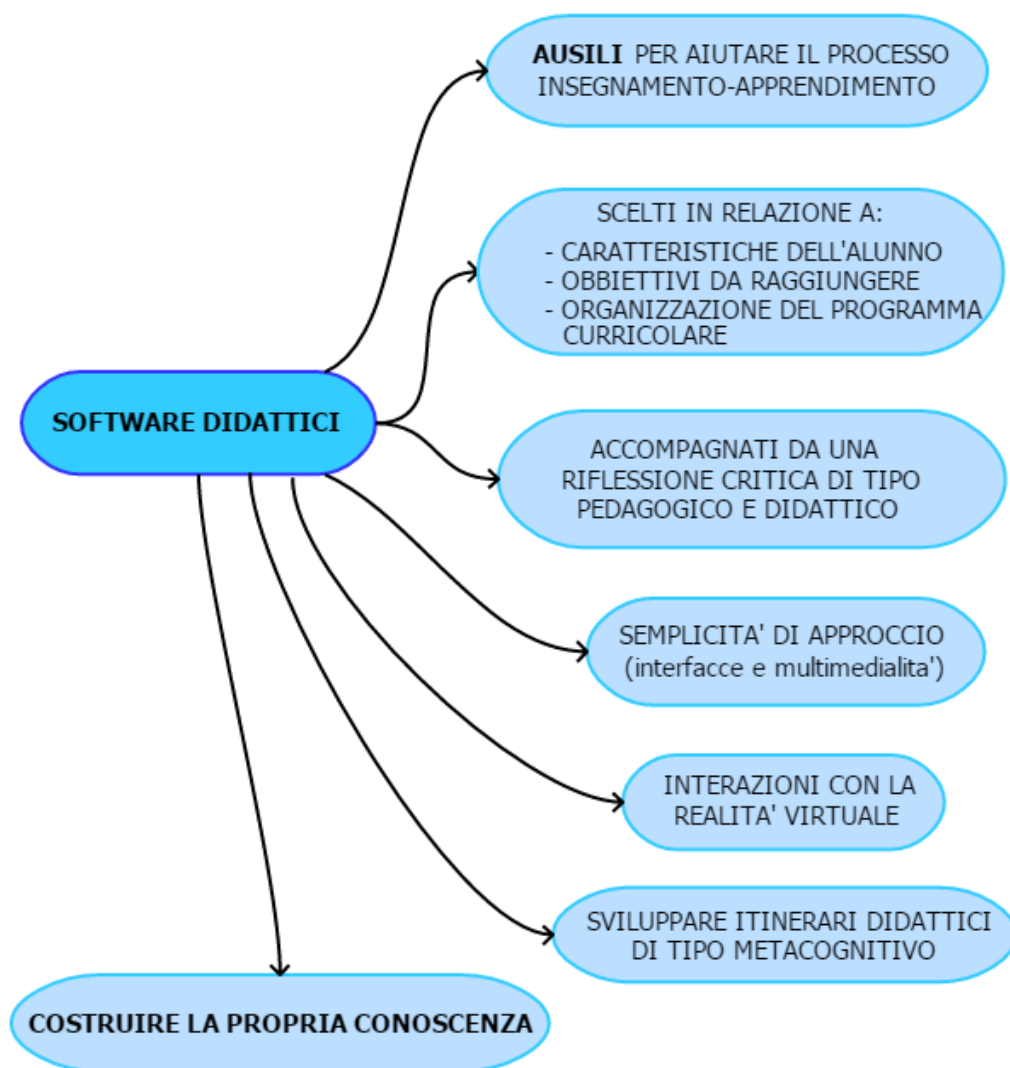


Figura 16 – Schema sinottico del Capitolo 5

Riferimenti:

[Rif. 25]

5.2 COME SONO ARRIVATA FIN QUI' - LA MIA ESPERIENZA

Tirando le somme, la mia esperienza è stata cambiamento, scoperta, gioia, difficoltà, scontro e crescita. Sono entrata in contatto con parti di me stessa, a me conosciute solo in parte, ed ho imparato ad ascoltarle, a tirarle fuori, a sfruttarle. Ho imparato a riconoscere le mie difficoltà e a lavorarci, prendendomene cura. Ho capito che lo specchio più profondo di noi, sono gli altri. Ho fatto un “lavoro” con e sulle persone a me affidate, ma soprattutto su me stessa. Ho imparato a non farmi prendere dal panico di fronte a un problema, a osservarlo, rifletterci su e a suddividerlo in tanti piccoli problemi. Ho imparato a trovare risorse, anche nelle situazioni problematiche. Ho imparato a riconoscere l'errore, ad apprezzarlo e a leggere il feedback che ricevevo sotto un altro punto di vista. Ho imparato a scavare e ad andare a fondo, a riflettere e pormi domande, più di quanto facevo in precedenza. Ho imparato a cambiare prospettiva, ad avvicinarmi o ad allontanarmi. Ho imparato che dentro le persone, sono nascosti mondi da tirar fuori. Ho imparato che le persone commettono degli errori, ma *tutti* meritano una seconda opportunità. Ho imparato ad apprezzare il tempo, che dà forma e significato alle situazioni.

Nella prima fase del mio percorso, ho atteso, ho osservato, ho riflettuto. Ho accettato. Non è stato sempre facile, devo essere sincera, ma ho capito che a volte la miglior cosa da fare è non fare niente. Durante il secondo anno ho continuato ad immagazzinare nozioni, informazioni e competenze. Le ho messe in pratica, mi sono resa utile. Ho visto la durezza della vita e la gioia dell'aiutare. Mi sono fatta domande, su quale fosse la mia strada. A volte ho risposto, altre no, altre ho sbagliato, altre ho cambiato rotta lungo il cammino. Non mi sono mai fermata. Ho agito, mi sono scontrata, ho riflettuto, ho pianto e sono andata avanti. Nell'ultima tappa del mio percorso, ho vissuto esperienze ancor più significative, che porterò con me. Mi sono posta nuove domande, ancor meno risposte. Oggi, 7 Maggio 2019, credo che arrivino col tempo quelle risposte. Ho osservato, riflettuto, ascoltato. Ho atteso, ho preso consapevolezza, ho progettato un piano futuro, nel mio lavoro e soprattutto in me. Ho gioito, sono stata soddisfatta, ho capito cosa voleva dire non avere il pieno controllo delle cose che accadevano.

Devo sottolineare l'importanza di tutte le persone che ho incontrato, che sono andate via e che sono rimaste, di tutte le esperienze fatte, lunghe o brevi hanno lasciato un'impronta dentro di me. Il mio percorso di studi è stato una pietra miliare nel mio

percorso di vita. È stato significativo, devo dire, l'incontro con la disabilità, nelle sue varie forme, anche sotto il punto di vista presentato dal professor Castiglione nel corso di Scienze mediche applicate all'handicap. Mi sono immedesimata, ho capito la difficoltà di queste persone, spesso trascurata, e l'importanza del contributo che avrei potuto dare. Veramente, grazie.

Ed eccomi qui, in quello che è probabilmente il giorno più importante della mia vita. Beh, l'augurio che posso farmi per il futuro è: "Valeria, abbi cura degli altri, e di te".

RINGRAZIAMENTI

La prima riflessione e il primo ringraziamento da fare è a me stessa.

Grazie alla mia storia, grazie ai miei errori, ai miei pianti, alle mie conquiste, alle mie scelte che mi hanno reso chi sono oggi, nel bene e nel male. Grazie al mio percorso, alla strada che ho scelto, ai rimorsi che ho.

Grazie ad Alessio, che ha contribuito a rendermi chi sono oggi (ci creda o no). Ti tengo sempre vicino il cuore. Grazie ai miei genitori, che mi hanno sempre sostenuto e lasciata libera di scegliere. Siete la mia forza di gravità, posso volare ma tornerò sempre vicino a voi.

Grazie a nonno Ezio e a zia Flavia; siete dentro di me.

Grazie a Simone, che mi accompagna fedelmente nel mio cammino. Sei la mia scelta più bella.

Grazie a Giulia, con i suoi sorrisi puri e ingenui, freschi e leggeri: sei la parte più nascosta di me.

Grazie a Daniela, Massimo e Maria, la mia seconda famiglia che ha saputo accogliermi e capire i miei silenzi.

Grazie a Francesco, Andrea, Federica, Klara e Fabio che mi hanno accettata e apprezzata. Grazie per ogni piccolo momento.

Grazie a questa università, che mi ha reso forte e fragile, determinata, “ribelle” e sognatrice. Consapevole e ingenua, leggera e profonda.

Grazie a Martina, che è stata decisiva nella scelta del mio percorso di studi.

Grazie a tutti miei compagni d'avventura, che hanno saputo arricchirmi e donarmi qualcosa di nuovo. Grazie a Mina, che mi è stata vicino, accompagnandomi come una seconda mamma.

Grazie al nostro preside, il professor Niccolò Pisanu, che ha assunto, nel corso degli anni accademici, una forte importanza per me, colpendo le corde più profonde.

Un grazie immenso va al professor Castiglione Humani, che mi ha seguito per tutti i miei anni di studio e, in modo particolare, nel mio percorso di tesi, indirizzandomi e sostenendomi con i suoi preziosi consigli. Con la sua dolcezza ed eleganza, ha

maturato in me la sensibilità verso le tematiche della disabilità e mi ha arricchito del punto di vista medico. Grazie alla professoressa Purchiaroni che, seppur non conoscendomi, ha avuto fiducia in me e ha saputo consigliarmi la strada migliore da percorrere.

Grazie a tutti i professori che si sono alternati nella nostra aula; hanno saputo mettere al servizio degli studenti la loro persona, le loro competenze e conoscenze. Hanno costruito in me la cosa più importante, credo: la *consapevolezza* di quello che stavo facendo e la libertà di scegliere.

Grazie ai bambini che ho incontrato, di cui mi sono presa cura. Uno ad uno, mi hanno aiutato a riconoscere la mia strada.

RIFERIMENTI

BIBLIOGRAFIA

- [Rif. 35] ABATE M., *Didattica Metacognitiva. Strategie e metodi per un insegnamento efficace*, Roma, Stamen, 2018
- [Rif. 34] AIEJI (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL EDUCATORS), *Working with persons with developmental disabilities. The role of the social educator*, AIEJI, 2010
- [Rif. 32] ANDREOLI V., *Corso di sopravvivenza per genitori e insegnanti*, Milano, BUR Varia, 2014
- [Rif. 31] ARCOLINI VITTORIO, *La finzione del Salvatore nelle relazioni di aiuto*
- [Rif. 26] ATTANASIO ROMANINI S., *L'empatia come funzione del Bambino naturale*
- [Rif. 8] BATTISTIN M., FINZI S., *A piccoli passi*, Milano, 2015, Mondadori
- [Rif. 28] BERNE E., *Analisi Transazionale e psicoterapia*, Roma, Astrolabio, 1961
- [Rif. 27] BERNE E., *"Ciao !"... e poi?*, Roma, Bompiani, 1964
- [Rif. 21] BORKOWSKI J. G., MUTHUKRISHNA N., *Didattica metacognitiva. Come insegnare strategie efficaci di apprendimento*, Trento, Erickson, 2011
- [Rif. 24] CAMERUCCI M., *Psicomotricità: equilibrio tra mente e corpo. Identità e modelli educativi*, Perugia, Morlacchi Editore, 2001
- [Rif. 25] COTTINI L., *Didattica speciale e integrazione scolastica*, Roma, Carocci editore
- [Rif. 17] CRISAFULLI F., E.P. *educatore professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli S. p.A, 2016
- AGAZZI A., *Psicologia del fanciullo e della scuola*, Brescia, La scuola, 1976
- [Rif. 29] ENGLISH F., *Il fattore di sostituzione: ricatti e sentimenti reali*, 1984
- [Rif. 22] FINZI S., BATTISTIN A. M., *A piccoli passi. La psicologia dei bambini dall'attesa ai cinque anni*, Milano, Mondadori, 2015
- [Rif. 30] FORNARO A., *Dipendenza affettiva e relazioni interpersonali*, 2010
- [Rif. 19] IANES D., *Le migliori proposte operative su... relazioni e cooperazione fra pari*, Trento, Erickson, 2013
- [Rif. 33] LEONARDI M., "Salute, Disabilità, ICF e politiche Sociosanitarie". In *Sociologia e Politiche sociali*, Vol. 8 – 3, 2005, pp. 73-95, Franco Angeli Editore, Milano
- [Rif. 23] VIANELLO R., GINI G., LANFRANCHI S., *Psicologia dello sviluppo*, Novara, De agostini Scuola, 2012

SITOGRAFIA

- [Rif.1] <http://www.autoregolazione.org/articoli/autoregolazione.html>
- [Rif. 2] <https://www.erickson.it/Genitori-e-figli/Pagine/2016-10-18-Aiutare-il-proprio-figlio-a-sviluppare-l-autonomia-e-l-autoregolazione.aspx>
- [Rif. 3] <https://www.stateofmind.it/2018/04/regolazione-emotiva-bambini/>
- [Rif. 4] https://media.giuntiscuola.it/_tdz/@media_manager/3531698.Traverso.pdf?mediaId=4117978&cmg_defaultViewer=cmg_MediaServer&
- [Rif.5] http://www.associazionelunares.it/images/03_-_Le_abilita_di_autoregolazione_cognitiva_e_comportamentale_nellalunno.pdf
- [Rif. 6] <http://www.educare.it/j/temi/scuola/scuola-e-dintorni/3550-autoregolazione-autoefficacia-e-co-regolazione-nell-apprendimento>
- [Rif. 7] [“ L'AUTOREGOLAZIONE E LE FUNZIONI ESECUTIVE” - .pdf](#)
- [Rif. 9] <http://www.hafricah.net/i-lobi-frontali-e-i-disturbi-delle-funzioni-esecutive/>
- [Rif. 10] <http://www.braincare.it/blog/lobi-frontali-funzioni-esecutive/>
- [Rif. 11] <https://studicognitivi.it/disturbo/ritardo-mentale-o-disabilita-intellettiva/>
- [Rif. 12] http://www.disabilitaintellettive.it/index.php?option=com_content&task=view&id=99&Itemid=0
- [Rif. 13] <http://www.eleaneri.com/ritardomentale.htm>
- [Rif. 14] https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2017_243_112.pdf
- [Rif. 15] http://www.rivistadidattica.com/pedagogia/pedagogia_86.htm
- [Rif. 16] http://www.icscastelfocognano.gov.it/joomla/attachments/article/67/Approccio+metacognitivo+_lanes.pdf
- [Rif. 20] <http://neoassunti.usrtoscana.it/siis00400l/wp-content/uploads/sites/13/2016/04/integrazione-inclusione-1617-24pptx.pdf> , [Integrazione scolastica, disabilità, bisogni educativi speciali e inclusione sociale](#)