Testi del Syllabus

Resp. Did.	**ESPOSITO ANTONIO**	Matricola:	**005634**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TOC22S1 - ADO SECONDO ANNO**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**2**
Settore:	**NN**
Tipo Attività:	**D - A scelta dello studente**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Bioetica e Deontologia Professionale
Testi di riferimento	Tutto il materiale delle Lezioni viene consegnato ai Discenti in .pdf Testi consigliati: H.T. Engelhardt, Manuale di Bioetica, Il Saggiatore, Milano 1991 P. Cattorini, Bioetica: Metodo ed elementi di base per affrontare i problemi clinici S. Spinanti, Bioetica e Nursing, Ed. McGraw-Hill, Milano 2001 C. Flamini et altri, Manifesto di Bioetica Laica, Il Sole24Ore, 1996 L. Benci, Le Professioni Sanitarie (non mediche)-aspetti giuridici, deontologici e medico-legali, Ed. McGraw-Hill, Milano 2002 Codici Deontologici delle Professioni Sanitarie
Obiettivi formativi	Al termine del corso lo studente dovrà avere consapevolezza delle conoscenze: -Teoriche ed applicate di Etica/Bioetica per poterle applicare alla consapevolezza e responsabilità professionale; -Normative inerenti la Formazione e la Professione.
Prerequisiti	nessuno
Metodi didattici	Lezioni tradizionali e discussione di casi clinici
Altre informazioni	Si riceve previo appuntamento telefonico: -0871-357284 -349-6403255

Modalità di verifica dell'apprendimento	-Quiz (30 domande a risposta multipla) -Prova orale
Programma esteso	Contenuti della Disciplina Bioetica: Storia dell'Etica/Bioetica; Principi e teorie dell'Etica/Bioetica; Biotecnologie; Clonazione; Cellule staminali; Bioingegneria; Progetto Genoma; Le frontiere della scienza. Donazione d'organo; La questione dell'embrione umano; Procreazione assistita; Fecondazione in vitro; Eutanasia; Accanimento terapeutico; Testamento di vita; Il rapporto Cittadino-Professionista Sanitario; La coscienza e l'obiezione di coscienza; Economia ed Etica in Sanità: le scelte. Deontologia professionale: Storia della Formazione delle Professioni Sanitarie; Ordinamento Didattico; La regolamentazione dell'esercizio professionale; Profilo Professionale; Legge 42/99; Professione Intellettuale: ruolo, competenza e responsabilità; Legge 251/00; Legge 43/06; Ordine Professionale; Codice Deontologico; Codici Deontologici dei Professionisti Sanitari: confronto ed analisi; ECM: educazione continua in medicina.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**LANUTI PAOLA**	Matricola:	**003392**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A2B - ANATOMIA UMANA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**3**
Settore:	**BIO/16**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Il modulo, partendo dalla INTRODUZIONE ALLA SPLANCNOLOGIA, affronta lo studio degli apparati e sistemi che costituiscono il corpo umano, con attenzione alla localizzazione e rapporti che gli organi che ne fanno parte prendono tra loro e con le strutture circostanti accennandone le funzioni.
Testi di riferimento	Martini Timmons “Anatomia Umama” Ed. EdiSES Ambrosi G. et al. “ANATOMIA DELL’UOMO” Ed. edi-ermes
Obiettivi formativi	Al termine del corso lo studente dovrà avere acquisito una rappresentazione tridimensionale del corpo umano, e nelle sue caratteristiche di superficie, e nella sua organizzazione interna. L’approccio sarà prevalentemente di tipo sistematico e funzionale, basato cioè sullo studio dei singoli apparati e sistemi in cui può essere suddiviso il corpo umano e quindi degli organi e dei visceri che costituiscono detti sistemi ed apparati. Verranno allo stesso tempo fornite allo studente le nozioni di base per uno studio di tipo topografico dell’Anatomia Umana, prendendo in considerazione le grandi regioni del corpo così da valutare meglio i rapporti esistenti tra organi, visceri e dispositivi connettivali in ciascun territorio.
Prerequisiti	Le informazioni sono ottenibili dal corso integrato
Metodi didattici	Lezioni frontali classiche stimolando l'interattività mediante discussione in aula degli argomenti affrontati.
Altre informazioni	Il prof. Marchisio riceve il martedì dalle 10:00 alle 13:00 Presso il Centro Studi sull’Invecchiamento (Ce.S.I.) Via colle dell’ARA Chieti Scalo Tel. 0871-541391 e-mail m.marchisio@unich.it

Modalità di verifica dell'apprendimento	Le informazioni sono ottenibili dal corso integrato
Programma esteso	-Introduzione allo studio dell’anatomia umana. -Apparato tegumentario. -Struttura scheletrica. -Articolazioni. -Apparato muscolare -Sistema endocrino -Il cuore -Vasi sanguiferi e circolo -Sistema linfatico -Sistema respiratorio -Apparato digerente (cenni) -Apparato urinario (cenni) -Apparato genitale (cenni)

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CALABRESE Vincenzo**	Matricola:	**002293**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO22B5B - ARCHITETTURA E ACCESSIBILITA'**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**2**
Settore:	**ICAR/14**
Tipo Attività:	**C - Affine/Integrativa**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	L'architettura è l'arte di disporre e di adornare gli edifici, innalzati dall'uomo per qualsivoglia scopo, in modo che la loro semplice vista possa contribuire alla sanità, alla forza, al godimento dello spirito. - John Ruskin- Si analizza la conoscenza dell'architettura connessa alla progettazione UNIVERSALE e non più a quella STANDARD.Lo spazio costruito, è in relazione alla consapevolezza dell'uguaglianza tra gli individui.La fruizione degli ambienti urbani quindi, e di quelli territoriali in genere, in un contesto universale e non classificato o precluso da barriere.Eliminazione del concetto stesso di BARRIERA, sia essa di natura architettonica o sociale.Il superamento è quindi critico, rivolto all'interpretazione della normativa obsoleta e classista e rappresenta il risveglio dei valori sociali, di quei valori concreti conquistati con ricerca e sofferenza. Il ruolo del terapista occupazionale quindi, è visto nell'ambito dell'Universalità dei valori dell'uomo, uomo inteso individuo sociale,abile, o più o meno abile, che si ponga allo spazio che lo circonda.
Testi di riferimento	GIOVANNI DEL ZANNA: UOMO DISABILITA' AMBIENTE ABITARE SEGESTA DOCUMENTI GIOVANNI DEL ZANNA: UOMO DISABILITA' AMBIENTE ABITARE SEGESTA DOCUMENTI ILEANA ARGENTIN-MATTEO CLEMENTE-TOMMASO EMPLER: ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE (Progettare per un'utenza ampliata) DEI. INFORMARE un'H (CENTRO GABRIELE GIUNTINELLI) FRANCO ANGELI
Obiettivi formativi	Il corso intende far acquisire allo studente la capacità di capire e di sostenere lo spazio costruito criticamente, relazionandolo al tema dell'accessibilità in una prospettiva teorica e culturale generale,riferita alla materia proposta per il corso specifico. Allo stesso tempo, le lezioni

suggeriranno una via post-critica alle risposte che l'architettura è chiamata a dare a favore dell'Utenza Ampliata e non più standard, da un contesto globale (de-regolato e instabile) e locale (arretrato e conservatore). Si mira quindi alla consapevolezza di una rappresentazione che possa mostrare come la conoscenza dell'Universalità sia oggi determinante nel "tenere la regia" del processo creativo, rappresentativo, divulgativo e conoscitivo del pensiero architettonico in presenza di disabilità.

Prerequisiti

La propedeuticità è connessa al programma specificato nella guida per gli studenti e comodamente consultabile on line su sito :

http://www.med.unich.it/corsi-di-laurea/terapia-occupazionale

Metodi didattici

Le attività esercitate del corso sono tese a far acquisire allo studente dimestichezza nella visione degli spazi urbani e urbanistici, della progettualità in generale e dell'architettura legata alla presenza e al superamento delle barriere architettoniche,sociali,religiose e linguistiche.Attraverso un'attività svolta in aula, per quanto sia possibile, si cercherà di sviluppare e di approfondire il senso delle nozioni necessarie per capire l'ambito delle forme architettoniche, dello spazio costruito e fronteggiare quindi il sistema complesso. Chiarezza di concezione e soprattutto capacità di assimilare il significato degli spazi connessi alla presenza dell'universalità e non più dello standard, saranno le qualità coltivate. Gli strumenti saranno connessi a una progettazione virtuale di massima e a un uso non volgare della simbologia essenziale in tema.

Altre informazioni

Il titolare del corso di Architettura e Accessibiltà è reperibile ai seguenti login:

maurizio.scurci@archiworldpec.it
maurizio.scurci@alice.it
maurizio.scurci@gmail.com
maurizio.scurci@geopec.it

TWITTER @MaurizioScurci
FACEBOOK Maurizio Scurci

Gli studenti che ne facciano richiesta, saranno ricevuti,consigliati, previa richiesta semplice on line,qualche giorno che precede l'istanza.

Allora i ciechi riacquisteranno la vista
e i sordi
udiranno di nuovo.
Allora lo zoppo
salterà come un cervo,
e il muto
griderà di gioia.

ISAIA 35, 5-6
VIII sec. a.C.

Modalità di verifica dell'apprendimento

La parte teorica mira a far comprendere all'allievo il valore della rappresentazione architettonica degli spazi.Ciò, sarà perseguito attraverso lo studio delle relazioni tra architettura (ambiente costruito) e le varie forme di comunicazione con l'accessibilità.
Il concetto si rende pertanto complementare alle significative argomentazioni che trattano il valore della progettazione nell'ambito dell'utenza ampliata. Oggi,interessanti progetti universali si pongono alla base dell'architettura accessibile, in una fitta rete di interconnessioni che investono le questioni sociali e umanitarie. In continuità con quanto in questi ultimi anni, si è sperimentato con la ricerca e la didattica architettonica, il corso non va quindi recepito "solo" come occasione per imparare "tecnicamente" talune procedure ma, soprattutto, come fase nuova di un processo formativo che consente all'allievo di acquisire, gradualmente, i riferimenti culturali e metodologici di base per comprendere criticamente l'ambito dell'architettura nel contesto dell'accessibilità.
Il corso si svolge attraverso una serie di lezioni teoriche, revisioni ed esercitazioni tematiche assistite. Nel corso delle lezioni saranno illustrati i temi di ricerca e fornite tutte le indicazioni su metodi, strumenti e

procedure di rappresentazione da adottare.Le lezioni tradizionali (frontali) per un totale di 20 (venti) ore (con obbligo di frequenza per almeno il 80%) con approfondimenti e discussioni su singoli casi a scelta del docente.

Programma esteso

ROGRAMMA DEL CORSO

• IL TEMA DELLA DISABILITÀ : LA DIMENSIONE CULTURALE
• ASPETTI SOCIALI
• NUMERI E STATISTICHE
Problema esistenziale dell'uomo che, nella sua condizione di finitezza, si interroga sul significato della malattia e del male.

• TERAPIA OCCUPAZIONALE
• ARCHITETTURA
• ETIMOLOGIA
• DEFINIZIONI
• ACCESSIBILITA'
• CONCETTO DI UTENZA AMPLIATA
• PROGETTARE PER LO STANDARD
• PROGETTARE PER LA DISABILITÀ
• PROGETTARE PER L'UTENZA AMPLIATA
• I PRINCIPI DEL PROGETTO PER L'UTENZA AMPLIATA

Termine che si riferisce al modo con cui le persone "occupano"il loro tempo, ovvero le azioni, e le attività che danno un significato alla vita delle persone.
L'architettura è l'arte di disporre e di adornare gli edifici, innalzati dall'uomo per qualsivoglia scopo, in modo che la loro semplice vista possa contribuire alla sanità, alla forza, al godimento dello spirito. - John Ruskin, 1854

PRINCIPI DI PROGETTAZIONE PER L'UTENZA AMPLIATA RIEPILOGO
• LA NORMATIVA PER IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE
• QUADRO SINTETICO

Progettare per l'Utenza Ampliata significa creare spazi, prodotti e servizi che possono essere utilizzati dal maggior numero possibile di persone, tali da essere compatibili con le molte, diverse abilità che l'essere umano può presentare nel corso dell'esistenza.

ACCESSIBILITA' NEGLI EDIFICI
• ACCESSIBILITÀ
• VISITABILITÀ
• ADATTABILITÀ
• LE DIVERSE FASI DI SVILUPPO DEL PROGETTO
• ACCESSIBILITÀ ALLE DIVERSE SCALE DEL PROGETTO
• LA SCELTA DI PRODOTTI E MATERIALI
• LA DURATA NEL TEMPO
• DESTINAZIONE D'USO: PUBBLICO E PRIVATO
• EDIFICI PUBBLICI
• EDIFICI PRIVATI APERTI AL PUBBLICO
• EDIFICI PRIVATI
ACCESSIBILITÀ è la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia"

• L'ADEGUAMENTO DELL' ALLOGGIO
L'insorgere di una disabilità comporta un cambiamento nelle prestazioni fisiche della persona cui conseguono inevitabilmente alcune difficoltà nella fruizione dello spazio costruito.

• UNA CASA DAL DESIGN ACCESSIBILE
• MATTINO, CAMERA DA LETTO
• IN BAGNO
• IN CUCINA
• NEL SOGGIORNO-STUDIO

• USCIRE

Se un paio di occhiali può ricevere le attenzioni progettuali di un famoso designer perché non le possono ricevere anche gli altri ausili che oltre ad una serie di importantissimi requisiti tecnici richiedono e meritano un buon design ed una immagine attuale.

• SOLUZIONI ACCESSIBILI
• PARCHEGGIE PERCORSI DI RACCDRDO
• PAVIMENTAZIONI INTERNE ED ESTERNE
• PORTE
• FINESTRE
• IL LOCALE IGIENICO: WC
• IL LOCALE IGIENICO: LAVABO
• LO SCIVOLO DI RACCORDO
• LA RAMPA
• L'ASCENSORE
• IL SERVOSCALA

Cosa significa inaccessibilità? Inaccessibilità può voler dire tante cose. Può significare non poter entrare in un locale e, conseguentemente, non poter socializzare con le persone che ci stanno dentro. Può voler dire non accedere ad un servizio, ad esempio non poter spedire
una lettera raccomandata, non poter frequentare quella lezione all'Università. Può voler dire non riuscire ad integrarsi, non aver modo di essere attivi e di partecipare. In sintesi: può voler dire essere tagliati fuori dalla partita della vita.

• IL PROGETTO ABRÌ
• LA RESIDENZA SANTA MARIA ALLA FONTANA

• COME TI VORREI.."SPUNTI FANTASTICI PER UN'ACCESSIBILITÀ REALE
• IL PROGETTO DAT (ACRONIMO DI DOMOTICA AUSILI E TERAPIA OCCUPAZIONALE)

• RIEPILOGO

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**PIERAMICO VALENTINA**	Matricola:	**005602**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A6B - BASI TEORICHE DELLA T.O.**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Basi teoriche nell'ambito della scienza occupazionale e della terapia occupazionale ai fini di implementarle nell'ambito della pratica clinica per promuovere la salute ed il benessere in utenti che richiedono l'intervento del terapista occupazionale.
Testi di riferimento	-Willard & Spackman. Terapia Occupazionale decima edizione. Edizione italiana a cura di Angela Puglisi. Antonio Delfino Editore, Roma, 2008. -Julie Cunningham Piergrossi. Essere nel fare Introduzione alla terapia occupazionale.Franco Angeli, Milano, 2006. -Dispense di approfondimento ed articoli scientifici che verranno forniti durante il corso.
Obiettivi formativi	L'obiettivo formativo generale del corso "Basi teoriche della Terapia Occupazionale I" è quello di creare conoscenze teoriche nell'ambito della scienza occupazionale e della terapia occupazionale permettendo al discente l'acquisizione di competenze traslabili nell'ambito della pratica clinica per promuovere la salute ed il benessere in utenti che richiedono l'intervento del terapista occupazionale; alla luce della classificazione ICF e convenzione ONU per la persona con disabilità. Al termine del corso lo studente raggiungerà i seguenti obiettivi specifici: •Acquisizione di conoscenze sulla Terapia Occupazionale come professione •Apprendimento di concetti di base ed applicazione della Scienza Occupazionale •Assunzione di differenti impostazioni teoriche e cliniche richieste dallo specifico ruolo professionale concentrate sulla performance occupazionale •Acquisizione di competenze necessarie per l'impostazione di un programma riabilitativo tramite approccio clinico occupazionale •Introduzione al contesto della pratica professionale •Conoscenza di prospettive future
Prerequisiti	Non ci sono propedeuticità

Metodi didattici	Lezioni tradizionali, discussione di casi clinici.
Altre informazioni	Le ore e la sede di ricevimento saranno concordate e fornite durante il corso.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova orale
Programma esteso	-Basi teoriche della terapia occupazionale per la pratica: il fare nella vita; l'attività (analisi/valenze); l'occupazione; la performance occupazionale; l'autonomia/indipendenza; la relazione terapeutica e professionale; l'equipe/il paziente/la famiglia. -Modelli in Terapia Occupazionale: Model of Human Occupation (MOHO); Person-Environment-Occupation (PEO); Modello Vivaio (MOVI); Canadian Model of Occupational Performance (CMOP); Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). -Processo di Terapia Occupazionale: introduzione all'osservazione/colloquio; introduzione alla valutazione (valutazione di funzioni e strutture corporee, valutazione delle aree dell'occupazione, valutazione dei contesti di performance); introduzione al programma riabilitativo; introduzione al progetto riabilitativo. -Presentazione di casi clinici seguendo l'impianto teorico di base: sperimentazione della teoria nel contesto professionale. -Prospettive future: sogni, decisioni e direzioni per la terapia occupazionale nel millennio dell'occupazione.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**DEL BOCCIO PIERO**	Matricola:	**002817**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A1A - BIOCHIMICA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**BIO/10**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Parte I: Chimica e propedeutica Biochimica Conoscere e descrivere la struttura dell'atomo: nucleo ed elettroni, modelli atomici, numeri quantici ed orbitali, elementi chimici e sistema periodico. Descrivere il legame chimico: regola dell'ottetto, energia di legame, potenziale di ionizzazione, elettronegatività, carattere metallico di un elemento. Conoscenza dei vari tipi di legame: covalente (omeopolare, polare, dativo), ionico, idrogeno, di Van derWaals, metallico. Concetto di ibridizzazione degli orbitali. Formule brute e di struttura. Concetto di ossidazione e riduzione. Conoscere la nomenclatura dei composti inorganici. Numero atomico e di massa. Isotopi, peso atomico e grammoatomo, peso molecolare e grammomolecola. Conoscere i metodi di determinazione delle concentrazioni delle soluzioni: molarità, molalità, normalità, percento in peso ed in volume. Conoscere le leggi dei gas ideali: legge di Avogadro, equazione di stato dei gas ideali, miscele di gas e pressioni parziali. Conoscere e descrivere: l'osmosi e pressione osmotica, fenomeni osmotici nel sangue. Definizione di sistemi omogenei ed eterogenei, catalizzatori, reazioni endotermiche ed esotermiche, velocità di reazione, ordine di reazione, meccanismo di reazione, equilibri chimici. Conoscere e descrivere le dissociazioni elettrolitiche: elettroliti forti e deboli, grado di dissociazione. Definizioni di acidi e basi. Conoscere e descrivere la dissociazione dell'acqua, concetto di pH, sistemi tampone, i tamponi nei sistemi viventi, preparazione di un sistema tampone. Cenni di chimica nucleare: decadimento radioattivo alfa, beta e gamma. Interazione tra radioattività e materia. Uso dei radioattivi come traccianti biologici ed in medicina. Conoscere i principali tipi di reazioni in chimica organica, vari tipi di formule in chimica organica. Concetto di risonanza. Conoscenza e descrizione dei gruppi funzionali organici e dei vari stadi di ossidazione dell'atomo di carbonio. Conoscere e descrivere le principali caratteristiche chimiche e fisiche delle seguenti classi di composti organici: idrocarburi saturi ed insaturi lineari e ciclici (alcani, alcheni, alchini, benzene), aromatici policiclici ed eterociclici (purine e pirimidine). Alcooli, fenoli, tioli, eteri, tioeteri, aldeidi, chetoni, acidi

carbossilici, ossiacidi, chetoacidi, anidridi, esteri. Composti azotati: ammine, ammidi, amminoacidi. Carboidrati: monosaccaridi, disaccaridi, e polisaccaridi. Lipidi: acidi grassi, trigliceridi, glicerofosfolipidi, colesterolo. Amminoacidi: proprietà generali, classificazione, legame peptidico.

Parte II: Biochimica
Conoscere le proprieta' chimiche e generali delle proteine. Classificazione delle proteine. Conoscere e descrivere la struttura delle proteine (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), il punto isoelettrico, proteine semplici e coniugate. Descrivere Emoglobina e mioglobina: struttura e funzioni. Curve di ossigenazione e fattori che influenzano l'affinità per l'ossigeno. La metaemoglobina. Cenni sulle emoglobine patologiche. Enzimi.Attività coenzimatica delle vitamine. Definire il concetto di metabolismo: anabolismo e catabolismo.
Conoscere e descrivere il metabolismo glucidico: glicolisi, ciclo di Krebs, gluconeogenesi, cenni su sintesi e demolizione del glicogeno. Conoscere e descrivere la catena respiratoria e la fosforilazione ossidativa. Conoscere e descrivere il metabolismo lipidico: catabolismo ed anabolismo degli acidi grassi, -ossidazione e chetogenesi. Conoscere e descrivere il metabolismo protidico: idrolisi enzimatica delle proteine, catabolismo degli amminoacidi, ciclo dell'urea.

Testi di riferimento

M.Samaja-R.Paroni Chimica e Biochimica (lauree brevi)
PICCIN Editore
Champe-Harver-Ferrier:Le Basi della Biochimica. Zanichelli Editore-Bologna
Amend-Mundy-Armold: Chimica Generale, Organica e Biologica. PICCIN Editore-Padova

Obiettivi formativi

conoscere le leggi della chimica e le proprietà dei principali composti inorganici ed organici di interesse biologico, comprendere il rapporto tra struttura e funzione delle macromolecole di rilevanza biomedica; conoscere i processi biochimici umani più importanti.

Metodi didattici

Le conoscenze teoriche saranno acquisibili attraverso la frequenza alle lezioni, strettamente integrate con lo studio sui testi adottati ed il materiale fornito dai docenti dei quali le lezioni sono complementari ed assolutamente non sostitutive.

Modalità di verifica dell'apprendimento

modalità scritta e orale

Programma esteso

Elementi di chimica

La materia, Atomi e molecole, Modello atomico, Sistema periodico, Legami (ionico,covalente,metallico), Stati di aggregazione della materia, Soluzioni (concentrazione, pressione osmotica, osmolarità), Acidità e pH (soluzioni tampone). Numeri di ossidazione negli atomi e nelle molecole (in particolare del C).

Elementi di Chimica Organica

Caratteristica dei derivati del carbonio (idrocarburi,composti aromatici), legami sp3,sp2,sp. Gruppi funzionali (alcoli, aldeidi, chetoni, esteri, eteri, acetali, emiacetali, chetali, emichetali, ammidi, ammine. Funzioni miste (cheto acidi, ammino acidi, idrossi acidi). Composti aromatici (benzene, purine, pirimidine).

Le biomolecole

Polialcoli con funzione carbonilica (glucidi, monosaccaridi, disaccaridi, glicogeno,maltodestrine, amidi, cellulosa). Aldosi, Chetosi, Stereogenicità del carbonio anomerico (L;D/R;S). Protidi (amminoacidi, legame peptidico, proteine: struttura primaria, secondaria, terziaria, quaternaria). Lipidi (saturi, insaturi, glicerolo, trigliceridi, lipidi di riserva e di membrana, colesterolo, ormoni steroidei)

Principi di bioenergetica

Energia libera (G°/G) a T e P Costanti. Principio di additività , energia

ATP/ADP, riserve di energia libera cellulare (fosfocreatina, NAD+/NADH, FAD/FADH2 coinvolgimento nelle reazioni anaboliche -cataboliche). Ciclo di Krebs, mitocondri e fosforilazione ossidativa. Catena di trasporto degli elettroni,

Gli enzimi

Catalizzatori biologici , Specificità, Regolabilità, CofattoriCoenzimi, gruppo prestetico, apoenzima, oloenzima). Classificazione (Ossidoreduttasi, Transferasi, Idrolasi, Liasi, isomerasi Ligasi)

Metabolismo dei carboidrati

Ingresso del glucosio nelle cellule, Glicolisi, Regolazione della glicolisi, ingresso nel ciclo di Krebs, destino del piruvato (conversione lattato), Gluconeogenesi, ossidazione extra-mitocondriale del glucosio, metabolismo dell'alcol.

Metabolismo dei lipidi.

Assorbimento, trasporto ematico, -ossidazione degli acidi grassi. Metabolismo dei corpi chetonici.
lizzatori, reazioni endotermiche ed esotermiche, velocità di reazione, ordine di reazione, meccanismo di reazione, equilibri chimici. Conoscere e descrivere le dissociazioni elettrolitiche: elettroliti forti e deboli, grado di dissociazione. Definizioni di acidi e basi. Conoscere e descrivere la dissociazione dell'acqua, concetto di pH, sistemi tampone, i tamponi nei sistemi viventi, preparazione di un sistema tampone. Cenni di chimica nucleare: decadimento radioattivo alfa, beta e gamma. Interazione tra radioattività e materia. Uso dei radioattivi come traccianti biologici ed in medicina.
Conoscere i principali tipi di reazioni in chimica organica, vari tipi di formule in chimica organica.
Concetto di risonanza. Conoscenza e descrizione dei gruppi funzionali organici e dei vari stadi di ossidazione dell'atomo di carbonio. Conoscere e descrivere le principali caratteristiche chimiche e fisiche delle seguenti classi di composti organici: idrocarburi saturi ed insaturi lineari e ciclici (alcani, alcheni, alchini, benzene), aromatici policiclici ed eterociclici (purine e pirimidine). Alcooli, fenoli, tioli, eteri, tioeteri, aldeidi, chetoni, acidi carbossilici, ossiacidi, chetoacidi, anidridi, esteri. Composti azotati: ammine, ammidi, amminoacidi. Carboidrati: monosaccaridi, disaccaridi, e polisaccaridi. Lipidi: acidi grassi, trigliceridi, glicerofosfolipidi, colesterolo. Amminoacidi: proprietà generali, classificazione, legame peptidico.

Parte II: Biochimica
Conoscere le proprieta' chimiche e generali delle proteine. Classificazione delle proteine. Conoscere e descrivere la struttura delle proteine (primaria, secondaria, terziaria e quaternaria), il punto isoelettrico, proteine semplici e coniugate. Descrivere Emoglobina e mioglobina: struttura e funzioni. Curve di ossigenazione e fattori che influenzano l'affinità per l'ossigeno. La metaemoglobina. Cenni sulle emoglobine patologiche. Enzimi.Attività coenzimatica delle vitamine. Definire il concetto di metabolismo: anabolismo e catabolismo.
Conoscere e descrivere il metabolismo glucidico: glicolisi, ciclo di Krebs, gluconeogenesi, cenni su sintesi e demolizione del glicogeno. Conoscere e descrivere la catena respiratoria e la fosforilazione ossidativa. Conoscere e descrivere il metabolismo lipidico: catabolismo ed anabolismo degli acidi grassi, -ossidazione e chetogenesi. Conoscere e descrivere il metabolismo protidico: idrolisi enzimatica delle proteine, catabolismo degli amminoacidi, ciclo dell'urea.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**PATRUNO ANTONIA**	Matricola:	**002515**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A2A - BIOLOGIA APPLICATA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**BIO/13**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Caratteristiche generali della cellula eucariotica, della cellula procariotica e dei virus. L'acqua e le sue proprietà. Sali e componenti minerali. I legami chimici. Composizione chimica della cellula: struttura e funzione di proteine, carboidrati, lipidi ed acidi nucleici. Energia, enzimi e metabolismo energetico I compartimenti intracellulari delle cellula eucariotica: Struttura e funzioni della membrana cellulare Comunicazione ed interazione tra cellule.
Testi di riferimento	"Elementi di Biologia" E.P. Solomon, L.R. Berg, D.W.Martin. EdiSES casa editrice
Obiettivi formativi	Il corso si propone di fornire agli studenti una conoscenza di base sull'organizzazione strutturale e funzionale delle cellule eucariotiche, sui meccanismi molecolari alla base dell'espressione e della trasmissione dell'informazione genetica, e sulle modalità di comunicazione cellula-cellula e cellula-microambiente nell'ambito dei diversi livelli di organizzazione biologica.
Prerequisiti	Dati disponibili sulle informazioni relative al corso integrato
Metodi didattici	Venti ore di lezioni frontali

Altre informazioni	Non disponibile
Modalità di verifica dell'apprendimento	Dati disponibili sulle informazioni relative al corso integrato
Programma esteso	UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" CHIETI- PESCARA Corso di laurea in:"Terapia Occupazionale" I° ANNO DI CORSO, I° SEMESTRE aa 2013-2014 Corso integrato in Scienze biologiche di base Programma della materia: Biologia Applicata (2 CFU) Docente: Prof.ssa Antonia Patruno INTRODUZIONE ALLA BIOLOGIA DELLA CELLULA La cellula e le sue caratteristiche. La teoria cellulare. Caratteristiche generali della cellula eucariotica, della cellula procariotica e dei virus. COMPOSIZIONE CHIMICA DELLA CELLULA: LE MOLECOLE BIOLOGICHE Struttura e funzione delle proteine Amminoacidi e proprietà chimico-fisiche generali. Il legame peptidico. La catena polipeptidica. Livelli di struttura proteica. Struttura e funzione degli acidi nucleici Basi puriniche e pirimidiniche, nucleotidi e nucleosidi. Struttura del DNA. Struttura dell' RNA. Struttura e funzione dei carboidrati Monosaccaridi, disaccaridi e polisaccaridi. I principali polimeri: glicogeno, amido e cellulosa. Struttura e funzione dei lipidi Lipidi neutri, lipidi composti e steroidi, e le loro caratteristiche chimico-fisiche. ENERGIA, ENZIMI E METABOLISMO L'energia e le sue trasformazioni: la prima e la seconda legge della termodinamica. Gli enzimi come catalizzatori biologici. Struttura e funzione degli enzimi. Metabolismo e regolazione enzimatica. METABOLISMO ENERGETICO Glicolisi, fermentazione e respirazione cellulare. LA CELLULA EUCARIOTICA E LA SUA ORGANIZZAZIONE I compartimenti intracellulari: Citoplasma. Reticolo endoplasmatico liscio e rugoso. Apparato di Golgi. Lisosomi. Perossisomi. Mitocondri. Ribosomi. Il nucleo e cromatina Replicazione semiconservativa del DNA. Il codice genetico e biosintesi delle proteine: dal gene alla proteina. mRNA, rRNA, tRNA. I sistemi del citoscheletro Microtubuli, microfilamenti e filamenti intermedi. Ciclo cellulare e sua regolazione. Mitosi e meiosi: fasi e differenze. LA MEMBRANA CELLULARE: STRUTTURA E FUNZIONE Composizione chimica, struttura e modelli di organizzazione. Struttura e funzione delle proteine di membrana. I lipidi e la fluidità di membrana, il modello a mosaico fluido. Movimento di sostanze attraverso la membrana: Trasporto passivo: permeabilità, osmosi, diffusione semplice, canali di membrana e diffusione facilitata. Trasporto attivo: gradienti ionici come sorgenti di energia. Uniporto, cotrasporto, controtrasporto. Pinocitosi ed esocitosi. Comunicazione ed interazione tra cellule:

Ricezione e trasduzione del segnale. Giunzioni comunicanti, giunzioni di adesione, giunzioni serrate.
Interazione tra cellule ed l’ambiente esterno: la matrice extracellulare.

TESTO CONSIGLIATO:

Elementi di biologia
E.P. Solomon, L.R. Berg, D.W.Martin.
EdiSES casa editrice

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**MANGO LUISA**	Matricola:	**005609**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A6C - ELEMENTI PROPEDEUTICI ALL AT.O.**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	italiano
Testi di riferimento	ICF(classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute) ed ICF –CY Erickson ICF e convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Erickson Winnicot Sviluppo affettivo ed ambiente Armando M.Ammanniti,la coscienza del sé ed.Laterza Shindler ,Immagine di sé e schema corporeo ,Franco Angeli Francoise Dolto,l'immagine inconscia del corpo,Bompiani Appunti dattiloscritti :Autonomia e sviluppo del sè a cura di Bellati Mango Linee guida sulla riabilitazione Ministero della Salute
Obiettivi formativi	L'Autonomia ,l'indipendenza,l'interdipendenza e lo sviluppo del sè(valore e significato in terapia occupazionale)
Metodi didattici	lezioni frontali lezioni interattive esercitazioni pratiche in classe discussione casi di tirocino
Modalità di verifica dell'apprendimento	esame orale
Programma esteso	Menomazione –Disabilità –Handicap(limiti ed evoluzione storica) Dal concetto di categoria handicappata al concetto di persona con disabilità La nuova classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute(ICF) Importanza dei fattori intrinseci ed estrinseci nella classificazione ICF La disabilità :un evento relazionale Uso pratico del manuale ICF Convenzione Onu (carta dei diritti delle persone con disabilità Autonomia,Indipendenza,interdipendenza(valore e significato in terapia

occupazionale)
Il concetto di sé collegato alla autonomia,indipendenza ,interdipendenza (definizione- sviluppo- ristrutturazione)
La riabilitazione globale

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**TACCONELLI Stefania**	Matricola:	**002099**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B3D - FARMACOLOGIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**BIO/14**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Farmacologia
Testi di riferimento	"Farmacologia": Rang HP, Dale MM, Ritter JM FARMACOLOGIA, Casa Editrice Ambrosiana; "Farmacologia generale e molecolare". F. Clementi e G. Fumagalli. Editore:UTET
Obiettivi formativi	Acquisire: - gli strumenti per una comprensione ragionata di ciò che il farmaco produce una volta che sia stato introdotto nell'organismo umano (farmacodinamica) tenendo conto di come esso si distribuisce e si modifica nell'organismo medesimo (farmacocinetica), integrando le conoscenze sul meccanismo d'azione, efficacia e sicurezza dei farmaci con le conoscenze sulla fisiologia dei bersagli farmacologici e sulla fisiopatologia dei processi modificati dall'intervento farmacologico. Apprendere e sviluppare: - i principi di farmacocinetica (il percorso del farmaco all'interno dell'organismo umano, valutato nei suoi aspetti qualitativo/quantitativi) e di farmacodinamica (interazioni farmaco/bersaglio ed analisi della relazione dose-risposta); - adeguate conoscenze sulle basi farmacologiche della terapia, con particolare attenzione per i farmaci antiinfiammatori steroidei e non steroidei (FANS) e farmaci immunosoppressori; alla farmacologia del sistema nervoso periferico e centrale ed alla farmacodipendenza
Prerequisiti	come previsto dal regolamento didattico
Metodi didattici	lezioni frontali

Altre informazioni	Incontri con gli studenti previo appuntamento s.tacconelli@unich.it
Modalità di verifica dell'apprendimento	esame orale
Programma esteso	Principi di Farmacocinetica (vie di somministrazione, metabolismo, eliminazione, dialisi) Principi di Farmacodinamica Meccanismi di azione dei farmaci antiinfiammatori steroidei e non steroidei (FANS) e farmaci immunosoppressori. Farmacologia del sistema nervoso periferico e centrale

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**DELLA PENNA Stefania**	Matricola:	**001801**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A1B - FISICA APPLICATA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**FIS/07**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Grandezze fisiche e loro unità di misura; cinematica del punto materiale; dinamica del punto materiale; corpi estesi; statica e dinamica dei corpi estesi.
Testi di riferimento	D. Giancoli - Fisica (con fisica moderna) - Casa Editrice Ambrosiana Dispense fornite dal docente
Obiettivi formativi	Il corso ha come obiettivo quello di fornire agli studenti una conoscenza di base della Fisica utile ad un futuro Terapista Occupazionale.
Prerequisiti	Nessuno
Metodi didattici	lezioni frontali
Altre informazioni	Il docente riceve il martedì dalle 15:00 alle 17:00.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova scritta e orale
Programma esteso	Dimensioni e Unità di Misura delle grandezze fisiche. Vettori. Cinematica di una particella: spostamento, velocità e accelerazione. Moto rettilineo e circolare. Dinamica di una particella. Le leggi di Newton. Quantità di moto e sua conservazione. Lavoro di una forza. Energia cinetica e potenziale. Conservazione dell'energia meccanica. Urti tra particelle. Dinamica di un sistema di particelle: traslazione e rotazione. Dinamica di un corpo rigido: Traslazione e rotazione. Equazione del moto per la rotazione di un corpo

rigido. Energia cinetica di rotazione. Statica applicata al corpo umano: statica del muscolo bicipite, articolazione dell’anca, la colonna vertebrale.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**PAOLINI CECILIA**	Matricola:	**002602**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A4A - FISIOLOGIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**3**
Settore:	**BIO/09**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	ELETTROFISIOLOGIA FISIOLOGIA DELL'APPARATO MUSCOLARE FISIOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO FISIOLOGIA DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO FISIOLOGIA DELLA RESPIRAZIONE
Testi di riferimento	“Fisiologia umana” Silverthorn, Casa Editrice Pearson, quinta edizione " Anatomia e Fisiologia" K.S. Saladin, Piccin, prima edizione “Fisiologia generale ed umana” Rhoades & Pflnzer, Piccin “Fisiologia” Stanfield & Germann, Casa Editrice Edises, terza edizione “Vander - Fisiologia” Widmaier, Raff and Strang, Casa Editrice Ambrosiana
Obiettivi formativi	L'insegnamento si propone di mettere gli studenti nelle condizioni di conoscere in maniera approfondita le caratteristiche funzionali dei diversi organi ed apparati del corpo umano, compresi i processi che ne regolano l’attività, e di integrare funzioni e processi in un quadro coerente.
Prerequisiti	SCIENZE BIOLOGICHE DI BASE (TOC11A2) (obbligatorio) SCIENZE PROPEDEUTICHE DI BASE (TOC11A1) (consigliato)
Metodi didattici	Modalità di erogazione: lezioni frontali
Altre informazioni	Email: cpaolini@unich.it Tel.: 0871-541419 Ricevimento degli studenti per appuntamento

Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale
Programma esteso	ELETTROFISIOLOGIA Richiamo dei concetti di: potenziale di equilibrio per una singola specie ionica (equazione di Nernst), potenziale di membrana nelle cellule a riposo. Modalità e i meccanismi di propagazione di una variazione locale di potenziale. Andamento temporale e fasi principali del potenziale d'azione. Periodo refrattario assoluto e relativo. Modalità di propagazione, differenze nella propagazione in fibre mieliniche ed amieliniche. Trasmissione del segnale elettrico attraverso le sinapsi: sinapsi elettriche e chimiche e le loro differenze anatomiche e funzionali. Caratteristiche anatomo-funzionali delle sinapsi centrali e di quella periferica (giunzione neuromuscolare) e delle sinapsi eccitatorie e inibitorie. FISIOLOGIA DELL'APPARATO MUSCOLARE Organizzazione funzionale del muscolo ed ciclo eccitazione-contrazione-rilasciamento. Caratteristiche della contrazione isometrica ed isotonica. Relazioni tra forza sviluppata e lunghezza iniziale del muscolo, tra forza e velocità di accorciamento. Meccanismi che conducono ad un incremento della forza sviluppata con l'aumentare della frequenza di stimolazione del muscolo. Scossa, tono e tetano muscolare. FISIOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO Organizzazione funzionale del sistema nervoso centrale. Fisiologi sensoriale: meccanocettori, termocettori, nocicettori. Dolore. Sistema somatoestesico anterolaterale. Sensibilità termica e dolorifica. La teoria del cancello nella modulazione del dolore. Fisiologia dei Sistemi Sensoriali. Sensibilità somatoestesica lemniscale. Propriocezione: i riflessi. Fusi neuromuscolari e organi tendinei del Golgi. Controllo periferico e centrale del fuso neuromuscolare. Fisiologia dei Sistemi Motori. Sistema piramidale. Sistema extrapiramidale. Tronco encefalico. Cervelletto. Vie afferenti ed efferenti. Sistema Nervoso Autonomo: Ortosimpatico e Parasimpatico. Anatomia e fisiologia della Corteccia cerebrale. Aree sensitive e motrici. Circuiti associativi e di integrazione sensitivo motoria. FISIOLOGIA DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO Proprietà elettriche, meccaniche e metaboliche del miocardio. Legge del tutto o del nulla: la legge di Maestrini-Frank-Starling. Tessuti eccitabili cardiaci. Funzioni del sistema di conduzione del cuore: eccitabilità, automatismo, ritmicità. Regolazione della frequenza cardiaca. Ciclo cardiaco. Gittata sistolica, gittata cardiaca, pressione arteriosa e loro regolazione riflessa e umorale. Barocettori. FISIOLOGIA DELLA RESPIRAZIONE Struttura funzionale del polmone. Volumi, capacità, e compliance polmonari. Composizione dell'aria ambiente. Leggi dei gas. Composizione dell'aria alveolare. Modalità di diffusione alveolare: scambio gassoso. Trasporto dei gas nel sangue: emoglobina e curva di dissociazione ossigeno/emoglobina. Ventilazione polmonare e rapporti ventilazione/perfusione. Regolazione della respirazione, nervosa e chimica: chemocettori.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**MORETTI ALESSIO**	Matricola:	**005608**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A6A - FONDAMENTI DI NEUROPSICHIATRIA IN T.O.**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Testi di riferimento	Dispense dott. A.Moretti; testi di riabilitazione psichiatrica
Obiettivi formativi	avvicinare lo studente ai metodi riabilitativi psichiatrici applicati alla terapia ocuupazionale
Metodi didattici	lezioni in aula, simulate sugli approcci psicoeducazionali
Modalità di verifica dell'apprendimento	esame scritto e orale
Programma esteso	- I quattro modelli della riabilitazione psichiatrica; - I professionisti della riabilitazione; - I compiti dei terapisti occupazionali in riabilitazione psichiatrica; - I luoghi istituzionali e non della riabilitazione; - La valutazione iniziale della disabilità del paziente; - La somministrazione delle schede di valutazione (VADO, VGF, FPS, IADL, ABS, BPRS, e t c.); - L'intervento psicoeducativo integrato in psichiatria; - L'analisi del problema; - I segni precoci di crisi; come riconoscerli?; - Il carico assistenziale familiare; - Insegnamento delle abilità di comunicazione (espressione dei sentimenti piacevoli, espressione dei sentimenti spiacevoli e fare una richiesta in maniera positiva); - L'intervento riabilitativo; Piano d'intervento e progetto di riabilitazione; - L'intervento riabilitativo attraverso la scomposizione per fasi; - Il problem solving, (soluzione dei problemi, raggiungimento dell' obiettivo, abilità di ascolto attivo);

- Il Social Skills Training, (addestramento alle abilità sociali);
- Gli stimoli sociali;
- La fobia sociale;
- Brevi cenni sulle principali patologie psichiatriche;
- Il feedback in riabilitazione psichiatrica;
- Prove pratiche in aula con gli studenti, attraverso l'ausilio di tecniche riabilitative simulate.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**MORIZIO Elisena**	Matricola:	**001807**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A4B - GENETICA MEDICA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**1**
Settore:	**MED/03**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Le leggi dell'ereditarietà, struttura e funzioni del DNA e dei cromosomi, mutazioni e malattie genetiche, principali sindromi cromosomiche.
Testi di riferimento	G. Palka: Appunti di Genetica.
Obiettivi formativi	Gli studenti dovranno conoscere le leggi dell'ereditarietà, struttura e funzioni del DNA e dei cromosomi, mutazioni e malattie genetiche, principali sindromi cromosomiche, le principali tecniche di biologia molecolare e loro applicazioni. Clonaggio genico.
Prerequisiti	SCIENZE BIOLOGICHE DI BASE (TOC11A2) (obbligatorio) SCIENZE PROPEDEUTICHE DI BASE (TOC11A1) (consigliato)
Metodi didattici	Lezione frontale
Altre informazioni	NON DISPONIBILE
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale
Programma esteso	- Composizione della materia vivente. Composti inorganici, composti organici. - Virus, procarioti ed eucarioti. Struttura dei virus, della cellula procariote ed eucariote: nucleo, reticolo endoplasmatico, apparato di Golgi, ribosomi, mitocondri, membrana cellulare. - Acidi nucleici. DNA ed RNA, struttura, sintesi e duplicazione. Cromatina,

eterocromatina, eucromatina.
- Struttura del gene. Sintesi proteica, codice genetico, regolazione dell'espressione genica.
- Divisione cellulare. Mitosi, meiosi, ciclo cellulare.
- Citogenetica. Cenni sulle tecniche citogenetiche, cariotipo umano normale, bandeggio cromosomico.
- Anomalie cromosomiche. Alterazioni numeriche e strutturali dei cromosomi. Principali sindromi cromosomiche.
- Diagnosi prenatale.
- Leggi di Mendel. Eredità autosomica dominante e recessiva, eredità eterosomica, eredità mitocondriale. Eredità poligenica. Particolarità delle leggi di Mendel.
- Mutazioni. Mutazioni puntiformi, frameshift, dinamiche. Mutageni chimici e fisici.
- Riproduzione. Spermatogenesi, ovogenesi, meiosi. Fecondazione. Alterazioni cromosomiche ed aborti spontanei.
- Principali tecniche di biologia molecolare e loro applicazioni. Clonaggio genico.
- Oncogeni e oncosoppressori.
- Immunità e gruppi sanguigni.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**MANZOLI Lamberto**	Matricola:	**002500**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A4C - IGIENE GENERALE ED APPLICATA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**1**
Settore:	**MED/42**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Principi generali di epidemiologia e prevenzione Epidemiologia delle malattie infettive Profilassi generale delle malattie infettive Eziologia, epidemiologia e profilassi di alcune malattie
Testi di riferimento	Oltre alle dispense disponibili al sito www.gepp.it, è consigliato il testo: 1. Ricciardi W, Angelillo IF, Brusaferro S, De Giusti M, De Vito E, Moscato U, Pavia M, Siliquini R, Villari P. Igiene per le Professioni Sanitarie. Sorbona, Idelson-Gnocchi, 2014. (ISBN: 978-88-7947-590-7)
Obiettivi formativi	Il corso si articola in tre fasi tra loro propedeutiche. Lo scopo della prima fase è fornire le basi concettuali della disciplina epidemiologica, il suo razionale generico e specifico relativamente alla sua applicazione nella prevenzione delle malattie infettive. Il secondo obiettivo formativo è dotare lo studente di una visione d'insieme delle logiche alla base delle principali metodologie epidemiologiche. Il core del corso, tuttavia, è rappresentato dalla terza fase, ovvero dalla sezione tesa a fornire cognizioni di base, di notevole rilevanza per la futura attività professionale, sulla diffusione, trasmissione e metodiche di prevenzione delle principali malattie infettive a larga diffusione.
Prerequisiti	SCIENZE BIOLOGICHE DI BASE (TOC11A2) (obbligatorio) SCIENZE PROPEDEUTICHE DI BASE (TOC11A1) (consigliato)
Metodi didattici	Lezioni frontali
Altre informazioni	NON DISPONIBILE

Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale
Programma esteso	Principi generali di epidemiologia e prevenzione - Principali misure epidemiologiche (prevalenza, incidenza, rischio relativo) - Basi dei principali studi epidemiologici (corte, caso-controllo, sperimentali, etc.) Epidemiologia delle malattie infettive - Agenti microbici - Storia naturale delle malattie infettive - Determinanti delle malattie infettive - Modalità di trasmissione - Rapporti spazio-temporali nella diffusione delle malattie infettive Profilassi generale delle malattie infettive - Profilassi indiretta: generalità e settori d'intervento - Profilassi diretta: principi, modalità e mezzi per la sterilizzazione, disinfezione e disinfestazione - Profilassi specifica: vaccini, sieri immuni, immunoglobuline, calendario vaccinale, chemioprofilassi Eziologia, epidemiologia e profilassi delle seguenti malattie: - Epatiti virali (A, B, C, cenni sulle altre) - Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (AIDS) - Tetano - Influenza

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CESINARO STEFANO**	Matricola:	**005663**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A1C - INFORMATICA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**INF/01**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Concetti di base; Sistema operativo e gestione interna; Elaborazione elettronica dei testi; Il foglio elettronico; Internet e posta elettronica; Informatica Medica.
Testi di riferimento	- Libro "Appunti di Informatica Generale - Casa editrice La Voce Multimedia - Autore Giulio Carlone" - Lucidi relativi all'informatica medica.
Obiettivi formativi	Il corso è principalmente costituito da due parti , una prima parte ha come obiettivo quello di dare una competenza informatica di base, che si identifica con la capacità di operare al personale computer con le comuni applicazioni e la conoscenza essenziale della tecnologia dell'informazione a livello dell'utente generico. La seconda parte ha come obiettivo quello di dare l'introduzione alle nozioni di informatica.
Prerequisiti	Nessuno
Metodi didattici	Lezioni tradizionali
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame scritto e orale.
Programma esteso	Concetti di base; Sistema operativo e gestione interna; Elaborazione elettronica dei testi; Il foglio elettronico; Internet e posta elettronica; Informatica Medica.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**D'AVERSA FABIO**	Matricola:	**000815**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TOC11E1 - INGLESE SCIENTIFICO**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**3**
Settore:	**NN**
Tipo Attività:	**E - Lingua/Prova Finale**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	inglese scientifico
Contenuti	Il programma sarà improntato al ripasso delle funzioni linguistiche, nozioni e strutture grammaticali di base, divise in 4 moduli, per la durata di 20 ore totali. Nella seconda parte della durata di 10 ore saranno svolti un modulo di lingua e uno di inglese scientifico di base.
Testi di riferimento	Testo di riferimento: My Grammar Lab –B1-B2Longman Activating Grammar B1-b2 Longman
Obiettivi formativi	Integrazione delle quattro abilità di base ed uso della lingua nelle diverse situazioni su argomenti di carattere generale e scientifico con un registro appropriato e con capacità argomentative e di rielaborazione personale. Capacità di decodifica di un testo scientifico. Stesura di trattazione sintetiche sui principali argomenti esaminati
Prerequisiti	Al fine di accertare il livelli di partenza e per stabilire i prerequisiti è stato effettuato un test di ingresso
Metodi didattici	lezioni tradizionali, programma multimediale, semplice discussione casi clinici, attività di laboratorio
Altre informazioni	orario delle lezioni come da calendario sede di svolgimento lezioni Aula 1 ricevimento degli studenti prima di ogni lezione
Modalità di verifica dell'apprendimento	L'esame verterà su un test scritto che comprenderà una reading su un argomento generico/scientifico di livello B1-B2 e degli esercizi di grammatica. L'esame orale riguarderà le parti studiate relative ad argomenti scientifici inerenti la terapia occupazionale o di natura medica in generale. Detta prova potrà essere effettuata solo dopo il superamento del test scritto.

Programma esteso

Università G. D'Annunzio – Chieti
Corso di Laurea in Terapia Occupazionale

Programma A.A. 2012/2013 di Lingua Inglese- Inglese Scientifico

Docente: Dott.Fabio D'Aversa

Il programma sarà improntato al ripasso delle funzioni linguistiche, nozioni e strutture grammaticali di base, divise in 4 moduli, per la durata di 20 ore totali. Nella seconda parte della durata di 10 ore saranno svolti un modulo di lingua e uno di inglese scientifico di base.
Si partirà, dunque, da un livello B1 ad un livello B2, secondo il Quadro Comune di Riferimento Europeo per la conoscenza delle lingue straniere
Obiettivi: Integrazione delle quattro abilità di base ed uso della lingua nelle diverse situazioni su argomenti di carattere generale e scientifico con un registro appropriato e con capacità argomentative e di rielaborazione personale. Capacità di decodifica di un testo scientifico. Stesura di trattazione sintetiche sui principali argomenti esaminati
Testo di riferimento: MyGrammarLab B1-B2 Ed. Longman Activating Grammar Longman

Modulo 1
Unit 1: speaking about daily routines
Grammatical structures: simple Present and adverbs of frequency
Unit 2: speaking about action in progress:
Grammatical structures: present continuous

Modulo 2: Unit 1: speaking about past actions
Grammatical structures: simple past
Unit 2: speaking about personal achievements and experiences
Grammatical structures: present perfect for experiences
Unit 3: speaking about actions which, started in the past, continue up to now
Grammatical structures: present perfect (duration form) " for and since"
Unit 4: speaking about a person's behaviour
Grammatical structures: present perfect with just, already, yet
Unit 5: speaking about past actions in progress
Grammatical structures: simple past and past continuous

Modulo 3: Taste and places
Unit 1: speaking about your future plans
Grammatical structures: going to
Unit 2: speaking about future arrangements
Grammatical structures: present continuous
Unit 3: making general predictions about the future
Grammatical structures: will/won't

Modulo 4: Survival
Unit 1: making comparisons
Grammatical structures: more..than/less..than
Unit 2: speaking about a trip
Grammatical structures: superlatives

Modulo 5: Body
Unit 1: speaking about physical appearance
Grammatical structures: First conditional
Unit 2: talking about illnesses
Grammatical structures: in order to, so that, because; should, have to/must, can
Vocabulary related to the different part of the body
Unit 3: the skeleton (da pag. 95 a 107 e pag 185) from An Introduction to Medical Terminology for Health Care di A. R. Hutton Ed. Churcill Livingstone
Grammatical structures: suffixes and prefixes
Unit 4: The nervous system from An Introduction to Medical Terminology for Health Care di A. R. Hutton Ed. Churcill Livingstone
Varie letture che verranno dispensate durante le lezioni)

Modulo 6: Occupational therapy
The role of the occupational therapist (breve dispensa che sarà data a lezione)
Grammatical structures: modal verbs

Esame
L’esame verterà su un test scritto che comprenderà una reading su un argomento generico di livello B1-B2 e degli esercizi di grammatica.
L’esame orale riguarderà le parti studiate relative al sistema nervoso e al sistema scheletrico, ai suffissi e ai prefissi e alla breve lettura da tradurre e imparare in inglese sul ruolo del terapista occupazionale.
Detta prova potrà essere effettuata solo dopo il superamento del test scritto.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**TRUBIANI Oriana**	Matricola:	**001472**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A2C - ISTOLOGIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**BIO/17**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Derivazione embriologica, struttura microscopica e correlazioni funzionali dei tessuti umani normali.
Testi di riferimento	Uno dei seguenti: P. Carinci - E. Gaudio - G. Marinozzi. ANATOMIA UMANA E ISTOLOGIA. Elsevier Stevens A, Lowe J.-ISTOLOGIA UMANA Ed. Casa Editrice Ambrosiana Calligaro et al.- CITOLOGIA E ISTOLOGIA FUNZIONALE. Ed.: edi-ermes Junqueira –Carneiro Compendio di Istologia Ed. Piccin Gartner L.P. Hiatt J.L.- Atlante di ISTOLOGIA. Ed.: EdiSES
Obiettivi formativi	-conoscere le prime fasi dello sviluppo dell'uomo, l'origine embriologica dei tessuti, il significato di cellula staminale, il differenziamento cellulare; -conoscere la morfologia di cellule e tessuti correlandola strettamente alla funzione; -comprendere l'organizzazione strutturale a livello microscopico del corpo umano, alla base dell'anatomia e dei processi fisiologici e patologici, ai quali è rivolto il proprio intervento professionale.
Prerequisiti	indicati nella descrizione del corso integrato
Metodi didattici	lezioni frontali corredate di immagini digitali direttamente acquisite da preparati istologici umani e di animazioni video dei principali processi descritti.
Altre informazioni	Ricevimento studenti: Dipartimento di Scienze Mediche, Orali e Biotecnologiche, Palazzina A livello 2, Campus Universitario di Via dei Vestini, tutte le mattine previo appuntamento. Tel. 08713554097/4089 e-mail: trubiani@unich.it

Modalità di verifica dell'apprendimento	test scritto a risposta multipla e prova orale
Programma esteso	-Origine embriologica dei tessuti e -Cenni su: differenziamento cellulare e rigenerazione tissutale. -La cellula staminale. -Metodi di studio in Istologia -Tessuto Epiteliale: di rivestimento; ghiandolare esocrino; ghiandolare endocrino -Tessuto Connettivo: T. Connettivi propriamente detti, T. adiposo, T. cartilagineo, T. osseo, T. emopoietico e Sangue -Tessuto Muscolare: scheletrico, cardiaco e liscio -Tessuto Nervoso

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**MONASTERIO MARA**	Matricola:	**006496**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO32C5B - LOGOPEDIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2013**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**3**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Conoscenza delle principali logopatie dell'età evolutiva e adulta.
Testi di riferimento	Appunti della docente. Agliotti, Fabbro "neuropsicologia del linguaggio" il mulino. A cura di g. Stella "la dislessia: aspetti clinici, psicologici e riabilitativi" franco angeli
Obiettivi formativi	Implementare la capacità comunicativa/relazionale con persone logopatiche
Metodi didattici	Lezioni frontali con esercitazioni
Modalità di verifica dell'apprendimento	Orale
Programma esteso	Il linguaggio umano. Lo sviluppo del linguaggio. Il linguaggio nelle principali patologie dell'età evolutiva. I disturbi specifici di apprendimento. Deficit del linguaggio negli adulti.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**SALINI VINCENZO**	Matricola:	**002931**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO22B4A - MALATTIE DELL'APPARATO LOCOMOTORE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/33**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Ma lattie congenite, acquisite e traumatiche dell'apparato muscolo-scheletrico.
Testi di riferimento	Clinica Ortopedica. Autori: Sessa - Villani, Monduzzi Editore
Obiettivi formativi	Far acquisire allo studente nozioni valide riguardanti le patologie maggiori
Prerequisiti	Aver superato tutti gli esami fino al 4° anno
Metodi didattici	Lezioni frontali e interattive mediante l'utilizzo di slides e discussioni in classe.
Altre informazioni	Il Prof. Salini riceve gli studenti il giovedì mattina. Si consiglia di contattare la Segreteria allo 0871 358263 per fissare un appuntamento.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale
Programma esteso	PARTE GENERALE FRATTURE: GENERALITÀ Definizione Classificazione Diagnosi Complicanze

Trattamento

FISIOPATOLOGIA DEL PROCESSO RIPARATIVO DELLE FRATTURE
Fisiologia del processo riparativo delle fratture
Formazione di callo "in condizioni naturali"
- Infiammazione
- Callo primario (callo fibrocartilagineo, "soft callus")
- Callo secondario (callo osseo, "hard callus")
- Rimodellamento
Formazione di callo "dopo trattamento chirurgico"
- Osteosintesi paraostale
- Osteosintesi endomidollare
- Fissazione esterna
Patologia del processo riparativo delle fratture

SEMEIOTICA ORTOPEDICA
Anamnesi
Esame clinico
- Ispezione del tronco
- Ispezione degli arti
Esame neuro-muscolare
Valutazione dell'escursione articolare
Deambulazione
Principali manovre semeiologiche
- Spalla
- Test per l'impingement
- Test per la cuffia dei rotatori
- Tendinopatia del capo lungo del bicipite
- Test di instabilità della spalla
- Gomito
- Test di stabilità
- Polso
- Anca
- Ginocchio
- Caviglia e piede

PROTESI ARTICOLARI
Introduzione
- Indicazioni all'intervento di artroprotesi
Protesi d'anca
- Protesi cementate
- Protesi non cementate
- Accoppiamenti protesici
- Complicanze
Protesi ginocchio
- Protesi monocompartimentali
- Protesi totali
- Complicanze
Protesi di spalla
Protesi di caviglia
Protesi di disco intervertebrale

I MEZZI DI SINTESI. LE NUOVE METODICHE DI ALLUNGAMENTO
I mezzi di sintesi
- Osteosintesi a minima
- Osteosintesi dinamica
- Osteosintesi statica
- Osteosintesi corticale
- Osteosintesi endomidollare
- Fissatori esterni
Le nuove metodiche di allungamento

FASCIATURE E APPARECCHI GESSATI
Bendaggio molle
- Bendaggio tradizionale
- Bendaggio adesivo
Apparecchio gessato
Tutori

TUMORI OSSEI PRIMITIVI
Classificazione
Tumori di origine ossea
- Osteoma osteoide
- Osteoblastoma
- Osteosarcoma (sarcoma osteogenico)
Tumori di origine cartilaginea
- Esostosi solitaria
- Malattia delle esostosi multiple
- Encondroma
- Encondroma tosi multipla
- Condroblastoma
- Condrosarcomi
Tumori di origine fibrosa ed istiocitaria
- Fibroma istiocitario non ossificante
Tumori di origine mesenchimale midollare
- Sarcoma di Ewing

PARTE SPECIALE
ORTOPEDIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

DISPLASIA EVOLUTIVA DELL'ANCA, EPIFISIOLISI
Displasia evolutiva dell'anca
- Eziopatogenesi
- Aspetti clinici e radiologici
- Displasia scheletrica
- Prelussazione
- Lussazione
- Sublussazione secondaria
- Complicazioni della terapia

EPIFISIOLISI
- Eziopatogenesi
- Anatomia patologica
- Alterazioni evolutive radiografiche
- Diagnosi
- Quadro radiologico
- Aspetti clinici e classificazione
- Trattamento

LE OSTEOCONDROSI
Osteocondrosi dell'epifisi prossimale del femore: morbo di Legg-Calvè-Perthes
- Fase di necrosi - stadio iniziale
- Fase di riassorbimento - frammentazione
- Fase di ricostruzione
- Fase di rimodellamento
- Diagnosi
- Classificazione
- Diagnosi differenziale
- Trattamento
Osteocondrosi dell'apofisi tibiale anteriore: morbo di Osgood-Schlatter
- Diagnosi
- Diagnosi differenziale
- Trattamento
Osteocondrosi dell'apofisi posteriore del calcagno: morbo di Haglund o di Sever-Blenke
- Diagnosi
- Diagnosi differenziale
- Terapia
Osteocondrosi dello scafoide tarsale: morbo di Kohler
- Diagnosi
- Terapia
Osteocondrosi dell'epifisi prossimale del 20 metatarso: morbo di Freiberg
- Trattamento
Osteocondrosi del semilunare: morbo di Kienbock

- Diagnosi
- Diagnosi differenziale
- Terapia

Osteocondrosi della colonna vertebrale: morbo di Calvè - morbo di Scheuermann
- Diagnosi
- Diagnosi differenziale
- Terapia

PIEDE TORTO CONGENITO
Etiopatogenesi
Classificazione
- Piede equino cavo varo addotto supinato
- Anatomia patologica
- Quadro clinico
- Diagnosi dfferenziale
- Diagnostica per immagini
- Trattamento

Piede talo-valgo-pronato
Metatarso addotto
Piede reflesso

PIEDE PIATTO EVOLUTIVO DELL'INFANZIA
Quadro clinico ed evoluzione
Esami strumentali
Trattamento

DEVIAZIONI DEL RACHIDE
- Congenite
- Acquisite

L'ipercifosi dorsale e la cifosi dorsolombare
Anatomia patologica
- Le vertebre della regione apicale
- Curve rachidee
- Le scapole

Eziopatogenesi
- Forme strutturate
- Forme non strutturate
- Forme Miste

Clinica
Esame radiografico
Trattamento
Iperlordosi lombare
La scoliosi
- Scoliosi dell'età di accrescimento

La scoliosi idiopatica
- Definizione
- Anatomia patologica

o La curva scoliotica
o Le vertebre scoliotiche
o Le costole
o I muscoli
o Il gibbo
o I polmoni e il cuore

Eziopatogenesi
Epoca di comparsa
Storia naturale
- Scoliosi infantili
- Scoliosi giovanili
- Scoliosi dell'adolescenza

Clinica:
- Gibbo
- Asimmetria dei triangoli della taglia
- Asimmetria delle spalle
- Strapiombo
- Stadio di crescita
- Misure antropometriche
- Valutazione eziologica

Imaging
- Esame radiografico
a) Proiezione ameroposteriore
Vertebre limitanti
Rotazione vertebrale
Vertebra/e apicale/i
Rapporto vertebra apice-costa del lato convesso
Valutazione dello stadio di accrescimento del rachide: test di Risser
b) Proiezione laterolaterale
Tac e Rmn
Trattamento
Mezzi di trattamento
- Attività sportiva e ginnastica correttiva
- Corsetti
- Trattamento chirurgico
Indicazioni
- Valore angolare inferiore a 20° alla prima osservazione
- Valore angolare 30°40° alla prima osservazione
- Valore angolare maggiore di 45° alla prima osservazione
- Valori angolari intermedi (20-30° e 40-45°) alla prima osservazione
Le scoliosi secondarie o concomitanti ad altre patologie
- La scoliosi congenita
- Definizione
- Anatomia patologica
- Storia naturale
- Clinica
- Imaging
- Trattamento

PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI
Le paralisi ostetriche
Trattamento ortopedico
Torcicollo congenito miogeno

PATOLOGIA DELL'APPARATO ESTENSORE
Cenni di anatomia funzionale della articolazione femoro-rotulea
Stabilizzatori statici
Stabilizzatori dinamici
Eziopatogenesi
Anatomia patologica
Alterazioni evolutive radiografiche
Diagnosi
Valutazione del paziente in stazione eretta
Valutazione del paziente in posizione supina
Valutazione del paziente in posizione seduta
Valutazione del paziente in posizione prona
Quadro radiologico
Aspetti clinici e classificazione
Diagnosi differenziale
Trattamento

OSTEOMIELITI
Classificazione delle osteomieliti
Osteomielite acuta ematogena
Osteomielite cronica

OSTEONECROSI E OSTEOCONDROSI
Osteonecrosi
Osteocondrosi

OSTEOGENESI IMPERFETTA
Definizione
Cenni storici
Epidemiologia
Etiopatogenesi
Classificazione
Diagnosi
Terapia

TRAUMATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

TRAUMATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA
Introduzione
Traumi scheletrici da parto
Fratture diafisarie
Distacchi condro-epifisari
- Distacchi epifisari del bambino e dell'adolescente
Arto superiore
Arto inferiore
- Fratture nel bambino
Cingolo scapolare e arto superiore
Arto inferiore
Appendice

LE LESIONI LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO
Lesioni dei legamenti collaterali (mediale e laterale)
Insufficienza del legamento crociato anteriore (LCA)
- Congenita (agenesia o ipoplasia congenita del LCA)
- Acquisita
a) Lesioni del LCA
b) Insufficienze del LCA associate e fratture dell'eminenza intercondiloidea della tibia
Insufficienza del legamento crociato posteriore (LCP)

ORTOPEDIA DELL'ETÀ ADULTA

SPONDILOARTROSI
Artrosi cervicale
Artrosi lombare
- Sindrome delle faccette articolari
- Stenosi lombare
- Spondilolistesi
- Scoliosi degenerativa

TENDINOPATIE DEGENERATIVE
Anatomia
Etiopatogenesi
Classificazione
Quadri clinici
Diagnosi strumentale
Terapia

ARTROSI - GENERALITÀ
Premesse istologiche e fisiologiche
La malattia artrosica
Genesi dei fenomeni artrosici

LA COXARTROSI
Introduzione
Definizione
Eziologia
Patogenesi
Anatomia patologica
Esame radiografico
Sintomatologia
Terapia

GONARTROSI
Etiopatogenesi
Clinica
1. Indagini Strumentali
Trattamento

PSEUDOARTROSI

OSTEONECROSI ASETTICA DELLA TESTA DEL FEMORE

Introduzione
Definizione
Anatomia patologica e radiografica
Segni clinici
Trattamento

PATOLOGIA DEL PIEDE
Deformità del primo dito
2. Alluce valgo
Alluce valgo interfalangeo
Alluce valgo metatarsofalangeo
Plantalgie
3. Metatarsalgie
Altre forme di piede piatto
Piede cavo

PATOLOGIE DELLA MANO
Compressione del nervo mediano al carpo (sindrome del tunnel carpale)
- Eziologia
- Quadro Clinico
- Esami strumentali
- Diagnosi differenziale
- Trattamento
Morbo di Dupuytren
- Eziopatogenesi
- Anatomia patologica
- Quadro clinico
- Trattamento

TRAUMATOLOGIA DELL'ETA' ADULTA

FRATTURE DELL'ARTO SUPERIORE

FRATTURE DI SPALLA, DIAFISI OMERALE, GOMITO
Fratture della clavicola
Fratture della scapola
Frattura dell'epifisi prossimale dell'omero
Fratture della diafisi omerale
Fratture della paletta omerale
Fratture del capitello radiale
Fratture dell'epifisi prossimale dell'ulna

FRATTURE DI AVAMBRACCIO
Frattura della diafisi ulnare e radiale
Frattura isolata del radio
Frattura isolata dell'ulna
Lesione di Monteggia
Lesione di Galeazzi

FRATTURE DI POLSO
Classificazione
- Frattura di Colles
- Frattura di Goyrand
- Frattura di Barton
- Frattura dello chauffeur (o di Hutchinson)
Quadro clinico
Quadro radiografico
Trattamento
- Trattamento conservativo
- Trattamento chirurgico
Complicanze

FRATTURE DI MANO
Fratture dello scafoide

FRATTURE VERTEBRALI
Classificazione
Sintomatologia

Diagnostica Strumentale
Complicazioni
Trattamento
Riabilitazione delle lesioni meliche

FRATTURE DI BACINO
Compressione antero-posteriore
Compressione laterale
- Taglio verticale
- Compressione asimmetrica

FRATTURE DELL'ARTO INFERIORE

FRATTURE DELL'ANCA
Richiami di anatomia
Fratture dell'acetabolo
- Clinica
- Diagnostica per immagini
- Classificazione
- Trattamento
Fratture della testa del femore
Fratture del collo del femore
- Classificazione
- Fratture mediali: clinica, diagnostica per immagini e trattamento
- Fratture laterali: clinica, diagnostica per immagini e trattamento

FRATTURE DELLA DIAFISI FEMORALE
Anatomia e cenni storici
Eziopatogenesi e diagnosi
Classificazione delle fratture della diafisi femorale
Trattamento
Tecniche chirurgiche
Complicanze

FRATTURE ESTREMO DISTALE DI FEMORE
Classificazione
Valutazione clinica
Diagnostica per immagini
Valutazione clinica
Diagnostica per immagini
Valutazione clinica
Diagnostica per immagini
Trattamento
Complicanze

FRATTURE DEL PIATTO TIBIALE
Classificazione
Valutazione clinica
Indagini diagnostiche
Trattamento

FRATTURE DELLA ROTULA
Classificazione
Valutazione clinica
Indagini diagnostiche
Trrattamento
Complicanze

FRATTURE DI GAMBA
Sintomatologia
Diagnosi radiografica
Complicanze
- Complicane immediate
- Complicanze precoci
- Complicanze tardive
Trattamento
Fratture isolate della diafisi della tibia
Fratture isolate della diafisi del perone

FRATTURE DEL COLLOPIEDE: PILONE TIBIALE, MALLEOLI, ASTRAGALO, CALCAGNO
Fratture del pilone tibiale
Fratture dei malleoli
Fratture dell'astragalo
Fratture di calcagno

CRITERI DI TRATTAMENTO DELLE FRATTURE ESPOSTE
Introduzione
Cenni storici
Meccanismo di produzione: il "danno traumatico"
Classificazioni
Trattamento delle fratture esposte
1. Fase acuta
2. Fase ricostruttiva
3. Fase riabilitativa
Valutazione dell'estensione reale della ferita
Detersione della ferita
Stabilizzazione scheletrica
Ricostruzione dei tessuti molli
Ricostruzione del gap osseo
Ripresa della funzione muscolare e della funzionalità articolare
Conclusioni

LUSSAZIONI
Lussazioni della spalla
- Lussazione gleno-omerale
- Lussazione gleno-omerale anteriore
- Lussazione gleno-omerale posteriore
- Lussazione gleno-omerale inferiore
- Lussazione gleno-omerale superiore
- Lussazione gleno-omerale recidivante
- Lussazione acromion-claveare
Lussazioni del gomito
Lussazione del capitello radiale
Lussazioni metacarpo-falangee e interfalangee
Lussazioni traumatiche dell'anca
Lussazioni traumatiche del ginocchio
- LussazionÌ femoro-tibiali (o del ginocchio p.d.)
- Lussazioni della rotula
Lussazioni dell'articolazione della caviglia e del piede
- Lussazioni della caviglia
- Lussazioni peritalari

LE DISTORSIONI

INTRODUZIONE
Generalità
Anatomo - fisiologia articolare

LE DISTORSIONI DI CAVIGLIA
Introduzione
Anatomo-fisiologia dell'articolazione tibio-tarsica e sottoastragalica
Distorsioni in inversione
Esame clinico
Esame radiografico
Trattarnento

LESIONI INTERNE DEL GINOCCHIO
Anatomia
Cenni di fisiologia
Lesioni meniscali
- Eziopatogenesi
- Anatomia patologica
- Quadro clinico
Esami strumentali
- Trattamento

Lesioni legamentose
- Anatomia patologica e classificazione
- Eziopatogenesi
- Quadro clinico
- Esami strumentali
- Trattamento

LE LESIONI MUSCOLO-TENDINEE
Le lesioni muscolari
Le lesioni tendinee
- Introduzione
- Tendinopatia achillea
- La tendinopatia rotulea
- La pubalgia

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**SANTAMAITA Saverio**	Matricola:	**000397**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A3A - PEDAGOGIA GENERALE E SOCIALE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**M-PED/01**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO PEDAGOGIA SPECIALE
Contenuti	corso di pedagogia speciale si propone di fornire agli studenti la capacità di acquisire le categorie basilari del sapere pedagogico – inteso come scienza dei modelli, delle teorie e delle pratiche educative nei contesti della formazione continua, attraverso l'acquisizione di elementi di conoscenza relativi ai problemi ed ai temi di maggior rilevanza all'interno della ricerca in Pedagogia Speciale
Testi di riferimento	Dispense del Docente.
Obiettivi formativi	Il corso verterà sulla pedagogia come ambito di ricerca empirica e critico/teoretica, oltre che sugli oggetti della ricerca pedagogica quali la formazione come processo continuo, l'educazione come pratica sociale di crescita ed emancipazione, l'agire educativo, le pratiche dell'educazione, con particolare riferimento alla gestione della disabilità nel contesto educativo.
Prerequisiti	Non sono previste propedeuticità.
Metodi didattici	Lezioni tradizionali.
Altre informazioni	La docente indica nella giornata del Venerdì dalle ore 9 alle ore 11 la sua disponibilità a fornire l'insegnamento proposto di Pedagogia Speciale.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale.

Programma esteso

http://www.unich.it/unichieti/portletlocator/home_it

CdL IN TERAPIA OCCUPAZIONALE A.A. 2013 – 2014
Corso integrato di Terapia Occupazionale
Docente : Prof.ssa Mirella Lattanzio

INDICE

1. IL LUNGO PERCORSO DELLA PEDAGOGIA

2. L'APPORTO DELLE TEORIE PSICOLOGICHE

3. DALLA PEDAGOGIA GENERALE ALLA PEDAGOGIA SOCIALE E SPECIALE

4. PEDAGOGIA SPECIALE E IL LUNGO PROCESSO DELL'INTEGRAZIONE

5. EXCURSUS STORICO DELLA VISIONE DEL DISABILE

6. DISABILITA' E RISPOSTE EDUCATIVE SPECIALI

7. LE PAROLE DELLA DISABILITA' NELLA STORIA

8. ICF E STRATEGIE EDUCATIVE

9. PROGETTARE LA VITA

10. LA TERAPIA OCCUPAZIONALE

PROVA ESAME : ORALE

MATERIALE DI STUDIO FORNITO AGLI STUDENTI : DISPENSE DEL DOCENTE

I . CAPITOLO

CHE COS'E' LA PEDAGOGIA

La pedagogia è la scienza che studia l'educazione e la formazione dell'uomo nella sua interezza; essa ha come oggetto del proprio studio l'uomo nel suo ciclo di vita.
Quindi, al contrario di ciò che si è soliti pensare secondo un ovvio luogo comune, il Pedagogista non si occupa esclusivamente dei bambini.
Il Pedagogista si occupa di bambini, adolescenti, giovani, adulti, anziani e disabili.
La Pedagogia si occupa anche dell'educazione scolastica e dell'apprendimento dei soggetti, ma non è questo il suo unico fine euristico. Il fine euristico della pedagogia è l'Uomo che si relaziona con l'altro da sé (educazione) e che si relaziona con se stesso (formazione) e che si relaziona con il mondo sociale (cultura sociale).
Il Pedagogista studia l'umano e ciò che riguarda l'Uomo e la sua esistenza.
E' importante capire che la pedagogia è una scienza pratica, cioè il suo fine ultimo non è quello di creare teorie generali dell'educazione (a quello servono le altre scienze dell'educazione e della formazione), ma di costituire modelli di intervento educativo spendibili nella pratica educativa immediata. Per fare questo la pedagogia in primo luogo:

• rivisita e rielabora modelli di intervento già proposti e/o attuati;
• esamina e valuta risorse, strumenti e contesti già disponibili per progettare e attuare un intervento educativo;
• valuta e si occupa di interventi sull'integrazione e inclusione di utenti che richiedono percorsi speciali
Fatto ciò la pedagogia:
• organizza strategicamente le sue conoscenze per individuare un possibile percorso educativo da realizzare;
• elabora un progetto che sta alla base dell'intervento educativo da attuare.
• realizza la piena integrazione dei soggetti con difficoltà.
L'educazione (secondo i modelli teorici elaborati dai pedagogisti) ha tre coordinate:
• Il sapere (le conoscenze).
• Il saper fare (le competenze).
• Il saper essere (modo il cui un individuo mette in campo il saper fare e il saper essere).
La ricaduta della pedagogia può essere di vario tipo: le difficoltà delle relazioni genitori-figli, gli svantaggi sociali, i conflitti culturali, l'inserimento delle persone diversamente abili, il reinserimento dei detenuti, la riabilitazione dei tossico-dipendenti, malati etc, sono tutti fattori che possono essere oggetto di specifici interventi educativi oppure possono far parte di un insieme di elementi problematici rilevanti per l'agire pedagogico.
L'educazione consiste in un rapporto tra due persone: un educatore ed un educando. L'educatore deve adeguarsi (e di conseguenza adeguare l'intervento educativo) al livello dell'educando, comprendendo i suoi bisogni e incentivando le sue competenze
Ciascun essere umano ha potenzialmente l'intelligenza che lo conduce alla conoscenza graduale del mondo circostante e all'impiego di certi mezzi per impadronirsene e affermare se stesso: egli ha già delle energie affettive da esprimere e delle naturali attitudini e dipenderà in gran parte dall'educazione, dagli stimoli ambientali che quelle energie potenziali trovino il modo più compiuto e più equilibrato di realizzarsi.
Il concetto d'educazione è più ampio di quello di istruzione poiché quest'ultimo si riferisce alla sola educazione intellettuale.
Tutti siamo in un certo modo responsabili, con le parole, con gli atti, con gli atteggiamenti, dell'educazione delle persone che ci vivono accanto.
L'educazione impegna tutta la vita e tutti noi, anche se non ne prendiamo coscienza. Possiamo sempre "crescere", perfezionarci in qualche aspetto della nostra personalità. Ognuno di noi può essere educatore, col suo comportamento, con una parola, un gesto, la sola presenza.

PEDAGOGIA ED EDUCAZIONE

L'educazione è l'insieme dei processi e degli strumenti attraverso cui una società trasmette da una generazione all'altra il patrimonio di conoscenze, valori, tradizioni, comportamenti che la caratterizzano. Il termine educazione deriva dal latino educare, del quale vengono indicate due origini e due significati diversi: édere, che significa "alimentarsi"; ex-dúcere, che significa "trarre fuori". Il primo significato pone l'accento su un processo biologico che consente la crescita dell'individuo, l'altro sulla possibilità più generale di promuovere lo sviluppo di qualcuno, di "tirarlo fuori" da una situazione di immaturità che può essere tanto biologica quanto intellettiva. I due significati mettono in evidenza una dimensione fondamentale dell'educazione, cioè quella relazionale: cioè un insieme di processi che caratterizzano un rapporto interpersonale in cui c'è chi "si alimenta" e chi "alimenta", chi "trae fuori" e chi "viene tratto fuori" dallo stato di immaturità. L'educazione passa attraverso i processi comunicativi che regolano il rapporto tra un membro più competente e uno meno competente in quel contesto; consentendo la trasmissione dal primo al secondo dei contenuti culturali, ma anche dei comportamenti e delle modalità di ragionamento tipiche della comunità sociale cui entrambi appartengono. Sono processi comunicativi che consentono l'apprendimento, che è l'esito naturale di una relazione sociale a carattere educativo. Tutto questo significa che qualsiasi relazione tra soggetti con gradi diversi di competenza può essere educativa, e quindi che i processi e i sistemi educativi permeano a più livelli l'intera struttura sociale. Significa inoltre che contenuti, comportamenti, modalità di ragionamento trasmessi tramite i processi educativi sono socialmente e storicamente determinati, cioè dipendono dall'identità ideologica e dalle

scelte politiche che caratterizzano in quel momento storico la società in cui tali processi si realizzano. In riferimento a questa concezione dell'educazione, in cui è primario il riferimento al sistema culturale di una società e alla sua sopravvivenza per trasmissione tra generazioni, sono state date descrizioni diverse delle modalità attraverso cui la rete di relazioni educative si realizza e delle loro ricadute in termini di struttura sociale.

GLI ALBORI DELLA PEDAGOGIA

Nell'antica Grecia l'educazione era unidirezionale, tendeva a formare uomini valorosi, guerrieri pronti a sacrificarsi per lo stato. L'educatore aveva il compito di formare l'educando "all'obbedienza" senza possibilità di scelta verso le proprie inclinazioni.
Socrate, filosofo ateniese orientando la sua attenzione verso la conoscenza di se stessi, introduce il fondamentale concetto di maieutica (termine con cui viene generalmente designato il metodo dialogico tipico di Socrate, il quale, secondo Platone (dialogo Teeteto); l'educatore si sarebbe comportato come una levatrice, aiutando gli altri a «partorire» la verità: tale metodo consisteva nell'esercizio del dialogo, ossia in domande e risposte tali da spingere l'interlocutore a ricercare dentro di sé la verità, determinandola in maniera il più possibile autonoma).
La Maieutica sollecita l'interlocutore a cercare, a trovare da se la verità.
Ai virtuosismi retorici dei Sofisti, fondati sul preminente interesse per la retorica intesa come patrimonio di verità morali, al loro relativismo oppose il suo "conosci te stesso" come invito all'introspezione e alla meditazione.
Ai Sofisti va il merito di aver focalizzato però l'attenzione sul metodo. Per i Socratici le qualità personali non sono considerate un fatto ereditario, ma una conquista individuale.
Con l'avvento del cristianesimo si trasforma il luogo dell'educazione ed anche i suoi fini. La chiesa diviene il fulcro dell'educazione e con essa tutta la società religiosa viene contrapposta alla paideia classica "quella cristiana centrata sulla figura di Cristo".
La nuova struttura educativa elaborata da cristianesimo fu il monastero, si creò luogo di formazione, attraverso il lavoro e la contemplazione. La figura che domina il periodo è il bambino che viene innalzato a modello della rigenerazione interiore attuata attraverso il battesimo e viene esaltato con i racconti dell'infanzia di cristo narrata nei vangeli canonici.
Il maestro da ricordare della pedagogia cristiana e S. Agostino; il suo pensiero fu un punto di continuità fra cultura greca e cristianesimo. Il suo progetto educativo aveva caratteristiche personali, drammatiche, oscillava tra cultura e pentimento verso il richiamo a cristo come supremo "Maestro", sempre collocandosi dentro la storia.
In età moderna la Riforma Protestante e la Controriforma operata da Martin Lutero ha un notevole peso nella storia della pedagogia. Infatti esso non si limita sull'istituzione di scuole per il popolo ma anche di scuole di ordine superiore aperte a tutti. La differenza principale tra la riforma e la controriforma è che nella prima sotto la Guida di Martin Lutero tutti hanno diritto allo studio mentre nella seconda si ritorna a "S.Agostino" quindi il diritto allo studio e riservato solo ai ricchi.
La controriforma (1542 – 1563) ispira l'educazione cattolica sotto la fedele guida dei Gesuiti che fondano dei collegi sparsi per tutta Europa riservati all'elite dove si studiano non solo le religioni ma anche le scienze (sono i precursori dei moderni licei). I Gesuiti praticarono fino alla loro soppressione (1773) una particolare forma di teatro con fini catechistici. Erano vietati gli intermezzi e la presenza di donne sulla scena, la lingua latina venne presto sostituita.
Comenio ('600), educatore boemo rivestì un ruolo importante nella pedagogia moderna.
La sua pedagogia si basa su due punti fondamentali:
- il metodo universale per l'insegnamento;
- istruzione per tutti per tutta la vita.
Comenio forma la sua concezione su un profondo ideale religioso,per lui l'educazione e l'ideazione di un modello universale di un uomo virtuoso a cui è affidata la riforma della società.
Critica la scuola del tempo perché: sono poche, non sono per tutti, dispensano saperi inutili.

PEDAGOGISTI DEL “ 700”

1. Rousseau

Il tentativo di rivoluzione metodologica dell’insegnamento e dell’educazione prese le mosse da Rousseau (1712 - 1778).

Seguendo il principio della bontà originaria dell’uomo, Rousseau introdusse nella pedagogia il sentimento, gli affetti, la Natura. L’educazione naturale significa "sviluppo spontaneo". L’educatore non si deve imporre, né deve imporre leggi e regole, deve solo permettere che il corso della natura dell’educando si possa compiere secondo il naturale cammino. Anche l’ambiente educativo sarà nuovo, lontano e isolato dalla vita sociale, posto in campagna. Il bimbo crescerà come una pianta, l’educatore baderà solo affinché nulla possa deviare il corso normale. Una pedagogia in cui predomina l’istinto e non la ragione.

Le teorie pedagogiche di Rousseau favorirono metodi educativi più permissivi e più attenti all'aspetto psicologico dell'educando, esercitando un profondo influsso su riformatori come lo svizzero Pestalozzi.

Inoltre la ricerca pedagogica degli ultimi trent’anni continua ad individuare in Rousseau un punto di riferimento importante per i problemi dell’individualizzazione dell’insegnamento-apprendimento.

2. Pestalozzi

Johann Heinrich Pestalozzi (1746 - 1827) è stato uno dei pochi pedagogisti attenti alla rivoluzione di Rousseau e in grado di interpretare la cultura romantica.

Il pedagogista svizzero era affascinato dal pensiero di Rousseau, ma non si limitò a lodarlo, si spinse infatti molto più in là.

Per Pestalozzi l’istruzione è vera ed educativa solo quando proviene dall’attività stessa dei fanciulli. L’educazione è processo autonomo , ma il suo punto di partenza non è l’"uomo astratto", ma l’individuo nella pienezza dei suoi rapporti familiari e sociali.

Il centro dell’educazione naturale è la famiglia cui la scuola deve conformarsi.

Pestalozzi ha avvertito l’importanza del lavoro e cioè che il lavoro fa parte dell’essenza umana, e anche l’importanza della formazione dei giovani in comunità e non in solitudine, perchè la vita della scuola si svolga in armonia con quella della famiglia e della società.

PEDAGOGISTI DEL ‘800

Herbart

Certamente la prima metà dell'Ottocento ha visto notevoli esperienze pedagogiche illuminate da fine sensibilità sulla psicologia infantile e sorrette da profonde intuizioni metodologiche. Tuttavia solo con Herbart (1776-1841) la pedagogia esce dallo spontaneismo e dalla improvvisazione e si avvia ad acquisire lo statuto di scienza autonoma. (Positivismo scientifico).

Poiché il bambino viene al mondo senza volontà, preda di impulsi incontrollabili, bisogna che la sua formazione morale avvenga con sforzo e istruzione. Critica i modelli pedagogici in cui predomina l’istinto del discente verso,invece, la conquista della razionalità attraverso una rigida educazione. Le condizioni per l'istruzione educativa risultano pertanto il governo e la disciplina. Con il termine "governo" Herbart intende il controllo esercitato dall'educatore sull'allievo al fine del mantenimento dell'ordine: finché non sia stata raggiunta l'età della ragione e dell'autocontrollo. Con la "disciplina" l'atteggiamento di comando dell'educatore deve trasformarsi in un ' azione di guida dell'istruzione intellettuale e di sostegno del comportamento.

PEDAGOGISTI DEL PRIMO ‘900 E LA SCUOLA ATTIVA

Il termine scuola nuova o attiva, comincia ad essere usato dai primi anni del 1900 per indicare il superamento della scuola tradizionale e negandone il valore educativo. La scuola tradizionale è una scuola passiva, una scuola, cioè, che obbliga l'allievo a starsene immobile nel suo banco a subire la lezione del maestro che impartisce dall'alto i suoi insegnamenti. Tutto nella

scuola è indice di questa passività: il banco scolastico dove il corpo è rigidamente costretto; gli orari e i programmi; i libri di testo; il modo di condurre la lezione da parte dell'insegnante; l'interrogazione basata sulla ripetizione di quanto ha detto l'insegnante o quanto è scritto sul libro, eccetera.
Nella scuola tradizionale domina la figura dell'insegnante, mentre la scolaresca non deve far altro che ripetere quanto ascoltato: è una scuola dove prevale l'eteroeducazione. La vecchia scuola è statica e conservatrice, tendente a riproporre sempre i soliti principi ritenuti validi in assoluto. Non ispira vitalità ma serve solo a riproporre e conservare la tradizione. Inoltre, la scuola tradizionale è individualistica, perché si basa sul metodo della competizione e dell'emulazione, limitando così lo spirito di collaborazione e il lavoro in comune. Piuttosto che servire alla formazione di un uomo sociale, serve soltanto a plasmare individui ubbidienti all'autorità, acritici e passivi.
La scuola nuova invece vuole essere innanzitutto una scuola attiva, una scuola dove l'ordine risulta, ma dal concorso della volontà degli alunni che attivamente prendono parte alla formazione, impegnandosi in attività che li interessano. La nuova scuola è puerocentrica, cioè si pone dal punto di vista del fanciullo e non dell' adulto; è il fanciullo che educa se stesso, mentre l'adulto gli porge l'aiuto necessario per quella che deve essere una autoeducazione. L'insegnante non è assente o poco partecipe, ma assume un ruolo centrale, dovendo convogliare gli interessi, esaltare le doti individuali, promuovere attività diversificate, collaborare con le autonome scelte di ricerca degli allievi. E' una scuola che si basa molto sulle nozioni di psicologia applicate all'età evolutiva cercando così di adeguare programmi e lezioni alle esigenze di ogni fascia di età.
Il movimento delle "scuole nuove" comprende molte figure, anche diverse per formazione e matrice culturale, che hanno cercato di realizzare nelle loro attività professionale lo spirito dell'Attivismo, visto come rivoluzione da attuare concretamente nell'istituzione scolastica nuova.

1. Dewey

L'uomo è essenzialmente azione, mediante la quale egli si adatta alle richieste dell'ambiente mettendo a punto una serie di strumenti che devono risultare funzionali alle necessità adattive.
"Il mio credo pedagogico" si articola in cinque punti essenziali:
a) "ogni educazione deriva dalla partecipazione dell'individuo alla coscienza sociale della specie. Mediante questa educazione l'individuo giunge gradualmente a condividere le risorse intellettuali e morali che l'umanità è riuscita ad accumulare";
b) "la scuola è prima di tutto un'istituzione sociale. Essendo l'educazione un processo sociale, la scuola è semplicemente quella forma di vita di comunità in cui sono concentrati tutti i mezzi che serviranno";
c) "la vita sociale del fanciullo è il fondamento della concentrazione e della correlazione di tutta la sua educazione o sviluppo";
d) "la questione del metodo è riducibile alla questione dell'ordine dello sviluppo delle facoltà e degli interessi del fanciullo";
e) "l'educazione è il metodo fondamentale del progresso e dell'azione sociale".
Il processo educativo per Dewey è sintesi tra la partecipazione dell'individuo e della società: i due fattori sono reciprocamente funzionali.
Tutto ciò è possibile a condizione che si operi e si viva all'interno di un ambiente di carattere democratico, senza gerarchie e senza distinzioni tra dominanti e dominati, tra lavoro manuale e intellettuale. Ma la società è anche comunità e la scuola ha il compito di promuovere, la democrazia nella vita comune.
Dewey introduce nella scuola il lavoro sotto forma di laboratori in cui svolgere quelle attività quotidiane (tessere, cucire, fare il pane, lavorare il legno o altri materiali ecc.)consentendo all'alunno di vivere e di rendere la scuola "attiva", il lavoro scolastico consente un'educazione democratica destinata a tutti.
Dewey propone la centralità dell'attività del fanciullo che, guidato dall'insegnante, apprende attraverso il fare, un programma che tiene presenti gli interessi, i bisogni e lo sviluppo fisico e psicologico dell'alunno.
Il sapere per Dewey non è fisso e definito, ma è piuttosto un sistema elastico che si arricchisce e modifica progressivamente grazie

all'esperienza.
Con una simile impostazione la scuola, non può che essere scuola attiva.
I principi del metodo sono cinque:
• 1) partire dagli interessi infantili e da una reale attività d'esperienza;
• 2) porre l'alunno in una oggettiva situazione problematica, perché venga stimolato il pensiero;
• 3) fornirgli il materiale informativo per consentirgli le opportune ricerche e indagini;
• 4) stimolare nell'alunno lo sviluppo organico delle ipotesi che è in grado di formulare spontaneamente;
• 5) metterlo in grado di verificare le sue idee per mezzo dell'applicazione.(Metodo Scientifico).
Il maestro orienta il fanciullo nell'esperienza indicando i contenuti che promuovono esperienze ulteriori, permettendogli di essere protagonista dei rapporti sociali e le leggi di natura, con i quali è portato a interagire, diventando così capace di autogovernarsi.
I programmi vanno concepiti in modo da facilitare lo sviluppo autonomo del pensiero e della coscienza e da offrire all'alunno quelle conoscenze, informazioni, abilità indispensabili per interpretare e muoversi nella società contemporanea in cui vive e agisce.

2. Montessori

La Montessori (1870-1952) perviene ai problemi educativi e scolastici sulla base dei suoi studi di medicina: assistente alla clinica psichiatrica dell'Università di Roma, i suoi primi interessi sono rivolti all'educazione e al recupero dei bambini disadattati. In seguito nel 1905 è incaricata di organizzare asili infantili di nuovo tipo nel quartiere S. Lorenzo di Roma, e due anni dopo apre la Prima Casa dei bambini. Il successo, anche internazionale, di questa iniziativa fa sì che nasca un vero e proprio movimento montessoriano e che i suoi istituti si estendano tanto che nel 1924 viene fondata l'Opera nazionale Montessori e la Scuola magistrale Montessori per la formazione, mediante appositi corsi, degli insegnanti e la diffusione delle idee e del metodo della fondatrice.
La Montessori cercò di dare alla pedagogia una veste scientifica, perché non si può educare nessuno se non lo si conosce.
Per la Montessori i bambini hanno diritto a essere studiati, nel senso di comprendere veramente quali sono i meccanismi di apprendimento e socializzazione che li caratterizzano, esplorandone i processi di maturazione della personalità fin dai primi anni di vita.
La vera educazione è autoeducazione: la pedagogia, il metodo, l'insegnante, l'istituzione scolastica sono tutti mezzi ausiliari per la realizzazione di un "io" interiore, strumenti che devono aiutare il bambino a servirsi delle sue risorse per esprimersi e svilupparsi. Sull'infanzia ricadono gli errori degli adulti: pertanto è necessario avviare una svolta radicale creando un altro mondo, quello del bambino, un ambiente che lo aiuti nel processo di una crescita libera e armonica.
L'educazione sensoriale poi, attuata con materiale didattico predisposto scientificamente e sperimentalmente, avrebbe potuto aiutare i bambini normali a diventare uomini migliori di quanto si sarebbe ottenuto con i tradizionali metodi didattici
. La prima condizione pedagogica per compiere questa operazione a favore dell'infanzia è la predisposizione di un ambiente idoneo, che la Montessori chiama la Casa dei bambini.
Infatti in essa gli spazi sono su misura delle esigenze formative dei piccoli. Le classi sono poche e ospitate in locali non troppo vasti, con suppellettili proporzionate alle dimensioni fisiche dei bambini.
L'aula è una "sala di lavoro", arredata con gusto per poterci vivere in modo piacevole, con materiali (sedie, tavoli, scaffali, armadi ecc.) a portata di mano dei bambini e facilmente utilizzabili da loro per permettere agli scolari di muoversi e agire a loro agio, senza il continuo intervento degli adulti. Soprattutto viene abolito il banco che tiene prigioniero l'alunno costringendolo ad eseguire lavori ed esercizi imposti.
Anche la pulizia dei locali è affidata agli stessi bambini affinché vengano educati all'ordine e al decoro.
L'insegnante è colui che consiglia, aiuta, stimola, evitando anche i tradizionali premi e castighi.
In questo nuovo ambiente, costruito a misura di bambino, assume una

funzione centrale il materiale didattico, detto anche di "sviluppo", costituito da materiale scientifico e strutturato, cioè appositamente costruito (da esperti: la maestra si limita a usarlo ma non interviene né nella progettazione né nella produzione) per sviluppare con gradualità e progressività le competenze specifiche negli ambiti delle diverse attività sensoriali.

Esso si deve applicare rigidamente e senza varianti e comprende solidi da incastrare, blocchi, tavolette, figure e solidi geometrici da ordinare secondo criteri diversi (colore, dimensioni, altezza, peso, incastro), matasse colorate e campanellini da porre in scala secondo l'intensità del colore o del suono, superfici ruvide o lisce da graduare e così via.

L'affinamento della sensibilità costituisce la condizione necessaria per l'apprendimento della lettura e della scrittura: si comincia a conoscere le lettere dell'alfabeto, riprodotte in dimensioni grandi, seguendone il contorno e imparando così a distinguerle; in seguito si potranno comporre le parole utilizzando alfabeti mobili oppure disegnando le lettere per imitazione. Anche la lettura va di pari passo: lungamente preparata dopo aver allestito tutte le precondizioni di potenziamento delle capacità sensoriali essa sembra esplodere all'improvviso.

Con la stessa lenta gradualità è introdotto il far di conto: del resto tutte le serie di oggetti impiegati per gli esercizi sensoriali sono realizzati seguendo il sistema metrico decimale.

Il presupposto della Montessori è che la struttura psichica del bambino sia diversa da quella dell'adulto: ella parla, specie nelle ultime opere, di una "mente assorbente" in quanto "la mente del bambino prende le cose dall'ambiente e le incarna in se stessa".

La "mente assorbente" assimila e sistema immagini mettendole al servizio del ragionamento, poiché è proprio per quest'ultimo che il bambino assorbe le immagini.

Il fine generale dell'educazione, la regola centrale del metodo stanno nella difesa della libertà del bambino, nello sviluppo delle sue esperienze, evitando che l'adulto imponga i suoi interessi e i propri modi di apprendere e di ragionare.

PEDAGOGISTI DEL SECONDO 900

1. Decroly

All'interno del movimento attivista, si possono trovare degli studiosi che si sono avvicinati alla pedagogia provenendo da studi per lo più di medicina.

Decroly (1871-1932), medico e neuropsichiatra, dopo la Scuola di insegnamento speciale per bambini anormali, fonda nel 1907 la Scuola dell'Ermitage, dove conduce un esperimento pedagogico all'insegna del motto "per la vita attraverso la vita".

Secondo Decroly la scuola deve avere come fine l'adattamento sociale, naturale, intellettuale e culturale del maggior numero di persone.

Mentre i programmi tradizionali forniscono una cultura generale, il nuovo metodo è fondato sull'osservazione diretta, sullo studio dei bisogni primari e dell'ambiente del fanciullo, rispettando, sia l'esigenza soggettivo-psicologica, sia quella oggettivo-sociale.

Il bambino sarà pertanto preparato alla vita attraverso attività che gli consentano di soddisfare i suoi fondamentali interessi vitali, cioè a) nutrirsi, b) lottare (ripararsi, coprirsi, proteggersi) contro le intemperie, c) difendersi dai nemici e dai pericoli, d) lavorare e agire con gli altri o da solo, ricrearsi e migliorarsi. A questi bisogni corrispondono altrettanti interessi.

Decroly rifiuta l'insegnamento tradizionale per distinte materie di studio proponendo un insegnamento che faccia leva sugli interessi e sui bisogni.

La scuola sarà organizzata come ambiente in cui l'alunno possa avvicinarsi gradualmente alle attività materiali e sociali proprie della vita reale, mentre le attività scolastiche saranno organizzate tutte attorno a "centri di interesse" adattati e graduati secondo l'età.

L'insegnamento per "centri di interesse" si svolge attraverso attività ed esercizi articolati nell'osservazione, nell'esplorazione dell'ambiente, nell'associazione nello spazio e nel tempo dei fenomeni e degli oggetti, nell'espressione attraverso il linguaggio, la composizione scritta, il disegno, il lavoro manuale.

Vengono istituite schede di osservazione nelle quali sono registrati i dati (i livelli di progresso e di maturazione, di apprendimento e di applicazione, le

difficoltà, i tratti del carattere e le caratteristiche dell'ambiente di provenienza) riguardanti l'attività del ragazzo in modo da facilitare l'individualizzazione dell'insegnamento e dell'apprendimento.
Oltre alla teoria dei "centri di interesse" si occupa del globalismo, secondo la quale il bambino possiede una capacità percettivo-cognitiva del tutto specifica, che coglie l'insieme indistinto delle cose e dei fenomeni.
Il metodo globale, che procede quindi dal tutto alle parti, anche se è stato particolarmente impiegato per l'apprendimento della lettura e della scrittura, deve caratterizzare qualsiasi insegnamento perché corrisponde al modo più semplice e naturale di conoscere.
Da questo momento iniziale potrà partire il percorso che porta con gradualità a conoscenze e attività differenziate e sistematiche.

2 .Claparede

Il nome di Claparède (1873 - 1940) è legato soprattutto alla fondazione dell'Istituto J.J Rousseau di scienze dell'educazione che ha sede a Ginevra. Anche lui medico e neuropsichiatra, si interessa di psicologia, formulando una delle principali teorie in questo settore
. Il suo passaggio alla pedagogia deriva dalla convinzione che lo studio dello sviluppo mentale sia una condizione indispensabile per il miglioramento della scuola e dell'educazione.
Claparède studia l'interazione ambiente-mente, poiché i processi di quest'ultima (percettivi, affettivi, volitivi, intellettuali) possono essere spiegati come necessità di controllo dell'ambiente esterno. In questo contesto il bisogno si manifesta come segnale spontaneo quando il rapporto individuo-ambiente è compromesso e stimola all'attività per ristabilire l'equilibrio interrotto.
Sulla base della legge del bisogno ("ogni bisogno tende a provocare reazioni atte a soddisfarlo") e dell'interesse ("ogni comportamento e dettato da un interesse") si arriva alla conclusione che l'educazione deve quindi basarsi su questi fattori spontanei del fanciullo per metterlo in condizione di fornire delle risposte adeguate alle esigenze naturali e sociali dell'attività.
L'educazione è funzionale nella misura in cui il fanciullo non è ostacolato nel suo cammino in rapporto ai bisogni e agli interessi profondi.
Questo presuppone uno sforzo poiché l'allievo, motivato da un interesse, è portato a superare gli ostacoli per il raggiungimento della meta prefissata.
L'insegnante, dotato di preparazione psicologica, deve conoscere e analizzare i bisogni del fanciullo, suscitare i suoi interessi e rimuovere la sua repulsione per lo sforzo presentando il lavoro da eseguire in forma ludica e gioiosa.
I bisogni e gli interessi sono però individuali, per cui la scuola deve essere "una scuola su misura" in quanto deve rispettare e valorizzare le diversità di ciascuno e deve selezionare i talenti

II CAPITOLO

L'APPORTO DELLE TEORIE PSICOLOGICHE
NELLA PEDAGOGIA E NELLE TEORIE DELL'APPRENDIMENTO

La conoscenza della psicologia dello sviluppo ha aiutato a comprendere i turbamenti del soggetto da educare, le sue azioni ed il suo comportamento. Gli psicologi, nel tratteggiare le fasi evolutive del bambino si avvalgono del principio della crescita fisica, della maturazione e dell'apprendimento. Per crescita fisica si intendono tutti quei mutamenti che interessano il corpo, sia nella forma che nella dimensione, mentre per maturazione si suole definire lo sviluppo degli istinti e di qualsiasi altro comportamento non appreso. L'apprendimento si caratterizza come un'acquisizione persistente di modificazioni del comportamento – di modi di agire, di reagire, di conoscere – determinate dall'esperienza del soggetto, piuttosto che da un controllo genetico: si può trattare di acquisizioni molto diverse che vanno dal semplice condizionamento di riflessi primari fino a forme complesse di organizzazione delle informazioni per affrontare situazioni nuove, per raggiungere uno scopo, per risolvere un problema.
La capacità di apprendere nella sua plasticità consente all'individuo di adattarsi efficacemente alle circostanze ambientali.

IL MODELLO PSICODINAMICO

Freud

Il modello psicodinamico, di cui l'esponente più rappresentativo è S. Freud, si basa sul fatto che le azioni umane sono causate da pulsioni biologiche e sociali per cui il comportamento esteriore deve essere compreso solo in relazione a delle forze interiori.
Freud individua nello sviluppo della personalità delle fasi psicosessuali che sono dominate da istinti non appresi e rivolti alla ricerca del piacere.
L'individuo, quindi, giunge alla gratificazione, stimolando il proprio corpo.
Le fasi evolutive sono così distinte :
• fase orale (1 anno) in cui la bocca è per il bambino la fonte del piacere perché egli soddisfa il bisogno della fame e stabilisce i primi contatti con l'ambiente ;
• fase anale (2° e 3° anno) nella quale il bambino prova piacere nel controllo degli sfinteri ;
• fase fallica (3° e 4°anno) che è caratterizzata dall'esplorazione delle zone genitali in seguito alla scoperta della diversità sessuali ;
• fase della latenza (6-11 anni) in cui gli impulsi sessuali sono mitigati dal crescere degli interessi sociali ;
• fase genitale ove ha luogo la differenziazione sessuale.
Attraverso questi stage i bambini si identificano nel proprio ruolo sessuale, superano la fase dell'amore per il genitore di sesso opposto ed intraprendono un'attività eterosessuale.

COMPORTAMENTISMO

Pavlov

La cultura pedagogica russa ha avuto anche un forte impulso dalle ricerche di psicologia fin dalla fine dell'Ottocento con Pavlov (1849-1936) considerava i comportamenti come riflessi, cioè come risposte innate del sistema nervoso a determinati stimoli.
Secondo questa prospettiva, che assimila il comportamento umano a quello animale, l'apprendimento non sarebbe altro che un sistema di riflessi condizionati tra gli stimoli a scopo di adattamento.
Pavlov ha identificato il meccanismo che se si faceva precedere alla somministrazione del cibo a dei cani un suono, con il tempo il cane apprende che, dopo il suono, gli verrà fornito il cibo. Infatti, a seguito del condizionamento, il suono di per sé generava la salivazione del cane.
All'interno di questo approccio, viene posta enfasi su particolari aspetti psicologici e uno degli assunti principali è il meccanismo del condizionamento, in base al quale l'associazione ripetuta di uno stimolo, detto stimolo neutro, con una risposta che non è ad esso direttamente correlata, farà sì che, dopo un periodo di tempo, a tale stimolo segua la risposta condizionata.

Skinner

Il suo grande merito, è quello di avere scoperto che i comportamenti umani sono prevedibili e controllabili attraverso una opportuna gestione di due classi di stimoli dell'ambiente fisico: gli stimoli "antecedenti" che l'organismo riceve prima di attuare un comportamento e gli stimoli "conseguenti" che l'organismo riceve immediatamente dopo che il comportamento è stato posto in essere.
Il punto di partenza della teoria di Skinner (1904 – 1990) è la critica alla tesi che il pensiero ha un modo di funzionare autonomo, con proprie strutture, processi evolutivi e modalità di organizzazione dei dati dell'esperienza; in realtà il pensiero (come del resto anche il linguaggio e le altre funzioni superiori) è una forma di comportamento che non possiede una propria autonomia interna e di cui pertanto occorre conoscere le componenti.
Per Skinner determinati eventi, detti "rinforzi" hanno un valore particolare per gli individui in quanto il loro prodursi riduce o aumenta lo stato di tensione interna.
Il modo più efficace per promuovere un certo tipo di condotta mentale sta

nel mettere a punto rinforzi con caratteristiche contingenti (contingenze di rinforzo) tali da esercitare un controllo positivo del comportamento.
Si rende dunque necessaria un'impostazione programmata secondo linee curricolari ben specificate, sia come gradualità di progressione sia come momenti di apprendimento e di verifica, in modo da ottenere un insieme organizzato di comportamenti che sia aperto, non ripetitivo e non meccanico. Skinner propone di costruire una società in cui il rispetto della libertà e della dignità della persona viene ottenuto con un sistema educativo fondato sul condizionamento operante, senza punizioni e repressioni; una società che anziché punire i comportamenti negativi, si fondi sul rinforzo precoce di quelli desiderabili.
Skinner ritiene che sia necessario progettare delle sequenze di apprendimento uguali per tutti ma nello stesso tempo in grado di individualizzarsi per le esigenze di ciascuno e di verificare accuratamente i risultati ottenuti, utilizzando per la loro fissazione adeguate attività di rinforzo.
La pedagogia deve diventare "tecnologia dell'insegnamento", avvalendosi del supporto di tecnologie esterne. Infatti la pedagogia d Skinner, proprio presupponendo l'esame e il controllo analitico dei processi e delle strutture psichiche da formare negli allievi, privilegia la progettazione, la programmazione, l'istruzione programmata. In tale contesto si inserisce l'impiego delle macchine per insegnare: già realizzate nei primi esemplari fin dagli anni '20.
Skinner le progetta, al fine di individualizzare l'insegnamento, secondo un modello a sequenza lineare.
Nel caso più semplice si tratta di un tabulato con le unità di apprendimento proposte e la domanda, lo spazio per le risposte costruite, l'eventuale arresto nel caso di risposta errata, la possibilità di ritorno all'unità di apprendimento proposta o il passaggio rinforzato alle unità successive.
In ogni caso esse si fondano sul principio di realizzare accurate sequenze di contenuti e quesiti che ogni alunno può affrontare con i propri tempi e modi, avendo la garanzia di un feedback immediato attraverso il rinforzo che segue alla risposta (variamente costituito da un avanzamento o blocco della sequenza, o da un mutamento di sequenza ecc.)..
E' chiaro che l'impiego di questi strumenti ai fini dell'insegnamento non si può certo inserire nella scuola tradizionale ma solo in un progetto che si propone di creare scuole modello, di formare insegnanti preparati, di semplificare e di programmare ciò che si deve apprendere, di migliorare la prestazione dei materiali utilizzati, di definire in modo più organico gli obiettivi, di costruire curricoli scolastici articolati nello spazio, nel tempo, nei contenuti, nei sistemi di verifica e di controllo.

MODELLO COGNITIVO BIOLOGICO
Piaget

Lo studioso che ha maggiormente contribuito a modificare l'immagine del fanciullo e dell'educazione nel nostro secolo è però Jean Piaget (1896-1980). Egli occupa un posto centrale nell'ambito della psicologia e pedagogia contemporanee soprattutto per lo studio dell'età evolutiva. Piaget supera le teorie «preformiste» (che sostengono la presenza nella mente di idee innate) e quelle «ambientaliste» proponendo un costruttivismo che vede l'interazione fra fattori strutturali (strutture cognitive a priori) e fattori ambientali.
L'intelligenza è già completamente presente nel bambino o semplicemente si dispiega con la crescita?
Si può considerare il prodotto dell'accumularsi di molteplici esperienze o è il risultato di una particolare interazione dell'organismo con l'ambiente?
Piaget fu sostenitore di questa ultima ipotesi, precisando nella sua teoria la modalità di questa interazione. Lo sviluppo dell'intelligenza risulta essere un equilibrio dinamico tra processo di assimilazione dei dati dell'esperienza a schemi mentali già presenti nell'individuo in crescita e un processo di accomodamento, ovvero di modificazione di tali schemi quando l'esperienza compiuta è troppo nuova e contrasta con essi.
La sua teoria si basa essenzialmente sul presupposto che la maturazione delle strutture mentali deve essere considerata piuttosto come prerequisito su cui innestare gli apprendimenti successivi.
Essa, quindi, precede l'apprendimento e non viceversa: "l'adattamento

intellettuale è dunque più ristretto dell'adattamento biologico ... dal punto di vista biologico l'intelligenza è dapprima un caso particolare dell'attività organica".
La teoria piagetiana viene definita "genetica" perché segue gli sviluppi dell'intelligenza e dei sistemi di conoscenza attraverso le fasi proprie di ciascuna età spiegando il passaggio dall'una all'altra. Soprattutto studia lo sviluppo delle funzioni e delle strutture cognitive legato all'intelligenza, come capacità che permette al soggetto di adattare il suo comportamento alle modificazioni dell'ambiente. La formazione dell'intelligenza ha carattere costruttivo, attraverso lo scambio dinamico che il soggetto intrattiene con l'ambiente che implica equilibrazione per modificazioni successive in virtù delle quali ogni struttura mentale entra a far parte della struttura precedente con funzioni di ristrutturazione dell'insieme.
Piaget descriveva la crescita intellettiva come un processo attivo in cui i bambini ripetutamente assimilano nuove esperienze ed accomodano le loro strutture cognitive a queste esperienze. L'adattamento e l'organizzazione rendono possibile ai bambini di costruire una comprensione
sempre maggiore del mondo in cui vivono .
Piaget fu in grado di identificare quattro metodi (o modelli) di ragionamento correlati all'età e che,
a suo avviso, rappresentano differenti stadi di crescita intellettiva.
Questi importanti periodi dello sviluppo cognitivo sono:
- lo stadio sensomotorio (dalla nascita a 2 anni), predomina la conoscenza attraverso i sensi, il bambino prova piacere nel ripetere le azioni che attirano la sua attenzione.
- lo stadio preoperatorio (da 2 a 7 anni), predomina il simbolo. Un simbolo è un'entità che ne rappresenta un'altra. Un esempio è il gioco creativo nel quale il bimbo usa, per esempio, una scatola per rappresentare un tavolo, dei pezzetti di carta per rappresentare i piatti ecc.
- lo stadio delle operazioni concrete (da 7 a 11 anni) predomina la conoscenza attraverso il fare, manipolare. Raggiunge la reversibilità del pensiero: si sviluppa la consapevolezza della permanenza dell'oggetto.
- lo stadio delle operazioni formali (dagli 11 in poi), predomina la conoscenza attraverso l'astrazione dal reale, il bambino osserva ed esplora gli oggetti secondo varie angolazioni e si nota un comportamento per tentativi ed errori, simile al ragionamento.
Secondo Piaget tutti i bambini passeranno attraverso questi stadi senza poterli saltare, perché ciascun stadio si costruisce sul completamento di tutti gli stadi precedenti.
L'educatore deve avere una preparazione psicologica ed è tenuto a d utilizzare questo bagaglio conoscitivo ideando un insieme di tecniche da sperimentare e adattare personalmente.
Certo Piaget ritiene che i tempi e la successione delle fasi di sviluppo psicologico siano immodificabili, togliendo efficacia all'intervento dell'adulto che non può né cambiare né accelerare queste fasi. L'educazione dunque può solo preparare l'ambiente alla loro comparsa o al loro rinforzo. L'educatore deve adeguare le sue richieste al livello di sviluppo dell'allievo e costruire situazioni perché questo adeguamento si produca. A tale proposito la centralità del fare costituisce il punto di vicinanza di Piaget con l'attivismo in quanto il motore dell'intelligenza è "il fa fare".
Perciò lo scienziato svizzero, se ha sempre insistito sulla necessità di un adeguamento della scuola alle scoperte della psicologia, ha esposto un nuovo profilo professionale degli insegnanti che conciliasse i contenuti disciplinari con una solida preparazione psicologica e un'adeguata capacità di gestione dei metodi e della scuola secondo valenze interdisciplinari.

MODELLO SOCIAL-BIOLOGICO

Vygotskij

A Pavlov si oppone la scuola "storico-sociale" che intende recuperare la dimensione specificamente umana dell'apprendimento e quindi della formazione. Il suo fondatore fu Vygotskij (1896-1934), autore di numerosi lavori scientifici e del famoso "Pensiero e linguaggio".
Il dato biologico, che tanta parte ha nella teoria piagetiana, viene in qualche modo posto sullo sfondo anche dallo psicologo russo Lev S. Vygotskij, il quale preferisce indirizzare la sua
ricerca verso il ruolo formativo, a livello storico sociale, dell'ambiente. L'

intelligenza può usufruire
di diversi strumenti messi a disposizione dall'ambiente per progredire nel suo sviluppo stadiale : il
bambino cresce in stretta interazione con due aspetti della cultura: gli strumenti che essa produce (il
linguaggio orale e scritto, per esempio) e le interazioni sociali (tra adulti e bambini e tra bambini).
Tre temi unificano la teoria complessa e di vasta portata di Lev Vygotskij, esponente della
teoria culturale/cognitiva:
1) l'importanza della cultura,
2)il ruolo del linguaggio
3) la "zona di crescita prossimale"
Per Vygotskij l'aspetto caratteristico dello sviluppo è costituito dalla socialità: il bambino cresce nell'interazione con gli altri, così come il linguaggio è immediatamente uno strumento di comunicazione con il mondo esterno.
Al centro del suo studio vi è l'ambiente sociale come fattore di promozione dello sviluppo, per cui tutte le relazioni intersoggettive con gli adulti possiedono una forte valenza educativa in quanto sono comunque percorsi culturali senza i quali l'uomo non può acquisire le sue qualità e funzioni specifiche.
Vygostkiy con la sua Apostasia (allontanamento) della teoria stadiale, favorisce l'abbandono della teoria stadiale che definisce le persone classificandole per fasi e stadi
L'intuizione fondamentale di Vygotskij fu che l'apprendimento dei concetti avviene attraverso un'impresa collaborativa "diventiamo noi stessi attraverso gli altri : tale regola si riferisce non solo alla personalità nel suo complesso ma anche alla storia di ogni singola funzione".
Così anche nei rapporti interpersonali tra adulto e bambini si instaura un dialogo volto a fornire al bambino indicazioni ed appoggi che gli consentono di fare quei passi avanti che egli da solo non è ancora in grado di compiere. Si tratta del cosiddetto 'prestito di coscienza' che permette al bambino di passare attraverso la zona di sviluppo prossimale che definisce "quelle funzioni che non sono ancora mature ma sono in un processo di maturazione, funzioni che matureranno domani ma sono al momento in uno stato embrionale.
Queste funzioni potrebbero essere chiamate i 'boccioli' o i 'fiori' dello sviluppo, piuttosto che i frutti di questo sviluppo.
Il livello reale di sviluppo caratterizza lo sviluppo mentale retrospettivamente, mentre la zona di sviluppo prossimale caratterizza prospettivamente lo sviluppo".
È quella zona identificata come area sensibile, dove si evidenzia la differenza tra ciò che il bambino sa fare da solo, e ciò che può fare con l'ausilio di una persona più competente; in questa situazione il piccolo interiorizza il dialogo riflettendo su quanto gli viene suggerito.
L'apprendimento anticipa l'espressione di potenzialità già esistenti: infatti, a differenza dell'approccio Piagetiano, Vygotskij non riteneva che il bambino passasse attraverso diversi stadi e dunque "fosse pronto" ad apprendere nuove conoscenze che prima non era in grado di ritenere, ma sostiene che il bambino impara da coloro che si trovano ad un livello di conoscenza superiore.
Possiamo immaginare che la personalità in crescita di un bambino o di un giovane sia suddivisa in diverse "zone" all'interno delle quali l'educatore potrà sapientemente inserirsi nel tentativo di estrarre ciò che c'è di buono, plasmarne (per quanto possibile) alcune parti e smussare gli spigoli più acuti : tendere cioè alla zona di sviluppo prossimale come stato embrionale di crescita cognitiva.
Se vogliamo vedere i germogli, dobbiamo buttare un'occhiata nella zona di sviluppo prossimale. Le abilità che si trovano qui sono ancora in stato embrionale ma spingono con forza per emergere, come il germoglio spinge per bucare il terreno e vedere il sole. Metafore romantiche a parte, stiamo parlando di quella fondamentale parte dell'apprendimento dove il figlio impara tenendo ancora per mano il genitore, lo studente impara con la guida dell'insegnante, dove l'educatore, generalizzando, accompagna l'educando nell'acquisizione di nuove capacità.
È molto difficile saper individuare con precisione questa zona, perché molto variabile e soggettiva, ma è qui che l'educatore andrà a lavorare con tutte le

sue forze! Nei casi più fortunati, senza neanche il bisogno di inventare chissà che cosa basterà farsi base sicura per quei ragazzi che non aspettano altro che crescere e tirare fuori le proprie capacità..

Particolare attenzione viene dedicata al gioco.

Già oggetto di rivalutazione da parte delle scuole attivistiche, egli, pur non ritenendolo l'attività prevalente del bambino, lo considera tuttavia una delle principali "aree di sviluppo potenziale" per il conseguimento di mete cognitive altrimenti impossibili.

Infatti sono le tendenze irrealizzabili del bambino a promuovere il gioco nel quale contemporaneamente il pensiero e il linguaggio si staccano dalla realtà delle cose per promuovere e suscitare comprensioni e usi di significati e di sensi nuovi.

Nel gioco il bambino fa ciò che desidera di più, in quanto il gioco è legato al piacere: operando in una situazione reale ma con un significato staccato, da un lato segue "la linea della minore resistenza"; ma dall'altro impara ad agire secondo la linea opposta perché, nello stesso tempo, nel gioco si sottomette alle regole e rinuncia a ciò che vuole.

In definitiva il contributo più significativo di Vygotskij alla riflessione pedagogica sta nel dare unità e sistematicità al processo educativo producendolo e cogliendolo nella società, nella storia, nella cultura, ma anche nella coscienza della persona secondo un 'organicità che comprende tutti gli aspetti (dimensione affettiva e sociale, pensiero e linguaggio, arte, gioco, lavoro, scienza) della vita.

MODELLO COGNITIVO - STRUTTURALISTA

Bruner

L’interesse di Bruner (1915) si concentra su "quegli strumenti di cui l'organismo si serve per conseguire, conservare e trasformare l'informazione" fino ad acquisire delle strutture.

L’acquisizione del linguaggio è rilevante per lo sviluppo mentale. Interiorizzando proprio le strutture linguistiche che vengono insegnate,il bambino si costruisce la realtà, secondo certi schemi simbolici come la categorizzazione, la generalizzazione, la casualità.

Di fatto le nostre esperienze e i nostri rapporti con il mondo sono semplificati e resi più produttivi dalla nostra capacità di categorizzare, cioè di rendere equivalenti cose distinguibilmente differenti. E’ importante raggruppare gli oggetti, gli eventi e la gente intorno a noi in classi, e rispondere ad essi nei termini della loro appartenenza ad una classe, anziché della loro singolarità.

Bruner insiste anche su altri due aspetti:

• innanzitutto mostra l'influenza dei fattori motivazionali e socio-culturali nel processo di riconoscimento percettivo e di categorizzazione: ciò che vi è di costante nel comportamento cognitivo è l'atto del categorizzare, mentre le modalità della categorizzazione sono notevolmente variabili.

• Inoltre la predilezione affettiva, i bisogni, l'esperienza passata, le categorie in base alle quali l'uomo sceglie e reagisce al mondo circostante riflettono profondamente la cultura in cui è nato. Il linguaggio, il modo di vivere, la religione ecc. plasmano il modo in cui una persona ha esperienza degli eventi che formano la sua storia personale.

Secondo Bruner lo sviluppo dell'intelligenza e delle sue funzioni è dato da cambiamenti qualitativi della struttura psichica e cognitiva del comportamento del bambino nelle diverse età.

Per Bruner i bambini, attraverso l’acquisizione di alcune strutture linguistiche, sono messi in condizione di rappresentarsi una situazione in modo relativamente indipendente da ciò che è
immediatamente sotto i loro occhi. Questa capacità, che trova nel linguaggio il suo culmine, è il
problema centrale dello sviluppo cognitivo. Nel corso dello sviluppo si succedono tre codici rappresentativi.

• Nella prima fase il bambino è capace di una rappresentazione attiva
, costituita da un insieme di schemi di azione che si associano stabilmente a certi stimoli: così il biberon è rappresentato dallo schema ‘bianco, caldo, afferrare, succhiare, piacere’.

• Il secondo codice è la rappresentazione iconica, in cui il margine mentale o uno schema
spaziale interno è relativamente indipendente, ancora, però, legato all’

associazione tra stimoli
esterni e sensazioni interne.
• Il terzo codice è la rappresentazione simbolica, costituito da una serie di schemi astratti,
che vengono appresi dalla cultura del proprio gruppo.
Attraverso la rappresentazione simbolica noi acquisiamo dei filtri attraverso cui apprendiamo a vedere il mondo a un certo modo, secondo schemi non universali e oggettivi, ma culturali e contingenti.
In ogni caso bisogna evidenziare come per Bruner queste modalità rappresentative sono largamente influenzate dalla cultura in quanto per lo sviluppo cognitivo hanno un'importanza determinante i fattori ambientali e sociali, mentre l'educazione riveste un ruolo essenziale nell'estensione delle capacità cognitive e delle abilità intellettuali per la risoluzione dei problemi.
La teoria dell'istruzione elaborata dallo psicologo americano indica le esperienze e le modalità che generano nell'allievo "la predisposizione ad apprendere". Essa secondo Bruner, consiste nell'approccio del soggetto a diversi contenuti attraverso un atteggiamento problematico e di "dubbio metodologico" che determinano un'attiva partecipazione dell'allievo e costituiscono il presupposto di ogni azione volta all'apprendimento . Infatti, il ragazzo che indaga sulle possibili soluzioni ad un problema attiva, conserva e dirige il suo apprendimento. "In altri termini l'esplorazione di possibili alternative richiede uno stimolo che la metta in moto, un interesse che l'alimenti ed, infine, un criterio che le impedisca di procedere alla cieca".
Il substrato biologico è vincolo e/o condizione per l'azione, vincolo che l'uomo trascende mediante gli strumenti protesici della cultura. Le potenzialità intellettive si dispiegano mediante il pensiero paradigmatico (scientifico) e il pensiero narrativo che si basa sulla condivisione. La narrazione è considerata da Bruner come "modello mentale" cioè una modalità di pensare e organizzare la realtà rendendola realtà interpretata, andando oltre aspetti logici e sistematici della vita mentale così come venivano interpretati da Piaget. Egli afferma che la scuola deve divenire un luogo di negoziazione dei risultati: in tale contesto pensiero scientifico e narrativo possono integrarsi e favorire la conoscenza in vari ambiti, dalla scienza alla storia.
"Nello studio dell'uomo il problema non è solo quello di capire i principi causali della sua biologia e della sua evoluzione, ma di capirli alla luce dei processi interpretativi implicati nel fare significato.
Non tener conto delle limitazioni biologiche del funzionamento umano è peccare di superbia. Sottovalutare il potere della cultura di plasmare la mente umana e rinunciare ad assumere il controllo di questo potere è commettere suicidio morale.
Una psicologia ben formulata ci può aiutare ad evitare entrambi questi disastri".
Per Piaget non sarebbe possibile ottenere risultati con i bambini che non abbiano raggiunto
lo stadio adeguato di sviluppo mentale.

Bruner e la personalizzazione dell'apprendimento

Per un approccio più efficace alla realizzazione dell'apprendimento anche nei contesti della disabilità anziché puntare sull'uniformità degli interventi educativi e scolastici, la personalizzazione si affida alla capacità degli educatori e degli insegnanti di interpretare i bisogni degli allievi e di valorizzarne le caratteristiche peculiari.
La personalizzazione costituisce il perfezionamento della proposta di Claparède di una "scuola su misura", cioè capaci di individualizzare i percorsi di apprendimento degli allievi.
Per Bruner la conoscenza più efficace è quella che riproduce il processo di scoperta scientifica mediante l'attivazione di uno sforzo induttivo con il quale si procede oltre il dato immediato, per formulare ipotesi e favorire la padronanza delle strutture mentali in grado di assicurare gli apprendimenti successivi.
La capacità di trasferire una conoscenza in un ambito diverso da quella nel quale è stata acquisita costituisce la spia che rivela se l'apprendimento è avvenuto oppure no.
Per apprendere in modo significativo occorre poter collegare la nuova informazione con proposizioni già possedute, attraverso un lavoro di identificazione e di selezione, servendosi dei processi di analisi e di sintesi. In mancanza di una riorganizzazione mentale di questo tipo "si verifica

soltanto un apprendimento meccanico che, trasferendo passivamente l'informazione in memoria – senza preoccuparsi di creare agganci o interazioni con la conoscenza precedente – dà vita a un sapere superficiale ed effimero, difficilmente recuperabile perché immagazzinato senza un criterio significativo".
Bruner si differenzia da Piaget, poiché mette in discussione la teoria degli stadi genetici piagetiani: l'apprendimento dipende non solo dall'evoluzione del soggetto, ma anche dal contesto ambientale, dall'applicazione delle metodologie di insegnamento, ecc.
Bruner pensa in sostanza a un apprendimento basato sulla padronanza di strutture concettuali incentrato sul processo più che sul prodotto.
Il processo si attiva mediante la costruzione di significato.
La scuola deve adottare un metodo che si adegui agli interessi del soggetto. L'esperienza scolastica non è l'esperienza spontanea, naturale o sociale, ma deve essere un'esperienza orientata e predisposta al raggiungimento di precisi obiettivi di crescita culturale.
Il metodo di insegnamento, pur non trascurando il mondo psicologico dell'alunno, va pertanto cercato all'interno delle discipline che costituiscono l'oggetto dell'insegnamento stesso: questo è il principio fondamentale della pedagogia strutturalista.
Piuttosto che contenuti, la scuola deve fornire strumenti e sviluppare capacità che rendano gli individui disponibili ad apprendere. L'alunno deve innanzitutto "imparare ad imparare", e ciò sarà possibile attraverso l'apprendimento delle strutture disciplinari.

4 Gadner e le intelligenze multiple

Gardner diede un altro importante contributo all'approccio della personalizzazione dell'educazione: egli infatti prese come punto di partenza gli studi dei neurofisiologi riguardo al cervello e alla sua evoluzione nel corso del tempo e arrivò alla conclusione che gli esseri umani sono dotati non di un determinato grado di intelligenza generale, ma di un numero variabile di facoltà relativamente indipendenti fra loro.
Gardner ne identificò otto: 1) Intelligenza linguistica: è l'abilità di usare efficacemente il linguaggio orale e scritto per spiegare, pensare, convincere e informare; le sue basi si pongono nella prima infanzia, ma può essere affinata e migliorata nel corso degli anni. 2) Intelligenza logico-matematica: è la capacità di ragionare e di manipolare i numeri; si sviluppa maggiormente nella prima giovinezza. 3) Intelligenza spaziale e visiva: è l'abilità di percepire visivamente il mondo e di reinterpretarlo; si sviluppa con l'età e con l'esperienza (pittori, architetti, meccanici, piloti, registi, giocatori di scacchi, chirurgi, navigatori). 4) Intelligenza corporeo-cinestetica: capacità di usare il proprio corpo per esprimere idee o sentimenti, o per raggiungere obiettivi in campo sportivo o in altre attività e inizia a manifestarsi in età prescolare (attori, ballerini, atleti). 5) Intelligenza musicale: è l'abilità di percepire e produrre musica attraverso l'esecuzione e la composizione; questa intelligenza si sviluppa molto precocemente(fin dai primi mesi di vita) ma rimane attiva fino alla vecchiaia senza diminuire. 6) Intelligenza sociale (interpersonale): consente di capire le persone, essere empatici e comunicare in modo convincente ed efficace; si manifesta e si inizia a sviluppare a partire dai 3-4 anni di età. 7) Intelligenza introspettiva (intrapersonale): è la conoscenza di se stessi, delle proprie abilità, dei proprio desideri e sentimenti, unita alla capacità di agire su di essi e di valorizzare le proprie doti personali; consente inoltre di comprendere intenzioni. Personalità e desideri altrui, anche quando non sono apertamente manifestati; si rivela in modo più evidente a partire dall'adolescenza. 8) Intelligenza naturalistica: è l'abilità di riconoscere e classificare elementi dell'ambiente naturale, e si sviluppa fin dall'infanzia, grazie al grande interesse che i bambini hanno per il mondo della natura. Per Gardner pensare alla scuola come semplice erogatrice di una formazione uniforme a base principalmente linguistica e matematica, in quanto in questo modo si rischia di "dimenticare" quei soggetti che manifestano altre forme cognitive, che spesso si nascondono nell'uniformità delle classi scolastiche tradizionali e che vengono sottostimati sul piano dello sviluppo delle loro potenzialità.
Nelle condizioni adatte invece ogni individuo ha la possibilità di eccellere in un certo tipo di intelligenza e ciò vale anche per i soggetti tradizionalmente considerati poco portati per le materie scolastiche.

Proprio per questo secondo Gardner l'educazione deve essere predisposta in modo da aiutare ogni allievo a valorizzare la sua forma di intelligenza e acquisire così il maggior numero di informazioni possibile.

MODELLO UMANISTICO

Maslow e Rogers e l'intelligenza affettiva o emotiva.

Un altro ambito di ricerca molto importante è quello che studia i rapporti tra i processi di insegnamento-apprendimento e le dinamiche affettivo-emotive.
Numerose indagini hanno dimostrato che l'intelligenza basata sull'esercizio della pura razionalità costituisce solo un aspetto delle più generali capacità che permettono all'essere umano di misurarsi con le diverse situazioni incontrate nella vita di tutti i giorni e di risolvere adeguatamente i problemi che esse implicano.
Infatti, ragione e sentimento sono diversi e distinti, ma pur sempre collegati in quanto necessitano e dipendono l'uno dall'altro (i processi cognitivi ed emotivi interagiscono e si influenzano in modo reciproco).
Tutto ciò si riflette anche nell'apprendimento, il quale è influenzato in senso positivo o negativo da un insieme di stati d'animo che rendono strettamente collegati il sapere e il sentire, tanto che se lo sforzo cognitivo è sostenuto dalla dimensione emotiva il risultato sarà altamente positivo; mentre se le emozioni sono turbate per varie ragioni si potrebbe verificare un rapido abbassamento del potenziale intellettivo.
Le teorie umanistiche si caratterizzano per la visione olistica della personalità che tende alla propria autorealizzazione.
I maggiori esponenti sono A. Maslow e C. Rogers che hanno evidenziato come l'impulso fondamentale verso l'autorealizzazione sia "un elemento organizzativo di tutte le varie forze, la cui continua interazione crea ciò che una persona è".
Maslow, che può essere considerato l'iniziatore di tale scuola, nel considerare che l'innata tendenza dell'uomo all'autorealizzazione è fragile, individua una motivazione da mancanza, legata a bisogni fisico-logici e una motivazione da crescita connessa ai bisogni della sicurezza, della stima, della conoscenza ecc.
Elabora la Piramide dei bisogni che alla base del comportamento umano nell'apprendere.
Rogers, la cui teoria della personalità è centrata sulla persona, sul suo mondo personale e sul campo fenomenologico, ritiene che lo sforzo costante dell'individuo sia quello di realizzare il proprio potenziale innato. Dal punto di vista didattico egli delinea una teoria fondata sulla centralità dell'alunno, secondo la quale il docente deve aiutare l'allievo (relazione d'aiuto) instaurando un clima di fiducia, proponendo contenuti finalizzati alla soluzione di problemi e adottando strumenti e metodi adeguati al fine di perseguire la maturazione globale della personalità del discente.

La relazione d'aiuto e la costruzione dell'identità

Alcuni elementi di base dello sviluppo psicologico del bambino devono essere acquisiti precocemente altrimenti tutti i rapporti successivi risentiranno di questa grave carenza: in particolare il sentimento della fiducia, la sicurezza primaria che solo una madre sufficientemente buona può fornire, l'esperienza della continuità del proprio Io e dei confini del proprio corpo.
Lo sviluppo del sé in senso espansivo e coesivo, il senso dell'autonomia e lo spirito di iniziativa, la possibilità di identificarsi negli altri, di capire i loro punti di vista e di provare empatia per le loro emozioni di dolore e di gioia, poggiano su queste prime fondamentali acquisizioni.
E l'ambiente?
Il rapporto tra le caratteristiche della personalità e quelle dell'ambiente è speculare.
La fiducia costante nel bambino diventa amore di sé e successivamente autostima.
La continuità dell'amore e la stabilità degli atteggiamenti dei genitori diventano il senso che il bambino vive della propria identità e continuità. Questa relazione circolare, in forme sempre più complesse, influenza tutto

il periodo evolutivo e l'intera vita dell'uomo.
Il processo maturativo implica ostacoli e frustazioni che il bambino deve necessariamente affrontare per superare i punti nodali della crescita.
La crisi dei tre anni e il superamento della prima dipendenza infantile;
• la fase edipica e l'angoscia di castrazione;
• le acquisizioni sul piano etico e cognitivo nel periodo di latenza;
• la ristrutturazione di uno stabile senso di identità nell'adolescenza; costituiscono necessarie e difficili conquiste che l'ambiente può adeguatamente supportare oppure ostacolare e addirittura impedire.
Le difficoltà del bambino durante lo sviluppo emozionale primario siano tali da richiedere una presa in carico totale da parte dell'ambiente e comunque una risposta "sufficientemente buona" ai suoi bisogni.
Nel caso in cui sia il bambino a doversi adeguare ad aspettative e costrizioni esterne, a causa di ostilità o di mancanza di empatia da parte della madre, tali presupposti lo indurranno al ritiro e all'introversione su cui si costituiranno i fondamenti delle manifestazioni psicopatologiche più gravi.
La condizione adulta richiede una complessa «maturazione» psicologica e affettiva: la persona diventerà adulta nella misura in cui la sua identità sarà autonoma e stabile, la sua separazione/individuazione dalle persone adulte della sua famiglia d'origine potrà dirsi compiuta, quando le sue capacità autoprogettuali elaboreranno Sé possibili e sequenze di azioni per realizzarli, quando sarà in grado di gestirsi autonomamente le varie qualità del suo tempo (occupato, progettuale, vuoto, ecc.), quando sarà in grado di accettare/costruire compromessi tra desideri e realtà, quando saprà rivestire ruoli attesi e prescrittivi in vari contesti (il lavoro, la partecipazione sociale, gli amici), quando saprà elaborare un suo individuale e originale percorso affettivo, sessuale, familiare.
Tutto ciò sembra enormemente complesso, e certo lo è per chi ha deficit significativi; ciò però non ci esime dall'intraprendere la strada del favorire il più possibile, dal punto di vista psicologico, lo sviluppo dell'essere adulto.
Dei tanti punti di approccio a questo discorso, crediamo che quello sull'identità sia fondamentale.
L'identità di una persona inizia a costruirsi soprattutto grazie al processo di identificazione con le figure parentali che offrono il primo e importantissimo modello di riferimento, altri modelli poi seguiranno, e speriamo che tra questi ci sia anche qualche insegnante,educatore,terapista. Considerando l'identità da un punto di vista psicologico ed educativo ci vengono in mente subito una serie di domande fondamentali che tipicamente ci rivolgiamo quando stiamo pensando alla nostra identità.Chi sono io? Come mi vedo? Come mi descriverei? Come mi penso? Come vorrei essere? Come ero? Perché mi penso in un certo modo? E così via.
Sono domande che cercano un senso alla mia esistenza, un significato tutto mio, diverso da quello degli altri, prezioso proprio perché individuale, irripetibile, caratterizzato dalla mia unicità. Queste domande e queste elaborazioni sono difficili e faticose e l'aiuto psicologico ed educativo alla persona con ritardo mentale che sta costruendo, durante tutto l'arco della sua vita, la sua identità è altrettanto difficile e faticoso. Cerchiamo allora di farci venire qualche idea per aiutarci ad aiutare l'elaborazione di un'identità il più forte e autonoma possibile in una persona con ritardo mentale.

Costruzione dell'identità

Il processo di costruzione dell'identità non è mai un percorso lineare, statico: esso si definisce e ridefinisce continuamente attraverso la relazione con l'altro da sé .
Inoltre, essi rivestono un ruolo fondamentale nel processo di costruzione dell'identità.
L'identità di chiunque di noi non è mai qualcosa di fisso, di stabile, di statico. Al contrario è qualcosa che cambia, che si costruisce continuamente, anche nel caso in cui vi sia una disabilità al centro dell'essenza di un individuo, come elemento più forte di altri, o nel caso che la disabilità sopraggiunga ad un certo stadio dell'esistenza.
Ciò significa che il processo di costruzione dell'identità, tanto per i disabili quanto per i "non disabili", non è mai un percorso lineare, ma una sorta di luogo a più entrate, dove la differenza, le ambiguità, le possibilità, i rimandi possono e devono convivere.
Nella costruzione della rete delle identità vale in particolare il rapporto con ciò che è diverso, sconosciuto, altro da sé.

Ma guardiamo un po' più da vicino come funziona psicologicamente l'identità: l'identità si sviluppa, si modifica attraverso il lavoro interconnesso di quattro dimensioni mentali, a cui è utile dedicare un'attenzione specifica.

Nella dimensione Valori, obiettivi, motivazioni noi collochiamo tutto ciò a cui attribuiamo un valore positivo (obiettivi da raggiungere) o valore negativo (situazioni da evitare): in positivo desideri, aspirazioni, bisogni, modelli da imitare, fonti di gratificazione e successo.
Questa dimensione ci spinge a un'azione, orientata a fare quello che siamo capaci per raggiungere i risultati desiderati.
Ma le nostre azioni, spinte dalla motivazione, sono sottoposte alla mediazione positiva o negativa di altre due dimensioni identitarie: l'autoefficacia («Sono in grado di fare quell'azione che vorrei fare?») e le attribuzioni («Sono proprio quelle azioni che producono i risultati? Oppure nel mio caso i risultati dipendono da cose, come l'aiuto o la benevolenza degli altri, piuttosto che da quello che posso fare io?»).
Lo stile attributivo è quindi un insieme sufficientemente stabile di categorie causali a cui la persona fa riferimento abitualmente e varia da individuo a individuo.
Alcuni, infatti, credono che le cose vanno bene o male perché ci si impegna attivamente, alcuni perché si è capaci o incapaci «di natura», altri perché sono facili o difficili, altri ancora per cause aleatorie come il caso o la fortuna (Locus of control)
Comprendiamo benissimo che una persona dovrebbe avere un'identità che lo rassicura rispetto alle sue capacità di fare un'azione («Ce la posso fare») e rispetto al ruolo causativo della sua azione su un certo risultato («Fare così porta risultati»).
Autoefficacia e attribuzioni hanno un ruolo di mediazione primario rispetto all'azione e all'apprendimento.
Il quarto fattore psicologico è l'autostima, ossia il giudizio, cioè le percezioni e la sensazione di valore/soddisfazione su se stessi, che è la risultante delle nostre azioni positive, dei messaggi positivi che riceviamo e della nostra personale autovalutazione e che a sua volta fornisce energia, direzione e conferma alle motivazioni.
Più ci sentiamo bene con noi stessi e più sentiamo di avere valore, più le cose avranno valore per noi.
Dobbiamo tenere sempre presente che l'autostima si costruisce attraverso meccanismi cognitivi di valutazione di se stessi in rapporto ad eventi esterni (successi/insuccessi), a messaggi di accettazione o di rifiuto che ci inviano altre persone e in funzione di standard di giudizio delle proprie prestazioni che il soggetto utilizza più o meno consapevolmente..

LA PIRAMIDE DI MASLOW

Secondo questa teoria i bisogni umani sono organizzati secondo una scala gerarchica,
per cui è necessario soddisfare sempre quelli di ordine inferiore per poter passare ai livelli
superiori. In particolare vengono individuati cinque livelli.
• Al primo e più basso troviamo i bisogni fisiologici, che sono quelli strettamente legati alla sopravvivenza fisica (mangiare,dormire).
• Al secondo troviamo i bisogni di sicurezza, che consistono nella consapevolezza di avere punti fermi, nel sentirsi accolti, nel sapersi orientare nello spazio con senso di padronanza dell'ambiente; tutto ciò che consente all'individuo di prevedere una rassicurante continuità dell'appagamento dei bisogni fisiologici.
• Al terzo livello troviamo i bisogni di appartenenza e di attività sociale, che nascono dalla necessità di avere consapevolezza di appartenere agli altri, ad un gruppo che ne garantisca l'inserimento nella società.
• Al quarto abbiamo i bisogni di autostima e di status sociale: l'uomo avverte la necessità di avere un ruolo sociale non solo di tipo gregario. La sua posizione, la stima conquistata e il riconoscimento delle proprie qualità sono alla base dell'autostima di un individuo, di una percezione positiva di sè e di un più sereno rapporto con gli altri.
• Il quinto è ultimo livello è quello dei bisogni di autorealizzazione, che consistono nell'essere ciò che si può e si vuole essere, nel diventare ciò che si vuole diventare, nel realizzare le proprie potenzialità soggettive.
Questo tipo di bisogni, a volte definiti come metabisogni, hanno a che fare

con l’espressione del talento, della creatività artistica, della vocazione di un individuo.
Il funzionamento del modello è dunque molto semplice: fino a quando non si è provveduto ai bisogni fisiologici non ci si potrà occupare di quelli di sicurezza, e solo dopo di questo si avvertirà l’esigenza di un inserimento nella società o di un ruolo importante al suo interno .

DALLA PEDAGOGIA ALLE SCIENZE DELL’EDUCAZIONE

Verso la fine della seconda metà del Novecento il termine pedagogia comincia ad essere
sostituito da scienze dell’educazione, sulla base di alcune considerazioni, tra cui la consapevolezza
che il metodo di indagine della pedagogia si è spostato sulla ricerca sperimentale, su un metodo
speculativo, quindi non è più solo riflessione teorica, alla stregua della filosofia; inoltre non
riguarda solo l’educazione del fanciullo, ma volge il suo sguardo ad un’educazione e ad una
formazione che ricoprono l’intero arco di vita.
Infatti, le scienze dell’educazione si interessano, oltre che all’istruzione e all’educazione del
fanciullo, anche all’istruzione degli adolescenti e dei giovani, all’educazione degli adulti, alla
rieducazione di soggetti che si trovano in situazioni di disagio (quali ad esempio, carceri, comunità,
centri di rieducazione, ecc.), non trascurando le nuove modalità di fare didattica proposte dalle
nuove tecnologie dell’informazione e della comunicazione.
Da tutto questo è possibile evincere che la scuola, così come l’istruzione stessa, si è
radicalmente trasformata, rispecchiando quelli che sono i cambiamenti stessi della soci
età in cui è calata.
Inevitabile diventa, per la scuola e per l’istruzione, il confronto con culture diverse a cui occorre
dare risposte a problemi e necessità comuni a tutte le società, a seguito del fenomeno della
globalizzazione, dovuto alla crescita progressiva di scambi e relazioni che avvengono su scala
mondiale, scambi possibili grazie alla diffusione dei nuovi mezzi di comunicazione.
Dunque, il sapere pedagogico diventa complesso, costituendosi di nuovi elementi, per cui il
passaggio da pedagogia a scienze dell’educazione diventa inevitabile e il sapere stesso diventa
tecnicamente più efficace, rinnovando l’identità della pedagogia all’interno di una vera e propria
rivoluzione socio culturale.
L’educazione, l’istruzione e la formazione non avvengono più nel solo sistema formale (la
scuola), ma anche in quello non formale (famiglia, associazioni, lavoro) e informale (internet, mass media)
Dal discorso sostenuto dalla Pedagogia Generale,si integrano pertanto tutte le ideologie e le scoperte nelle varie discipline (Psicologia, Sociologia, Didattica ecc) che si occupano dell’Uomo e la Pedagogia diventa Scienza dell’educazione.
La scienza pedagogica si specializza in varie articolazioni:
Pedagogia sociale: opera all'interno delle problematiche sociali;
Pedagogia della politica: si occupa dell'educazione dell'uomo in quanto cittadino;
Storia della pedagogia: analizza la condizione epistemologica della pedagogia stessa e la incentra nel quadro scientifico generale;
Pedagogia dei contesti formali: opera per la Scuola e i contesti educativi formalmente adibiti all'educazione e alla formazione;
Pedagogia speciale: si occupa sostanzialmente dell'educazione dei soggetti con bisogni educativi speciali, come le persone con disabilità, favorendo la

loro inclusione scolastica e sociale lungo tutto l'arco di vita;
Pedagogia sperimentale: si occupa della ricerca scientifica in pedagogia;
Pedagogia degli adulti: anche detta Educazione degli adulti, si occupa delle problematiche specifiche degli adulti, come la rieducazione e formazione continua;
Psicopedagogia: si occupa degli aspetti psicologici riferiti alle problematiche pedagogiche;
Pedagogia comparativa: anche detta Educazione comparata, si occupa dell'analisi delle pratiche educative in rapporto ai sistemi educativi e formativi di altre nazioni e culture;
Pedagogia della Famiglia: si occupa delle problematiche specifiche dell'infanzia e della famiglia;
Pedagogia Ludica: studia gli aspetti pedagogici dei giochi, in particolare si occupa del ruolo che hanno i giochi nell'apprendimento delle capacità motorie e di orientamento.
Ci occuperemo di Pedagogia Sociale e Speciale poiché l'intervento si occupa dei profondi cambiamenti avvenuti nel panorama culturale ed educativo.
Oggi la pedagogia inoltre si occupa di inclusione ed integrazione dei soggetti considerati" diversi" o "diversamente abili" poiché la legge prevede il loro pieno inserimento in tutti i contesti sociali.

III CAPITOLO

DALLA PEDAGOGIA GENERALE
ALLA PEDAGOGIA SOCIALE E SPECIALE

PEDAGOGIA SOCIALE

Una disciplina che nell'affrontare tutti i temi di cui si occupa chi lavora in ambito educativo tende ad enfatizzarne la contestualizzazione sociale e i rapporti all'interno della società per effettuare interventi migliorativi che mirino ad un inserimento responsabile dell'individuo all'interno di essa.

Tali interventi devono proporsi la finalità del benessere di tutti gli individui, della loro libertà vista come partecipazione attiva ad un sistema democratico contribuendo al mantenimento di esso in una prospettiva aperta al futuro attraverso modalità di apprendimento professionale ed esperienziale per tutta la durata della vita.

Izzo sottolinea i condizionamenti più o meno espliciti che la società esercita sull'individuo e auspica l'intervento pedagogico sociale in senso svincolante, emancipatorio da pratiche di dominio più o meno esplicite messe in atto dai media e dalla società nel suo insieme.
Alessandrini identifica il proprium della pedagogia sociale nell'educare "Mediante e per la società" cioè attraverso quello che si offre ai nostri occhi mediante una analisi dei processi macro e micro sociali "in funzione" di un soddisfacente inserimento nella società.
Alessandrini e Gramigna ne sottolineano poi due aspetti diversi e complementari: che la pedagogia sociale si ponga l'obiettivo di una presa di coscienza soprattutto rispetto ai vincoli di carattere implicito imposti dalle caratteristiche sociali attuali, ma con un atteggiamento di pluralismo cioè di apertura all'altro e di dialogo pragmatico, orientato all'azione e al concreto.

Pedagogia Sociale e Disagio

Un approccio importante si riferisce al recupero del disagio sociale e definisce la Pedagogia Sociale come pedagogia del disagio, attenta alle condizioni di marginalità e di difficoltà.
Questo paradigma accentua l'intervento sia preventivo che di recupero nei casi in cui e venuta a mancare un'idonea socializzazione.
E' settore che si sta espandendo molto velocemente e abbraccia tutta l'area dell'educazione non formale nell'ambito del così detto terzo settore, quello dei servizi, la cui funzione non deve essere (strettamente) assistenziale ma (soprattutto) educativa per promuovere autenticamente quel processo di socializzazione che permette all'uomo di passare da una condizione di individualità ad una di socialità, inserendosi nel sistema delle relazioni sociali anche attraverso l'acquisizione delle regole e dei valori della comunità alla quale appartiene.

E’ un vero e proprio agire pedagogico che non si limita alla teorizzazione, alla riflessione o ai buoni propositi: è un’educazione in funzione sociale con ricerche ed interventi indirizzati a questo scopo.

Il pedagogista sociale pertanto può interessarsi dei gruppi nella loro formazione ed evoluzione, delle istituzioni nella loro struttura e nelle varie forme della loro partecipazione, del lavoro nelle sue molteplici occasioni di formazione, della educazione popolare come innalzamento medio culturale e come coscientizzazione.

Il ruolo della pedagogia sociale è visto in prospettiva sia nelle istituzioni intenzionalmente educative sia in quelle alternative alla istruzione ufficiale.

La sua ricerca si estende da problemi specifici della famiglia, della gente e delle comunità alla pedagogia del lavoro, all’educazione degli adulti, alle teorie dell’organizzazione, ecc. La pedagogia sociale, si occupa, in altri termini, di contenuti e dei metodi della formazione dei soggetti con particolare attenzione ai contesti sociali nei quali essa si compie attraverso le varie fasi di esistenza del soggetto

Metodi della Pedagogia Sociale

• Ricerca-azione

Il termine ricerca azione o ricerca intervento nasce dall’ autore inglese Kurt Lewin, psicologo sociale, il quale coniò la parola action research. Lewin si pose il problema della Action Research quando iniziò a lavorare nel campo delle scienze sociali, in particolar modo sui problemi delle minoranze etniche degli Stati Uniti negli anni 40. Ciò che rappresentò un'autentica innovazione nel metodo e nel processo di ricerca da parte di Lewin, fu la progressiva scoperta, del fatto che il processo conoscitivo finiva con il divenire un'azione sociale proprio nel momento in cui la popolazione veniva coinvolta. Lewin pensò allora di enfatizzare questo aspetto e di attribuire alla popolazione capacità e competenze conoscitive, coinvolgendola nel processo di ricerca stesso. Si scoprì così, oltre al fatto che il processo di conoscenza aveva già le caratteristiche dell'azione, che la conoscenza più efficacemente utilizzabile ai fini dell'azione sociale era proprio quella che emergeva nel processo conoscitivo. L'Action Research guarda in maniera costruttiva ai principi che ne verificano la validità. Essa prende origine dal riconoscimento, attraverso la ricerca nelle scienze psicologiche, della contingenza di azione e conoscenza nei processi di apprendimento.

Lewin per primo ha indicato le procedure salienti della ricerca-azione distinguendole in pianificazione, azione, osservazione e riflessione con il fine di migliorare i sistemi sociali

• Apprendimento organizzativo

Fa leva sulla partecipazione attiva:“ In una prospettiva di pedagogia sociale tale approccio appare particolarmente funzionale alla definizione non solo e non tanto di metodi di indagine sui processi e sui contesti di formazione, ma anche al disegno ed all’attivazione di itinerari formativi in cui l’apprendimento e il cambiamento avvengano attraverso pratiche condivise e finalizzate. Secondo tale approccio è possibile superare modelli organizzativi a livello sia professionale che sociale di tipo burocratico, autoritario, in cui il nuovo discende dall’alto e quindi non passa per l’interiorizzazione del gruppo, al fine di pervenire ad una situazione in soggetto è cui ciascun democraticamente coinvolto nel processo di apprendimento-azione-cambiamento.

• Apprendimento collaborativo

Fa leva sull’apprendimento di gruppo come scambio e condivisione di scelte per la risoluzione dei problemi e la ricerca di strategie operative.

Lo studio delle forme di aggregazione dei gruppi comporta il miglioramento di certe dinamiche relazionali per affrontare la vita e riflettere sui processi operativi.

• La relazione d’aiuto

La relazione di aiuto si prefigge di migliorare le abilità decisionali del soggetto, fornendogli gli strumenti concettuali per compiere scelte di valore e per individuare criteri secondo i quali orientare la propria vita.

Accogliere l’altro significa creare uno spazio “libero” per l’altro, dove il cambiamento sia possibile. Nell’incontro con l’altro il soggetto mentre perfeziona sé stesso, arricchisce anche l’altro.

S’instaura un rapporto che conduce le persone coinvolte ad una migliore conoscenza reciproca.

• Curare e prendersi cura

Curing (prospettiva sanitaria)
Si occupa di Processo Terapeutico e sugli Obiettivi Curativi (trattamento)
L'enfasi è posta sulla diagnosi e sulla cura
Caring (prospettiva educativa)
E' un Processo Educativo con Obiettivi Educativi legati ai processi decisionali
L'enfasi è posta sulla prevenzione e sulla promozione del benessere
Empowerment
Processo di ampliamento delle potenzialità del soggetto, in modo da aumentare le abilità personali e le possibilità di controllare attivamente la propria vita.

LA PEDAGOGIA SPECIALE
Diritto all'Educazione per tutti
Dobbiamo partire da una affermazione ampia e molto chiara. Tutti i bambini e tutte le bambine
hanno diritto ad un'educazione. Tutti gli individui, uomini e donne, hanno il diritto a una vita la più
libera possibile. Tutti gli individui hanno dei diritti e dei doveri. Un individuo con ridotte capacità,
dovute a un deficit, non perde nessuno dei suoi diritti e nessuno dei suoi doveri. E' quello che viene
chiamato anche il diritto di cittadinanza. All'interno di questa affermazione dobbiamo più
attentamente riferirci alla situazione di chi cresce avendo dei bisogni particolari.
La sensibilità di questi anni ha permesso di distinguere il deficit, come un danno irreversibile, e gli svantaggi o handicap intesi come possibili barriere - ostacoli, che l'individuo incontra e che possono essere ridotti ma anche aumentati. Possono essere annullati ma anche ingigantiti, diventare sempre più numerosi.
Chi nasce con una differenza dovuta a un deficit ha bisogno certamente di attenzioni particolari.
La Pedagogia Speciale è una branca della Pedagogia che interviene, con modalità ben definite,
nell'area della disabilità di varia natura, da quella motoria a quella cognitiva, socio-affettiva.
In sinergia con altri trattamenti educativi, riabilitativi, rieducativi, anche nelle situazioni di disagio
psichiatrico, la Pedagogia Speciale interviene ad accompagnare la persona nel recupero e
nell'attivazione del potenziale evolutivo inibito o arrestato da una crisi verso quella gradualità che
caratterizza lo sviluppo e l'evoluzione dell'individuo.
Come scienza che studia l'educazione essa è strettamente correlata alla pedagogia generale, come questa trae origine e fondamento dalla necessità di rispondere ai vari aspetti e bisogni dell'educabilità umana e pone l'educazione al centro del proprio pensiero.
La pedagogia speciale pensa all'educazione e continuamente elabora una sua teoria
sull'educazione, non può farne a meno, anche se il suo oggetto è «la risposta ai bisogni là dove
si trovano» bisogni particolari, bisogni complessi, bisogni speciali.
La pedagogia speciale deve infatti occuparsi dell'educabilità di persone che spesso la società ha marginalizzato, ha escluso, ha segregato.

La Pedagogia Speciale e l'educabilità del " diverso"

La paura del diverso è sempre stata presente nella mente e nel cuore degli uomini; in ogni
epoca, in ogni civiltà e società, il difforme suscita preoccupazione, inquietudine e scatena in
coloro che si considerano invece uguali e normali una reazione di difesa che porta ad
escludere, a rimuovere il problema. È sempre accaduto che quanti non rientrano nei canoni
precisi di una normalità fisica, psichica, sensoriale o comportamentale per cause anche

indipendenti da una propria volontà difficilmente riescono a farsi accettare nella società.
La diversità preoccupa, fa paura, provoca repulsione; molto spesso, infatti, i ragazzi disabili
chiedono al proprio educatore: "Perché mi guardano così?".
Gli occhi delle persone normali comunicano spesso sensazioni poco gradevoli, i soggetti con bisogni speciali capiscono molto bene gli sguardi ed i silenzi spesso imbarazzanti degli altri.
La pedagogia speciale si occupa delle persone che sono oggetto di questi sguardi, riconosce
la loro umanità ed educabilità ed opera di conseguenza per soddisfare i loro bisogni specifici e
peculiari.

TAPPE FONDAMENTALI DELLA PEDAGOGIA SPECIALE ATTRAVERSO L'OPERA DI PEDAGOGISTI E PSICOLOGI

L'apporto ed il dialogo con le scienze mediche, psicologiche, sociologiche sono fondamentali
per poter agire con competenza in campo educativo speciale.
I grandi personaggi fondatori di questa scienza, Itard, Montessori, Decroly capirono l'importanza di "educare" il diverso e divennero dei grandi pedagogisti e seppero lottare, ricercare e sperimentare metodi ed attività innovative per poter offrire le risposte educative capaci di dare dignità umana ai loro allievi.
Capirono che per il bene dei soggetti con bisogni speciali occorreva lottare per rivendicare il loro diritto ad essere considerati delle persone educabili, in grado di poter attuare le potenzialità personali in risposta ad un intervento educativo competente.
• Citiamo Jean Marc Gaspard Itard il quale nel 1800, seppe capire che un piccolo "selvaggio"trovato ai margini delle foreste delle regioni centrali francesi, non era un povero essere privo di risorse, ma che vi era in lui una scintilla d'umanità sufficiente a motivare un intervento in grado di ricercare la sua educabilità.
• Ricordiamo Maria Montessori la quale intuì come il problema, per i soggetti disabili, non fosse esclusivamente di ordine medico e riabilitativo, ma soprattutto pedagogico e così scrisse: «A differenza dei miei colleghi ebbi l'intuizione che la questione dei deficienti fosse prevalentemente pedagogica anziché medica; e mentre molti parlavano nei congressi medici del metodo medico-pedagogico per la cura e l'educazione dei fanciulli frenastenici, io ne feci argomento di educazione morale»
• Menzioniamo, infine, Ovide Decroly che, fin dai primi decenni del 1900, sottolineò la necessità di individualizzare il percorso educativo per i disabili e di legarlo ad una severa ed approfondita valutazione funzionale delle difficoltà dell'educando.
Ogni società sviluppata è tale proprio in quanto riconosce la centralità del bisogno di educare ed
investe economicamente molte energie per poter dare ai propri cittadini un'educazione ed
un'istruzione adeguata. Ma ciò che rende davvero civile un Paese è riconoscere la dignità di
tutti i suoi cittadini rispettandone i diritti, in sintonia con ciò che afferma la Dichiarazione
Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948: «Tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali nella
dignità e nei diritti».
La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo è del 1948, ma quanta strada i "diversi"
hanno dovuto percorrere per avere riconosciuto il diritto all'istruzione integrata, il diritto al
lavoro, il diritto all'utilizzo dei servizi! E quanta strada prima del 1948 era stata già percorsa!
Il merito della pedagogia speciale è stato appunto quello di lottare strenuamente per far
riconoscere alla società che questi "diversi" erano persone e che come tali potevano e

dovevano essere educate; non solo: il valore persona obbligava la società ad un impegno
formativo, riabilitativo, sociale, intenso, certamente dispendioso anche sul piano economico,
ma irrinunciabile.
L'educabilità dell'uomo non può ammettere remore, se l'uomo, come afferma Rosmini, "è il diritto" non può essere tralasciata nessuna azione, nessuno sforzo capace di
offrire tutto ciò che la sua condizione richiede.
Spesso sul piano dei principi si è tutti concordi, il problema rimane l'attuazione di queste
verità fondamentali.
L' 'impegno di grandi pedagogisti speciali come Itard, Seguin, Montessori, Decroly –
e i risultati da loro raggiunti con i soggetti con bisogni particolari sortì l'effetto di convincere la società ad interessarsi delle persone "diverse" e le conseguenze che ne scaturirono furono certamente positive, tuttavia incomplete.

Vygotskij: condizionamento social biologico

Lev Vygostky: parte dal lavoro con dei bambini disabili (sordo-muti e insufficienti mentali).
Per comprendere meglio il modo di essere di questi bambini e le loro potenzialità usano diverse mediazioni culturali fra cui quelle fornite dall'etnologia e l'antropologia del loro tempo. L'importanza dei rapporti sociali e la mediazione culturale nei quali è inserito il soggetto disabile e le mediazioni che lo fanno funzionare , favoriscono o ostacolano i processi d'integrazione, quindi lo sviluppo di "compensazioni positive" o di "compensazioni disturbate"..
Non è la cecità che fa del bambino cieco un "bambino deficitario"ma è l'interazione del deficit con il contesto sociale e culturale che produce l'handicap.
Pedagogicamente vi è anche un approccio alla diversità che vede l'altro diverso (il disabile, il "primitivo") come un soggetto che ha una sua modalità di esprimersi e di conoscere il mondo; modalità diversa che non significa inferiorità: modalità che è anche una costruzione socio-culturale e ambientale.
Il bambino disabile con la sua "irregolarità" ci fa comprendere meglio l'importanza delle interazioni nel processo di sviluppo e di apprendimento.
Vygostkiy afferma che sono assolutamente necessarie una revisione e una modifica dei presupposti metodologici di principio che sono alla base dello studio e dell'educazione del soggetto in difficoltà e che per l'elaborazione di metodi speciali a fini educativi, a favore di individui con deficit, sono indispensabili uno studio e una ricerca sui processi particolari di sviluppo, nonché un'analisi esplicativa dell'influenza dei fattori ambientali.
Dice, infatti: << bisogna studiare il soggetto non solo come fenomeno organogenetico, ma come bambino socialmente deviato dalla norma, conoscere, perciò ogni suo aspetto sociogenetico e psicogenetico. Significa cioè non studiare il deficit, ma il portatore di un certo deficit>>.
Per il Vygotskij il problema del deficit deve essere posto ed inteso come problema sociale primario, fondamentale e non secondario come fino ad allora si riteneva.
Difatti, egli afferma che la pedagogia deve orientarsi non tanto sull'insufficienza e sulla malattia, quanto sulla normalità e sulla salute che nel bambino sono rimaste intatte; e neppure sull'assistenza sociale bensì sull'educazione sociale e sulla possibilità di educare sempre.
La revisione teorica dei principali problemi pedagogici propone, come contrappeso alla precedente interpretazione del deficit inteso in senso strettamente biologico (la cecità e la sordità sono state considerate sempre da un punto di vista strettamente organico, mentre il pedagogista si trova ad aver a che fare non tanto con questi fenomeni biologici, quanto con le loro conseguenze sociali, con la consapevolezza che il bambino cieco o sordo è in primo luogo un bambino e poi un bambino "particolare) il principio del condizionamento social-biologico, alla luce del quale è stata possibile negli ultimi anni una revisione fondamentale della pratica

pedagogica e della scuola speciale. L'isolamento della vita circostante, l'orientamento di tutto il lavoro pedagogico sul deficit - che avvenivano nella scuola speciale - ora appartengono al passato.

I problemi riguardanti la profilassi delle turbe del comportamento, cioè la loro prevenzione, hanno richiesto un risanamento pedagogico di tutto l'operato educativo speciale di sperimentazione e di preparazione al lavoro

Tra le molte definizioni che possiamo dare di "educazione", c'è quella per cui educare significa

• far sì che una persona che non sa fare una determinata cosa impari a farla, e possibilmente a farla in autonomia.,

• favorire l'acquisizione di abilità che ancora non si possiedono.

Sono educatori quindi, oltre a genitori ed insegnanti, anche i maestri di sci, gli insegnanti di musica, i capi cantiere e i vigili urbani.

Non dimentichiamo la parola chiave di tutta la teoria psicopedagogica di Vygostky: è la parola mediazione; gli apprendimenti passano tramite il linguaggio sociale, la cultura e l'organizzazione della società.

Critica i test d'intelligenza di Binet con particolare riquardo alla concezione di intelligenza su cui si basano:

1)capacità unitaria e stabile, potenziale finito con cui l'individuo nasce e che rimane stabile nel corso del suo sviluppo. Le ricerche hanno dimostrato il contrario.

2. Riguarda il fatto che essi possono essere usati per discriminare, ed eventualmente, emarginare, i . meno dotati o quelli che appartengono a culture minoritarie.

Vygotskij osserva che, con l'aiuto di una serie di test, tra la fine degli anni Venti e gli inizi degli anni Trenta, i pedagogisti hanno iniziato a misurare quantitativamente il cosiddetto coefficiente di sviluppo intellettivo, il Q. I., il cui grado determina le possibilità del bambino.

Ciò ha nuociuto gravemente alla pedagogia generale e speciale, nonché alla psicologia; le scuole differenziali hanno iniziato a moltiplicarsi rapidamente e a riempirsi non di bambini mentalmente ritardati, ma pedagogicamente trascurati, di alunni indisciplinati e di bambini che per diversi motivi non avevano superato i test.

"Del soggetto con deficit" non basta definire le differenze quantitative.

Soffermarsi a questo problema di superficie è da condannare come un mero disimpegno dell'educatore, capace solo di adattarsi al deficit, anziché sconfiggerlo, di adattarsi alle carenze del soggetto, anziché battersi contro di esse.

IV CAPITOLO

PEDAGOGIA SPECIALE E IL LUNGO PERCORSO DELL'INTEGRAZIONE

La Pedagogia Speciale evidenzia la sua funzione di Pedagogia che educa e sostiene

l'evoluzione in presenza di condizioni particolari di sviluppo e per incontrare questa particolarità mette in campo

• strumenti della ricerca scientifica;

• strategie e metodologie speciali poiché pensati e progettati per rispondere ad esigenze evolutive ben precise, a canali di ricezione e comunicazione diversi da quelli della media dei soggetti in crescita e quindi, di volta in volta,a seconda degli handicap che incontra, cerca di entrare in un rapporto che è speciale e non diverso.

La Pedagogia Speciale, da scienza del recupero e dell'integrazione approda alla sua connotazione di scienza della diversità ove diversità non è un termine la cui accezione va interpretata come di assenza di abilità ma di "abilità presenti in maniera diversa".

Compito della Pedagogia Speciale non è quello di portare la Persona alla normalità, intesa come la

media delle prestazioni nei soggetti, ma di favorire lo sviluppo pieno del potenziale umano che ogni persona porta con sé, favorire l'autonomia, la crescita, la progettazione e la partecipazione piena

della persona alla vita della società e della comunità.

Negli ultimi venti anni le iniziative e gli interventi di carattere legislativo, sociale e pedagogico in favore delle persone handicappate hanno assunto un'importanza sempre maggiore.

Le trasformazioni culturali hanno contribuito a produrre una maturazione critica nel campo della pedagogia speciale la quale, dallo studio delle

tecniche e dei metodi speciali, nel giro di pochi anni è passata allo studio dei bisogni specifici e alla progettazione di risposte che si collocano nella prospettiva dell'integrazione sociale.

Tale presa di coscienza costituisce la base su cui poggiano almeno quattro punti essenziali.

• 1.L'esigenza che la conoscenza del disabile avvenga oltre che dal punto di vista fisiologico, anche da quello psichico.

• 2. La consapevolezza che l'emarginazione non è un fatto estemporaneo, ma nasce dall'esistenza di precisi modelli culturali e di costume: è cioè un fatto sociale. Tutta la società è quindi coinvolta e diviene responsabile sia dei processi di emarginazione, che di quelli di integrazione.

• 3. L'affermazione che l'integrazione acquista un significato se si identifica con un processo di pieno sviluppo della persona umana.

• 4.L'acquisizione di capacità operative e di comunicazione deve avvenire per mezzo dell'educazione e della partecipazione alla vita comunitaria. Non è e non può essere riducibile alla pura presenza fisica dello svantaggio nel gruppo.

• 5. La convinzione che il processo di integrazione è reale e valido solo se è preparato e condotto in modo organico, cioè se viene organizzato, programmato e finalizzato al raggiungimento di obiettivi concreti, realizzabili e verificabili.

E solo se in chi deve attuare il lavoro di integrazione c'è una disponibilità al cambiamento, al lavorare insieme, in termini di corretta sperimentazione permanente.

Il concetto di handicap appare dunque molto complesso e si innesta da un lato su una o più forme di minorazione e, dall'altro, sul modo in cui tali minorazioni vengono socialmente percepite e sulla difficoltà, o impossibilità, da parte del soggetto di accedere e integrarsi nelle comuni situazioni di vita quotidiana (scuola, lavoro, tempo libero)

L'handicap è quindi una minorazione che non dipende strettamente e direttamente dal danno organico, ma piuttosto dagli atteggiamenti emarginanti con cui la società stigmatizzale persone deficitarie.

Il concetto di integrazione sociale va pertanto molto al di là del puro e semplice inserimento, tanto che si è passati dal concetto di INTEGRAZIONE a quello di INCLUSIONE che implica la possibilità per la persona di essere se stessa con le sue caratteristiche specifiche.

INTERVENTI ISTITUZIONALI PER I DISABILI

Primi del 900

La società,solo dai primi del 900 , cominciò ad occuparsi di educabilità delle persone con svantaggio, in modo tale che potessero avere quanto bastasse, ma senza eccessiva "presenza", senza ulteriore disturbo. Lo stato si prendeva cura di loro ma li voleva in istituzioni chiuse. Le scuole speciali e gli istituti erano le agenzie che accoglievano e formavano «le persone che per infermità cronica o per difetti fisici ed intellettuali non possono procacciarsi i mezzi di sussistenza».

Anni 50 - 60

Fino agli anni 50/60 le persone con le problematiche psicologiche che si verificano all'interno del complesso educativo venivano isolati in" classi speciali".

Anni 70

Questa scelta formativa e sociale fu adottata dallo stato Italiano per molti anni, ancora agli inizi degli anni '70 osserviamo che sul territorio della penisola esistevano 1400 scuole speciali con ancora oltre 40.000 disabili ricoverati in istituto.

Queste idee, con i primi anni '70, vennero finalmente prese in considerazione anche a causa di un grande movimento di opinione volto a scardinare il modello "dell'istituzionalizzazione" come ambiente elitario di promozione umana.

Coloro che lavoravano a stretto contatto con queste persone "diverse" si rendevano conto che confinare in istituzioni chiuse questi uomini, questi ragazzi, questi bambini non rappresentava certamente una soluzione pedagogicamente valida. L'uomo, per poter sviluppare al massimo le proprie potenzialità, ha bisogno degli altri, ha necessità di fare esperienza concreta di vita "normale", non può maturare le proprie abilità al chiuso di

una istituzione dove si ripercorrono costantemente dinamiche di vita e relazioni interpersonali e sociali "protette".
Dagli anni 70 in poi cominciò ad essere presente una figura di supporto (insegnanti di sostegno) e i ragazzi furono riportati nelle classi.

Dal 1977 in poi.
Così nel 1977 vennero abolite le classi speciali e il legislatore fece proprie queste istanze e permise con la legge n. 517 del 4 agosto 1977 la piena integrazione dei soggetti disabili nella scuola italiana, anche se tale normativa è frutto delle disposizione operative precedenti, soprattutto la legge 118 del 30 marzo 1971, che aveva iniziato a scardinare le porte dell'esclusione e ad aprirle per accettare l'inserimento nelle classi comuni dei soggetti disabili.
Dalla logica dell'integrazione si passò però ad un eccesso cioè quello di un'integrazione speciale con un insegnanti di sostegno, a volte non ben preparati.
Sono passati molti anni da quando la scuola italiana ha accettato di integrare nelle classi normali,bambini speciali. Soprattutto nel primo decennio l'inserimento ha sconvolto l'intera istituzione scolastica: l'impreparazione del corpo docente, le incompetenze dei dirigenti, la paura per la novità dei genitori dei cosiddetti alunni normali, hanno fatto sì che molti ragazzi con deficit
sperimentassero, in quegli anni, situazioni di vita scolastica e sociale assai difficili per i ragazzi disabili e i momenti di integrazione reale erano così assai ridotti.
Molti insegnanti pensarono che fosse corretto portare costantemente fuori dalla classe il ragazzo.
Nel 1992 si cominciò a introdurre un nuovo concetto che supera quello di integrazione verso l'inclusione reale. La scuola italiana, pian piano, si rese più competente ad affrontare le problematiche degli allievi difficili, i corsi d'aggiornamento negli anni '80, i convegni, i dibattiti scientifici, le pubblicazioni di pedagogia speciale, apportarono un grande contributo alla risoluzione dei mille quesiti legati all'integrazione.
La vita scolastica dei disabili cambiò, si capì come affrontare un allievo con bisogni particolari e quali fossero le sue necessità, si progettarono azioni educative didattiche più adeguate e complessivamente il loro benessere fu incrementato.
L'integrazione,tuttavia, non portò grandi benefici esclusivamente ai disabili, ma fece da volano all'innovazione didattica che, soprattutto nei cicli inferiori, ebbe risultati straordinari: collaborazione fra insegnanti, unitarietà di intenti, attività a gruppi, classi aperte, programmazione di plesso, apertura della scuola al territorio, partecipazione di componenti esterne alla scuola, ruolo dei servizi, confronto con specialisti della riabilitazione, lavoro unitario con le famiglie.
Le ricerche ci informano dei grandi vantaggi che l'integrazione ha permesso, non solo ai soggetti disabili, ma anche agli allievi cosiddetti normodotati e quindi all'intera istituzione educativa.
L'integrazione ha promosso e continua a promuovere l'innovazione educativa e la ricerca didattica, prerogative dell'intervento pedagogico speciale.

1992 e la legge 104
Nel 1992 un'altra legge fu promulgata nell'interesse dei meno fortunati e disagiati:
la legge 104 "Legge -quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."(Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.) fu molto importante come risposta sociale e giuridica.
a) Garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

Essa rappresenta una rivoluzione nel campo della pedagogia speciale e della didattica.

La pedagogia speciale capì che la situazione di vita dei soggetti con deficit doveva mutare,
per il loro bene, per il rispetto della loro dignità, per poter incrementare la loro umanità; esse
dovevano vivere "nel mondo", operare nel mondo, ridere o rattristarsi in una realtà di vita
normale, come tutti gli altri, come coloro che sono considerati privi di deficit. La normalità
doveva rappresentare una palestra di esperienze indispensabile. Alle persone con problemi fu riconosciuto il diritto di vivere con gli altri e trovare così soddisfacimento ai loro bisogni.

L'integrazione diventa finalmente un valore totale da salvaguardare e promuovere a scuola, nella società, nel mondo del lavoro. Si capisce che il valore della vita integrata diventa promozione umana globale che deve essere sperimentata nella vita quotidiana, nell'utilizzo dei servizi a disposizione del cittadino, nel mondo produttivo.

Ecco allora i disabili che si appropriano degli spazi sociali come tutti, che utilizzano i mezzi pubblici come tutti, che vanno nei supermercati a fare compere come tutti, che bussano alle porte del mondo lavorativo come tutti... tanto che, oramai, in molti contesti di vita sociale e produttiva,
la presenza del disabile non fa più notizia, ma diventa un fatto "comune". L'aspetto specifico della pedagogia speciale è proprio questo: riuscire a far diventare consuetudine ciò che prima era speciale.

LEGGI ED ATTI A FAVORE DELL'INTEGRAZIONE

Gli eventi fondamentali e gli atti che hanno permesso il reale inserimento sociale del disabile alla luce del nuovo scenario europeo sono stati:

• Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (Onu - 1948)
• Dichiarazione dei diritti del fanciullo (Onu - 1959)
• Carta sociale europea (1961)
• Primo Programma europeo nel settore dell'istruzione" (1976)
• Risoluzione del 1981 e del 1990: promuovere lintegrazione dei disabili nelle scuole comuni
• Programmi Elios I e II (1988-1996): riconoscimento ruolo attivo delle organizzazioni dei disabili
• Gruppo ad alto livello sulla disabilità (1996-1999): monitoraggio e stesura di Rapporti

Specificità del caso italiano

• Dichiarazione sui diritti delle persone con ritardo mentale (Onu - 1971)
• Dichiarazione dei diritti delle persone handicappate (Onu - 1975)
• La Legge 4 agosto 1977, n. 517 "Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico", stabilì per la scuola elementare e per la scuola media che:

Art. 2 - la programmazione educativa può comprendere attività scolastiche integrative. Nell'ambito di tali attività la scuola attua forme di integrazione a favore degli alunni portatori di handicaps con la prestazione di insegnanti specializzati. Devono inoltre essere assicurati la necessaria integrazione specialistica, il servizio sociopsciopedagogico e forme particolari di sostegno secondo le rispettive competenze, dello Stato e degli Enti locali preposti.

Art. 7 - Le classi che accolgono alunni portatori di handicaps sono costituite con un massimo di 20 alunni. Le classi di aggiornamento e le classi differenziali sono abolite.

• Anno internazionale delle persone handicappate (Onu - 1981)
• World Programme of action concerning disabled Person (Onu – 1982/1992)
• Programma di lavoro per promuovere leducazione dei giovani disabili (Ocde – anni „80)
• La legge 104"Legge -quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i

diritti delle persone handicappate."(Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)
• Norme standard per il raggiungimento delle pari opportunità delle persone disabili (Onu - 1993): nuova prospettiva culturale e promozione di una istruzione primaria, secondaria e terziaria integrata
• Conferenza di Salamanca (Unesco 1994): concetto di bisogni educativi speciali, integrazione nelle scuole normali e formazione insegnanti
• Progetto Special Needs Education (Ocde – 1995): monitoraggio e comparazione dellintegrazione nei sistemi educativi europei .
• Trattato di Amsterdam (1997): pari opportunità per tutti
• Carta europea dei diritti fondamentali (2000): inserimento professionale e partecipazione dei disabili alla vita della comunità
• Strategia di Lisbona (2000): lotta all' Esclusione sociale e maggiori prospettive professionali dei disabili".
• ICF (OMS – 2001) I disabili come cittadini attivi
• 2003, Anno europeo dei disabili: sensibilizzare i governi e coinvolgere attivamente i disabili
• Dalla Convenzione al Trattato sui diritti delle persone con disabilità
(2006/2008 – Assemblea generale ONU): nuova definizione della disabilità e principio
dellaccomodamento ragionevole"

L'ORGANIZZAZIONE DEL CONTESTO EDUCATIVO:
DALL'INTEGRAZIONE ALL'INCLUSIONE

Canevaro Andrea

Andrea Canevaro ha introdotto in Italia i temi della pedagogia istituzionale, che ha interpretato come "pedagogia della complessità". Insieme al gruppo di ricerca che si era costituito, negli anni 1970 e 1980, attorno alla cattedra di Pedagogia speciale dell'Ateneo di Bologna, ha dato vita ad una serie di ricerche sul rapporto fra strategie di apprendimento e organizzazione del contesto educativo.
Diversità, disabilità e integrazione sono le parole chiave dell'impegno umano e politico, oltre che scientifico, di Andrea Canevaro.
Tutti i suoi studi e le sue ricerche, sin dall'inizio, sono state volte ad esplorare le possibilità di realizzare un effettivo processo di integrazione, a partire dalla valorizzazione delle diversità. Rispetto all'integrazione scolastica, l'impegno, in particolare, non è mai stato esclusivamente scientifico, ma è sempre stato volto ad incidere a livello legislativo, da una parte, e sulla concreta organizzazione dei servizi, dall'altra.
In questo processo, Andrea Canevaro ha dato un impulso determinante allo sviluppo, in Italia, della ricerca - azione, prima ancora che attraverso i suoi studi, attraverso il tipo di rapporto di collaborazione fattiva instaurato fra attività di ricerca universitaria e pratica dei soggetti organizzatori, nel territorio, dei servizi educativi.
I suoi studi sull'integrazione e sugli strumenti per l'integrazione sono stati determinanti, nel panorama italiano degli anni 1970 e 1980 per affermare, sia a livello legislativo, sia nell'organizzazione materiale dei servizi educativi, una logica di integrazione e di inclusione.
La sua opera si rivolge ad un lavoro di ricerca di equipe e sostiene che è importantissimo sottolineare questo aspetto nel percorso di sostegno ai gruppi di lavoro, nel motivarli ad investire nelle proprie possibilità e nelle capacità acquisite proprio attraverso il contatto con l'altro portatore di bisogni relazionali speciali.
Sembra un'ovvietà, ma va sottolineato che: stare vicini a persone speciali, rende necessariamente speciali. Diamo ma riceviamo anche un bene relazionale inestimabile, prezioso.
Abbiamo la possibilità di riumanizzarci, e non è poco visto il periodo storico che stiamo vivendo, la post-modernità, caratterizzata da un individualismo alienato a tal punto da essere connotato da una modalità relazionale definita "liquida", nel senso di "non capace di mantenere un legame", fluida e senza confini.
La relazione con la persona dai bisogni relazionali speciali offre dunque un contenitore ove crescere come persone, ove contenere questa liquidità relazionale.
Il discorso è importante anche per un altro motivo: se l'operatore considera

la persona che ha di fronte solo come portatore di un limite, corre il rischio di sostituirsi nelle quotidiane operazioni di cura i sé e così facendo di promuovere una relazione caratterizzata dalla dipendenza, incrementando l'handicap.

Canevaro afferma:

"Dobbiamo rompere lo stereotipo dell'incompetenza come destino. In tale clichè può rifugiarsi anche chi vive la disabilità,oppure può esserne prigioniero suo malgrado, e col tempo adattarvisi ed aderire all'immagine dell'handicappato totalmente incompetente. Può essere il risultato dell'assistenzialismo, che è invadente e capace di trasformazioni e travestimenti.

Da qui la proposta di utilizzare la dicitura di persona con bisogni relazionali speciali; per il semplice motivo che ciò caratterizza una fase del percorso evolutivo di una persona e non stigmatizza l'individuo in maniera definitiva. Oltre a ciò va da sé che ognuno ha dei bisogni relazionali speciali che dipendono dalle necessità personali e dal momento vissuto.

Con ciò non si vuole riscattare il portatore d'handicap e così rispondere al bisogno di emergere da una cultura che comunque sta facendo passi da gigante in materia; l'intenzione è tecnico-operativa: trasformare la visione della persona significa considerarla diversamente e così relazionarci con essa in maniera diversa. Questo ingenera un dinamismo virtuoso nel processo della relazione di cura,poiché l'essere interessati all'altro rende la relazione terapeutica di per sé, facendo vivere all'altro l'esperienza di "essere interessante".

Per fugare un possibile equivoco, non si dice qui che la diversità è bella in quanto tale e dunque che la sofferenza connessa è illusoria o sentita solo da chi non ha un'alternativa nel proprio modo di vedere. Lavorando con persone particolarmente fragili e sostenendo anche le famiglie nel percorso di inserimento del proprio caro anche quando l'età non è particolarmente avanzata (il problema dunque non è in questo caso il "dopo di noi" quanto il "nonostante noi", ovvero situazioni multiproblematiche ad elevata intensità), non sono dimentico della fatica e della criticità di queste situazioni.

Non si può, però, considerare come irrilevante il nostro modo di concepire la fragilità, la nostra visione del mondo e dell'uomo insomma, l'antropologia cui facciamo riferimento.

APPORTI DI TEORIE PSICOLOGICHE ALL'INTEGRAZIONE

Sviluppo dell'identita' e relazione d'aiuto

Il ruolo della teoria di Maslow e della sua Piramide dei bisogni nell'analisi dell'integrazione dei disabili nella società è evidente.

Il sentire comune, nonché l'autorità e il legislatore, hanno da sempre attribuito ai portatori di handicap unicamente i bisogni di primo e di secondo livello cioè quelli fisiologici e di sicurezza.

In questa ottica rientrano tutte le strutture precedentemente definite come gli "apparati dell'esclusione", realtà in cui si provvedeva unicamente alla soddisfazione delle necessità fisiologiche e di sicurezza minima.

Parallelamente alla lotta per i diritti, si verifica una crescita dell'attenzione nei confronti della qualità della vita, ed un riconoscimento di bisogni di livello sempre superiore.

Solo il riconoscimento al soggetto disabile della totalità dei bisogni indicati nel modello di Maslow significa rispettarne veramente le esigenze e riconoscere in pieno la sua autonomia.

- Aiuteremo una persona disabile a sviluppare una buona identità autonoma se sosterremo i suoi desideri, le sue motivazioni, se lo aiuteremo a credere nella sua efficacia, nell'efficacia delle sue azioni e se lo aiuteremo a coltivare una buona autostima.
- Nello sviluppo dell'identità è cruciale la variabile «tempo»: noi siamo quello che siamo stati, quello che abbiamo fatto, scelto, ecc, ma anche anche la variabile «storia»: noi siamo quello che siamo stati, quello che abbiamo fatto, scelto, ecc.
- È importante aiutare la persona con disabilità e ritardo mentale a «fare memoria», a ricostruire le scelte, i desideri, i dubbi, i risultati, le emozioni coinvolte; questo «fare memoria» dovrà assumere spesso forme anche molto concrete: oggetti che ricordano, fotografie, viaggi sui luoghi, diari e racconti, ecc.

• Noi siamo però anche quello che vorremmo essere, siamo il nostro «Progetto di vita», quello che vorremmo accadesse nella nostra vita, gli appuntamenti che diamo a noi stessi tra qualche anno, anche i nostri sogni.
Un'identità forte ha sempre qualche progetto da seguire, qualche obiettivo da raggiungere, qualche aspirazione, qualche motivazione. Sappiamo però quanto questo sia difficile per le persone con ritardo mentale e per le loro famiglie.
• Nello sviluppo dell'identità è importante anche la capacità metacognitiva di osservarsi, di guardarsi «quasi dall'esterno».
• Favorire l'autodeterminazione nelle scelte non è solo un necessario atteggiamento democratico nell'educazione, è anche un modo fondamentale per aiutare lo sviluppo di un'identità forte e adulta.
• Molte delle «azioni» importanti per lo sviluppo dell'identità adulta sono «scelte», «decisioni autonome», forse talvolta ribellioni, cose sulle quali come genitori o educatori non siamo d'accordo. Si potrebbe quasi dire che l'identità si nutra di scelte (sull'abbigliamento, gli amici, lo studio, il lavoro, ecc.) e sia contemporaneamente all'origine delle scelte. La persona con ritardo mentale trova molte difficoltà nel fare scelte, difficoltà cognitive, anche emotive e spesso ambientali-familiari; c'è molto spesso qualcuno che sceglie (troppo) al posto suo.
• Un'identità, per crescere forte e autonoma, ha bisogno anche di confini, confini per separare e in questo modo proteggere. Confini nello spazio corporeo, nello spazio di vita, di decisione, di relazione (io sono il padre e tu sei il figlio, e anche se tu sei molto dipendente da me non siamo la stessa persona).
È difficile, in molti casi, per l'insegnante o il genitore, rispettare i confini della persona con ritardo mentale, perché i suoi bisogni sono spesso enormi, perché dobbiamo «invadere» il suo territorio per tanti buoni motivi (scarse capacità, necessità di sicurezza e protezione dai pericoli), ma questo deve farci riflettere: anche il soggetto con maggiori limitazioni nella attività personali ha il diritto all'inviolabilità di alcuni dei suoi confini, perché al riparo di questi confini egli può far crescere la sua identità.
La costruzione della propria identità porta comunque sempre con sé sofferenza per ognuno di noi e spesso siamo tentati di proteggere le persone con ritardo mentale da una sofferenza che riteniamo troppo forte, in particolare per la più profonda e autentica presa di coscienza della loro situazione di vita; ma anche in questo dovremmo cercare di avere più fiducia nelle loro risorse psicologiche e nelle nostre capacità di dare loro l'aiuto necessario. Non è possibile lavorare seriamente a un buon Progetto di vita se non dedicheremo una particolare e costante attenzione a queste dimensioni psicologiche, nel contesto di una relazione di aiuto continuamente orientata allo sviluppo di competenze significative.
Educatori, riabilitatori, insegnanti ricoprono ruoli rilevanti ed insostituibili, non solo di rieducazione fisica, ma di rieducazione al desiderio di vivere, di attivazione di potenzialità nascoste in ciascuno di loro. Si tratta di figure forti, che sanno come prendere in mano e affrontare la situazione della disabilità.
Fondamentale è dunque la "relazione educativa", cioè quel legame che si viene a creare spontaneamente o intenzionalmente, fra chi educa e chi viene educato, attraverso il quale avviene il processo di trasmissione culturale, la socializzazione, l'acquisizione di autostima, di fiducia in se stessi e nelle proprie possibilità. Il rispetto dell'altro costituisce un imprescindibile presupposto pedagogico, fondato sulla necessità di riconoscere che i mondi simbolici differenti che appartengono a ciascun individuo possono essere proficuamente essere messi a comune, condivisi, scambiati per la costruzione di un identità normale in un ragazzo speciale

LA RELAZIONE DI AIUTO : CARL ROGERS

Il primo aspetto di cui tenere conto nell'accostarsi professionalmente alla persona che versa in condizioni di difficoltà la più varia è quello relativo all'instaurare una corretta Relazione D'aiuto Educativa.
Comprendere i termini della questione significa analizzare i due elementi che costituiscono:
1)La relazione d'aiuto
Roger fornisce le seguente definizione:
.....Una relazione in cui uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita,lo sviluppo la maturità ed il raggiungimento di un modo

di agire adeguato ed integrato nell'altro....
Ciò presuppone, la coscienza di un rapporto caratterizzato dal ruolo di "persona che aiuta "; dimenticare questo significa perdere il senso del proprio lavoro.
Altro elemento che compare nella definizione di Rogers e' l'intenzionalità di sostenere l'altro nello sviluppo (percorso verso l'autorealizzazione).
2) Educazione.
Significa l'insieme dei processi che permettono alla persona di raggiungere dei miglioramenti,a
partire da condizioni ,che determinano la conquista di maggiori livelli evolutivi e conseguente
aumento della qualità di vita .
Quando si parla della Qualità di Vita si fa riferimento alla sfera dell'autonomia.
Migliorare l'autonomia significa migliorare la qualità della vita.
Secondo Rogers è importante non giudicare le persone o condizionare la nostra stima per loro dall'esibizione di particolari comportamenti che a nostro parere sono giusti, normali, corretti.
Il terapeuta deve aiutare l'individuo a cambiare in modo positivo, per permettergli di realizzarsi al meglio secondo le sue necessità e i suoi desideri.
L'educazione e i condizionamenti ambientali e sociali impediscono all'individuo di seguire la sua strada verso la maturazione continua.
Il terapeuta lo aiuterà, non fornendogli delle risposte, ma ascoltandolo e aiutandolo ad ascoltarsi.
La relazione terapeutica si svolge, per Rogers, fra due persone che stanno sullo stesso piano ed è questo uno dei motivi per i quali egli definisce cliente e non paziente la persona da aiutare.
Il termine paziente, infatti, presuppone, secondo Rogers, una concezione meno paritaria, in cui c'è un individuo che è ritenuto superiore all'altro perché sa guarire.
Il terapeuta riconosce nel cliente una persona che ha un proprio valore personale, quali che siano le sue condizioni, il suo comportamento, i suoi sentimenti.
È importante prima di tutto che il malato accetti il terapeuta che, dal canto suo, deve fargli superare il sospetto e l'ansietà relativi all'amicizia e alla considerazione offerti.
La relazione di aiuto implica, oltre alla conoscenza di sé, anche una serie di predisposizioni senza le quali non si dà relazione. Le principali sono:
- la capacità di ascolto,
- la curiosità,
- una grande passione per l'essere umano,
- la tolleranza,
- una certa forza e chiarezza interiore,
- la capacità di empatia e compassione,
- la disponibilità.

E' dunque importante per l'operatore effettuare un lavoro su se stesso che lo aiuti a chiarire il proprio atteggiamento mentale ed i valori che porta con sé: se tra questi è presente quello di persona unica ed irripetibile, con reali possibilità di miglioramento durante tutto l'arco della vita,quasi sicuramente, anche nelle situazioni più gravi ,troverà il proprio lavoro gratificante e ricco di risultati positivi.
Diversamente sarà alta la possibilità d'incontrare lungo il percorso professionale sentimenti negativi
Quali noia,avvilimento,sconforto.
In sintesi la Relazione d'Aiuto Educativa è l'ambito in cui si gioca l'incontro tra due mondi ,quello
dell'operatore e quello della persona in difficoltà.
Affinché il lavoro con la persona disabile possa essere produttore di risultati positivi,è necessario
che la relazione che s'instaura sia positiva e caratterizzata da significati riconosciuti da entrambe
gli attori.

LA RISPOSTA EDUCATIVA AI B.E.S. (BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI)

La pedagogia speciale mette in campo strumenti e metodologie speciali perché progettate per rispondere a esigenze evolutive ben precise.

• Il pensare speciale si rende necessario perché ogni conquista operativa è provvisoria e non sempre ripetibile, difatti, lo schema operativo appropriato ad una situazione, in altre situazioni, anche solo parzialmente diverse o realizzate da persone diverse, non sarà altrettanto efficace e rispondente.
• Non si può vivere di 'vantaggi' di posizione' acquisiti una volta per sempre.
• La risposta educativa speciale richiede una percezione globale, unitaria e contestuale del problema da elaborare in ogni situazione.
• Mette in atto canali di ricezione e comunicazione diversi da quelli della media dei soggetti in crescita e quindi, di volta in volta, a seconda delle disabilità che incontra, cerca di entrare in un rapporto che è speciale e non diverso.
• La didattica ha come oggetto la relazione di insegnamento/apprendimento, focalizzando l'attenzione sul "come insegnare" per favorire l'apprendimento ed il successo formativo di una qualsiasi persona.
• La didattica pone al centro della propria riflessione teorico operativa l'interazione-comunicazione tra il soggetto che apprende e gli oggetti di apprendimento all'interno delle istituzioni intenzionalmente formative.
• Valorizza l'intero repertorio dei codici linguistici: il gesto, il suono, l'immagine, la parola orale e scritta, l'alfabeto prossemico, .

Nella stessa prospettiva si pone anche la Didattica Speciale, intesa come Didattica Specifica, "nel senso che - come afferma Canevaro - gli elementi di didattica generale vanno riformulati ed adattati alla didattica che quei soggetti e quella situazione presentano ed esigono",affinchè diventino autonomi.

Quindi si concretizza nell'adozione di un insegnamento individualizzato capace di organizzare un'istruzione articolata in relazione alle esigenze apprenditive dei singoli alunni.

E' fondamentale ricordare come la riflessione pedagogico-specialistica, oltre alle problematiche connesse all'integrazione degli alunni in situazione di handicap nella scuola, si deve occupare anche di nuove forme di disagio come del disadattamento, delle difficoltà di apprendimento, del disagio giovanile, della devianza minorile, delle tossicodipendenze, della dispersione scolastica oltrechè della formazione degli insegnanti specializzati per il sostegno, dell'interazione tra scuola comunità e servizi, della comunicazione. Dagli ultimi studi sono state indicate nuove situazioni di rischio e, accanto ai disabili, nuovi soggetti "diversi, difficili, problematici", che " vivono situazioni di disagio e di disadattamento" o che si trovano in "situazione di marginalità" e/o con "disturbi della capacità intenzionale" e/o con "una visione del mondo disfunzionale"; persone cioè che presentano " bisogni particolari e specifici (speciali?)", "richieste più esigenti" e pertanto "bisognose di aiuto speciale".

Un contributo particolarmente importante alla definizione di Bisogni educativi speciali (B.E.S.) e all'elaborazione di strategie educativo-didattiche di "speciale normalità" è stato dato da Dario Ianes che, nel volume " Bisogni educativi speciali e inclusione" (Erickson, 2005), fornisce un quadro sistematico di tutte le situazioni di disagio e problematicità capaci di creare difficoltà .

Ianes ritiene che vadano prese in considerazione tutte le possibili difficoltà :
• nell'ambito dell'apprendimento e dello sviluppo delle competenze
• nella sfera delle relazioni
• nell'ambito familiare
• nell'ambito motivazionale

I B.E.S. per Ianes derivano "da qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in un funzionamento (nei vari ambiti della salute secondo il modello ICF della Organizzazione Mondiale della sanità) problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia e che necessitano di educazione speciale individualizzata" e, direbbe Massimo Baldacci, personalizzata.

Ovviamente i B.E.S. richiedono a tutti gli operatori una capacità di risposta calibrata e specifica che esige, tra l'altro, competenze psicopedagogiche , didattiche, organizzazione, lavoro di rete interno ed esterno alle istituzioni, capacità di analisi, risorse, mediatori, sostegni, tecnologie, spazi, intrecci.

L’OPERA DEGLI EDUCATORI

Chiunque operi e agisca con coscienza con le realtà umane speciali è sollecitato certamente da un amore particolare che lo porta ad un impegno e ad una scelta precisi: lavorare per il bene dell'educando

Gli operatori educativi che si occupano di pedagogia speciale devono avere la volontà di credere fermamente in quello che fanno e che continuino, nonostante le difficoltà, a lottare per il bene dei loro allievi.

In questa veste l’educazione si presenta nella doppia funzione di sostegno al Soggetto nella ricerca
delle proprie capacità, abilità e predisposizioni cui non ha avuto modo di dare spazio- una sorta di
incremento umano- e nella ricostruzione e ridefinizione di se e del Sé.

Tale approccio consente alla persona con disabilità di riprendere la propria esperienza di esistenza.

Dunque, la caratteristica più significativa di questo approccio disciplinare consiste nel cogliere il problema là dove può sfuggire all’attenzione comune, nell’interpretarlo nei suoi termini corretti e nell’elaborare ipotesi di intervento con offerte di aiuto significative per consentire alla persona di riprendere, nel modo più umanamente ricco, la propria esperienza di esistenza. Infatti, cercando di affrontare problemi non comuni secondo un ottica che non preveda la “specialità”, pur mantenendo la propria specificità, la pedagogia speciale vuole esistere in quanto tale ma operare il meno possibile secondo sterili pratiche, in modo da poter rappresentare una risposta adeguata e competente nei diversi contesti ordinari. (Canevaro)

La Pedagogia speciale, in generale, ha lo scopo di ricostruire un senso, un significato ove il
significato della persona e del suo esistere vacilla a causa di elementi di disagio, devianza,
marginalità o handicap che impediscono un pieno sviluppo e una piena espressione del potenziale
umano.

V CAPITOLO

EXCURSUS STORICO DELLA VISIONE DEL DISABILE

PERIODO GRECO-ROMANO: rifiuto - soppressione della diversità

• Grecia

Le parole handicap, devianza, emarginato trovano la loro origine nell'antichità' greca con la parola "stigma" che stava ad indicare un marchio che rendeva chiaro a tutti che chi lo portava era uno schiavo o un criminale, comunque una persona segnata, un paria che doveva essere evitato specialmente nei luoghi pubblici.).

Contro la spiegazione filosofico-mistica (Platone) si era elevata la protesta di Ippocrate che, con la sua scienza aveva rivendicato il carattere naturale della "follia". (La cecità era considerata dai greci come una malattia divina).

Nelle culture pre-industriali, fin dall'antichità, la interpretazione magico-religiosa della "diversità", della "follia" coesiste con una sua interpretazione medica: il mondo greco ammette questa diversità, ma esita nell'attribuire a questi elementi connotazioni precise (in senso positivo o negativo)

• Roma

Durante l'epoca romana l'impero e le classi dominanti si pongono il problema del controllo sociale della plebe povera e reprimono la pericolosità sociale di culti che unificavano, per la prima volta, le diverse forme di marginalizzazione sociale.

Con Traiano nascono le prime forme di assistenza sociale al pauperismo ("istituzioni alimentari"). Con la crescita del cristianesimo sotto il basso impero e la sua trasformazione in religione di stato (318), dalla carità (in favore dei poveri e emarginati, i primi cristiani vedono nel sofferente e nell'escluso il Cristo, dietro c'è la nascita del concetto di eguaglianza) si passa alla beneficenza e all'elemosina (c'è chi dà e chi riceve, qui scompare il concetto di eguaglianza poiché c'è chi ha e chi non ha).

• Nel IV secolo dopo Cristo nasce a Roma il primo nosocomio della storia (vengono rinchiusi gli infermi abbandonati). E' il Codice Giustiniano (534) che differenzia le diverse forme di soccorso: il gerentocomio per la cura dei vecchi, l'orfanotrofio per gli orfani ecc...

PERIODO MEDIEVALE

La diversità viene allontanata e rinchiusa in luoghi speciali (lebbrosari)

Durante il Medioevo assistiamo ad un processo di decadenza della scienza medica che accentua il suo carattere religioso. Il sentimento religioso diventa superstizione, l'esorcismo è considerato come una pratica terapeutica di grande importanza, dipende dall'autorità ecclesiastica. Ci troviamo di fronte al totale isolamento del malato (lebbroso), del "diverso" dal corpo sociale (è il caso del "folli", ma anche degli "ebrei" che sono rinchiusi in veri ghetti).

• Basso Medioevo :Nascita del Lazzaretto e lotta della Chiesa verso ogni forma di diversità
Le culture contadine presentano forme di tolleranza e recupero verso il diverso.
Nell'XI e XII secolo nasce il Lazzaretto il cui principio è l'isolamento del malato in seguito ad una grande epidemia di lebbra che colpì tutta l'Europa. Questo principio è destinato ad avere un peso rilevante sul piano ideologico nella storia dell'assistenza. La chiesa, vera potenza dominante, se la prende con tutte le forme di "diversità"': lotta contro il "demonio" cioè le levatrici, le guaritrici, i "pazzi", i "mostri", una buona parte delle donne uccise come streghe non erano "pazze o criminali indemoniate" (Malleus Maleficarum 1484) ma guaritrici e levatrici al servizio dei contadini. La caccia alle streghe non era un fatto spontaneo ma "campagne organizzate" dalla chiesa timorosa del propagarsi delle eresie e delle rivolte contadine.

1600 ISOLAMENTO

• Dalla paura per le malattie infettive alla paura per la malattia mentale; isolamento dei pazzi in luoghi di internamento insieme ai criminali
Quando nel XVI secolo la lebbra viene sconfitta, i lazzaretti assunsero la fisionomia di vere e proprie cittadelle separate dalla città.
E' con la Controriforma che nasce il concetto di "folle" identificato come "eretico".
Difatti, sconfitta la lebbra, i lazzaretti sono utilizzati per internare poveri, vagabondi e "pazzi".
Tutto questo coincide con la fase di accumulazione originaria del Capitale: le conquiste spagnole e la tratta degli schiavi che vengono considerati come esseri inferiori.
L'educazione venne piano piano ad essere considerata sempre più come un fatto largamente e profondamente sociale, filantropico-civile e si sviluppò fino ad abbracciare campi ed aspetti prima inesplorati.
Essa iniziò a rivolgersi a persone di ogni età, bambini e adulti, all'area scolastica ed extra scolastica, preventiva e correttiva, fino a suscitare un grande interesse anche dal punto di vista politico
La Pedagogia Speciale si comincia ad occupare di :
• nuove e diverse meditazioni sull'uomo
• superamento dei pregiudizi nei confronti del disabile
• graduale diffusione dell'azione educativa
• affermazione della natura sociale e filantropico-civile dell'educazione

1700 –PRIMI PASSI DELLA SCIENZA

• Educabilità del diverso
Nel 1700 nasce il concetto di EDUCABILITA' dello svantaggio.
I grandi pedagogisti si occupano di bambini con difficoltà.
Con Itard medico psichiatra, studioso della pazzia e della possibilità di recupero dei malati di mente, con il il caso del "Selvaggio dell'Aveiron" si parla per la prima volta di EDUCABILITÀ per tutti.
La psichiatrica in Francia e in Inghilterra porta il passaggio dal carcere al manicomio, cioè la liberazione dei "folli" dalle catene che li tenevano confusi con la delinquenza, è il prodotto dello strutturarsi della ragione scientifica borghese come unica ragione riconosciuta
Con lo sviluppo del rapporti di produzione capitalistici, il mutamento profondo delle strutture sociali con la prima industrializzazione, l'illuminismo e la Rivoluzione Francese, assistiamo ai primi momenti della

scienza psichiatrica in Francia e in Inghilterra.
I bambini "anormali", ciechi, sordi, muti, "idioti", "sauvages" fanno molto parlare di sé (l'Enciclopedia, Diderot, D'Alambert e Rousseau); interessano anche i medici come P. Pinel che sarà incaricato dalla Convenzione nel 1793 di gestire il manicomio di Charenton. Però la liberazione degli "incatenati" voluta da Pinel e dallo stesso Saint-Just, finisce nella logica dell'internamento.
Il passaggio dal carcere al manicomio (Ia liberazione dei "folli" dalle catene che li tenevano confusi con la delinquenza) è il prodotto dello strutturarsi della ragione scientifica borghese come unica ragione riconosciuta.
La segregazione e la punizione (per il deviante e il "folle") esprimevano nel nuovo linguaggio scientifico la razionalità del nuovo potere.
Se dalla metà del XVII secolo fino agli inizi del '700, si ebbero soltanto tentativi pedagogici isolati e frammentari, idee ambiziose miranti a scuotere pigre coscienze.
il XVII e il XVIII furono due secoli molto importanti per la pedagogia che fino ad allora era stata considerata riduttivamente ed esclusivamente come scienza dell'educazione del fanciullo e dello scolaro. Progressivamente, tale disciplina venne ad assurgere a una dignità nuova, e in particolare la pedagogia speciale, fu riconosciuta di vitale interesse per le persone in attesa di vincere disarmonie e disagi.

'700- (TARDO ILLUMINISMO)

• Necessità di superare questi pregiudizi; maggiore fiducia nella razionalità umana; iniziale presa in carico della disabilità da parte della scienza e delle istituzioni.
Alla fine del '700, la scienza pedagogica riuscì a vincere i pregiudizi nei confronti del disabile e prese progressivamente vigore l'intento di intervenire in aiuto della persona in difficoltà.
In tutte le nazioni in gara fra loro nel produrre opere che esprimessero il loro grado di civiltà, dal secolo XVIII si assistette al diffondersi dell'azione educativa, la quale si arricchì di nuovi essenziali elementi di pensiero e di germi innovatori di pratica pedagogica. Le ragioni di tutto ciò sono da ricercarsi nelle nuove e diverse meditazioni sull'uomo, sollecitato nella sua espressione ed espansione.

1800-POSITIVISMO SCIENTIFICO

Fra i grandi pedagogisti ITALIANI cambia gradualmente l'approccio all'educazione.
I bisogni educativi speciali sono affrontati esclusivamente dal punto di vista medico
Metodo di Gonnelli-Cioni
• la pedagogia speciale esplora tutte le infermità, individuando le modalità più idonee per promuovere utili interventi di aiuto
• soccorrere gli sventurati non è solo un'opera di carità ma di somma giustizia
Alla fine dell'Ottocento il metodo di Gonnelli-Cioni affermerà che soccorrere gli sventurati non è solo un opera di carità ma di somma giustizia.
L'approccio ai bisogni educativi speciali rimane competenza medica sulla scia del positivismo scientifico senza distinzione tra pazzi, vagabondi, malati, scemi.

1900- MARIA MONTESSORI-PRIMA EDUCATRICE DEI DISABILI

• Afferma l'esigenza di affrontare i bisogni educativi speciali dal punto di vista pedagogico e psicologico.
• Tradusse per prima il libro di Itard in Italia : sperimenta e afferma che i bisogni educativi speciali vanno affrontati anche dal punto di vista pedagogico e psicologico (la psicologia è una scienza neonata!) e non solo medico. Nascono le prime scuole magistrali ortofreniche con orientamento emendativo (processo di normalizzazione; la diversità è una malattia da curare)

• La ragione borghese diventa la ragione umana universale
La ragione borghese (una volta sconfitta l'aristocrazia) diventa la Ragione

umana universale; nasceva cosi, per dirlo con Horkhaimer, "una ragione dell'ordine costituito" borghese e una "sragione (deviante, popolare) serva e soggetta".
F. Basaglia si chiede: "Che cosa sarebbe stata la psichiatria se fosse stata coerente al proclama e si fosse curata - senza la mediazione della malattia diventata "istituzione" - della sofferenza che nasce nella repressione della soggettività e del corpo, nell'impossibilità materiale e psicologica di esprimere i bisogni di questa soggettività e di questo corpo, prima che ad esse fosse stato dato un nome?".

XX SECOLO: NASCITA DELLA PEDAGOGIA SPECIALE

• Pedagogia Speciale come scienza dell'educazione ed intervento educativo in patologie psichiatriche ed handicap mentale.

Accanto alla Pedagogia come scienza della formazione dell'individuo nasce la Pedagogia Speciale come branca della pedagogia che interviene, con modalità ben definite, nell'area della disabilità di varia natura ,tale disciplina interviene ad accompagnare la persona nel recupero e nell'attivazione del potenziale evolutivo inibito
La Pedagogia Speciale è, dunque, una branca della pedagogia che interviene, con modalità ben definite, nell'area della disabilità di varia natura (da quella motoria a quella cognitiva, socio-affettiva).
In sinergia con altri trattamenti educativi, riabilitativi, rieducativi, anche nelle situazioni di disagio psichiatrico, la pedagogia speciale interviene ad accompagnare la persona nel recupero e nell'attivazione del potenziale evolutivo inibito o arrestato da una crisi verso quella gradualità che caratterizza lo sviluppo e l'evoluzione dell'individuo.
Tale disciplina affonda le sue radici nei principi filosofici, nelle elaborazioni teoriche, ma anche nelle esperienze e nelle verifiche dei risultati raccolti nel favorire soggetti in difficoltà
Essa si è notevolmente sviluppata e rinnovata nel tempo, al punto da giungere ad utilizzare, entro i primi anni del Novecento, modalità pedagogiche speciali che sono importanti da conoscere per non rischiare di acclamare oggi come nuove, idee e progettazioni vecchie ma gli handicappati erano educati ancora in istituzioni separate = le SCUOLE SPECIALI o le cosiddette CLASSI DIFFERENZIALI

XXI SECOLO: INTEGRAZIONE ED INCLUSIONE
La pedagogia speciale si occupa di
• soggetti detti " speciali " (per diversità)
• doppia funzione di sostegno dell'educazione
• nella ricerca delle capacità diverse nel diversamente abile, abilità e predisposizioni
• nella rieducazione delle abilità, capacità e competenze
• ottica dell'INTEGRAZIONE e DELL'INCLUSIONE
In generale, essa ha lo scopo di ricostruire un senso, un significato ove il significato della persona e del suo esistere vacilla a causa di elementi di disagio, devianza, marginalità o handicap che impediscono un pieno sviluppo e una piena espressione del potenziale umano:
quindi di ricostruzione e ridefinizione di se e del Sé.

VI CAPITOLO

DISABILITA' E RISPOSTE EDUCATIVE SPECIALI

Se la Pedagogia Speciale interviene, con modalità ben definite, nell'area della disabilità di varia natura, da quella motoria a quella cognitiva, socio-affettiva, è necessario, a questo punto, tracciare un quadro nosografico delle disabilità. In generale, esse si distinguono in:

• deficit SENSORIALI = della vista

dell'udito

• deficit CEREBRALI = prenatali (es. trisomia 21, radiazioni)
o CEREBROPATIE perinatali (es. anossia, parto distocico)
postnatali (es. encefalite)

• deficit del SETTORE = disturbi specifici dello sviluppo
PSICHICO (dislalia, enuresi, anoressia, bulimia)

disturbi intellettivi
(insuffic. mentale lieve, media o grave)

disturbi del linguaggio
(es. afasia)

disturbi specifici di apprendimento
(disgrafia, dislessia, discalculia)

disturbi relazionali
(disarmon. caratteriale, nevrosi, psicosi)

STORIA DELL'EDUCAZIONE DEI SORDI

Cultura popolare
Il non udente come gli altri disabili veniva assimilato ad un essere di capacità intellettiva inferiore. La sordità era associata al mutismo, in quanto chi non sente non parla.
I sordomuti erano fatti oggetto di pregiudizi
I primi tentativi di LETTURA LABIALE si devono proprio a Pedro Ponce (sec. XVI), che insegnava ai sordi a pronunciare le sillabe e poi le parole: riuscì ad insegnare a leggere, scrivere e far di conto, nonché a parlare, a pregare, a confessarsi attraverso la parola e ad apprendere diverse materie quali la filosofia e la storia. E' evidente che il problema dell'educazione dei sordi diventa importante nel momento in cui si tratta di figli di nobili che devono necessariamente essere istruiti per gestire poteri e ruoli ereditati familiarmente; è perciò da questa esigenza che partirono riflessioni e sperimentazioni di metodi educativi rivolti ai ragazzi sordi.

In Francia
Il primo educatore a non essere assolutamente geloso del suo metodo fu l'abate de l' Epée che condusse la propria attività in Francia nella seconda metà del '700. Egli si prodigò nel diffondere i suoi metodi e nel creare proseliti fino a fondare la prima scuola pubblica per sordomuti proprio in Francia. Padre de l' Epée fu il primo a non voler imporre a tutti i costi l'apprendimento della voce ma utilizzò IL LINGUAGGIO DEI SEGNI (per lui mezzo naturale di espressione per i sordi) per insegnar loro a scrivere.

In Italia
Pendola e il metodo orale
Tommaso Pendola si fece promotore del ripristino del metodo orale.
Tutti o quasi tutti i sordi possono essere istruiti ed educati alla parola, con la parola .
Il principio su cui si basa il Pendola è: "tutti o quasi tutti i sordi possono essere istruiti ed educati alla parola, con la parola". Egli arricchì le sue

conoscenze grazie ad esperienze realizzate all'estero, illustrò come favorire l'educazione della parola per l'acquisizione di movimenti fini e indagini tattili indispensabili ad assumere conoscenze per mezzo di modelli plastici e disegni; premesse fondamentali per l'apprendimento della lettura, della scrittura, dell'aritmetica e della geometria, che si concretizzano poi nella rappresentazione delle quantità, in conoscenze topografiche e geografiche, fino a giungere a significative abilità nei lavori manuali e nelle disponibilità intellettuali. Il metodo orale, (che venne reintrodotto nelle scuole italiane per sordomuti dopo il Congresso Internazionale di Milano del 1880) fu al centro di discussioni di carattere scientifico proprio sulle pagine della rivista del Pendola.
Il metodo orale prevede: 1) abitudine a osservare -2) perizia dell'imitare -3)esercizi di imitazione.
Perché la persona sorda riesca a rilevar la parola dal labbro altrui ed a preparare il proprio organo orale a riprodurla, è indubbio che deve possedere l'abitudine ad osservare e la perizia dell'imitare. Gli esercizi dispositivi ad abilitare la persona sorda alla percezione e alla pronunzia della parola sono esercizi di imitazione.
Inoltre, Pendola arrichì le sue conoscenze grazie ad esperienze realizzate all'estero
Da studi e convegni come da esperienze pratiche si giunse alla certezza della SUPERIORITÀ del METODO LABIALE su quello dei SEGNI.
INDIRIZZO ODIERNO = sfruttare il BILINGUISMO, in quanto il metodo dei segni e il metodo orale posseggono vantaggi e svantaggi diversi

STORIA DELL'EDUCAZIONE DEI CIECHI.
Nell'antichità ciechi erano i poeti come Omero, i veggenti come Tiresia diceva che la cecità era il prezzo da pagare per un'intensità ed un sapere superiore. Come dice un proverbio: "Dio vede il cieco come il cieco vede Dio".
EDIPO = ira degli dei, punito è divenrato cieco per la colpa (il patricidio)
Medioevo
Il cieco è persona inutile a sé e agli altri, perché non lavora = non entra nella parte riproduttiva della società
Sorgono delle Istituzioni per ciechi, spesso ad opera di religiosi, ma hanno un carattere meramente ASSISTENZIALE e accentuano la SEGREGAZIONE
La loro EDUCAZIONE e ISTRUZIONE era bloccata dal fatto che non vi era un veicolo di trasmissione del pensiero per loro = la SCRITTURA

Luigi Braille
insegnante di musica nell'Istituto di Parigi, cieco egli stesso elabora nel 1850 un CODICE che aderiva perfettamente alle esigenze percettive del TATTO e non della VISTA.
METODO BRAILLE:
scrittura in RILIEVO dove ogni lettera è rappresentata da una serie di PUNTI (massimo 6 disposti su 3 file per un massimo di 2 per ogni fila in uno spazio di 6 mm di h per 3 di largh.)
I segni sono 64 = linguaggio ALFABETICO, segnografia MUSICALE e MATEMATICA
La rapidità di lettura di un cieco con il metodo Braille è pari a 1/3 di quella di un vedente a parità di intelligenza e istruzione
Ciò aprì ai ciechi un mondo nuovo = cominciarono a studiare i libri scritti in Braille, a laurearsi e a scrivere
In Italia i primi Istituti per ciechi sorgono = a Napoli (1818), a Padova (1838), a Milano (1840), a Genova e Roma (1868)

Romagnoli e il metodo per l'aiuto ai ciechi
Un eminente studioso di TIFLOPEDAGOGIA italiano, cieco egli stesso, fu Augusto Romagnoli, che visse e studiò nell'Istituto di Bologna e scrisse il volume Ragazzi ciechi.
Nel 1924 venne chiamato dal Ministro della P. I. per ispezionare gli Istituti per Ciechi italiani
Egli sollecita interventi graduali che affinino la conoscenza del proprio sé corporeo, del proprio dinamismo tonico-muscolare, contemporaneamente all'orientamento e alla discriminazione degli ostacoli.
Il metodo per l'aiuto delle persone cieche fu ideato da Augusto Romagnoli e sperimentato nell'Ospizio Margherita per i ciechi di Roma e fondato nel 1876 da S. M. la Regina Madre.

Il principio di questo “educatore cieco”era quello di far apprendere attraverso il gioco e situazioni di collaborazione di gruppo il senso degli ostacoli e la loro localizzazione nello spazio con il contributo del potenziale telerecettivo uditivo.

STORIA DELL’EDUCAZIONE DEI FRENASTENICI E LORO CLASSIFICAZIONE

(Verga 1874)

A. Verga. propone, nella seduta della Società Freniatrica del 24 giugno 1874, una classificazione detta dei frenastenici per distinguere i pazzi dai deboli di mente cioè “da quelli che dal buon senso del volgo sono denominati scemi, scimuniti, fauti o innocenti”.
Egli distingue:
Gli infelici:
• idioti profondi,idioti semplici, cretini
• imbecilli, tardivi,delinquenti e degenerati
I frenastenici
la medicina classifica i frenastenici come anormali
• cerebropatici
• biocerebromatici misti
• neuropatici
• psicopatici
- Cerebropatici, che non palesano grandi segni di malattie del sistema nervoso centrale, ma devono la loro insufficienza a disturbi nell’evoluzione prenatale del cervello dipendenti da cause ereditarie o congenite precoci. In questa categoria prevalgono gli insufficienti di alto, medio e lieve grado intellettuale
- Biocerebropatici o misti
- Neuropatici: cioè epilettici, isterici, ticchiosi, balbuzienti, ecc (in questa categoria prevalgono gli instabili e i deboli instabili e misti);
-psicopatici: cioè dementi precocissimi, psicodegenerati (in questa categoria prevalgono gli instabili).
All’estero i frenastetici continuavano ad essere chiamati “idioti”.
Essi richiamarono l’attenzione anche del Gonnelli-Cioni, che introdusse questo aggettivo per indicare gli infelici raccolti nel suo istituto, tra cui gli idioti profondi, gli idioti semplici, i cretini, gli imbecilli e i tardivi, oltre ai delinquenti e i degenerati, o individui colpiti da imbecillità morale, esclusi i pazzi.

S. de Sanctis medico, psichiatra (1915)

Classifica i frenastenici:
- Anormali di intelligenza
- Anormali di carattere
- Anormali sensoriali
Sante de Sanctis dice che l’educazione dei deficienti richiede all’educatore:
• buona energia comunicativa freddezza e autorità
• adeguata conoscenza dell’alunno comportamento uniforme .
Il metodo di de Sanctis parla di tempi diversi per ciascun alunno e richiede un numero limitato di scolari in ciascuna classe .
Inoltre, prevede programmi simili con tempi diversi; in ogni scuola autonoma o asili-scuola, si svolgono, benchè con maggiore lentezza e con procedimenti diversi, i medesimi programmi delle scuole elementari comuni. Il numero degli scolari delle singole classi deve essere ben limitato a norma del principio fondamentale della pedagogia emendatrice che vuole "sia data" ad ogni soggetto non normale una istruzione individuale. (Classi Differenziali)

Eduard Seguin

Le cause dell’imbecillità, secondo Séguin, sono varie:
• La mania solitaria
• L’eccesso di lavoro intellettuale prima o dopo lo sviluppo della pubertà.
• le affezioni acute dell’encefalo e le malattie che reagiscono sul cervello;
• una caduta o un colpo violento sulla testa e in particolare sulle regioni anteriori e superiori durante gli anni che precedono la pubertà

• l’imbecillità può, rigorasamente parlando, manifestarsi in tutte le età della vita, ma dove è più temibile è dai sette ai vent’anni

Séguin Mise a punto un metodo che, partendo da un’accurata diagnosi clinica della situazione del soggetto in difficoltà, segue un percorso educativo e pedagogico .
Nel mondo antico in cui la famiglia aveva una funzione esclusivamente politica, qualunque vita che non potesse pagare il suo tributo di utilità alla Repubblica era come non-esistente, tanto per il padre quanto per lo Stato; è per questo motivo che nell’antichità non si trova nessun esempio di quegli asili di carità, al contrario, tutti gli scrittori greci e latini portano esempi di bambini abbandonati, o uccisi, a causa di deformità fisiche o psichiche di cui veniva fatta loro una colpa.
Il metodo agiva non sull’affezione detta idiozia, ma su tutte le facoltà della persona, fa dell’ “idiota” un individuo e basta.
Aspettando che la medicina guarisca gli idioti, Séguin ha cominciato a farli partecipi del fatto di beneficiare dell’educazione.
Quindi l’approccio globale, ecologico dello sviluppo e dell’azione educativa favorisce l’approccio globale ai bisogni del soggetto disabile e non solo. Vi è qui l'idea che il soggetto disabile per la sua particolarità (deficit,ritmi e tempi diversificati di sviluppo e di apprendimento) costringe la società a riflettere su stessa e porta i ricercatori a rivedere la loro concezione dello sviluppo umano. La capacità di una società di prendersi cura o meno dei soggetti disabili per favorire il loro inserimento sociale è un indicatore di civiltà e permette di valutare il suo grado di umanità.

L’EDUCABILITA’ DEI FOLLI E NASCITA DELLA PEDAGOGIA SPECIALE

Jean Marc Gaspard Itard

E’ proprio ad Itard, (1775-1838) che si fa risalire la nascita della Pedagogia speciale e il passaggio da uno studio puramente medico ad un intervento di tipo più pedagogico e globale nei confronti della persona disabile. Fu, appunto, di questo pedagogista francese del XIX secolo , l’idea dell’educabilità dell’individuo anche in presenza di forti disabilità e dell’importanza della mediazione sociale nella crescita psicofisica della persona.
Con la scoperta del “ragazzo selvaggio dell'Aveyron” nel 1800 sperimenta la prima grande esperienza educativa con un bambino disabile con “bisogni speciali”; si oppone al parere di Philippe Pinel (il fondatore della psichiatria moderna) affermando la sua educabilità.
L’esperienza con il ragazzo trovato nelle foreste dell’Aveyron, Victor, aveva dato a Itard la certezza che un lavoro educativo potesse risolvere quei deficit che egli considerava funzionali e non organici come era stato indicato da altri.
Contrariamente a Pinel, infatti, che considerava Victor irrecuperabile, classificandolo come un “idiota” (secondo la terminologia del tempo), poiché attribuiva la sua minorazione (cognitivo-linguistica, motoria e socio-affettiva) ad una causa organica, per Itard lo sviluppo affettivo e
intellettuale del bambino era stato interrotto accidentalmente all’età di 10-12 mesi e il suo grave ritardo era ascrivibile, dunque, ad una carenza o ad un impedimento alla partecipazione ai processi sociali e alla conseguente mancanza di modelli utili per la costruzione dei comportamenti imitativi. Per questi motivi Itard confidava moltissimo nell’efficacia della relazione e del contesto sociale che avrebbe riportato il bambino ad un vivere civile.
Per fare ciò Itard parte dal principio che il condizionamento dell'educazione nel modificare e trasformare la persona umana.
In questo modo criticò quello che chiamava “la metafisica delle idee innate”. E' interessante vedere come usò le ricerche più avanzate del suo tempo combinando medicina, etnologia e filosofia, per riflettere sulla sua esperienza educativa concreta con Victor.
Notava come “l'uomo non può trovare che nella società il posto eminente che li è stato affidato dalla natura e senza la civiltà sarebbe uno degli animali più deboli e meno intelligenti”.
Con lucidità Itard fece anche notare che i “popoli selvaggi” hanno un grado di civiltà necessario alla loro sopravvivenza e che sono già educati:”Nella più vagabonda delle orde selvagge come nella nazione Europea la più civilizzata, l'uomo è come lo si fa essere, necessariamente allevato dai suoi simili, ne ha preso le abitudini e i bisogni; le sue idee non sono più sue; ha

goduto della più bella prerogativa della sua specie, la suscettibilità di sviluppare il suo intelletto con la forza dell'imitazione e dell'influenza della società".

Questo non è tuttavia il caso dei bambini selvaggi ritrovati nei boschi; questi individui "non furono suscettibili di nessun tipo di perfezionamento ben visibile, ma anche su di loro si è voluto applicare

l' educazione attraverso l'insegnamento sociale".

Le considerazioni di Itard e il suo approccio metodologico sono ancora oggi di una grande attualità per chi si occupa di educazione speciale:

1) la conoscenza della storia dello sviluppo del fattore educativo in popoli e culture diverse è utile per la comprensione pedagogica

2) l'aspetto euristico è quello che permette la conoscenza con la prudenza metodologica di non assimilare la condizione del "primitivo" con quella del "bambino selvaggio"

3) con questi bambini occorre metodi d'insegnamento specifici che rispondono al loro modo speciale di essere.

Itard mise a punto un metodo per il recupero del bambino selvaggio con obiettivi ben definiti:

Obiettivi educativi di Itard

Gli obiettivi educativi di Itard sono cinque:

• farlo affezionare alla vita sociale addolcendo quella che conduceva, e soprattutto rendendola più simile a quella che aveva lasciato.
• risvegliare la sensibilità nervosa con gli stimoli più energici .
• sollecitare le più vivaci emozioni dell'anima.
• estendere la sfera delle sue idee e condurlo all'uso della parola
• estendere la sfera delle sue idee creandogli bisogni nuovi e moltiplicando i suoi rapporti con gli esseri circostanti.
• condurlo all'uso della parola spingendolo all'imitazione attraverso la legge imperiosa della necessità.
• esercitare per qualche tempo le semplici operazioni del suo spirito sugli oggetti legati ai suoi bisogni, per orientarle poi verso oggetti la cui funzione fosse istruire.

La speranza delusa

Itard non riuscì a condurre Victor all'uso della parola né attraverso l'udito né attraverso la vista, il

Mutismo rimase incurabile.

Itard non riuscì a condurre Victor all'uso della parola attraverso il senso dell'udito, né vi riuscì con quello della vista.

Non fu sufficiente gareggiare con le smorfie, sviluppare muscoli, tonicità e vibratilità negli organi deputati al linguaggio; Victor fu abbandonato a quello che venne definito "mutismo incurabile"poiché il linguaggio è uno strumento sociale che si affina nei primi anni di vita.

Le prestazioni acquisite

- svegliare sentimenti e piaceri sconosciuti tuttavia, riuscì a trasfondere il senso interiore di giustizia.

Non possono però sfuggire le diverse prestazioni acquisite da Victor nel corso dell'infaticabile opera di recupero del ragazzo condotta dall'Itard.

I cambiamenti che la civiltà ha operato nell'anima del giovane non si sono limitati a svegliare sentimenti e piaceri sconosciuti, ma vi hanno fatto nascere in parte quella che noi chiamiamo la rettitudine del cuore: per esempio, il senso interiore della giustizia.

LA SITUAZIONE IN ITALIA '800 e '900: MARIA MONTESSORI

Maria Montessori, il cui lavoro di assistente volontaria presso la clinica psichiatrica di Roma (dove lavorava già dal 1893 de Sanctis) è alla base del noto metodo scientifico da lei elaborato e sviluppato nel corso degli anni. Montessori fu la prima a tradurre in Italia " Victor, il bambino selvaggio" di Itard.

Il metodo montessoriano parte dallo studio dei bambini con problemi psichici, espandendosi allo studio dell'educazione per tutti i bambini.

La Montessori stessa sosteneva che il metodo applicato su persone subnormali aveva effetti stimolanti anche se applicato all'educazione di bambini normali.

Il suo pensiero identifica il bambino come essere completo, capace di sviluppare energie creative e possessore di disposizioni morali (come l'amore), che l'adulto ha ormai compresso dentro di sé rendendole inattive.

Il principio fondamentale deve essere la libertà dell'allievo, poiché solo la

libertà favorisce la creatività del bambino già presente nella sua natura. Dalla libertà deve emergere la disciplina.
Un individuo disciplinato è capace di regolarsi da solo quando sarà necessario seguire delle regole di vita.
Con la Montessori molte regole dell'educazione consolidate nei primi anni del secolo cambiarono.
I bambini subnormali venivano trattati con rispetto, venivano organizzate per loro delle attività didattiche. I bambini dovevano imparare a prendersi cura di se stessi e venivano incoraggiati a prendere decisioni autonome.
L'oggetto dell'osservazione non è il bambino in sé, ma la scoperta del bambino nella sua spontaneità ed autenticità.
Infine, della scuola tradizionale infantile Maria Montessori critica il fatto che, in essa, tutto l'ambiente sia pensato a misura di adulto. In un ambiente così concepito, il bambino non si trova a suo agio e quindi nelle condizioni per poter agire spontaneamente.
La Montessori definisce il bambino come un embrione spirituale nel quale lo sviluppo psichico si associa allo sviluppo biologico. Nello sviluppo psichico sono presenti dei periodi sensitivi, definiti nebule, cioè periodi specifici in cui si sviluppano particolari capacità.
Le fasi di sviluppo sono così delineate:
dai 0 ai 3 anni: il bambino ha una mente assorbente, la sua intelligenza opera inconsciamente assorbendo ogni dato ambientale. In questa fase si formano le strutture essenziali della personalità.
dai 3 ai 6 anni: fase in cui inizia l'educazione prescolastica. Alla mente assorbente si associa la mente cosciente. Il bambino sembra ora avere la necessità di organizzare logicamente i contenuti mentali assorbiti.

Materiale di sviluppo cognitivo
La Montessori realizza del materiale di sviluppo cognitivo specifico per l'educazione sensoriale e motoria del bambino e lo suddivide in:
• materiale analitico, incentrato su un'unica qualità dell'oggetto, per esempio peso, forma e dimensioni. Educa i sensi isolatamente.
• materiale autocorrettivo, educa il bambino all'autocorrezione dell'errore e al controllo dell'errore, senza l'intervento dell'educatore.
• materiale attraente, oggetti di facile manipolazione e uso, creato per invogliare il bambino all'attività di gioco-lavoro con esso.
Il bambino è libero nella scelta del materiale. Tutto deve scaturire dall'interesse spontaneo del bambino, sviluppando così un processo di autoeducazione e di autocontrollo.
VII CAPITOLO

LE PAROLE DELLA DISABILITA’ NELLA STORIA

Il Termine handicap

Perché non usare la consueta parola "handicappati"?
La risposta è semplice: perché le parole sono importanti, usarle male vuol dire pensare male e pensare male porta a comportarsi al peggio. Il termine "handicap" è formato dalle parole "hand" (mano) e "cap" (berretto), nasce in Gran Bretagna, nel mondo dell'equitazione.
Uno strano senso dello sport, o meglio, della sportività, aveva prodotto una regola per la quale il fantino più abile e veloce doveva dare agli altri concorrenti la possibilità di vincere la gara e per far ciò gli si rendeva la corsa più difficile costringendolo, mentre cavalcava, a tenere una mano sulla testa, sul berretto.
Questo è esattamente il significato che la parola ha, ed è anche il senso che a quella parola, oggi, si vuole dare: non carenza o difficoltà insite nella persona, bensì imposizione di carenze e di difficoltà da parte di altri, da parte della società nel suo insieme, quando essa nega alle persone con disabilità la possibilità di competere alla pari, di vivere alla pari.

Handicap nel senso comune

- nella mentalità corrente, il termine handicappato è sinonimo di meno bello, meno intelligente, meno competitivo, meno capace .
- indica qualcosa da evitare o ignorare, al più da assistere e accudire .

- spesso viene usato come termine offensivo, qualcuno che "non ce la fa".
Ecco quindi perché usarlo è considerato un errore: non significa quello che normalmente si intende; a nessuno viene in mente che la parola non è un aggettivo o un sostantivo, bensì un participio passato.
In questo Paese, nella mentalità corrente, il termine "handicappato" è sempre e solo riferito a qualcosa di "ridotto" da evitare o da ignorare, al più da assistere e accudire.
Spesso viene usato come termine offensivo, nei confronti di qualcuno che "non ce la fa".

EVOLUZIONE SOCIALE E CULTURALE DEI TERMINI

Persona con disabilità

È negli Stati Uniti d'America che nasce il termine "persona con disabilità “persona che, a causa di una conformazione fisica o di una menomazione di una certa gravità, trova difficile o impossibile svolgere un’azione, atto o mansione con la stessa capacità, forza o velocità di una persona media”
Il Movimento per la Vita Indipendente lo ha adottato da molti anni, poiché si è ritenuto quel termine più preciso (anche rispetto alle definizioni OMS più sotto riportate) e potenzialmente più "forte" perché aperto a diverse interpretazioni positive, quindi con un carico semantico migliore, utilizzabile meglio a vantaggio delle iniziative politiche che il Movimento attuava.
Nella lingua italiana la parola "disabilità" è uguale sia al singolare che al plurale; questo dovrebbe far riflettere sul fatto che il termine in sé non determina la condizione della persona: occorre approfondire, conoscere, e questo non può che far bene.
Dunque, persona con disabilità è una persona che, a causa di una conformazione fisica o di una menomazione di una certa gravità, trova difficile o impossibile svolgere un'azione, un atto, una mansione con la stessa capacità, forza o velocità di una persona "media", e quindi "mediamente" senza disabilità.
Le persone con disabilità sono molte di più di quanto normalmente si immagini:
• persona con disabilità è un bambino, è un anziano,
• è una donna in attesa di un figlio, è un obeso,
• è chiunque non possieda una o più delle caratteristiche riconosciute come indispensabili per formare quell 'insieme di "qualità potenziali" (forza, velocità, autonomia, etc.) che identificano la persona "media".
Il fatto di essere "in tanti" non comporta necessariamente un vantaggio; tuttavia, far comprendere ai politici, ai tecnici, ai progettisti, ai commercianti che c'è una enorme potenzialità sia in termini di puro mercato che di forza sociale dovrebbe aiutare tutti a prendere le decisioni migliori.
le parole per dire disabilità

Disabilità e invalidità

Disabilità indica una forma diversa alternativa rispetto alla norma.
Invalidità indica una mancanza, mancanza di validità, dunque di valore
Ne deriva che il termine “disabilità" è meno negativo di "invalidità“, poiché il suffisso "dis", a differenza del suffisso "in", non indica necessariamente una mancanza, ma anche una forma diversa, alternativa rispetto alla norma. Inoltre, il termine "invalidità" parla espressamente di mancanza di validità, e quindi di mancanza di valore, mentre il termine "disabilità" può intendersi come "altre abilità“e le persone cosiddette "normodotate" spesso non immaginano neppure quante e quanto ricche possano essere le "abilità" dei cosiddetti "handicappati".

Diversamente abile

Disabilità: obbedisce alla logica della staticità
Diversamente abile: enfatizza la fiducia nello sviluppo e nella crescita delle potenzialità della persona con deficit
Tante volte, questa fiducia è una profezia che si auto-avvera e che produce essa stessa cambiamento e nuove abilità.

IL PRIMO DOCUMENTO DELL'OMS : ICIDH

Nel 1980 l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), un eccellente tentativo di ricercare concetti, definizioni e terminologie quanto più omogenei e condivisibili tra gli operatori del settore.
In talepubblicazione veniva fatta l'importante distinzione fra "menomazione" (impairment), "disabilità" (disability) e "handicap".

• Menomazione veniva definita come qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche [N.B.: "Menomazione" è un termine più comprensivo di disturbo, poiché riguarda anche le perdite: per esempio, la perdita di una gamba è una menomazione ma non un disturbo].
La menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d'organo.

• Il termine "disabilità" (disability) veniva definito come qualsiasi restrizione o carenza
(conseguente a una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano.
Le disabilità possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione del soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, a una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura.
La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona.

• Infine "l'handicap" veniva considerato come la condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso, ai fattori culturali e sociali.
L'handicap riguarda il significato assunto da una situazione o caratterizzato dalla discrepanza fra l'efficienza e lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia dello stesso soggetto che del particolare gruppo di cui egli fa parte.
L'handicap rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze (culturali, sociali, economiche e ambientali) che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità.
Lo svantaggio proviene dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie all'universo che circonda l'individuo.

VIII CAPITOLO

MODELLO ICF E STRATEGIE EDUCATIVE

Passaggio dal concetto di handicappato a persona diversamente abile

Nel maggio 2001 l'OMS ha pubblicato l'ICF:
"Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità": riconosciuto da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni.
La Classificazione ICF rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione, e quindi anche nella percezione, di salute e disabilità.
La nuova classificazione proposta dall'OMS, infatti, mostra un'ulteriore volontà di superamento di quella logica, che si è visto essere così radicata soprattutto in ambito medico-sanitario, di scissione di sano e malato, di normale e patologico, proprio non ponendo più l'automatica connessione tra menomazione e disabilità e stato di malattia.
La stessa denominazione ICF, ovvero "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità", si propone di creare un linguaggio comune, non solo in ambito medico,ma anche in ambito socio assistenziale e socio-educativo, rispetto alle componenti della salute e ai domini ad essa correlati.

L’attenzione, quindi, è focalizzata su ciò che compone la salute (fattori strutturali e funzionali, fisiologici, corporei e mentali, e fattori contestuali, ambientali e individuali).
Menomazione e disabilità sono lette di conseguenza come aspetti negativi del funzionamento di funzioni e strutture corporee, identificati come elementi costitutivi delle condizioni di salute: appartengono, cioè, comunque a una condizione esistenziale che è quella della salute, e non della malattia conclamata.
Il nuovo approccio, permettendo la correlazione fra stato di salute e ambiente, arriva alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.
Ciò che caratterizza la nuova ICF è l’approccio biopsicosociale e multidimensionale su cui si basa, che contempera e integra il modello medico e il modello sociale.
• Il modello medico vede la disabilità come un problema personale, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica.
• Il modello sociale, invece, reputa la disabilità non come attributo di un individuo, ma piuttosto un’articolata varietà di condizioni, molte delle quali causate dall’ambiente sociale.
• Il modello biopsicosociale si focalizza sul recupero mirato delle potenzialità individuali esistenti evitando una visione soltanto medica del problema relativo alla disabilità.
A differenza della precedente Classificazione ICIDH, l’ICF, come già detto, non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute".

DIFFERENZA TRA ICIDH E ICF

Nel primo tipo di classificazione l’attenzione veniva posta sulle "conseguenze" cioè sull’impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare, mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute.
In tal senso l’ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone, proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.
La sequenza Menomazione -> Disabilità -> Handicap, alla base dell’ICIDH, nella nuova Classificazione viene superata da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e della disabilità, secondo un processo interattivo ed evolutivo.
È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio relazionale nello studio della disabilità.
La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.
L’ICF, correlando la condizione di salute con l’ambiente, promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività, che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l’individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione.
Il modello ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute, 2001), sancisce il passaggio da handicappato a persona con disabilità: persona con i suoi valori, la sua dignità e i propri diritti. Il deficit come punto di partenza per un progetto di vita indipendente.
Difatti l’espressione “portatore di handicap” al di là delle buone intenzioni è sbagliata; l’individuo non porta handicap, può invece trovarne. Può quindi accadere che alla disabilità, al deficit, si aggiungano handicap rappresentati da incomprensioni, ostacoli fisici e culturali.
Quindi l’ICF definisce la disabilità come risultato dell’interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali , (cioè i fattori ambientali e personali). Evidenzia l’importanza di un approccio integrato fondato sulla correlazione fra stato di salute e contesto. Ciò significa che la valutazione di uno stato di salute non si potrà più effettuare ignorando i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente, contesti e cultura.

Se la situazione di salute di una persona è la risultante globale delle reciproche influenze tra condizioni fisiche e fattori contestuali, nella dialettica tra queste due enormi classi di forze si trova il corpo, come concretamente è fatto (struttura) e come realmente funziona (funzioni), con delle reali capacità (attività personali) e che partecipa socialmente (partecipazione sociale) .
Le modalità attraverso cui si realizza tale interazione determina lo stato di salute o di disabilità degli individui: quando tutto questo va bene e agisce in sinergia, si è sani, altrimenti malati, o disabili, o con Bisogni Educativi Speciali
La persona che viene valutata secondo il modello ICF può evidenziare difficoltà specifiche in
vari ambiti:
– Condizioni fisiche: malattie varie, acute o croniche, fragilità, situazioni cromosomiche particolari,
lesioni, ecc.
– Strutture corporee: mancanza di un arto, di una parte della corteccia cerebrale, ecc.
– Funzioni corporee: deficit visivi, deficit motori, deficit attentivi, di memoria, ecc.
– Attività personali: scarse capacità di apprendimento, di applicazione delle conoscenze, di
pianificazione delle azioni, di comunicazione, di autoregolazione metacognitiva, di interazione
sociale, di autonomia, di cura del proprio luogo di vita, ecc.
– Partecipazione sociale: difficoltà a rivestire i ruoli sociali di alunno, a partecipare alle situazione
sociali più tipiche, nei vari ambienti e contesti.
– Fattori contestuali ambientali: famiglia problematica, cultura diversa, situazione sociale difficile,
culture e atteggiamenti ostili, scarsità di servizi e risorse, ecc.
– Fattori contestuali personali: scarsa autostima, reazioni emozionali eccessive, scarsa
motivazione, ecc.

ICF E BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

In uno o più di questi ambiti si può generare un Bisogno Educativo Speciale specifico, che poi
interagirà con gli altri ambiti, producendo la situazione globale e complessa di questo soggetto.
Ovviamente, il peso dei singoli ambiti varierà da soggetto a soggetto, anche all'interno di una stessa
condizione biologica (non esistono infatti due alunni con Sindrome di Down uguali) o contestuale
ambientale (non esistono infatti due alunni figli di immigrati senegalesi uguali).
Con il modello ICF si viene a creare dunque una sorta di griglia che ci aiuta a leggere le
diverse situazioni di difficoltà degli alunni: alcune di esse saranno caratterizzate da problemi
biologici, fisici e di capacità; altre da problemi contestuali ambientali, di capacità e di partecipazione; altre primariamente da fattori contestuali ambientali; altre principalmente da
difficoltà di partecipazione sociale (esistono ancora situazioni di discriminazione, non
dimentichiamolo!) per fattori contestuali ambientali ostili, e così via.
Questo modello consente una prima lettura degli ambiti e delle interconnessioni che caratterizzano un soggetto, un alunno con Bisogni Educativi Speciali, ma una valutazione più approfondita, funzionale alle attività individualizzate di recupero e sostegno, avrà bisogno di strumenti specifici.
Alcuni di questi interventi prenderanno la forma di veri e propri Piani educativi individualizzati, altri invece potranno essere, molto più informalmente, semplici accorgimenti facilitanti, modifiche nella routine, qualche attenzione o sensibilità in più.
La scuola, sulla base dell'ICF, avrà maggiore consapevolezza del "paniere"

dei suoi Bisogni
Educativi Speciali, ma come potrà definire il suo reale fabbisogno di risorse aggiuntive, necessarie per le varie individualizzazioni.
Per avvicinarsi il più possibile a una definizione corretta e veritiera potrebbe essere utile la seguente scheda a doppia entrata, da utilizzare per ogni alunno con Bisogni Educativi Speciali, in cui da un lato entrano le varie difficoltà/bisogni dell'alunno e dall'altro sono indicate e valutate nel loro livello di impegno/importanza le risorse ritenute necessarie per rispondere a questi bisogni, in termini di modificazioni, aggiunte, arricchimenti, semplificazioni, sostituzioni, adattamenti, fornitura di ausili, apparecchiature, personale, conoscenze e competenze, strategie d'azione, ecc.
Ogni caratteristica potrà andare a creare un "fabbisogno di." nella relativa casella di intersezione, fabbisogno che sarà pesato nella sua "gravità" e importanza sulla base della scala a 5
posizioni utilizzata per la quantificazione delle varie voci dell'ICF:
0 = nessun problema, la situazione (la risorsa) può rimanere così com'è per tutti gli alunni
1 = lieve bisogno di individualizzazione
2 = medio bisogno di individualizzazione
3 = notevole bisogno di individualizzazione
4 = fortissimo bisogno di una importante individualizzazione.

ICF PROMUOVE LA FORMAZIONE GLOBALE E L'IDENTITA'

Un'identità ben sviluppata dovrà allora essere il più possibile globale, prendere cioè in considerazione tutti gli elementi costitutivi: noi dovremmo avere un'identità in parte biologica, in parte corporea, legata alle capacità, alle attività, alla partecipazione sociale, ai fattori ambientali, sociali, familiari, personali e psicologici.
Aiutiamo dunque la persona con ritardo mentale a non restringere la sua identità su alcuni elementi soltanto: gli aspetti funzionali o strutturali del corpo, le sua capacità (tanto meno i suoi deficit), la sua famiglia. Aiutiamo la persona con ritardo mentale a considerare se stesso in tutti i vari aspetti descritti dall'ICF, senza trascurarne qualcuno.
Un'identità ben sviluppata e integrata dovrà inoltre tener conto delle relazioni, delle interconnessioni e dei rapporti di reciproca influenza tra i vari aspetti. Ogni aspetto non funziona da solo, interagisce con altri. Un fattore contestuale ambientale positivo, come ad esempio una famiglia che sostiene e valorizza l'autonomia del figlio, favorisce lo sviluppo di capacità, la partecipazione sociale, il rafforzamento di fattori contestuali personali positivi (immagine di sé, sicurezza, identità autonoma) che, a loro volta, favoriranno una crescita degli altri fattori.
L'ICF ci insegna dunque a pensare a noi stessi in modo globale e interconnesso, mettendo cioè in relazione i vari fattori.
Nel modello ICF troviamo l'identità e il concetto di sé all'interno dei fattori contestuali personali..
Da quella posizione l'identità influenza molti altri aspetti della vita e dell'apprendimento.
L'identità influenza molti aspetti ma ne viene a sua volta influenzata: i successi/fallimenti in alcune capacità, i limiti funzionali/strutturali del corpo, le difficoltà di partecipazione sociale, gli atteggiamenti sociali e familiari costituiscono parti significative del contenuto del Sé e dell'identità, attraverso il rispecchiarsi nell'Altro.

ICF - BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (B.E.S.) E INCLUSIONE

E' con l'inclusione scolastica che si realizza il primo vero Progetto di vita per il recupero di quelle potenzialità alternative possedute da una persona diversamente abile.
Definire i Bisogni Educativi Speciali non significa fabbricare alunni diversi per poi emarginarli o discriminarli ,significa, invece, rendersi bene conto delle loro varie difficoltà, per sapervi rispondere in modo adeguato
Gli alunni con bisogni educativi speciali vivono tutti una situazione particolare, che li ostacola nell'apprendimento e nello sviluppo: questa difficoltà può originarsi a livello organico, delle capacità, della

partecipazione, del contesto familiare, sociale, psicologico-personale o a livello delle tante combinazioni possibili di questi fattori.
In questi casi, i normali bisogni educativi che tutti gli alunni hanno si «arricchiscono» di qualcosa di particolare, di «speciale». È in questo senso che il Bisogno Educativo diventa «Speciale».
Cercare e definire i Bisogni Educativi Speciali non significa «fabbricare» alunni diversi per poi emarginarli o discriminarli; significa invece rendersi bene conto delle loro varie difficoltà, per sapervi rispondere in modo adeguato.
Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno bisogno di interventi individualizzati, tagliati accuratamente su misura della loro situazione di difficoltà e dei fattori che la originano e/o mantengono. In alcuni casi questa individualizzazione prenderà la forma di un Piano educativo individualizzato.(PEI)
I Bisogni Educativi Speciali sono molti e diversi: una scuola davvero inclusiva dovrebbe essere in grado di leggerli tutti e su questa base generare la dotazione di risorse adeguata a dare le risposte necessarie. Per fare questo, occorre, in primo luogo, una cornice concettuale che orienti questa lettura dei bisogni e che sia condivisa, globale, l'ICF, all'interno della quale si colloca un insieme di strumenti e risorse attraverso cui leggere le diverse situazioni di difficoltà.
È appropriato proporre la struttura concettuale dell'ICF perché questo strumento parla
di salute, non di disabilità o patologie.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, la situazione di una persona va letta in modo globale, da diverse prospettive, e in modo interconnesso e reciprocamente causale.
Crediamo che questo modello sia utile per una iniziale lettura dei Bisogni Educativi Speciali in
un'ottica di salute globale, per una prima comprensione qualitativa degli "ambiti" di difficoltà di un
alunno e una prima definizione dei corrispondenti "ambiti" di risorse.
La situazione di salute di una persona è la risultante globale delle reciproche influenze tra i
fattori rappresentati nello schema.
• Condizioni fisiche e fattori contestuali
• La dotazione biologica e l'ambiente in cui cresco, dove i fattori contestuali personali (oltre all'età, al sesso, ecc.) sono anche le dimensioni psicologiche che fanno da "sfondo interno"
• azioni (autostima, identità, motivazioni, ecc.).
• Nella grande dialettica tra queste due enormi classi di forze si trova il mio corpo, come concretamente è fatto (struttura) e come realmente funziona (funzioni).
• Ma il mio essere agisce con delle reali capacità (attività personali) e partecipa socialmente (partecipazione sociale).
Quando tutto questo va bene e agisce in sinergia, sarò sano altrimenti malato, o disabile, o con Bisogni Educativi Sociali, oppure emarginato, ecc.

Organizzazione e gestione delle risorse

1. Organizzazione scolastica (tempi, routine, attività, formazione delle classi, ecc.).
2. Gestione degli spazi e aspetti architettonici.
3. Partnership e alleanze extrascolastiche (con gli operatori dei Servizi, degli Enti Locali, con le
famiglie, con l'associazionismo della comunità).
4. Necessità formative e di aggiornamento specifico su competenze importanti per quel Bisogno.
5. Necessità di documentazione, di scambio di esperienze, di presa di contatto con altre scuole che
hanno sperimentato situazioni analoghe.
6. Modalità didattiche ordinarie.
7. Materiale didattico ordinario.
8. Didattica individuale (in aggiunta alle precedenti e non in alternativa).
9. Materiale didattico individuale specifico.
10. Interventi educativi formativi ordinari (ed esempio attività rivolte all'autonomia per tutti gli
alunni).

11. Interventi educativi formativi individuali (ad esempio un percorso di insegnamento-apprendimento dell'uso dei mezzi di trasporto pubblico, solo per l'alunno disabile).
12. Interventi educativi relazionali ordinari (ad esempio attività di alfabetizzazione socioaffettiva, o elaborazione del contratto formativo, o sviluppo di competenze interpersonali per tutti gli
alunni).
13. Interventi educativi relazionali individuali (ad esempio un percorso di riconoscimento delle
emozioni, di insegnamento-apprendimento delle capacità di autoregolare la collera, solo per
l'alunno in difficoltà).
14. Ausili o tecnologie di aiuto.
15. Interventi riabilitativi.
16. Interventi sanitari-terapeutici.
In questo modo si potrebbe definire quanta e quale individualizzazione il singolo alunno
richiede, e di conseguenza quante risorse aggiuntive.
Come si sarà notato, "risorse aggiuntive" non significa automaticamente "ore di sostegno", o
"ore di copertura con personale educativo, ausiliario, o di varia provenienza".
Le varie modalità di individualizzazione richiedono una ricca pluralità di risorse, naturalmente anche docenti in più, o personale specifico, ma anche formazione mirata, documentazione e scambio con altre scuole per tutti gli insegnanti, evoluzione della didattica ordinaria (e per fare questo le risorse necessarie sono la competenza, il tempo, la motivazione, ecc.), interventi educativi ordinari/individuali, riorganizzazione dei tempi e degli spazi, modifiche e adattamento.

DALLA CERTIFICAZIONE AL PEI : ITER PER L'INTEGRAZIONE

Certificazione di handicap

Alla individuazione dell'alunno come persona handicappata provvede lo specialista su segnalazione ai servizi di base, anche da parte del competente capo d'istituto, ovvero lo psicologo esperto dell'età evolutiva in servizio presso le UU.SS.LL. o in regime di convenzione con le medesime entro il termine di dieci giorni dalle segnalazioni.
(DPR 24/02/'94, art. 2)

La Diagnosi Funzionale (DF)

• è una modalità di accertamento che si applica, con livelli diversi di gradualità ed estensione, a tutte le situazioni di Bisogni Educativi Speciali, perché ogni alunno in difficoltà ha il diritto di essere conosciuto e riconosciuto nella sua peculiarità.
Per DF si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap
Alla DF provvede l'Unità Multidisciplinare composta:
dal Medico Specialista nella patologia segnalata; dallo Specialista in Neuropsichiatria infantile; dal Terapista della Riabilitazione ; dagli Operatori Sociali.

La DF deriva dall'acquisizione di
Elementi Clinic i= tramite la visita medica diretta dell'alunno e la documentazione medica preesistente;
e Psico - Sociali = Tramite relazione comprendente i dati anagrafici, i dati relativi al nucleo familiare
Essendo finalizzata al recupero del soggetto deve tenere conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:
Cognitivo , Affettivo -Relazionale, Linguistico, Sensoriale, Motorio - Prassico, Neuropsicologico e dell'Autonomia

Il Profilo Dinamico Funzionale (PDF)

E ' l'atto successivo alla DF e indica il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei

mesi) e nei tempi medi (due anni).
(DPR 24/02/'94, art. 4)
• è preliminare al PEI
• Il profilo dinamico definisce la situazione di partenza, le tappe di sviluppo conseguite e quelle funzionali da conseguire.
• Ed è fondamentale per attivare il processo di integrazione
• Definisce la situazione di partenza e/o le tappe di sviluppo conseguite (bisogni-risorse) in riferimento alle diverse dimensioni della persona e individua quelle, possibili, da conseguire (Vigotskji - Area di sviluppo prossimale).
• Esegue l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno desunto dai seguenti parametri:
È redatto, per la prima volta, all'inizio del primo anno di frequenza dal GLH operativi, composto dal Consiglio di classe, dai Docenti Curriculari e dagli Insegnanti Specializzati della scuola; agli operatori della ASL, dai collaboratori scolastici, ., dai genitori e si rinnova ai grandi passaggi scolastici; al passaggio di ordine dovrebbero essere presenti anche i referenti della scuola di accoglienza (se diversa dalla precedente).
Si tratta di un documento fondamentale per attivare il processo di integrazione: diversamente dalla individuazione analizza il funzionamento della persona nelle diverse dimensioni (sensoriale, neurologica, linguistica, cognitiva, .)

PDF e osservazione sistematica

Parliamo di Osservazione sistematica quando essa non è occasionale, non si serve di mediatori (ad es. questionari), è intenzionalmente inserita in un progetto educativo controllato e controllabile, ha esigenza di ricavare dati esaurienti e attendibili, è precisa nel richiedere cosa osservare, come registrare le osservazioni, in che modo quantificare il tutto. Il Profilo descrive ed evidenzia:
• i livelli di " funzionalità" nelle varie aree in cui il soggetto esprime la sua identità;
• le dinamiche relazionali e i rapporti interpersonali;
• gli apprendimenti riferiti a diversi ambiti di conoscenza e rapportati alle effettivi occasioni/situazioni di esperienza;
• il quadro evolutivo e i potenziali di sviluppo, elementi indispensabili per promuovere una progettazione in chiave educativa, piuttosto che riabilitativa e quindi "comprende necessariamente gli aspetti:
- cognitivo, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione al livello di sviluppo raggiunto (normodotazione; ritardo lieve, medio, grave; disarmonia medio grave; fase di sviluppo controllata; età mentale, ecc.) alle strategie utilizzate per la soluzione dei compiti propri della fascia d'età, allo stile cognitivo, alla capacità di usare, in modo integrato, competenze diverse;
- affettivo-relazionale, esaminato nelle potenzialità esprimibili rispetto all'area del sè, al rapporto con gli altri, alle motivazioni dei rapporti e dell'atteggiamento rispetto all'apprendimento scolastico, con i suoi diversi interlocutori;
- comunicazionale, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alle modalità di interazione, ai contenuti prevalenti, ai mezzi privilegiati;
- linguistico, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alla comprensione del linguaggio orale, alla produzione verbale, all'uso comunicativo del linguaggio, all'uso del pensiero verbale, all'uso di linguaggi alternativi o integrativi;
- sensoriale, esaminato soprattutto in riferimento alle potenzialità riferibili alla funzione visiva, uditiva, tattile;
- motorio-prassico, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili in ordine alla motricità globale, alla motricità fine, alle prassie semplici e complesse e alle capacità di programmazione motorie interiorizzate;
- neuropsicologico, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili riguardo alle capacità mnestiche, alla capacità intellettiva e all'organizzazione spazio-temporale;
- autonomia, esaminata in riferimento alle potenzialità esprimibili in relazione all'autonomia della persona e all'autonomia sociale;
Tutto ciò richiede all'insegnante la capacità di delimitare il campo di osservazione a quei comportamenti direttamente e oggettivamente rilevabili e quantificabili e di tener sotto controllo il contesto in cui essi si presentano

più facilmente. E' importante, nella registrazione, osservare non solo la frequenza di emissione della manifestazione, ma anche la sua durata e l'intensità con cui si manifesta in modo da avere sotto controllo l'entità reale del fenomeno e, poiché sarà impossibile una osservazione che duri per tutto il tempo scolastico, si dovrà decidere, e quindi programmare, anche in quali momenti, durante quali attività, alla presenza di quali docenti, in quale periodo della giornata condurre l'osservazione e con quale cadenza. Ovviamente l'osservazione va condotta nel contesto classe analizzando anche, ad es., antecedenti e conseguenti che causano, mantengono, estinguono il comportamento, esaminando i feed-back negativi e positivi che il gruppo offre, controllando le dinamiche che il soggetto instaura nelle sue relazioni interpersonali, osservando il tipo di comunicazione che viene attivato all'interno della classe.
Questo consente di monitorare anche i più lievi cambiamenti, misurando anche le modifiche più insignificanti sia positive che negative: e ciò per confermare o meno il successo dell'intervento.

Piano Educativo Individualizzato : PEI

Il PEI è un vero e proprio progetto di vita in cui vengono definiti gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all'integrazione scolastica; viene redatto all'inizio di ogni anno scolastico dal GLH operativo (consiglio di classe + ASL + genitori), è sottoposto a verifiche ed aggiornamenti periodici (di solito 3 in un anno) e non coincide con il solo progetto didattico.
Si fonda su due presupposti:
• i problemi che riguardano una persona con disabilità devono essere affrontati dove si generano e si manifestano: in questo modo si interviene anche sui meccanismi di definizione sociale dell'handicap
• la conoscenza degli alunni è completa solo se è frutto di collaborazione interistituzionale

Il Pei è lo strumento operativo di partenza del progetto di integrazione
- va concertato con il gruppo di lavoro che ha in carico l'alunno con bisogni educativi speciali
- il successo formativo di un PEI si colloca nel suo essere ripetibile e generalizzabile, indipendentemente dalla figura del docente di sostegno "di partenza"
- è rivisitabile, sulla base di verifiche e valutazioni, in itinere, da concertare con il gruppo di lavoro
Più precisamente, il PEI
• è il programma annuale, strumento operativo di partenza del progetto di integrazione
• la collegialità è il requisito fondamentale per il successo formativo
• il successo formativo non deve essere confuso con gli ottimi risultati che un docente di sostegno in gamba può ottenere
• il documento è predisposto poi dalla scuola
• deve rispettare i tempi di progettazione delle attività educative della classe prima e delle discipline poi (di solito entro fine ottobre)
• È rivisitabile, sulla base di verifiche e valutazioni, in itinere
• Il calendario degli incontri, almeno 2 - meglio 3 - va predisposto all'inizio dell'anno scolastico o dal docente di sostegno e dal referente/funzione del dipartimento H (nettamente meglio quest'ultima soluzione!!!)
• Le modifiche in itinere vanno anch'esse concertate con il gruppo di lavoro

Per la stesura del PEI
•Al gruppo di lavoro partecipano, solitamente, in una prima fase gli operatori e, subito dopo, la famiglia.
•Ogni incontro relativo al P.E.I. deve prevedere un documento di valutazione redatto dalla scuola
•Solitamente è il docente si sostegno che predispone i materiali, ma questi debbono essere frutto di condivisione
•Va redatto utilizzando un linguaggio propositivo, probabilistico, chiaro
•La declinazione operativa, didattica degli obiettivi e dei contenuti, va definita dall'equipe pedagogica
•Il docente di sostegno ne assume la consapevole regia

Le forme del PEI

Distinguiamo:

• P.E.I. semplificato- si agisce sui contenuti - gli obiettivi sono quelli minimi di classe - ci si avvale di un alto numero di facilitatori strumentali e cognitivi - importanza alle tecniche volte a favorire e incrementare l'autonomia di studio intesa come una espressione di autonomia sociale - forte il lavoro trasversale sull'accettazione della diversità - valorizzare le potenzialità - creare condizioni di successo - quasi inesistenti le attività individualizzate - preponderanti le attività, anche di recupero, in piccolo gruppo

• P.E.I. differenziato - si agisce sugli obiettivi - vanno differenziati a partire da quelli di classe - forte il lavoro in ambito educativo (dipende comunque dai casi) - deve essere ben declinato il lavoro volto a integrare - forte valenza del coinvolgimento nelle attività di classe a carattere progettuale, collettivo, trasversale (visite guidate, progetti, .) - forte attenzione alle attività in piccolo gruppo - momenti individualizzati, soprattutto relativamente alle autonomie

La rete

LA RETE si configura come STRUMENTO DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA, in quanto:

o la scuola non è l'unico ambiente educativo

o l'integrazione è un processo complesso che coinvolge più ambienti = realtà

o il suo successo è in stretta relazione con la possibilità di vivere positive situazioni di tipo

affettivo, sociale, intellettivo, le quali incrementano il sentimento di appartenenza e di

autostima, e queste situazioni non si realizzano solo in ambito scolastico.

Infatti, per rete si intende:

insieme di persone che si conoscono, sono unite e condividono una cultura comune

organizzazione tra servizi

strumento del metodo di osservazione della realtà sociale .

Pertanto, è necessario non confondere i piani sopra indicati per ipotizzare e attuare un lavoro a diversi livelli e con diversi obiettivi, di qualità essere consapevoli cioè che ci sono differenze nelle scelte da effettuare per operare, riferendosi ai diversi modelli di rete

considerare che «il lavoro di rete non può essere ridotto ad un insieme, pur necessario, di tecniche e di strumenti con cui analizzare i problemi e con cui elaborare strategie di azione» né può essere considerato come aumento di contatti fra servizi.

La rete scolastica dell'integrazione : dall'ufficio scolastico provinciale alla classe

- Ufficio scolastico provinciale (ex Provveditorato - ex CSA)
- GLIP (Gruppo di lavoro interistituzionale provinciale per l'integrazione)
- GLH Provinciale
- CTI/CDH
- Le amministrazioni sul territorio (Comuni - Privincia - Accordi di programma)
- GLH d'Istituto
- GRUPPO DI LAVORO per l'alunno (Asl - Scuola - Famiglia)

E' OPPORTUNO quindi che....

1.

I programmi di intervento debbano essere mirati e il più possibile individualizzati. Fondamentale l'esecuzione di accurati "assessment" (accertamenti iniziali), diagnosi e profili "funzionali".

2.

Gli interventi educativi e terapeutici debbano essere messi in atto il più

precocemente possibile mediante un approccio multidisciplinare strettamente integrato. Sulla necessità di un intervento precoce non sussistono dubbi.
3.
E' quanto mai opportuno che i programmi di intervento siano concepiti e progettati a livello multidisciplinare da un'équipe di specialisti fortemente motivati alla cooperazione e capaci di svolgere un lavoro di gruppo
4.
Nella programmazione degli interventi bisogna tener conto che la dimensione cognitiva non è mai svincolata da fattori emotivi e sociali quali il basso livello di autostima, gli stati di ansia provocati dal timore di sbagliare..

IX CAPITOLO

PROGETTARE LA VITA

Allargare gli orizzonti

Progettare la vita può suonare come un azzardo, uno sforzo inutile, un atto di superbia: come si può pensare di progettare la vita di qualcuno? Se ne violerebbe principalmente la libertà di scelta, l'autodeterminazione!
Quello che accadrà a ciascuno di noi è solo in minima parte sotto il nostro «controllo» (ma è poi possibile un reale «controllo», o è un'illusione di potenza?): c'è il destino o forse il progetto di qualcun altro, e poi la persona disabile non avrebbe comunque le capacità per farlo.
E allora? Ci fermiamo di fronte alle vere (o false) difficoltà, oppure cerchiamo di fare qualcosa?
Immaginare i propri alunni da grandi non è facile. Immaginare grandi i propri figli nemmeno.
Se poi sono disabili, questo pensiero si blocca, si accartoccia nella paura.
Chi ascolta i vissuti dei genitori trova spesso una più o meno consapevole percezione di «vederli sempre uguali», di «vivere alla giornata», di «concentrarsi sui bisogni del presente», di ansia per il futuro, per ciò che accadrà, per la debolezza e lo smarrimento del figlio, per i dubbi sulla capacità della famiglia e della società di prendersi cura veramente del figlio, ecc. E allora? Ci fermiamo di fronte alle vere (o presunte) difficoltà, oppure cerchiamo di fare qualcosa?
E come fare o immaginare un progetto di vita per un ragazzo disabile?
Comincia da qui, da questa percezione di possibilità, il lungo viaggio per diventare adulti.
Ma per iniziare questo viaggio, è necessario che qualcuno ci creda, che qualcuno immagini questa possibilità, che qualcuno cominci a «dare il permesso» di crescere e di cambiare

Dunque il Progetto di vita comincia molto presto, almeno in famiglia.

Nei casi migliori è un progettare molto cauto, molto protettivo. Si ha paura delle illusioni-delusioni, dell'incontro del figlio con la consapevolezza del proprio limite, con le amare realtà che la vita gli riserverà, con le grandi mancanze nei momenti critici (ad esempio, il gruppo adolescenziale con le amicizie e i riti di passaggio e di identificazione). Si vuole proteggere il figlio, finché si può, dalle frustrazioni, dal dolore. Lo si vuole proteggere dall'autoconsapevolezza della propria situazione, dell'accorgersi di essere «diverso» in modo irreparabile. Questa cautela fa muovere con timore,
Sempre più famiglie riescono però a guardare più lontano nel corso della vita del loro figlio, uscendo dagli stereotipi del figlio-malato e figlio-bambino.
E iniziano ad agire, a costruire, ad anticipare eventi per non arrivare impreparate, anche se per queste cose spesso non c'è una vera e propria «preparazione» da seguire. Sempre più famiglie, ad esempio, si pongono il problema di preparare e facilitare il grande distacco tra loro e il figlio, e lo fanno realizzando forme di soggiorno temporaneo del figlio presso piccole comunità.
Si tratta di esperienze di vita che aiutino il figlio a fare qualche passo significativo di autonomia e i familiari a elaborare gradualmente l'indipendenza del figlio.
Riteniamo che sia sempre più necessario progettare nell'ottica del «Progetto

di vita», accanto a quella del «Piano educativo individualizzato». È anche un tributo a Mario Tortello (che aveva coniato la folgorante espressione «Pensami adulto!») e Sergio Neri (che ci ricordava sempre che oltre la scuola c'era l'altra parte della giornata e della vita.).
Più si ragiona attorno alla costruzione di un buon Piano educativo individualizzato e più ci si accorge che l'orizzonte non può essere stretto sulla scuola, anzi, dovrebbe allargarsi il più possibile. Se poi prendiamo come modello base la concettualizzazione dell'ICF, questo allargamento e questa globalità sono ancor più d'obbligo. Ma un conto è allargare un po' (anche tanto) la prospettiva di progettazione individualizzata, includendo la vita extrascolastica, le attività del tempo libero, le varie attività familiari, anche nei periodi non scolastici, un altro conto è tentare un «Progetto di vita», in cui si cerchi di guardare il più possibile in là, nel futuro, nelle dimensioni dell'essere adulto, con i vari ruoli sociali.
Progetto di vita è innanzitutto un «pensare» in prospettiva futura, o meglio un pensare doppio, nel senso dell'«immaginare, fantasticare, desiderare, aspirare, volere.» e contemporaneamente del «preparare le azioni necessarie, prevedere le varie fasi, gestire i tempi, valutare i pro e i contro, comprendere la fattibilità.»..
Una buona qualità della vita adulta dovrebbe essere l'elemento di riferimento per orientare l'insegnamento a un'integrazione sociale più ampia, un'indipendenza più matura e un lavoro più soddisfacente per gli alunni disabili che diventeranno adulti tra un po' di anni.
Per gli insegnanti e i terapisti dovrebbe essere più facile che per i familiari elaborare un Progetto di vita, perché sanno analizzare una competenza richiesta da un contesto in una serie di abilità specifiche, sanno costruire percorsi graduali di apprendimento di queste abilità, sanno realizzare modalità di insegnamento-apprendimento orientate ai contesti e vissute direttamente nella realtà. Per molti insegnanti però, orientarsi a un Progetto di vita è difficile, forse perché sono imprigionati nel dover «fare un programma», e questo programma è (giustamente) scolastico, con difficoltà e con fatica integrato con quello della classe.
Qualcuno poi subisce anche dall'esterno o dai colleghi pressioni verso obiettivi più tradizionalmente scolastici rispetto a obiettivi più utili nella vita, ed allora rinuncia e si richiude in un Piano educativo individualizzato miopemente scuolacentrico.
Qualcuno ha timore nell'intraprendere la strada del lavoro su un Progetto di vita, ha meno certezze, meno punti fermi rispetto ai processi di integrazione con quello che fanno i compagni di classe. Qualcuno non se la sente di uscire dalle quattro mura della scuola, o è un po' pigro nell'affrontare le difficoltà di percorsi di apprendimento in situazioni reali.
E' necessario affrontare la questione dell'allargare il Piano educativo individualizzato in un Progetto di vita da tre punti di vista, che corrispondono, ovviamente, a tre livelli d'azione complementari: relazionale, tecnico-didattico, psicologico e riabilitativo.

La relazione familiare

Maria Antonietta Schiavina ha pubblicato " Diversi da chi? Normali vite con l'handicap", una raccolta di interviste a disabili o ai loro familiari. Molti dei documenti di questo volume trasmettono una tale carica di speranza da far intensamente pensare, ma contengono anche profondi interrogativi ai quali non sappiamo dare risposta, come "Perché proprio a me questo figlio che non diventerà mai completamente adulto?", "Perché proprio a me è stato chiesto di sopportare questa sofferenza, questo dover dipendere dagli altri, in un momento della vita che sembrava aver in serbo ancora tanti frutti?".
Essere genitore di un figlio con handicap non è un ruolo che si sceglie e quindi non sempre si è preparati ad affrontare una responsabilità così faticosa e impegnativa.
La nascita di un figlio disabile comporta una situazione di perdita, d'elaborazione di un lutto e quindi una riorganizzazione a livello familiare, essendo un evento che destabilizza e distrugge con violenza gli equilibri preesistenti. Si attiva fin da subito, soprattutto nella madre, che riveste un ruolo fondamentale nella presa in carico del bambino, un meccanismo di colpevolizzazione in due direzioni: verso di sé, per aver messo al mondo un essere imperfetto e verso i medici, per le cure fornite al momento del parto e per la tempestività e correttezza della diagnosi.

Per questo è importante fornire dei supporti sia sociali, sia psicologici, sia medici alla famiglia.
Quando non si riesce a superare il dolore iniziale, si può evidenziare un atteggiamento di rifiuto, che talvolta si esprime nel correre da uno specialista all'altro per trovare una soluzione definitiva al problema; un atteggiamento iperprotettivo, tale da impedire al figlio con handicap di crescere ed infine un atteggiamento di negazione dell'handicap che si può esprimere in un totale diniego della realtà o come minimizzazione del danno.
Uno dei primi studiosi delle dinamiche familiari collegate all'handicap di un figlio, fu Faber, autore di due saggi nel 1959 e nel 1960; egli descrive le ripercussioni che la nascita di un bambino con handicap produce rispetto alla stabilità della famiglia.
• Secondo questo approccio, un bambino disabile è un fattore di enorme stress, ineliminabile, e la famiglia ne risulta perciò danneggiata irrimediabilmente, anche se poi le reazioni delle famiglie possono essere diversificate: in alcune l'avere un figlio handicappato rappresenta una tragedia, in altre una crisi che può risolversi.
• Non si può fare a meno di affermare che la presenza di un handicap rappresenta un evento che coinvolge l'intero sistema familiare a vari livelli: non sono solo i genitori a risentire della situazione, ma anche gli eventuali fratelli, che possono trovarsi isolati nel caso in cui ci sia un'eccessiva concentrazione e un atteggiamento negativo verso la disabilità del fratello.
Esemplare della difficoltà di reazione della famiglia di fronte alla nascita di un figlio handicappato è l'innovativo romanzo Nati due volte di Giuseppe Pontiggia, in cui l'autore afferma, così come suggerisce il titolo, che "i bambini disabili nascono due volte: la prima li vede impreparati al mondo, la seconda dipende dall'amore e dall'intelligenza degli altri".
Attorno ai due protagonisti (padre e figlio disabile), si muovono una serie di personaggi che incarnano le diverse reazioni di fronte all'handicap: l'impreparazione e l'imbarazzo, ma anche la solidarietà altruistica

Il contesto scolastico

Per gli insegnanti guardare un po' più in là dovrebbe essere molto più facile, perché sono emotivamente meno coinvolti e possono ragionevolmente progettare nel futuro con meno ansia. Inoltre, dovrebbero essere più informati sulle reali possibilità della persona disabile adulta in campo lavorativo, sociale, abitativo, del tempo libero, perché sanno analizzare una competenza richiesta da un contesto in una serie di abilità, sanno costruire percorsi graduali di apprendimento di queste abilità, sanno realizzare modalità di insegnamento-apprendimento orientate ai contesti e vissute direttamente nella realtà.
In realtà non è sempre così: molti insegnanti non conoscono bene la realtà della persona disabile adulta, ed è un deficit di conoscenza che in parte spiega perché si facciano pochi progetti di vita. Inoltre, sono spesso imprigionati nel dover «fare un programma», e questo programma è (giustamente) scolastico, con difficoltà e con fatica integrato con quello della classe.
Una buona qualità della vita adulta dovrebbe essere l'elemento di riferimento per orientare l'insegnamento a un'integrazione sociale più ampia, un'indipendenza più matura e un lavoro più soddisfacente per gli alunni disabili che diventeranno adulti tra un po' di anni.
Pensiamo al Progetto di vita come un «orientamento di prospettiva», interno alle varie attività, continuo e costantemente attivo nella definizione degli obiettivi a lungo termine, nella scelta dei criteri per gli obiettivi a medio termine, nelle attività di valutazione autentica, di sviluppo psicologico, ecc.
È evidente che questo sguardo lontano, lungimirante, potrà diventare molto concreto quando l'età lo consentirà, ma sarebbe un errore pensare che il Progetto di vita diventi di attualità solo con l'adolescenza.
Abbiamo visto che nella mente e nel cuore del genitore può iniziare anche nella scuola dell'infanzia.
Spesso viene fatta confusione tra campo formativo e campo terapeutico/riabilitativo, è invece importante tenere presente che la scuola non interviene sulla disabilità, ma sulla dimensione dell'handicap, con lo scopo di rimuovere le barriere fisiche, psicologiche e sociali che frenano la strutturazione dell'identità nel bambino.

L'integrazione non è ritenuta utile solo per il bambino, ma anche per chi si trova ad interagire con lui; la presenza di un soggetto in situazione di handicap nella scuola, comporta un'opportunità di crescita personale per tutti gli allievi.
Essi, attraverso il contatto diretto con una realtà fisica, intellettiva ed emotiva diversa, possono acquisire una più ricca consapevolezza del problema della diversità.
Per quanto concerne la didattica, sarebbe più produttivo che gli insegnanti proponessero argomenti ampi, stimolanti e pluri-risolvibili (affrontabili con la lingua scritta, col linguaggio orale, col disegno..) favorendo quindi un insegnamento differenziato ma allo stesso tempo cooperativo.
Mi sembra infine doveroso presentare quelli che sono i limiti della realtà italiana:
- inadeguate scuole di specializzazione per insegnanti di sostegno;
- scarsa formazione degli insegnanti curriculari sulle problematiche del sostegno e dell'educazione;
- gli alunni con disturbo d'apprendimento e con svantaggio socio-culturale sono poco seguiti;
- scarso supporto da parte di specialisti (pedagogisti e/o psicologi) in una realtà interattiva.
La prima cosa da osservare è che non pensiamo affatto al Progetto di vita come a un paio di foglietti aggiunti in coda al PEI, lo vediamo invece come un «orientamento di prospettiva», interno alle varie attività, continuo e costantemente attivo nella definizione degli obiettivi a lungo termine, nella scelta dei criteri per gli obiettivi a medio termine, nelle attività di valutazione autentica, di sviluppo psicologico, ecc
Fare entrare il Progetto di vita nel Piano educativo individualizzato vuole dunque dire due cose dal punto di vista tecnico-didattico:
1. scegliere obiettivi orientati il più possibile alla vita adulta;
2. usare modalità «adulte» di lavorare all'apprendimento di questi obiettivi

ICF nella pratica educativa

Per quanto riguarda gli obiettivi più direttamente legati alle competenze della vita adulta, alcune sezioni dell'ICF ci potranno essere utili, in particolare quelle della Partecipazione sociale.
Oltre a ciò dovremo orientarci verso alcune macro direzioni di sviluppo:
ruoli lavorativi: «imparare a lavorare, non imparare un lavoro»;
competenze di gestione del tempo libero, sia in casa che fuori;
competenze di gestione autonoma e/o assistita di un proprio luogo di vita;
competenze di sviluppo/mantenimento di una rete di supporto sociale informale;
competenze di gestione delle proprie risorse economiche;
competenze affettive e sessuali;
competenze per realizzare una propria vita familiare.
Ognuna di queste macro direzioni di realizzazione nella vita adulta richiede, per avere il «successo possibile» nei vari ecosistemi, una serie di competenze decisionali, realizzative, operative che però non avrebbero alcun senso se non fossero rese significative da una globale capacità di autoprogettarsi un'identità coesa, continua tra passato e futuro, in un Sé stabile e costruttivo.
I celebri meccanismi della «profezia che si autoavvera» ed " effetto pigmalione"(una supposizione o profezia che per il solo fatto di essere stata pronunciata, fa realizzare l'avvenimento presunto, aspettato o predetto, confermando in tal modo la propria veridicità) lavorano anche in positivo, non soltanto in negativo!
Nel pensare in un'ottica adulta ci confronteremo anche con le nostre capacità di gestire l'incertezza rispetto al punto in cui si potrà arrivare, di cosa riserverà la vita al nostro alunno. Ma questo non lo potremmo sapere, qui non è dato fare prognosi, si può soltanto aiutare l'alunno a far crescere un tassello alla volta, nel contesto di una forte fiducia nelle sue possibilità.
Anche il concetto di Qualità della vita ci può essere utile. Esistono infatti molti studi sulla situazione adulta che possono darci utili indicazioni rispetto agli obiettivi che rappresentano competenze ritenute fondamentali per una vita di buona qualità.
Troviamo allora competenze legate all'autodeterminazione, alla libera scelta, al mantenimento di una buona rete di supporto sociale, alla gestione consapevole della propria salute, oltre naturalmente alla dimensione

identitaria e autoprogettuale.
Dal punto di vista delle modalità «adulte» di insegnamento-apprendimento, vale la pena ricordare che puntare a obiettivi adulti può richiedere modalità poco consuete (sarebbe meglio dire. poco scolastiche) di insegnamento-apprendimento, come, ad esempio, le esperienze dirette nel vivo della situazione reale (del resto sarebbe difficile imparare a usare l'autobus solo sul banco di scuola), le situazioni di simulazione e role playing (che ci costringeranno talvolta a imbarazzanti assunzioni di ruoli), il contatto-coinvolgimento-formazione-supervisione di risorse informali di insegnamento (colleghi di officina, il conducente di autobus, la cassiera al supermercato, ecc.), la costruzione di un super portfolio di competenze, che dovrà essere sufficientemente capace per contenerle tutte e dare loro un senso rispetto all'identità e all'autoprogettazione del soggetto stesso.

Interventi Didattici e Individualizzazione dell'Apprendimento

Le nostre scuole, a partire da quelle dell'infanzia, sono normalmente frequentate da disabili, questo però non vuol dire che essi siano veramente integrati: in molti casi gli sforzi
compiuti per individualizzare l'insegnamento si sono rivelati controproducenti sul piano
della socializzazione, quando invece è stata privilegiata la dimensione della
socializzazione, gli esiti si sono spesso rivelati deludenti sul piano dello sviluppo delle
abilità cognitive .
Il problema fondamentale da risolvere, dunque, è come conciliare il principio didattico
dell'individualizzazione con quello della socializzazione per realizzare un efficace processo
di integrazione del disabile nel gruppo classe.
Cominciamo col far chiarezza sui termini individualizzazione e integrazione, oggi così frequentemente utilizzati e spesso equivocati.
• L'istruzione individualizzata non è una istruzione individuale, realizzata semplicemente in un rapporto uno a uno.
Essa consiste nell'adeguare l'insegnamento alle caratteristiche individuali degli alunni (ai loro ritmi di apprendimento, alle loro capacità linguistiche, alle loro modalità di apprendimento ed ai loro prerequisiti cognitivi), cercando di conseguire individualmente obiettivi di apprendimento comuni al resto della classe.
Bisogna attraversare strade diverse, più corte, più lunghe, più attente ai bisogni di concretezza o
più astratte, ma sempre orientate al raggiungimento di traguardi formativi comuni.
Il dibattito sui piani di studio personalizzati previsti dalle indicazioni delegate al D.M. n.
59/04 applicativo della legge 53/03 ha riproposto la questione individualizzazione e/o
personalizzazione.
• " La personalizzazione sta ad indicare la necessità di inserire, all'interno dei curricoli, obiettivi, contenuti e attività in sintonia con i bisogni propri di ciascuna persona, che potranno quindi essere simili o totalmente differenti rispetto a quelli degli altri, personalizzati appunto ".
In altri termini, l'individualizzazione da sola non basta perchè esiste una dimensione personale di
attitudini, interessi, bisogni, motivazioni, non riconducibile a quella degli altri.
La personalizzazione, però, non è legittima se il soggetto in situazione di handicap viene isolato dal resto della classe.
L'atteggiamento più corretto sembra essere quello di cercare di integrare le due strade giacché una non esclude l'altra, in maniera da soddisfare sia i bisogni di individualizzazione che di personalizzazione.
Vediamo ora in quale accezione è meglio intendere il termine integrazione.
Sicuramente non vuol dire assimilare la stessa identità del gruppo nel quale il soggetto viene inserito. "E' persona integrata quella persona che conserva una propria identità diversa dalle altre e con il suo posto nel gruppo".
Non si può parlare, dunque, di integrazione se gli alunni in difficoltà fanno

cose diverse dal
resto della classe o, peggio ancora, se vengono portati fuori dalla classe.
Bisogna che la didattica individualizzata non sia fine a se stessa bensì propedeutica all'integrazione. In altri termini, l'individualizzazione deve servire all'integrazione e non, come in molti casi succede, costituire un ostacolo alla sua realizzazione.
Per cambiare atteggiamento culturale e fare in modo che l'individualizzazione dell'insegnamento diventi funzionale alla integrazione, occorre una nuova didattica : la didattica integrata.
Questa "non mette i contenuti scolastici al centro del processo di insegnamento-apprendimento ma li riporta al loro giusto ruolo di stimolo percepibile e utilizzabile da tutti gli alunni ".
Il ricorso ad una didattica integrata, in questa accezione, si fa sempre più urgente se si considera che nella nostra scuola, oggi, accanto agli alunni disabili sono presenti alunni stranieri, alunni deprivati culturalmente, alunni con problemi famigliari (genitori tossicodipendenti, disoccupati, alcoolisti, etc.). Il quadro che ne emerge è di una normalità minacciata, una normalità che non esiste più.
Come ci si pone di fronte a queste plurime diversità? Se le consideriamo incidenti , si penserà di normalizzarle al più presto per tornare a fare scuola.
E' una tendenza diffusa, collegata ad una idea di scuola centrata sull'insegnamento, dove l'alunno è il destinatario che deve ricevere e restituire il messaggio .
Le discipline sono il fine della scuola e saranno insegnate nella maniera più funzionale alla domanda sociale.
Se le consideriamo occasioni, vuol dire che abbiamo una idea di scuola diversa: le difficoltà non costituiscono un ostacolo perchè segnalano in modo evidente che la realtà non è uniforme, che la normalità è costituita da plurime diversità.
L'eterogeneità è la normalità. L'alunno in difficoltà diventa una occasione perchè la scuola si ripensi come strumento di successo formativo per tutti. Le discipline di insegnamento diventano il mezzo per promuovere la personalità dell'allievo in tutte le sue dimensioni e costituiscono la proposta formativa che rielabora la domanda sociale .
Il Regolamento sull'autonomia consente alle scuole di ripensarsi come strumento di successo nella misura in cui parla di " forme di flessibilità dell'offerta formativa che soddisfino tutte le diverse esigenze nel rispetto del principio generale dell'integrazione degli alunni nella classe e nel gruppo".

Creare un clima inclusivo

La condizione imprescindibile per realizzare progetti di integrazione è che il disabile si senta "accolto" nella classe.
Non ha senso, infatti, parlare di adeguamento di obiettivi e di materiali ai bisogni del disabile, se non si è creato un clima di accettazione reciproca nel rispetto delle differenze individuali.
Il concetto di inclusione, cioè "l'appartenenza ad un gruppo pur conservando la propria peculiarità", richiama altri due concetti: quello di normalità e quello di specialità.
• La normalità risponde al bisogno di sentirsi considerati e trattati alla stessa stregua degli altri.
• La specialità risponde al bisogno di sentirsi diversi dagli altri.

Adeguare gli obiettivi della classe alle esigenze del disabile

Se gli sforzi di adeguamento delle attività della classe vengono richiesti solo all'alunno
disabile, non possiamo parlare di una vera integrazione. Questa infatti, richiede sia al gruppo accogliente che all'allievo inserito una serie di cambiamenti capaci di consentire loro occasioni di collaborazione e aiuto reciproco. Ma per la classe in cosa consiste il cambiamento? Vuol dire fare qualcosa di estremamente produttivo ai fini dell'integrazione: adeguare i suoi obiettivi alle esigenze del disabile, con la consapevolezza che questo adeguamento possa giovare ad entrambi.

L’adeguamento del percorso didattico del disabile a quello della classe potrebbe essere una buona occasione , per gli insegnanti, per riflettere su quale modello didattico utilizzare per agevolare l’integrazione. Il modello didattico per problemi? Quello per concetti? Quello per sfondo integratore? Il modello della didattica breve? Quello per obiettivi? Ciascuno di questi modelli contiene in sé un buon potenziale per l’integrazione, ma il modello più utilizzato è quello per obiettivi, sicuramente per le sue implicazioni positive rispetto ai processi di individualizzazione (la scansione degli obiettivi, degli argomenti, il rispetto dei tempi e delle caratteristiche del soggetto, la preoccupazione circa la verificabilità dei risultati).
Una volta selezionato il modello, ai docenti viene richiesto un grande impegno per adattare
gli obiettivi del disabile a quelli della classe.
Dario Ianes individua cinque livelli di adeguamento degli obiettivi in relazione alla gravità
del deficit, procedendo dal meno grave al più grave:
• 1° livello : la sostituzione.
L’obiettivo non si semplifica, ma viene curata solo l’accessibilità dei codici linguistici (lingua dei segni, materiale in Braille, registrazioni audio dei testi).
• 2° livello : la facilitazione
Per garantire il raggiungimento dell’obiettivo è sufficiente utilizzare tecnologie più motivanti (ad esempio software didattici) e contesti didattici fortemente interattivi e operativi (tutoring, gruppi di apprendimento cooperativo, laboratori, simulazioni etc.).
• 3° livello: la semplificazione.
Si modifica il lessico, si riduce la complessità concettuale, si eseguono le operazioni di calcolo utilizzando la calcolatrice, si modificano i criteri di corretta esecuzione di un compito (consentendo più errori e imprecisioni).
• 4° livello: scomposizione nei nuclei fondanti.
Nell’epistemologia di un sapere disciplinare si identificano delle attività fondanti e accessibili al livello di difficoltà di cui abbiamo bisogno.
• 5° livello : la partecipazione alla cultura del compito.
Si cerca di trovare occasioni perché l’alunno sperimenti, anche se soltanto da spettatore, la “cultura del compito” (il clima emotivo, la tensione cognitiva, i prodotti elaborati, etc.). Nella vita di ogni giorno noi partecipiamo ad una infinità di situazioni, pur non avendo in esse particolari competenze.
Ci sono settori dei quali non sappiamo molto, ma non per questo ci esoneriamo dal partecipare all’atmosfera culturale ricavandone sollecitazioni importanti sul piano personale. In una classe che attua l’integrazione si verificano dinamiche analoghe .
In base alla gravità del deficit, i docenti possono scegliere il livello di semplificazione degli
obiettivi che reputano più idoneo per l’alunno disabile.

Utilizzare metodi di insegnamento mediato da pari

Nell’ultimo trentennio sono state realizzate molte ricerche, italiane e straniere, che dimostrano l’utilità dell’ insegnamento mediato da pari con studenti con capacità e interessi
diversi. Si tratta di una serie di modalità alternative di insegnamento nelle quali gli studenti
rivestono il ruolo di facilitatori dell’apprendimento dei compagni. L’insegnamento mediato
da pari costituisce un ottimo modo per coinvolgere attivamente gli studenti nel loro apprendimento, cosa che spesso, con le modalità tradizionali e soprattutto nel caso di
studenti disabili, non accade.
I tipi di insegnamento mediati da pari più noti e utilizzati con maggiore frequenza sono i
seguenti:
- Il cooperative learning che è centrato su gruppi di lavoro eterogenei, sulla effettiva interdipendenza dei ruoli e sull’uguaglianza di opportunità di successo per tutti. Il contesto

educativo che si crea è collaborativo (affondiamo o nuotiamo tutti) e non competitivo (se tu
vinci, io perdo)
- Il tutoring che consiste nell'affidare ad un alunno specifiche responsabilità di tipo
educativo e didattico. Questo alunno viene ad assumere il ruolo di insegnante e si chiama
tutor. L'alunno che riceve l'insegnamento viene denominato tutee.
- Il peer teaching che consiste nell'affidare la realizzazione di compiti a studenti che sono
alla pari come capacità cognitive. Gli alunni vengono divisi in piccoli gruppi e ciascun
gruppo discuterà fino ad arrivare alla formulazione di una ipotesi che confronterà con le
ipotesi degli altri gruppi. In un tempo successivo si riscriveranno le ipotesi che saranno
state confermate dopo una discussione tra i gruppi.
Queste tre diverse forme di insegnamento mediato da pari rispondono positivamente ai
bisogni di tutti gli studenti, con rendimento basso, nella media ed elevato.
Dalle ricerche che sono state realizzate risulta che gli studenti ottengono migliori risultati,
rispetto all'insegnamento tradizionale, sul piano cognitivo (lavorano di più, memorizzano
meglio, sviluppano una maggiore motivazione e livelli superiori di ragionamento), sul
piano relazionale (si creano rapporti di amicizia e la diversità viene rispettata) e sul piano
psicologico (migliorano l'immagine di sé e il senso di autoefficacia e si sviluppa una
maggiore capacità di affrontare le difficoltà e lo stress) .
L''approccio motivazionale sostiene che l'insegnamento mediato da pari fornisce agli
alunni la motivazione ad aiutarsi reciprocamente aumentando così il loro rendimento.
- I teorici della coesione sociale ritengono che nei gruppi cooperativi gli studenti sono
sollecitati nell'aiutarsi perchè hanno più cura l'uno dell'altro (ossia più coesione sociale) e
vogliono che gli altri abbiano risultati positivi.
- I teorici cognitivisti suggeriscono che sono le interazioni verbali e non verbali tra gli alunni
quelle che migliorano le loro abilità di elaborazione mentale e di conseguenza le loro
prestazioni. Insegnando ai compagni contenuti e strategie, gli studenti sviluppano una
comprensione più approfondita dei contenuti stessi (imparare insegnando).
- Le prospettive evolutive affermano che le attività collaborative promuovono lo sviluppo
perchè gli alunni lavorano nella loro zona di sviluppo prossimale e imitano comportamenti
di collaborazione leggermente più sofisticati dei loro.
Secondo Ianes, le informazioni sulla disabilità possono essere integrate nel curricolo in
diversi modi : invitando in classe i genitori dei disabili, medici e terapisti; presentando e
discutendo filmati sulla disabilità; svolgendo ricerche su personaggi celebri con disabilità;
informandosi sulle tecnologie che riducono l'handicap.
Se viene realizzato questo processo di sensibilizzazione della classe, sarà più facile che la
presenza del disabile non costituisca un ostacolo ai lavori del gruppo bensì una preziosa
occasione per i compagni per sperimentare la solidarietà. Imparare ad aiutare gli altri è
una componente molto rilevante nella formazione di una persona e può avere molti vantaggi.
La positiva incidenza dell'insegnamento mediato da pari su tanti aspetti

dell’esperienza
scolastica degli alunni, disabili e non, lo distinguono positivamente dagli altri metodi di
insegnamento e ne fanno uno degli strumenti didattici più importanti.

Ruolo degli insegnanti e degli operatori

Sempre più spesso gli insegnanti di classe, che hanno il compito di integrare il più possibile in attività comuni anche i bambini con difficoltà di apprendimento, in realtà finiscono per escludere dalle attività della classe il ragazzo difficile, con disturbi del comportamento e/o handicappato, per affidarlo esclusivamente agli interventi dell'insegnante di sostegno, giustificando questo stato di emarginazione con la necessità di interventi didattici individualizzati. È evidente che un ragazzo con difficoltà e problemi ha bisogno anche di interventi individualizzati, ma ha soprattutto bisogno di integrarsi e di socializzare con gli altri compagni della classe. Nella realtà di tutti i giorni, invece, il bambino autistico o borderline, o ritardato grave, o semplicemente aggressivo e tracotante,
diventa di stretta competenza dell'insegnante di sostegno, con il pretesto che «lui sa cosa fare... ». In realtà, di fronte a problemi così grandi e complessi, l'insegnante di sostegno non sempre sa come comportarsi e finisce invece per sentirsi sempre più solo e emarginato, perfino dagli stessi colleghi e dalle famiglie dei bambini affidati alle sue cure.
Paradossalmente, di fronte a questa situazione, gli insegnanti di sostegno sono portati a incentivare e rafforzare sempre di più la relazione duale con il bambino fino a raggiungere a volte livelli di grande coinvolgimento emotivo.
Un insegnante di sostegno finisce inconsciamente per assumere il ruolo di «genitore sostitutivo” anche in considerazione del fatto che spesso tutti, compreso i veri genitori, lo sollecitano in questo senso. Qui si profila il pericolo (nella realtà tutt'altro che remoto) che l'insegnante di sostegno si identifichi completamente con un ruolo «salvifico» e si rinchiuda in un rapporto interpersonale esclusivo che, pur avendo alcuni lati positivi, per molti altri aspetti costituisce una sorta di «solitudine a due» in cui l'insegnante finisce per sentirsi disorientato e impotente.
Pertanto, a fronte di queste esigenze e delle nuove acquisizioni, non vi è dubbio che la formazione psicologica e pedagogica degli insegnanti specializzati sia richiesta in modo più accurato e approfondito rispetto al passato (soprattutto per quanto attiene ai processi di apprendimento e alle competenze relazionali e comunicative).
La C.M. n. 250/85 anticipa il concetto di “contitolarità” espresso chiaramente dalla legge n.
104 nel ’92 e dalla Commissione Europea nel ’96 e indica che “ la responsabilità dell’integrazione è, al medesimo titolo, dell’insegnante o degli insegnanti di classe e della comunità scolastica nel suo insieme. Ciò significa che non si deve mai delegare al solo insegnante di sostegno l’attuazione del progetto educativo individualizzato poiché in tal modo l’alunno verrebbe isolato anziché integrato nel contesto della classe, ma tutti i docenti devono farsi carico della programmazione e della attuazione e verifica degli interventi didattico-educativi previsti dal piano educativo individualizzati”.
L’atteggiamento di delega dell’attuazione del progetto educativo individualizzato al solo
insegnante di sostegno da parte dei colleghi della classe ha spesso generato equivoci e difficoltà di relazione.
L’interscambio dei ruoli tra l’insegnante di sostegno e gli insegnanti curricolari è una condizione essenziale affinché l’insegnante di sostegno non venga considerato l’insegnante del disabile, ma una persona che ha il compito di creare un raccordo tra l’alunno disabile, i suoi compagni e i docenti della classe.
I provvedimenti legislativi, oltre ad occuparsi del concetto di “contitolarità” della classe si sono anche preoccupati di sottolineare “ l’illegittimità dell’uscita dalla classe degli alunni con handicap, salvo i casi in cui un periodo di attività individuale sia espressamente previsto dalla stesura del PEI e concordato tra docente specializzato e docenti curricolari”.
L’insegnante di sostegno è un operatore di rete interno alla scuola (con il compito di curare la comunicazione e la collaborazione con i colleghi di classe, col dirigente, con il personale ATA e con gli alunni) ed esterno alla

scuola (con il compito di curare la collaborazione con le famiglie, con il personale dei servizi socio-sanitari, con le associazioni e con gli esperti).
Il suo scopo istituzionale è quello di fare tutto il possibile affinchè l'allievo disabile possa sviluppare al meglio tutte le sue potenzialità integrandosi in una comunità scolastica capace di accogliere e valorizzare le differenze ..
Una istituzione scolastica che funzioni secondo il modello tradizionale (classi chiuse, scarsa o nessuna comunicazione nell'ambito del corpo docente, chiusura e disinteresse per le agenzie educative del territorio, clima di forte competitività interna ecc.) è inadatta a innescare un processo di integrazione e può condurre abbastanza facilmente ad una situazione di esclusione e di isolamento.
Un nuovo modello psicopedagogico, costruito nell'ottica dell'integrazione, nasce dall'esigenza concreta di rispondere a bisogni specifici, ma rinvia necessariamente a un modello più generale che si dimostri in grado di soddisfare i bisogni educativi di tutti.
Il progetto di un sistema integrato, nell'ambito del quale tutte le agenzie educative concorrono ai bisogni formativi, sembra il più idoneo in questo senso.
Tale sistema, nei suoi risvolti di carattere pedagogico e didattico, sottolinea la necessità che la scuola diventi una comunità educante in cui sia possibile il più ampio scambio di
informazioni e di esperienze attraverso una programmazione un intervento incentrati sulle classi aperte, sui laboratori didattici di interclasse, sul lavoro di gruppo e sulla piena fruizione delle
opportunità educative presenti sul territorio, utilizzate alla stregua di «aule-laboratori-didattici-decentrati».

Dimensione relazionale della rete d'intervento

La condizione adulta richiede una complessa «maturazione» psicologica e affettiva: la persona diventerà adulta nella misura in cui la sua identità sarà autonoma e stabile; la sua separazione dalle persone adulte della sua famiglia d'origine potrà dirsi compiuta, quando le sue capacità autoprogettuali elaboreranno Sé possibili e sequenze di azioni per realizzarli, quando sarà in grado di gestirsi autonomamente le varie qualità del suo tempo (occupato, progettuale, vuoto, ecc.), quando sarà in grado di accettare/costruire compromessi tra desideri e realtà, quando saprà rivestire ruoli attesi e prescrittivi in vari contesti (il lavoro, la partecipazione sociale, gli amici), quando saprà elaborare un suo individuale percorso affettivo, sessuale, familiare.
Tutto ciò sembra enormemente complesso, e certo lo è per chi ha deficit significativi; ciò però non ci esime dall'intraprendere la strada del favorire il più possibile, dal punto di vista psicologico, lo sviluppo dell'essere adulto. Dei tanti punti di approccio a questo discorso, crediamo che quello sull'identità sia fondamentale.
Avere un approccio rivolto al Progetto di vita richiede necessariamente anche un ampliamento di orizzonte rispetto agli «attori» di questo processo. Dovrà essere coinvolta la scuola, certo, ma anche la famiglia, i Servizi (sociosanitari, sociali, per l'impiego, educativi, domiciliari, ecc.), le risorse relazionali informali della rete familiare (parenti, amici, ecc.), le risorse associative, ricreative e culturali di un territorio e di una comunità, etc; e più riusciamo a metterne, più il Progetto di vita sarà ampio e partecipato. Una prima linea di azione concreta sarà allora quella di estendere e rendere più ricca la rete di rapporti e opportunità di relazione e di aiuto in cui è inserito il soggetto.
Gli operatori educativi devono avviare
- attività di mediazione volta alla costruzione di ruoli e status
- azioni finalizzate a facilitare i processi di integrazione sociale

Questo non avviene miracolosamente, per un improvviso soprassalto di solidarietà sociale della comunità del soggetto, che accorgendosi della sua presenza, se ne vuole riappropriare, dandogli status e ruoli. I ruoli vanno cercati e costruiti con una paziente opera di mediazione, sia quelli lavorativi che quelli di gestione del tempo libero o di altre situazioni comunitarie. Per questo è fondamentale che esistano operatori educativi (educatori professionali , terapisti occupazionali) che facciano questo lavoro di mediazione finché è necessario, e strutture comunitarie permanenti di facilitazione dei processi di integrazione sociale, sia per i soggetti disabili che per le loro famiglie. Si pensi alle ludoteche, ai gruppi giovanili, culturali,

sportivi, alle cooperative sociali per il tempo libero e per il supporto familiare, e così via.

L'integrazione sociale e lavorativa

La costruzione della propria identità porta comunque sempre con sé sofferenza per ognuno di noi e spesso siamo tentati di proteggere le persone con ritardo mentale da una sofferenza che riteniamo troppo forte, in particolare per la più profonda e autentica presa di coscienza della loro situazione di vita; ma anche in questo dovremmo cercare di avere più fiducia nelle loro risorse psicologiche e nelle nostre capacità di dare loro l'aiuto necessario. Non è possibile lavorare seriamente a un buon Progetto di vita se non dedicheremo una particolare e costante attenzione a queste dimensioni psicologiche, nel contesto di una relazione di aiuto continuamente orientata allo sviluppo di competenze significative.
Il soggetto in situazione di handicap, non vive solo a scuola o in famiglia, ma è a sua volta inserito in un contesto sociale.
L'integrazione sociale si esplica attraverso
• l'assistenza economica,
• il superamento delle barriere architettoniche e
• l'orientamento lavorativo e professionale.
Esistono tre forme di assistenza economica:
1. pensione di invalidità per i mutilati e gli invalidi civili con un'invalidità totale;
2. assegno mensile d'assistenza per individui maggiorenni con invalidità superiore ai due terzi;
3. assegno di accompagnamento per i minori che frequentano una struttura riabilitativa o educativa.
Come si può notare, l'assistenza economica pone come condizione l'invalidità permanente o superiore ai due terzi, per evitare che ne usufruiscano anche persone che non ne hanno bisogno.
Come fa ad esserci integrazione se, a causa di deficit motori o visivi, non si riesce ad entrare in un cinema o a premere i tasti di un ascensore?
La legge quadro n. 104 del 1992 prevede sanzioni amministrative per inadempienze in questo campo, favorendo così l'abbattimento delle barriere architettoniche.
Tra le iniziative che contribuiscono a tale superamento si hanno:
1. semafori per non vedenti dotati di fischio intermittente che fa capire le durata del tempo a disposizione per attraversare la strada;
2. indicatori in scrittura Braille sui tasti degli ascensori e delle monete;
3. in varie città la riduzione del prezzo per l'utilizzo del taxi.
L'orientamento e la formazione professionale avvengono attraverso la scuola secondaria, scuole di formazione professionale, inserimenti in cooperative sociali, anche se risulta importante distinguere alunni con deficit motorio, visivo o uditivo che possono frequentare tali strutture, da soggetti con ritardo mentale o autismo, per i quali non è consigliata la frequenza di licei o altre tipologie di scuole impegnative, bensì di scuole professionali organizzate adeguatamente.
Per l'adulto in situazione di handicap, l'inserimento all'interno del mondo del lavoro è un traguardo importante, che gli permette di sentirsi realizzato e "come gli altri".
In base al nostro ordinamento, l'inserimento lavorativo degli invalidi avviene, oltre che con le normali procedure di collocamento, anche attraverso le assunzioni obbligatorie, le quali prevedono una riserva del 12% dei posti per soggetti con deficit, sia nel settore pubblico che privato.
Alcuni datori di lavoro sono però restii nell'applicare questo sistema d'assunzioni a causa della mancanza di qualificazione professionale del lavoratore; infatti, si registra un numero inferiore di posti effettivamente usati rispetto a quelli previsti dalla legge.
Un altro problema è l'insufficiente tutela per gli invalidi gravi, che sono considerati dall'attuale normativa come gli invalidi leggeri, con l'aggravante di essere rifiutati dalla maggior parte dei datori di lavoro.
Dal 2000 una nuova legge ha portato ulteriori modifiche alle leggi precedenti:
-le imprese devono assumere un lavoratore in situazione di handicap ogni 15/35 dipendenti;
-per imprese con 36/50 dipendenti l'obbligo è di assumere due lavoratori

portatori d'handicap;
-per imprese con un numero di dipendenti superiore a 50 l'obbligo è di assumerne il 7%.
Per una giusta integrazione lavorativa si devono evitare situazioni in cui la persona viene lasciata sola, improduttiva, oppure a fare lavori ripetitivi o in cui è richiesta troppa responsabilità.
L'importante è favorire un lavoro d'equipe, coinvolgendo la famiglia e sensibilizzando gli altri lavoratori, ecco perché è preferibile l'introduzione del soggetto con handicap in cooperative sociali.

X CAPITOLO

LA PEDAGOGIA SPECIALE NELLA TERAPIA OCCUPAZIONALE

La terapia occupazionale - o anche ergoterapia, occupational therapy - è una disciplina riabilitativa nata negli Stati Uniti alla fine della prima guerra mondiale.
Le origini risalgono alla fine del 1700, quando lo psichiatra Philippe Pinel introdusse nel manicomio di Bicêtre, il trattamento basato sul lavoro.
La terapia occupazionale trova le sue radici proprio su questo presupposto: l'essere attivi, il "fare" ed il "lavorare", ha per sé un effetto curativo.
Attraverso il "fare", la persona sviluppa competenze e autonomie che favoriscono il proprio ruolo sociale, la propria autostima e dignità, la salute psicologica e fisica. Le occupazioni sono fondamentali per l'identità, l'autoefficacia ed il senso di competenza dell'utente e permettono inoltre di decidere come impiegare il proprio tempo, conferendo significato alle giornate.
La terapia occupazionale è la scienza di riabilitare persone di tutte le età, con malattie e/o disabilità, temporanee e permanenti, fisiche e/o psichiche, causati da traumi, malattie di origine genetica o degenerativa, problemi sociali e di sviluppo e da malattie neurologiche, attraverso specifiche attività analizzate, graduate e selezionate, con lo scopo di rendere il soggetto in grado di raggiungere la massima autonomia e indipendenza possibili, in tutti gli aspetti della propria vita.
L'obiettivo principale è quello di ricondurre la persona disabile alla massima autonomia, indipendenza e qualità di vita possibile. A questo scopo il terapista occupazionale si serve delle attività che possono essere di vita quotidiana, d'artigianato, di svago, di gioco o di lavoro.
Esse non sono mai proposte a caso, ma selezionate e graduate attentamente secondo i bisogni e desideri del paziente. Inoltre vengono valutate componenti come l'età, la malattia, e il contesto sociale dell'individuo. Inizialmente si recuperano le funzioni perse, poi si automatizzano e infine si cerca di integrarle nella vita di tutti i giorni.
Ciò che viene fatto in riabilitazione non rimane dunque al livello d'esercizio, ma viene finalizzato in un'attività sensata e concreta realmente traducibile nella vita quotidiana. Il recupero, visto dalla terapia occupazionale, non si limita dunque solo alle funzioni compromesse, ma vuole coinvolgere tutti gli aspetti di una persona: l'anima, il corpo e la mente. Per tale motivo il Settore collabora in team con gli altri servizi per assicurare un approccio multidisciplinare al progetto riabilitativo, coinvolgendo, in base alle necessità, i medici specialisti in Neurologia, lo psicologo, l'assistente sociale, il logopedista, il neuropsicologo e l'educatore. In particolare i programmi riabilitativi sono condotti autonomamente, nell'ambito di un complessivo progetto riabilitativo e delle rispettive competenze. La terapia occupazionale studia e promuove l'occupazione, le abilità essenziali alla persona per partecipare attivamente nel proprio ambiente, per impegnarsi in attività soddisfacenti e gratificanti a livello personale e interpersonale, in base alla cultura d'appartenenza, razza, età. La terapia occupazionale consente dunque di promuovere la partecipazione al contesto sociale e la qualità della vita. L'etimologia greca del termine ergoterapia (terapia occupazionale) esprime infatti il concetto dell'essere attivi: l'essere impegnati rappresenta un bisogno primario dell'essere umano e un'attività svolta in maniera mirata ha degli effetti terapeutici. Fare contribuisce ad essere: su ciò si basa la terapia occupazionale, una professione riabilitativa molto diffusa, soprattutto all'estero.
La terapia occupazionale, attraverso l'azione sui processi motori, sensoriali e cognitivi, si propone di aiutare il paziente ad arrivare al maggior grado di

indipendenza possibile. Tra gli obiettivi troviamo la garanzia delle condizioni fisiche, la promozione delle autonomie individuali, la tutela dell'equilibrio sociale e psichico e, dunque della salute, intesa non solo come "assenza di malattia" ma come qualcosa di notevolmente più ampio e complesso.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, un problema di salute o una malattia possono non essere conseguenza di una limitazione fisica (nei movimenti, in una funzione psichica, ecc.) o di un danno strutturale corporeo (un arto, un organo ecc.), ma nascere dall'interazione fra molteplici fattori.
L'OMS riconosce che la salute può essere compromessa dall'incapacità di svolgere attività e di partecipare alle situazioni di vita a causa di barriere ambientali oltre che di problemi a carico delle funzioni e strutture del corpo (WHO, 2001).
Dunque attività, partecipazione, fattori ambientali e fattori personali (capacità d'azione) rivestono un ruolo fondamentale e si influenzano a vicenda.
La terapia occupazionale si inserisce efficacemente in tale visione, proponendosi con l'intento, appunto, di promuovere salute e autonomia personale.
Tra le categorie di soggetti destinatari di questo tipo di terapia si trovano senza dubbio non solo i disabili con menomazioni ma anche gli anziani: l'allungamento della vita cui si assiste negli ultimi decenni, ha come conseguenza l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche o legate alla senilità e dunque una domanda maggiore di interventi legati al miglioramento della qualità della vita e alla riduzione del danno.
Altri destinatari sono tutti i soggetti che presentano problematiche nelle pratiche quotidiane legate a malattie, traumi, difficoltà economiche, culturali e psicologiche.
La terapia occupazionale trova collocazione "fisica" in molte realtà, ospedali, centri diurni psichiatrici, per minori, anziani o portatori di handicap, servizi territoriali, scuole etc, oltre che nel domicilio dell'utente stesso.
La terapia occupazionale può avere un ruolo riconosciuto sia come parte integrante di un percorso riabilitativo o di un trattamento intensivo sulla fase acuta, sia nell'ottica della promozione della salute e della prevenzione.
La promozione della salute punta a raggiungere e mantenere uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale, in accordo con quanto specificato dall'OMS, lavorando sulle risorse e sulle potenzialità degli individui e dei gruppi.
La prevenzione si distingue in primaria (riduzione di fattori di rischio, i destinatari sono soggetti sani), secondaria (diagnosi precoce e interventi per evitare l'aggravamento di una patologia) e terziaria (riportare un soggetto colpito da una condizione o evento patologico allo stato di maggior salute possibile, evitando peggioramenti).
La terapia occupazionale abbraccia in particolare i concetti di prevenzione secondaria e terziaria oltre che l'intervento in fase acuta e all'interno della riabilitazione.

L'Autonomia come traguardo della Terapia Occupazionale

Essere autonomi è una condizione "sentita", radicata nella natura umana.
L'autonomia presuppone la capacità di esprimere la propria individualità.
Essa rappresenta il punto di arrivo di un lungo percorso che prende avvio dal concepimento.
Autonomia significa non solo aiutare la persona a muoversi, vestirsi o mangiare da sola, ma anche metterla in grado di scegliere, decidere della propria vita, organizzarsi, rifiutare, assumersi responsabilità e doveri, desiderare, avere interessi per sé.
La Terapia Occupazionale è, quindi, la scienza riabilitativa che mira allo sviluppo, al ripristino e/o al mantenimento delle attività di vita quotidiana (AVQ) che sono la base essenziale per una qualità di vita che renda autonomo l'individuo , diversamente abile, spesso dimenticato proprio per il suo continuo bisogno di assistenza, o semplicemente per la presenza, sul territorio domestico e non, di barriere architettoniche che gli impediscono il normale svolgimento delle sue funzioni bio-fisiologiche.
Il trattamento di terapia occupazionale ha inizio fin dai primi momenti della presa in carico del cliente.

Durante tale periodo di presa in carico, vengono valutate le sue abilità nelle varie attività di vita quotidiana (AVQ) suddivise in
• autonomie di base (alimentazione, igiene personale, abbigliamento, etc.) e
• autonomie sociali (capacità di integrazione nel gruppo, in ambito scolastico, in ambito lavorativo, etc.);
individuati i deficit si procederà, fin da subito, ad un training pratico per mettere, il cliente, in relazione con tutte le azioni attinenti a cui sopra.
Il Terapista Occupazionale espleta un insieme di interventi volti al recupero o allo sviluppo di funzioni strumentali e capacità della vita quotidiana, attraverso attività manuali, espressive e/o corporee che utilizzano l'esperienza al fine di potenziare e migliorare l'autonomia nelle funzioni della vita quotidiana.
Gli ambiti in cui si interviene sono:

- Rieducazione neuromotoria e psicomotoria:

finalizzate al recupero o sviluppo delle competenze motorie deficitarie, della loro integrazione spazio-temporale attraverso l'esercitazione e la facilitazione significativa, con l'obiettivo di ricercare risposte per le componenti motorie assenti attraverso tecniche specifiche.

- Rieducazione funzionale:

interventi riabilitativi volti a migliorare l'esecuzione di specifiche capacità attraverso l'esercitazione o correzione della funzione stessa anche mediante l'uso di ausili.

- Interventi educativo riabilitativi:

attività inserite in progetti educativi individualizzati che interagiscano sul versante dell'integrazione sociale e della capacità di effettuare autonomamente compiti della vita quotidiana.

Gli Ausili

Una fondamentale importanza ricoprono tutti quegli "aiuti" che riescono a compensare un movimento o a "risolvere" un'azione finalizzata nelle AVQ.
Gli ausilii costituiscono un ambito molto interessante della Terapia Occupazionale e hanno una grande potenzialità di impiego per tutti quegli individui che si trovano ad affrontare le proprie disabilità, spesso con-causa di deterioramento dell'autostima.
Un ausilio è un qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico di produzione specializzata o di comune commercio, utilizzato dall'individuo, diversamente abile per prevenire, compensare o eliminare un deficit.
Esistono varie classi di ausilii:

1. ausilii per la cura di se ed il superamento di barriere architettoniche.

Questa parte degli ausilii comprende: ausilii per l'abbigliamento (infilacalze, calzascarpe, scalzascarpe, presa prensile, infilabottoni, lacci elastici, etc.);
ausilii per l'igiene personale (spugne con manico allungato e per lavare le dita dei piedi, spugne con manico ricurvo, base per tagliaunghie, spazzole per capelli con manico allungato, manchette per spazzole o lamette da barba); piattaforme elevatrici e montascale

2. ausilii per la mobilità e la postura

Fanno parte: bastoni, stampelle, tripodi e tetrapodi, deambulatori (per interni e per esterni), carrozzine (manuali, con spinta facilitata, elettroniche, etc.),biciclette, sistemi di postura, schienali, cuscini antidecubito etc.

3. ausilii per l' alimentazione

Comprendono: posate adattate (con deviazioni, ingrossa manici, manchette etc.), piatti con rialzo, basi antiscivolo, tagliere universale, bicchieri con scanalatura per naso, cannucce flessibili, posate con protezione in plastica dura, apriscatole, reggiscatole etc.

4. mobili e adattamenti per la casa

All'interno della casa si possono avere arredamenti e ausilii che si adattano e si conformano alle varie stanze a seconda delle esigenze dell'individuo. Per cui abbiamo: cucine ed armadi con controllo elettronico per la regolazione dell'altezza; tavoli e sedie con ruote autobloccanti; sollevatori e tavolette per trasferimenti; maniglioni per vasca da bagno, per doccia e per wc; sgabelli per vasca da bagno; sedia comoda per bagno; doccia con scarico a terra; lavabo con controllo dell'altezza; specchi per ispezione cutanea; alzawater etc.

5. ausilii per la comunicazione.

Fanno parte di questa categoria: dispositivi interfaccia, ausili per la comunicazione interpersonale e per la scrittura, dispositivi per il controllo ambientale e la domotica, dispostivi per l'accesso al computer (software didattici per disabilità cognitive), ausilii per ciechi e ipovedenti, etc.

I materiali

La Terapia Occupazionale si avvale di una grande varietà di materiali per le attività e non è possibile catalogarli tutti; è possibile altresì fare una piccola catalogazione delle attività ed accennare alcuni dei materiali che servono per svolgere queste.

- Materiale per la cucina: pentole, piatti, bicchieri, tovaglioli, moka per caffè, posate, pasta, farina, zucchero, cioccolata in polvere, uova, cipolla, aglio, etc.
- Materiale informatico: computer, stampante a colori, joystick, etc.
- Materiale per attività artistiche e ludico-creative: matite colorate, pennarelli, tempere, penne, pennelli, colla vinail, cartoncini, fogli formato A4, palline di gommapiuma, puzzle, carte, giochi di società, carta colorata, strumenti a percussione, spille da balia, cotone per cucire, palloni colorati, palloncini, etc.
- Materiale per lo splinting, la manutenzione e l'adattamento degli ausilii: vaschetta termoriscaldata, termoplastico colorato e forato, velcro, phon, cassetta degli attrezzi, gommapiuma, stoffa, cuoio, etc.

PERCHE' LA TERAPIA OCCUPAZIONALE E' IMPORTANTE?

Perché aiuta milioni di persone nel mondo che sono temporaneamente o permanentemente disabili a vivere autonomamente e ad essere e sentirsi utili.

La terapia occupazionale è spesso il primo passo verso: imparare nuove abilità, acquisire una maggiore libertà e mobilità ,essere più indipendenti, avere una maggiore sicurezza emotiva
La terapia occupazionale è particolarmente importante, al giorno d'oggi, perché può:

- Restituire alle persone sicurezza e rispetto in se stessi, senso di utilità
- Recuperare un'indipendenza economica dopo aver avuto una malattia grave o un trauma

In conclusione, quindi la terapia occupazionale può aiutare le persone affette da malattie e lesioni:rafforzando l'autostima e l'autonomia,riducendo il danno causato dalla lesione insegnando nuove abilità per inserirli come cittadini attivi nella società.

Bibliografia

- Francesco Gatto, Bisogni educativi emergenti e ricerca in pedagogia speciale, Atti del Convegno della S.I.Ped., Cassino, 30 maggio – 1 giugno 1996, p.205.
- Andrea Canevaro, Pedagogia speciale , Bruno Mondatori,Milano, 1999, p. 3
- A. Canevaro, "Le competenze non vivono sole", contributo al seminario studio di Bottega del Possibile.
- Z. Barman, "Modernità liquida", Laterza 2002.
- G. S. Bernstein e J. A. Halaszyn,"Io, operatore sociale", Erickson, 1993
- M. Buber, "Il principio dialogico", Di Comunità, 1959.
- Cavaleri, "La profondità della superficie", Franco Angeli, Milano 2003.
- Cavaleri, "Vivere con l'altro, per una cultura della relazione", Città Nuova, 2007.
- D. Ianes, F. Celi e S. Cramerotti, "Il Piano educativo individuale. Progetto di vita", Erickson, 2006
- G.Milan, "Educare all'incontro", Città Nuova, Roma 2000.
- G. Milan, "Disagio giovanile e strategie educative", Città Nuova, Roma 2005.
. –M.Montessori , La mente del bambino, Garzanti, Milano, 1970, p. 26
- M. Spagnolo Lobb, a cura di, "Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e Clinica", Franco Angeli 2001.

- P. Perticari, “Attesi imprevisti”, Bollati Boringheri, 1996.
- P. Perticari, “Pedagogia critica della prassi comunicativa e cognitiva”, Cleub, 2004.
- P. Perticari, “L’educazione impensabile”, Elèuthera 2007.
- Balzaretti C., Canevaro A., Rigon G. (1996). Pedagogia speciale dell'integrazione - Handicap: conoscere e
accompagnare, La Nuova Italia Editrice, Scandicci (Fi).
- Bastin G. (1963). Le tecniche sociometriche, Società Editrice Internazionale, Torino.
- Berlini M. G., Canevaro A. (1996). Potenziali individuali di apprendimento, Firenze, La Nuova Italia.
- Boscolo P. (1986). Psicologia dell'apprendimento scolastico: gli aspetti cognitivi, Torino, UTET.
- Canevaro A. (1999). Pedagogia speciale - La riduzione dell'handicap, Bruno Mondadori, Milano.
- Cottini L. (2002). Il bambino autistico a scuola: quale integrazione? Psicologia e scuola, 110, pp. 11-22.
--Cottini L. (2002). L'integrazione scolastica del bambino autistico, Carocci, Roma.
- De Beni R., Pazzaglia F., Molin A., Zamperlin C. (2001). Psicologia cognitiva dell'apprendimento, Trento,
Erickson.
--Ianes D., Celi F. (1993). Nuova guida al Piano educativo individualizzato. Diagnosi, profilo dinamico
funzionale, obiettivi e attività didattiche, Erickson, Trento.
- Lascioli A. (2001). Elementi introduttivi alla pedagogia speciale, Libreria Editrice Universitaria, Verona.
- Margiotta Umberto (a cura di) (1997). Riforma del curricolo e formazione dei talenti. Linee metodologiche e operative, Armando Editore, Roma.
- Piazza V. (1996). L'insegnante di sostegno - Motivazioni e competenze per il lavoro di rete, Erickson,
Trento.
- Tessaro F. (2002). Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, Armando Editore, Roma.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**VERROCCHIO MARIA**	Matricola:	**002520**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B2B - PSICOLOGIA CLINICA I**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**M-PSI/08**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO
Contenuti	Il corso fornirà conoscenze relative alla relazione mente-corpo e alla loro integrazione secondo il modello bio-psico-sociale, dando una panoramica dei modelli teorici e delle loro applicazioni nella comprensione e nella prevenzione delle problematiche psicologiche e relazionali individuali, familiari e di gruppo nei differenti stadi del ciclo di vita.
Testi di riferimento	cap. da 2 a 7, N. Rossi, Psicologia clinica per le professioni sanitarie, Ed. Il Mulino e dispense del docente
Obiettivi formativi	- Acquisire conoscenze su alcuni modelli teorici e le loro applicazioni riguardo la comprensione e la prevenzione delle problematiche psicologiche e relazionali individuali, familiari e di gruppo nei differenti stadi del ciclo di vita della persona - Acquisire conoscenze sui principi fondamentali della comunicazione, per comprenderne l'importanza in ambito sanitario e professionale - Acquisire conoscenze riguardo alla relazione mente-corpo e alla loro integrazione secondo il modello biopsicosociale
Prerequisiti	propedeuticità degli esami secondo le normative vigenti
Metodi didattici	Lezioni frontali, discussione di casi clinici e simulazioni guidate
Altre informazioni	I recapiti del docente e i giorni di ricevimento saranno forniti a lezione

Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova orale
Programma esteso	1. La psicologia clinica nella pratica sanitaria - Competenze ed ambiti d’intervento della psicologia clinica - Ruolo delle teorie in psicologia clinica - Competenze psicologiche e pratica sanitaria 2. La comunicazione delle professioni sanitarie - L’importanza della comunicazione assertiva. - Presentazione casi ed esercitazione guidata. 3. La personalità: organizzazione, sviluppo e alterazioni psicopatologiche. - Dall’anamnesi alla diagnosi psicologica - Strumenti e tecniche per “conoscere l’altro” - Il dolore come espressione di disagio psicologico 4. Salute e malattia: processi psicologici e terapia integrata - La relazione salute-malattia, lo stress, le strategie di “coping” e qualità di vita - Il paziente ospedalizzato: l’importanza della terapia integrata

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**FULCHERI Mario**	Matricola:	**003157**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B2C - PSICOLOGIA CLINICA II**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**M-PSI/08**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Il corso fornirà conoscenze sui fondamenti della relazione medico-paziente e sui potenziali rischi psicologici nelle professioni sanitarie, importanti per garantire al paziente una corretta riabilitazione occupazionale. Una parte del corso sarà dedicata all'analisi delle dinamiche di gruppo e del lavoro d'equipé nelle realtà sanitarie e riabilitative.
Testi di riferimento	Capitolo 8, N. Rossi, "Psicologia clinica per le professioni sanitarie", Ed. Il Mulino e dispense del docente
Obiettivi formativi	- Acquisire conoscenze sui fondamenti della relazione medico-paziente e sui potenziali rischi psicologici nelle professioni sanitarie; - Conoscere il fenomeno del "Burn Out"; - Mettere in pratica i principi fondamentali della comunicazione; - Conoscere le dinamiche in gruppo e saper lavorare in gruppo.
Prerequisiti	propedeuticità degli esami secondo le normative vigenti
Metodi didattici	Lezioni frontali, discussione di casi clinici e simulazioni guidate
Altre informazioni	I recapiti del docente e i giorni di ricevimento saranno forniti a lezione
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale

Programma esteso	1) Soggetti sociali e sistemi di tutela della salute - La relazione medico-paziente e la “non adesione” (not compliance) - La salute degli operatori: la sindrome del “burn-out” 2) L'importanza del lavoro d'equipé nelle istituzioni - Le dinamiche psicologiche in gruppo - Lavoro di gruppo e gruppo di lavoro - simulazioni pratiche in gruppo 3)La psicologia in riabilitazione: dal disagio ai cambiamenti psicologici - Strategie d’intervento secondo varie prospettive teoriche. - Progettazione di interventi e insegnamento di abilità (abilità integranti). - Intervento individuale, familiare e di gruppo. Integrazione nella comunità.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**COMMITTERI Giorgia**	Matricola:	**002800**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A5D - PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**1**
Settore:	**M-PSI/06**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Il corso riguarderà i temi di base della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, la pragmatica della comunicazione umana, le dinamiche relazionali e la relazione d'aiuto. Verranno analizzate le complesse relazioni tra i sistemi di cura e la psicopatologia a partire da diverse formulazioni e interpretazioni della teoria del doppio vincolo. Gli argomenti verranno trattati connettendo le considerazioni teoriche con lo studio di situazioni cliniche specifiche
Testi di riferimento	TESTO OBBLIGATORIO: Lavenia G., Elementi di Psicologia Clinica e Dinamica. Manuale per operatori dei servizi sociali e della salute mentale, Franco Angeli Editore, 2010 (Tutti i capitoli tranne il II°)
Metodi didattici	Lezioni frontali e simulate
Modalità di verifica dell'apprendimento	Orale
Programma esteso	La comunicazione: aspetti generali La competenza comunicativa La comunicazione non-verbale Il contesto L'ascolto Assiomi della comunicazione La comunicazione patologica Dinamica delle relazioni Dinamica del ciclo di vita Ciclo di vita della famiglia La coppia La famiglia La famiglia con figli giovani-adulti La generazione anziana verso l'ultima transizione Elementi di psicologia clinica correlati al lavoro:

- Anoressia
- Bulimia
- Malattie psicosomatiche
- Dipendenze
- Approfondimento sulle dipendenze tecnologiche

Psicologia del lavoro: interventi e metodologia

Introduzione al lavoro nelle strutture

La relazione d’aiuto

Burnout

Rischi del lavoro con soggetti anziani

Rischi del lavoro con il paziente terminale

Rischi del lavoro con soggetto disabile

Mobbing

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**COMMITTERI Giorgia**	Matricola:	**002800**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A5B - PSICOLOGIA DELLA DISABILITA'**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**1**
Settore:	**M-PSI/01**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Lingua italiana
Contenuti	Il corso fornisce una panoramica sulla disabilità a partire dalla sua complessa diagnosi e definizione secondo una prospettiva bio-psico-sociale. Si analizzano i concetti di partecipazione e di integrazione in chiave storica e antropologica. Si approfondiscono le prospettive esistenziali (difficoltà, emozioni e relazioni) delle varie condizioni (mentale, fisica e sensoriale), per essere in grado di riconoscere e individuare la modalità di intervento più efficace per specifica disabilità. Il corso ha il fine ultimo di insegnare a indagare le aree della diagnosi funzionale, per essere in grado di progettare un intervento integrato e di valutare i risultati e la qualità dell'intervento riabilitativo nelle situazioni di disabilità.
Testi di riferimento	Il testo d'esame sarà indicato all'inizio del corso. Durante lo svolgimento delle lezioni, inoltre, saranno fornite altre indicazioni bibliografiche, utili ad approfondire gli argomenti trattati.
Obiettivi formativi	- Acquisire conoscenze a partire dalla complessa diagnosi e definizione di disabilità secondo una prospettiva bio-psico-sociale. - Acquisire conoscenze sui concetti di partecipazione e di integrazione in chiave storica e antropologica, approfondendo le prospettive esistenziali (difficoltà, emozioni e relazioni) delle varie condizioni (mentale, fisica e sensoriale). - Saper riconoscere e individuare le figure coinvonte nella situazione di disabilità per scegliere la modalità di intervento più efficace per il paziente diversamente abile. - Saper indagare le aree della diagnosi funzionale, per essere in grado di progettare un intervento integrato e di valutare i risultati e la qualità dell'intervento riabilitativo nelle situazioni di disabilità.
Prerequisiti	nessuno

Metodi didattici	lezioni frontali e role playing
Altre informazioni	I contatti del docente saranno forniti a lezione
Modalità di verifica dell'apprendimento	prova orale
Programma esteso	- Definizione di disabilità e sua evoluzione nella storia - Barriere fisiche, sociali e psicologiche. - Figure coinvolte nella disabilità. - Tipologie di disabilità: mentale (RM, Disturbi dell'apprendimento, Disturbo autistico), sensoriale (disabilità uditiva e visiva) e fisico-motoria (Tetra e paraplegia, Spina bifida, Amputazioni, Distrofia muscolare, Sclerosi multipla). - Diagnosi funzionale e intervento integrato. Differenza tra illness e disease. - Concetti di Locus of Control, Empowerment, Coping e Qualità della Vita. - La psicologia nella disabilità. Reazioni psicologiche a livello personale, familiare e sociale. Processi di adattamento: i principali meccanismi di difesa. Aspetti relazionali. - Progettazione di interventi e insegnamento di abilità (abilità integranti).Integrazione nella comunità.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**AURELI TIZIANA**	Matricola:	**002686**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A5C - PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E PSICOLOGIA DELL'EDUCAZIONE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**M-PSI/04**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Lingua Italiana
Contenuti	Conoscenze di base sullo sviluppo umano in condizioni tipiche, atipiche e di rischio.
Testi di riferimento	Schaffer, H.R. (2005) Introduzione alla Psicologia dello sviluppo. Raffaello Cortina. Capitoli scelti
Obiettivi formativi	Conoscenza delle pietre miliari dello sviluppo psicologico umano e dei metodi più adeguati a rilevarle
Prerequisiti	Capacità logiche e di ragionamento
Metodi didattici	Lezioni frontali; analisi di pezzi scelti del Manuale di riferimento.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova scritta
Programma esteso	Principi e obiettivi della psicologia dello sviluppo come disciplina scientifica, quale base indispensabile per la formazione di figure che sono destinate in vari ruoli professionali. Al lavoro con i bambini a sviluppo sia tipico che atipico. In particolare: lo sviluppo cognitivo, socioaffettivo e comunciativo-linguistico

Testi in inglese

Lingua insegnamento	Italian
Contenuti	Basic information about human development in typical and atypical or high risk condition
Testi di riferimento	Schaffer, H.R. (2005) Introduzione alla Psicologia dello sviluppo. Raffaello Cortina.Selected chapters
Obiettivi formativi	To know the milestones of psychological child development
Prerequisiti	Logical and reasoning abilities
Metodi didattici	Main lectures
Modalità di verifica dell'apprendimento	Written closed questions
Programma esteso	Principles and goals of developmental psychology as foundational for practitioners in the developmental field

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**COMMITTERI Giorgia**	Matricola:	**002800**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12A5A - PSICOLOGIA GENERALE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**M-PSI/01**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Lingua Italiana
Contenuti	- Introduzione alla psicologia e metodi di indagine; - Differenze e interazioni fra gli emisferi cerebrali; - Sensazione e percezione; - Linguaggio; - Apprendimento e memoria; - Rappresentazione del corpo e cognizione del dolore; - Funzioni attentive e coscienza di sè.
Testi di riferimento	Psicologia generale e neuroscienze cognitive. Manuale per le professioni medico-sanitarie. A cura di Cacciari C. e Papagno C. (2006) Pagine 319, Costo 25 euro. Limitatamente ai capitoli 1,2,3,4,5,6,8, 9 e 10.
Obiettivi formativi	Il corso mira all'acquisizione di conoscenze sui processi cognitivi di base secondo la prospettiva della psicologia sperimentale come parte delle neuroscienze cognitive.
Prerequisiti	Nessuno
Metodi didattici	Lezioni frontali.
Modalità di verifica dell'apprendimento	L’esame consiste in una prova scritta a scelta multipla sugli argomenti del programma.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**SAGGINO ARISTIDE**	Matricola:	**002480**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B2A - PSICOMETRIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**M-PSI/03**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Elementi di base di Psicometria
Testi di riferimento	Kline, P., Manuale di Psicometria, Roma, Astrolabio 1996 (dal Capitolo 1 al Capitolo 3). Areni, Ercolani, Leone (2001), Statistica per la psicologia, vol. 1. Fondamenti di psicometria e statistica descrittiva.
Obiettivi formativi	Il presente modulo si propone l'obiettivo di introdurre lo studente alla conoscenza di base della misura in psicologia.
Metodi didattici	lezioni teorico-pratiche.
Modalità di verifica dell'apprendimento	L'esame consiste in una prova orale.
Programma esteso	La misura in psicologia: attendibilità e validità dei test, il modello classico dell'errore, le variabili, le scale di misura, frequenze e distribuzioni di frequenze, indici di tendenza centrale, indici di dispersione, indici di posizione, standardizzazione, la relazioni tra variabili: gli indici di correlazione e la regressione lineare semplice.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CAULO MASSIMO**	Matricola:	**002498**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B3A - RADIOPROTEZIONE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/36**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Problematiche relative alla radioprotezione del paziente e degli operatori
Testi di riferimento	Non disponibile
Obiettivi formativi	Conoscenza delle problematiche radioprotezionistiche
Prerequisiti	Obbligatorio
Metodi didattici	Lezioni tradizionali : esercitazioni pratiche
Altre informazioni	Non disponible
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esami di profitto a fine corso
Programma esteso	Non disponibile

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CIPOLLONE Francesco**	Matricola:	**001812**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO22B4B - REUMATOLOGIA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**MED/16**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Testi di riferimento	Todesco S., Gambari P.F. Malattie Reumatiche 2007, 4^ edizione. Casa Editrice: McGraw-Hill
Obiettivi formativi	Obiettivi da raggiungere: • Definizione del programma riabilitativo volto all'individuazione ed al superamento dei bisogni del disabile ed al suo avviamento verso l'autonomia personale nell'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale; • Acquisire le modalità generali di gestione diagnostico-terapeutica dei pazienti con patologie a carattere reumatologica; • Conoscere le cause, i meccanismi fondamentali, le manifestazioni cliniche, le possibilità di diagnosi e cenni di terapia di alcune patologie reumatologiche.
Metodi didattici	Lezione Frontale
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame finale
Programma esteso	1) Approccio al paziente con artropatia infiammatoria 2) Artrite Reumatoide 3) Spondilite Anchilosante 4) Artrite Psoriasica e altre artropatie sieronegative 5) Artriopatie da microcristalli (Gotta e Condrocalcinosi)

Testi in inglese

Lingua insegnamento	Italian
Testi di riferimento	Todesco S., Gambari P.F. Malattie Reumatiche 4th edition, 2007. McGraw-Hill
Obiettivi formativi	• Definition of the rehabilitation program aimed to identification and overcoming of the needs of the disabled person and his goodwill towards autonomy in the daily life; • Acquire basics of diagnostic and therapeutic approaches for patients with rheumatic diseases; • Acquire the causes, the pathophysiology, the clinical manifestations, the diagnostic strategies, and elements of treatment of rheumatic diseases.
Metodi didattici	Lectures
Programma esteso	1) Approach to the patient with inflammatory arthropathy 2) Rheumatoid Arthritis 3) Ankylosing Spondylitis 4) psoriatic arthritis and other seronegative arthropathies 5) Artriopatie from microcrystals (gout and chondrocalcinosis)

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**PIERAMICO VALENTINA**	Matricola:	**005602**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TOC11U1 - SEMINARI**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**NN**
Tipo Attività:	**F - Altro**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Basi teoriche della terapia occupazionale per la pratica: il fare nella vita; l'attività (analisi/valenze); l'occupazione; la performance occupazionale; l'autonomia/indipendenza; la relazione terapeutica e professionale; l'equipe/il paziente/la famiglia. Processo di Terapia Occupazionale: introduzione all'osservazione/colloquio; introduzione alla valutazione; introduzione al programma riabilitativo. Presentazione di casi clinici.
Testi di riferimento	Perdersi di Lisa Genova. Edizioni Piemme.
Obiettivi formativi	Apprendimento di concetti base ed applicazione della Terapia Occupazionale Acquisizione di competenze necessarie per l'impostazione di un programma riabilitativo tramite approccio clinico occupazionale Saper discutere a livello teorico di differenti casi clinici
Prerequisiti	Nessuno
Metodi didattici	Lezioni frontali
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova orale

Programma esteso

Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio” Chieti-Pescara

Facoltà di Medicina e Chirurgia- CdL in TERAPIA OCCUPAZIONALE

Programma d’insegnamento “Seminario: Il Programma Riabilitativo per l’Autonomia”
AA 2014/2015
Docente Dott.ssa Valentina Pieramico

Obiettivi formativi generali e specifici
L’obiettivo formativo generale del corso è quello di creare conoscenze teoriche e sapere esperienziale nell’ambito della terapia occupazionale permettendo al discente l’acquisizione di competenze traslabili nell’ambito della pratica clinica.

Al termine del corso lo studente raggiungerà i seguenti obiettivi specifici:

• Apprendimento di concetti base ed applicazione della Terapia Occupazionale

• Acquisizione di competenze necessarie per l’impostazione di un programma riabilitativo tramite approccio clinico occupazionale

• Saper discutere a livello teorico di differenti casi clinici

Programma del corso

• Basi teoriche della terapia occupazionale per la pratica: il fare nella vita; l’attività (analisi/valenze); l’occupazione; la performance occupazionale; l’autonomia/indipendenza; la relazione terapeutica e professionale; l’equipe/il paziente/la famiglia.
• Processo di Terapia Occupazionale: introduzione all’osservazione/colloquio; introduzione alla valutazione; introduzione al programma riabilitativo.
• Presentazione di casi clinici.

Modalità d’esame: prova orale.

Libri di testo:

• Perdersi di Lisa Genova. Edizioni Piemme.
• Dispense di approfondimento.

Mail: v.pieramico@libero.it

Orario di ricevimento: Le ore di ricevimento saranno concordate e fornite durante il corso.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**BIANCO ADELE**	Matricola:	**003067**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A3B - SOCIOLOGIA DEI PROCESSI CULTURALI E COMUNICATIVI**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**1**
Settore:	**SPS/08**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO
Contenuti	Il corso intende dare una panoramica sulla sociologia in relazione allo specifico corso di laurea
Testi di riferimento	in corsi di definizione; verrà comunicato dalla docente
Prerequisiti	Non sono previste propedeuticità.
Metodi didattici	Lezioni frontali.
Altre informazioni	Ogni info su www.adelebianco.it
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame scritto. venti domande aperte sessanta minuti

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**DI NICOLA MARTA**	Matricola:	**003321**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A1D - STATISTICA MEDICA**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/01**
Tipo Attività:	**A - Base**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Scopi e metodi dell'analisi statistica; caratteri statistici e classificazione. Strumenti di sintesi dei dati: Frequenze assolute, relative, cumulate; sistemazione e organizzazione di dati in tabelle; distribuzioni di frequenze. Principali rappresentazioni grafiche: ortogrammi, diagrammi a settori circolari, istogrammi, poligoni di frequenze, diagrammi a dispersione. Indici di tendenza centrale: media aritmetica e sue proprietà, moda e mediana, terzili, quartili e percentili. Indici di variabilità: range, devianza, varianza, deviazione standard e coefficiente di variazione. Box-plot. Curve di distribuzioni di frequenze. Indici di simmetria. La Distribuzione Normale, la distribuzione normale standardizzata. Relazione tra due caratteri: il test del chi-quadrato come misura di associazione tra due variabili qualitative, il chi-quadrato con la correzione di Yates per la continuità, il test esatto di Fisher. Analisi di regressione e analisi di correlazione. Il test t di Student per campioni indipendenti e per campioni appaiati. Intervallo di confidenza per la media aritmetica.
Testi di riferimento	- Copia dei lucidi delle lezioni e dispense disponibili on-line sul sito www.biostatistica.unich.it - STATISTICA MEDICA di Bland Martin - Editore: Apogeo
Obiettivi formativi	Obiettivo generale del corso è quello di far acquisire allo studente la capacità di analizzare statisticamente i principali fenomeni delle Scienze Biomediche acquisendo la conoscenza dei principi di base della Biostatistica e la capacità di utilizzare le principali tecniche e gli strumenti di analisi dei dati. Al termine del corso lo studente deve saper: • organizzare dati rilevati; • costruire ed interpretare grafici; • descrivere le differenze tra le diverse scale di misura; • calcolare i più comuni indici di tendenza centrale e di variabilità dei dati; • analizzare curve di distribuzioni di frequenze; • utilizzare le tecniche di regressione e correlazione lineare
Prerequisiti	Nessuno

Metodi didattici	Lezioni frontali ed esercitazioni in aula
Altre informazioni	Gli studenti saranno ricevuti dal docente per appuntamento da concordare per e-mail all’indirizzo mdinicola@unich.it
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame scritto.
Programma esteso	• Scopi e metodi dell'analisi statistica; caratteri statistici e classificazione. • Strumenti di sintesi dei dati: Frequenze assolute, relative, cumulate; sistemazione e organizzazione di dati in tabelle; distribuzioni di frequenze. • Principali rappresentazioni grafiche: ortogrammi, diagrammi a settori circolari, istogrammi, poligoni di frequenze, diagrammi a dispersione. • Indici di tendenza centrale: media aritmetica e sue proprietà, moda e mediana, terzili, quartili e percentili. • Indici di variabilità: range, devianza, varianza, deviazione standard e coefficiente di variazione. Box-plot. • Curve di distribuzioni di frequenze. Indici di simmetria. • La Distribuzione Normale, la distribuzione normale standardizzata. • Elementi di Calcolo delle probabilità. Definizione di probabilità. Calcolo delle probabilità di eventi mutualmente esclusivi, indipendenti e condizionati. • Intervallo di confidenza per la media aritmetica e per una proporzione. • Concetto di test di ipotesi statistiche. • Relazione tra due caratteri: il test del chi-quadrato come misura di associazione tra due variabili qualitative, il chi-quadrato con la correzione di Yates per la continuità, il test esatto di Fisher. • Il test t di Student per campioni indipendenti • Il test t di Student per campioni appaiati.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**IANIERI GIACOMINO**	Matricola:	**005601**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO11A3D - STORIA E FILOSOFIA DELLA T.O.**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO
Contenuti	Il Corso tratta il percorso storico-filosofico della Terapia occupazionale attraverso i secoli.
Testi di riferimento	-Dispense del docente -G.D'Intino – G.Ianieri –S.Oronzo – "Terapia Occupazionale: una scelta di vita" F. Angeli Editore -M. Colucci – P. Di Vittorio: " Franco Basaglia " - B.Mondadori Editore -J.C. Piergrossi : "Essere nel fare" – F.Angeli Editore
Obiettivi formativi	L'obiettivo principale del Corso è di portare il discente ad acquisire conoscenze e meccanismi che gli permetteranno di capire le basi storiche - filosofiche della professione e del suo sviluppo attraverso i tempi.
Prerequisiti	Non sono previste propedeuticità.
Metodi didattici	Lezioni tradizionali.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale.
Programma esteso	1.Introduzione alla Terapia occupazionale: la scelta, il profilo professionale, la deontologia, gli ambiti di intervento. 2.Percorso storico-filosofico della Terapia occupazionale attraverso i secoli. 3.Il percorso storico della Terapia occupazionale in Italia. 4.Cultura – Razza – Etnia ed altre forme di diversità umane nella terapia occupazionale. 5.Pinel o Chiarugi, individuazione del "Primus qui". 6.Teorie a confronto (Comportamentale – Psicoanalitica – Cognitiva -

Umanistica
in Terapia occupazionale.
7.Da Pinel a Mayer, due modi di intraprendere il “Trattamento Morale”.
8.Da W.Tuke a F. Basaglia, l’evoluzione della Terapia Occupazionale in psichiatria.
9.La diversità nella filosofia del XVII sec. (Condilac - Diderot – Sanguin – Rousseau).
10.L’internazionalizzazione della terapia occupazionale: C.O.T.E.C. – E.N.O.T.H.E. – W.F.O.T. – O.T.I.O.N.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**IANIERI GIACOMINO**	Matricola:	**005601**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12T1B - TIROCINIO PRIMO ANNO SECONDO SEMESTRE IN AMBITO NEUROCOGNITIVO**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**5**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Informazione non disponibile
Testi di riferimento	Informazione non disponibile
Obiettivi formativi	Abilitazione alla professione di terapista occupazionale acquisendo competenze nella pratica clinica attraverso tirocinio formativo.
Prerequisiti	Nessuna propedeuticità
Metodi didattici	Tirocinio formativo nelle strutture convenzionate
Altre informazioni	Le ore e la sede di ricevimento saranno concordate e fornite durante il corso.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Valutazioni in itinere
Programma esteso	Informazione non disponibile

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**IANIERI GIACOMINO**	Matricola:	**005601**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO12T1C - TIROCINIO PRIMO ANNO SECONDO SEMESTRE IN AMBITO PSICOSOCIALE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2015**
CFU:	**4**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**1**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Gli studenti, attraverso l'esperienza di tirocinio e la supervisione dei tutor di struttura, osserveranno le abilità cognitive e relazionali dei pazienti. Oltre al primo contatto col paziente, l'osservazione si concentrerà su come impostare un rapporto professionale con l'utenza, sul riconoscimento del ruolo di ciascuna figura professionale che compone l'équipe di lavoro e sul riconoscimento delle proprie emozioni che entrano in gioco nell'esperienza di tirocinio.
Obiettivi formativi	- Saper impostare un rapporto professionale con l'utenza; - riconoscere le figure coinvolte nella disabilità e le barriere psico-sociali; - Conoscere il ruolo di ciascuna figura professionale che compone l'équipe riabilitativa; - Inserirsi nel gruppo di lavoro; - sapere riconoscere le proprie emozioni.
Metodi didattici	feedback emotivi nel corso del semestre
Altre informazioni	I recapiti di riferimento e i giorni di ricevimento saranno forniti dal docente
Modalità di verifica dell'apprendimento	Esame orale

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**IANIERI GIACOMINO**	Matricola:	**005601**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21T1A - TIROCINIO SECONDO ANNO PRIMO SEMESTRE IN AMBITO NEUROCOGNITIVO**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**5**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Informazione non disponibile
Testi di riferimento	Informazione non disponibile
Obiettivi formativi	Abilitazione alla professione di terapista occupazionale acquisendo competenze nella pratica clinica attraverso tirocinio formativo.
Prerequisiti	Propedeuticità obbligatoria
Metodi didattici	Tirocinio formativo nelle strutture convenzionate
Altre informazioni	Le ore e la sede di ricevimento saranno concordate e fornite durante il corso.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Valutazioni in itinere
Programma esteso	Informazione non disponibile

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CARDELLINI ALESSIA**	Matricola:	**003335**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21T1B - TIROCINIO SECONDO ANNO PRIMO SEMESTRE IN AMBITO PSICOSOCIALE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**4**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Nell'arco del primo semestre, gli studenti saranno in grado di utilizzare strumenti di valutazione multidimensionale. L'esperienza di tirocinio mira ad integrare le conoscenze teoriche con le relative abilità pratiche, alla base della comprensione del contesto umano e sociale.
Obiettivi formativi	- Applicare strumenti di valutazione differenziati a seconda dei disturbi presentati. - Rilevare la presenza di barriere architettoniche ed ostacoli all'autonomia. - Saper fare un bilancio fra risorse e deficit dell'utente. - Sapersi integrare nelle equipé di lavoro della struttura. - Cominciare a saper gestire le proprie emozioni a contatto col paziente.
Metodi didattici	Frequenza quotidiana del tirocinio feedback emotivi periodici
Altre informazioni	I recapiti di riferimento e i giorni di ricevimento saranno forniti dal docente
Modalità di verifica dell'apprendimento	Prova orale

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**IANIERI GIACOMINO**	Matricola:	**005601**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO22T1D - TIROCINIO SECONDO ANNO SECONDO SEMESTRE IN AMBITO NEUROCOGNITIVO**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**3**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	Informazione non disponibile
Testi di riferimento	Informazione non disponibile
Obiettivi formativi	Abilitazione alla professione di terapista occupazionale acquisendo competenze nella pratica clinica attraverso tirocinio formativo.
Prerequisiti	Propedeuticità obbligatoria
Metodi didattici	Tirocinio formativo nelle strutture convenzionate
Altre informazioni	Le ore e la sede di ricevimento saranno concordate e fornite durante il corso.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Valutazioni in itinere
Programma esteso	Informazione non disponibile

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**CARDELLINI ALESSIA**	Matricola:	**003335**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO22T1E - TIROCINIO SECONDO ANNO SECONDO SEMESTRE IN AMBITO PSICOSOCIALE**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**3**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Secondo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	italiano
Contenuti	Alla fine del secondo semestre, lo studente è in grado di assumere un comportamento consono al ruolo professionale e di instaurare con il paziente un adeguato “contatto terapeutico”, tenendo conto della situazioni psico-sociali dello stesso. Saranno approfondite le conoscenze alla base della prospettiva sociale della salute secondo un modello bio-psico-sociale.
Obiettivi formativi	- Individuare i segni delle alterazioni e delle patologie nelle diverse fasi dello sviluppo umano. - Saper instaurare con il paziente un adeguato “contatto terapeutico”. - Saper impostare il piano di trattamento sulla base del processo di valutazione, individuando obiettivi riabilitativi a breve, medio e lungo termine in età evolutiva, adulta e geriatrica.
Metodi didattici	Feedback emotivi periodici nel corso del semestre
Altre informazioni	I recapiti di riferimento e le date di ricevimento saranno fornite dal docente
Modalità di verifica dell'apprendimento	prova orale

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**DEL RE ANNA**	Matricola:	**006498**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B2E - VALUTAZIONE DEL PAZIENTE E TECNICHE POSTURALI**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**1**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO
Contenuti	Contenuti delle lezioni del Dr. Massimi Domenico 1) Introduzione alla terapia occupazionale, Indipendenza e partecipazione delle persone con disabilità. 2) Le attività di vita quotidiana. 3) La tecnica di Kabat: principi, tecnica riabilitativa, esecuzione delle tecniche principali, casi clinici. 4) La tecnica di Bobath: principi, tecnica riabilitativa, , esecuzione delle tecniche principali, casi clinici. 5) Il metodo Perfetti: principi, tecnica riabilitativa, , esecuzione delle tecniche principali, casi clinici. 6) Valutazione funzionale e piano riabilitativo del paziente con patologia neurologica. 7) Valutazione funzionale e piano riabilitativo del paziente con patologia ortopedica. 8) Valutazione posturologica del paziente 9) Esecuzione in laboratorio della metodica di ginnastica posturale
Testi di riferimento	TESTI DI RIFERIMENTO: Terapia occupazionale di Caracciolo , Redaelli, Valsecchi Il Metodo Perfetti, la Rieducazione Neurocognitiva Il Metodo Kabat di Viel Eric Kinesiterapia con il Metodo Mezieres Di Guy Desmichelle La Ginnastica Posturale di Erio De Col
Obiettivi formativi	OBIETTIVI DELLE LEZIONI L'obiettivo didattico è quello di far raggiungere gli studenti ad una capacità di conoscenza delle varie metodiche riabilitative sia nel campo neurologico che ortopedico, nonché l'acquisizione di tecniche pratiche atte al controllo posturale del paziente e la conoscenza di alcune metodiche di base nella rieducazione del piano riabilitativo del paziente ortopedico e neurologico.
Prerequisiti	L'esame non è propedeutico ad altri esami

Metodi didattici	Metodo Didattico Gli studenti raggiungeranno gli obiettivi didattici, attraverso lezioni tradizionali, lezioni di pratica in laboratorio e attraverso valutazioni di casi clinici.
Altre informazioni	Altre informazioni Il Docente è disponibile per il supporto didattico, per chiarimenti inerenti alle lezioni effettuate e per il superamento dell'esame. L'esame verterà su domande specifiche alle lezioni effettuate e sui piani di riabilitazione eseguiti in laboratorio. Comunque per chiarimenti il Docente può essere contattato il sabato mattina dalle ore 11.30 alle 13.00 presso la sede dell'università, previo appuntamento.
Modalità di verifica dell'apprendimento	Modalità di verifica Gli studenti sono sottoposti ad una verifica orale con alcune esemplificazioni pratiche
Programma esteso	Programma Esteso Il programma delle lezioni è il seguente: Introduzione alla terapia occupazionale, importanza del paziente nel programma di autonomia e di utilizzo degli ausilii che aiutano alla sua indipendenza. Insegnamento delle metodiche riabilitative più usate nei pazienti con patologie ortopediche e neurologiche; valutazione funzionale del paziente con esiti di frattura ossea dell'arto superiore e inferiore, piano di lavoro, valutazione di rieducazione funzionale e applicazione nel caso clinico specifico dei metodi di riabilitazione più congrui. Valutazione funzionale di un paziente con lesione neurologica, emiplegia, applicazione delle varie metodologie riabilitative più attuali e esecuzione pratica del metodo sul paziente. Valutazione posturologica del paziente con squilibri degli arti e della colonna, applicazione del metodo più funzionale e esecuzione pratica del metodo di rieducazione posturale sui vari casi clinici. Esecuzione pratica della seduta tipo di ginnastica posturale e di ginnastica dolce.

Testi del Syllabus

Resp. Did.	**PERUGINI MARIANO**	Matricola:	**005913**

Anno offerta:	**2015/2016**
Insegnamento:	**TO21B2D - VALUTAZIONE E METODOLOGIA RIABILITATIVA IN T.O.**
Corso di studio:	**L644 - Terapia occupazionale (abilitante alla professione sanitaria di Terapista occupazionale)**
Anno regolamento:	**2014**
CFU:	**2**
Settore:	**MED/48**
Tipo Attività:	**B - Caratterizzante**
Anno corso:	**2**
Periodo:	**Primo Semestre**
Sede:	**CHIETI**

Testi in italiano

Lingua insegnamento	Italiano
Contenuti	• Valutazione funzionale e psicologica in TO; • Valutazione cognitiva attraverso l'utilizzo del LOTCA; • Approccio bottom-up e top-down; • abilità e capacità; • Analisi della Performance in TO; • OTIPM; • AMPS; • FIM; • Model Of Human Occupation e relativi strumenti di valutazione; • Cenni su altri modelli in TO; - CMOP; - OPM.
Testi di riferimento	•"Terapia Occupazionale" decima edizione- Willard & Spackman. Edizione italiana a cura di Angela Puglisi. Antonio Delfino Editore. •"Model Of Human Occupation- Theory and Application"- Gary Kielhofner- Fourth Edition.Lippincott Williams & Wilkins. •Dispense fornite a lezione.
Obiettivi formativi	La finalità del'insegnamento è quella di fornire gli strumenti specifici del terapista occupazionale per la valutazione funzionale, psicologica e della performance, oltre ad una più approfondita analisi dei modelli di terapia occupazionale di riferimento, approfondendo il Model Of Human Occupation con lo scopo di analizzare le dinamiche del comportamento umano nelle quotidiane scelte d'occupazione e nei casi di alterazione bio-psico-sociale. Al termine del corso lo studente dovrà aver acquisito l'idonea competenza nello svolgimento della professione, saper scegliere, individuare le scale ed i modelli di riferimento per ogni singolo caso ed applicarli. Particolare importanza verrà data alle scale di valutazione proposte dalla panoramica mondiale della terapia occupazionale per le abilità e la performance, in quanto aspetti esclusivi della professione. Verrà proposto uno studio approfondito sulle analogie dei fattori capacità, abilità e performance nella nostra pratica professionale, con lo scopo di acquisire la capacità di effettuare dei programmi riabilitativi in linea con la classificazione internazionale. Inoltre lo studente dovrà aver acquisito i criteri di approccio e di presa in carico del paziente lavorando all'interno

	dell’equipè multiprofessionale
Prerequisiti	propedeuticità degli esami secondo le normative vigenti
Metodi didattici	Lezioni frontali e simulazioni di casi clinici
Modalità di verifica dell'apprendimento	Orale
Programma esteso	La finalità del’insegnamento è quella di fornire gli strumenti specifici del terapista occupazionale per la valutazione funzionale, psicologica e della performance, oltre ad una più approfondita analisi dei modelli di terapia occupazionale di riferimento, approfondendo il Model Of Human Occupation con lo scopo di analizzare le dinamiche del comportamento umano nelle quotidiane scelte d’occupazione e nei casi di alterazione bio-psico-sociale. Al termine del corso lo studente dovrà aver acquisito l’idonea competenza nello svolgimento della professione, saper scegliere, individuare le scale ed i modelli di riferimento per ogni singolo caso ed applicarli. Particolare importanza verrà data alle scale di valutazione proposte dalla panoramica mondiale della terapia occupazionale per le abilità e la performance, in quanto aspetti esclusivi della professione. Verrà proposto uno studio approfondito sulle analogie dei fattori capacità, abilità e performance nella nostra pratica professionale, con lo scopo di acquisire la capacità di effettuare dei programmi riabilitativi in linea con la classificazione internazionale. Inoltre lo studente dovrà aver acquisito i criteri di approccio e di presa in carico del paziente lavorando all’interno dell’equipè multiprofessionale. • Valutazione funzionale e psicologica in TO; • Valutazione cognitiva attraverso l’utilizzo del LOTCA; • Approccio bottom-up e top-down; • abilità e capacità; • Analisi della Performance in TO; • OTIPM; • AMPS; • FIM; • Model Of Human Occupation e relativi strumenti di valutazione; • Cenni su altri modelli in TO; - CMOP; - OPM.