

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore: Prof. De Carlo Raffaele

Corso di Laurea in

Educazione Professionale

Presidente Prof.ssa Elena Tenconi

Tesi di Laurea

Disabilità cognitiva e adolescenza: uno studio di caso

Cognitive disability and adolescence: a case study

Relatore

Prof.ssa Natascia Bobbo

Laureanda: Francesca Caldieron

Matricola: 1201056

Anno Accademico 2020/2021

RIASSUNTO

Il “ritardo mentale”, con la sua nuova formulazione di “disabilità intellettiva”, termine diagnostico universalmente adottato da medici, educatori e professionisti, disturbo caratterizzato da compromissioni del funzionamento adattivo e da un quoziente intellettivo ridotto, per il suo crescente tasso di incidenza diagnostica, impegna la comunità scientifica a individuare interventi adeguati per un’efficace trattamento.

Nel presente lavoro, dopo aver fornito le informazioni di base in ordine a natura, cause e trattamento, si prende in considerazione un caso specifico riguardante un’adolescente, si delinea una progettazione educativa personalizzata, vengono dettagliati metodologie e tempi e, infine vengono presentati i risultati e confrontati con i metodi desunti dalla letteratura. In epilogo si offre una riflessione sulle implicazioni per la figura dell’educatore professionale.

ABSTRACT

“Mental retardation”, in its new wording of “intellectual disability” – diagnostic term universally adopted by doctors, educators, and professionals – is a disorder characterised by impairments of adaptive functioning and a reduced intelligence quotient (IQ) level, and due to its rising incidence, the scientific community is committed to identifying adequate measures for an effective treatment. In this work, basic information with regard to nature, causes, and treatment of the aforementioned disorder is provided. Subsequently, a specific case concerning a teenager is considered, with the aim of outlining a project work. Times and methodologies will be detailed and the final results are compared with the methods found in the relevant literature. In the end, some final remarks on the implications for the role of professional educators are presented.

PAROLE CHIAVE

Studio di caso, disabilità intellettiva, educatore professionale, progetto educativo, metodologia / strumenti educativi

KEYWORDS

Case study, intellectual disability, professional educator, project work, methodology / educational tools

Indice

<i>Introduzione</i>	1
PRIMA PARTE	3
1. <i>Disabilità intellettiva/ritardo mentale</i>	3
1.1 Definizione di “disabilità” e “disabilità intellettiva”	3
1.2 Transizione terminologica: dal ritardo mentale alla disabilità intellettiva	7
1.3 I diritti delle persone con disabilità	8
2. <i>Come si manifesta</i>	10
2.1 Sintomi	10
2.2 Indicatori di rischio	11
3. <i>Diagnosi di disabilità intellettiva</i>	12
3.1 Criteri	12
3.2 Strumenti per la diagnosi educativa	14
3.3 Livelli di gravità o gradi di severità	16
3.4 Iter diagnostico	17
4. <i>Classificazioni</i>	18
5. <i>Patogenesi e fattori di rischio</i>	18
6. <i>Epidemiologia</i>	20
7. <i>Comorbilità</i>	20
8. <i>Diagnosi differenziale</i>	21
SECONDA PARTE	23
1. <i>Obiettivo dello studio di caso</i>	23
2. <i>Presentazione dei materiali per la raccolta dei dati per lo studio di caso</i>	23
3. <i>Progetto educativo di Silvia</i>	27
3.1 Fase di analisi	27
3.2 Fase di definizione degli obiettivi educativi	34
3.3 Fase di scelta dei metodi e delle strategie educative	37
3.4 Fase di pianificazione pratica	44
3.5 Fase di pianificazione della valutazione	45
4. <i>Risultati</i>	46

PARTE TERZA	49
1. <i>Discussione dei risultati</i>	<i>49</i>
2. <i>Implicazioni per la figura dell'Educatore professionale.....</i>	<i>52</i>
PARTE QUARTA.....	55
1. <i>Conclusioni.....</i>	<i>55</i>
BIBLIOGRAFIA.....	57
SITOGRAFIA	59
INDICE DELLE FIGURE	60

Introduzione

Argomento del presente lavoro è il disturbo dello sviluppo intellettuale comunemente noto come “ritardo mentale” o, come più propriamente viene oggi appellato, disabilità intellettiva.

La scelta di approfondire questa tematica affonda le sue radici in un ricordo giovanile e in una condizione familiare.

Ero una giovanissima scolarotta quando udii per la prima volta lo spregevole, offensivo appellativo “ritardato mentale” rivolto a una compagna in difficoltà da parte del solito arrogante allievo della prepotenza.

In verità, l’irrispettoso e spiacevole termine era una delle tante parole che alcuni miei coetanei utilizzavano per ferire, ma questo insulto mi era parso subito particolarmente sgradevole.

Scoprivo, allora, che oltre alle parole per cercare, conoscere e amare c’erano le parole per far male: sentivo che, prima o poi, avrei dovuto lavorare con impegno per essere di aiuto ai più deboli e la mia scelta formativa ne è la plastica dimostrazione.

Tanto più che, come accennato, nella mia cerchia familiare è ben noto cosa significhi accudire amorevolmente una persona con disabilità...

La finalità di questo mio studio è fornire il diario di un’esperienza per misurare la mia capacità di apprendimento e la possibilità di contribuire alla conoscenza.

Naturalmente, è risultato d’obbligo far proprie tutte le nozioni necessarie per avventurarsi in un campo di tale vastità e delicatezza come quello dei disturbi del neurosviluppo, in particolare del disturbo dello sviluppo intellettuale.

A questo scopo ho consultato numerosi studi presenti nella letteratura scientifica disponibile, considerando che il testo fondamentale e la fonte più generosa resta sempre il DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali.

Dopo aver assimilato le informazioni di base, ho verificato quali fossero, allo stato attuale, gli interventi riabilitativi per massimizzare quelle abilità che, a causa del deficit, non hanno potuto svilupparsi naturalmente nel soggetto interessato.

Infine, ed è la parte decisamente più stimolante, ho avuto il privilegio di affiancare un educatore professionale che ha in carico un soggetto con disabilità e, per la mia ricerca ne ho condiviso la quotidianità avendo sempre presente che non avevo a che fare con un “caso” o, peggio, “un utente”, ma una persona giacché non solo nella Costituzione

è sancita la pari dignità a prescindere dalle condizioni, ma anche nella mia più profonda convinzione.

Naturalmente, nel doveroso rispetto della privacy, come imposto da etica e diritto, ho volutamente alterato dati anagrafici, oltre che indicazione di luoghi e strutture, per rendere impossibile l'identificazione dei protagonisti trasformando la concretezza in astrazione senza togliere rigore scientifico alla trattazione.

Condivido questa esperienza per offrire il mio contributo alla ricerca, nella speranza che, se non fossi stata ad essa utile, ugualmente non possa dirsi per la persona con disabilità che mi ha ripagato con l'accrescimento professionale e spirituale.

PRIMA PARTE

1. *Disabilità intellettiva/ritardo mentale*

1.1 Definizione di “disabilità” e “disabilità intellettiva”

L'enorme confusione presente nella terminologia relativa all'handicap ha fatto sì che, negli ultimi vent'anni, l'OMS¹ abbia diffuso vari manuali con lo scopo di fornire un quadro ampio e dettagliato delle diverse tipologie di handicap e di offrire definizioni uniformi in quanto a diagnosi e patologie.

La prima classificazione è l'ICD² del 1970 che anche nelle versioni più recenti, analizza, classifica e focalizza l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia.

La penultima versione di ICD è la decima revisione denominata ICD-10³ in vigore dal 1993. È una classificazione che si aggiorna periodicamente, oggetto di revisioni sono sia i codici che le regole (Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1996).

L'ultima versione dell'ICD è l'ICD-11⁴ entrata in vigore il 1° gennaio 2022. Vengono prese in considerazione anche la salute sessuale, la ludopatia, la dipendenza da videogame e giochi digitali e la medicina tradizionale.

La seconda classificazione è l'ICDH⁵ del 1980. Questa seconda classificazione rappresenta un passo avanti rispetto alla precedente perché comincia a considerare la disabilità in rapporto all'ambiente ed è importante per due aspetti:

1. Fornisce informazioni sul funzionamento dal punto di vista corporeo, personale e sociale, oltre alla diagnosi;
2. Costituisce un'evoluzione nell'approccio, non più centrato sulla malattia, ma sul concetto di Salute.

La terza classificazione è l'ICIDH-2⁶, presentata dall'OMS nel 1997, che connota positivamente i termini di menomazione, disabilità e handicap e mette in evidenza la forte influenza esercitata dai fattori ambientali e da quelli personali sulla patologia (Facchinelli & Lo Iacono, 2000).

¹ OMS: acronimo di World Health Organization, WHO / Organizzazione Mondiale della Sanità

² ICD: International Classification of Diseases / Classificazione Internazionale delle Malattie

³ ICD-10: International Classification of Diseases / Classificazione Statistica delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati

⁴ ICD-11: International Classification of Diseases

⁵ ICDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps / Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap

⁶ ICIDH-2: Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Attività personali e della Partecipazione sociale

La quarta classificazione è l'ICF⁷ del 2001. Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge chiaramente nel titolo della stessa.

Mentre le prime due classificazioni (ICD e ICIDH) si basavano su ciò che non c'era, connotando le mancanze solo in senso negativo, con questa terza classificazione si assiste a un importante salto concettuale: l'ICF descrive, infatti, lo stato di salute delle persone e coglie le loro difficoltà, evidenziando ciò che di positivo c'è in loro, per potenziare al massimo le capacità residue. L'applicazione universale dell'ICF emerge nella misura in cui la disabilità non viene considerata un problema di gruppo minoritario all'interno di una comunità ma, un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare.

L'ICF ha cancellato definitivamente il termine di Handicap, eliminato i termini Menomazione e Disabilità dalla valenza negativa e ha inserito una terminologia più neutrale, cosicché il riferimento è all'attività e non più alla disabilità, alla partecipazione e non più all'Handicap.

Pertanto, l'ICF riguarda tutte le persone in qualsiasi situazione, non necessariamente persone con disabilità (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007).

Negli anni, il DSM⁸, definito come “Bibbia della Psichiatria”, è una classificazione diagnostica e statistica, curata dall'APA⁹ che riguarda soprattutto i disturbi mentali dell'adulto, ma ha anche una sezione dedicata a quelli che insorgono nell'infanzia e nell'adolescenza.

Viene utilizzato maggiormente da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo sia nella ricerca che nella clinica.

La prima edizione del DSM risale al 1952 che fu una replica alla classificazione ICD stilata dall'OMS nel 1948.

Anche per il DSM iniziarono a subentrare delle nuove edizioni, che sono: nel 1968 il DSM-II, nel 1980 il DSM-III, nel 1987 il DSM-III-R (edizione rivisitata), nel 1994 il DSM-IV e nel 2000 il DSM-IV-TR (testo revisionato). Le prime due edizioni non sono mai state pubblicate in Italia, infatti, la prima edizione italiana risale al 1983 con il

⁷ ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health / Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute

⁸ DSM: di Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders / Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali

⁹ APA: American Psychological Association / Associazione Psichiatrica Americana

DSM-III. L'ultima edizione del DSM è stata identificata con la sigla DSM-5, pubblicata negli Stati Uniti nel 2013 e in Italia nel 2014.

Ci sono diverse differenze rispetto all'edizione precedente, ma la più considerevole riguarda il fatto che, nel titolo, è stata sostituita la numerazione romana con quella araba.

Questo perché si è voluto considerare il testo come un documento vivente, soggetto a continue e frequenti revisioni che, nelle intenzioni degli autori, avrebbero dovuto essere identificate come aggiornamenti del testo base indicando, dopo il numero 5, la versione di revisione nel seguente modo: 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, ecc.

Innanzitutto, la disabilità è una situazione sociale, biologica ed esistenziale da sempre esistita e in continua evoluzione. Secondo l'OMS, la disabilità "È un termine generale che comprende handicap, limitazione nelle attività e restrizione nella partecipazione. Un handicap è un problema relativo ad una funzione o ad una struttura del corpo; limitazione nelle attività è una difficoltà che il soggetto incontra nell'eseguire un compito o un'azione; restrizione nella partecipazione è un problema che il soggetto incontra nell'essere coinvolto pienamente nelle situazioni della vita.

La disabilità quindi è un fenomeno complesso, che riflette l'interazione fra il corpo della persona e la società in cui la persona vive."

Da questa definizione si può comprendere come essa risulti un termine complesso a tal punto da creare, in Italia, confusione sia dal punto di vista del linguaggio comune sia nei testi normativi.

Analizzando nel dettaglio tale definizione emergono due punti di vista completamente differenti: il primo riguarda le limitazioni fisiche e mentali di un individuo invece, il secondo riguarda i fattori ambientali e culturali e la partecipazione sociale delle persone con disabilità.

La disabilità è anche un termine in continua evoluzione perché, nel corso degli ultimi anni si è assistito a numerosi miglioramenti culturali; uno di questi è dato dalla nuova distinzione dell'ICF la quale suggerisce una nuova definizione per il concetto di disabilità, ovvero: "La conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo."

Grazie a questa definizione, la disabilità viene vista più in generale in quanto vengono presi in considerazione i contesti socioculturali e ambientali che la persona con disabilità vive.

In questo modo, è possibile valutare le relazioni reciproche che vi sono con le condizioni di salute e l'impatto sull'inclusione sociale delle persone con disabilità.

Di conseguenza, viene abbandonato il vecchio schema in cui la disabilità veniva rappresentata come un procedimento lineare che partiva dalla malattia, transitava per la menomazione che essa causava e terminava con la condizione di disabilità e di handicap.

Negli ultimi vent'anni, grazie a questa crescente comprensione del processo di disabilità si è delineato l'attuale costrutto di "disabilità" che origina in una condizione di salute che provoca al soggetto limitazioni alle attività, deficit nelle funzioni e nelle strutture corporee.

Tutto ciò determina uno svantaggio sia personale che sociale per il soggetto.

Non esiste un'unica definizione di "disabilità intellettiva", secondo l'ICD-10 viene definita come una "Condizione di sviluppo intellettivo interrotto o incompleto, caratterizzato principalmente da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo dello sviluppo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, per esempio quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo può o meno associarsi ad altri disturbi mentali o fisici." (Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1996).

Mentre, secondo il DSM-5 è definita come "La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo sia adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici." (American Psychiatric Association (APA), 2014).

In altre parole, nel DSM-5, la Disabilità Intellettiva viene definita come un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da una carenza tanto nelle capacità mentali quanto nella capacità di adattarsi della persona all'ambiente nelle varie situazioni.

I disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di condizioni che si manifestano nel periodo dello sviluppo, soprattutto, nelle fasi iniziali e compromettono il funzionamento personale, scolastico e sociale.

Nel costrutto generale di “disabilità” vi è contenuto il costrutto di “disabilità intellettiva”.

Quest’ultimo ha permesso di porre attenzione alla relazione persona-ambiente e constatare che l’impiego di dispositivi di supporto personalizzati può migliorare le prestazioni del soggetto sia per quanto riguarda il corpo, la persona in sé e la sua capacità di agire all’interno del contesto in cui vive.

1.2 Transizione terminologica: dal ritardo mentale alla disabilità intellettiva

Con la pubblicazione del DSM-5, il termine “Ritardo Mentale” (RM), generato dallo sviluppo del termine “Insufficienza Mentale”, è stato sostituito con il termine di “Disabilità intellettiva”.

Inoltre, anche una Legge federale degli Stati Uniti d’America ha mutato il termine di “Ritardo Mentale” in quello di “Disabilità Intellettiva” (Pubblica Law, 111-256, Rosa’s Law), per cui il termine corretto di uso corrente comunemente adottato da medici, educatori e altri professionisti, dalla comunità e dai gruppi di sostegno è “Disabilità Intellettiva”.

Questa transizione è dovuta al fatto che, l’espressione “Disabilità intellettiva” è preferibile in quanto è più generica e permette di fare riferimento a situazioni differenti e meno stigmatizzanti e negative inoltre, non pone l’accento su ciò che manca all’individuo quanto sullo stato di funzionamento alterato.

Nel DSM-IV-TR, revisionato nel 2000, il Ritardo mentale viene definito come “La via finale comune di diversi processi patologici, che agiscono sul sistema nervoso centrale, ed è caratterizzato da un funzionamento intellettivo significativamente sotto la media, da concomitanti deficit o compromissioni del funzionamento adattivo, entrambi insorti prima dei 18 anni”.

Le diversità sostanziali che vi sono tra “ritardo mentale” e “disabilità intellettiva” nel passaggio da DSM-IV a DSM-5:

I tre criteri diagnostici fondamentali del Ritardo Mentale secondo il DSM-IV-TR sono:

A. Funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media: un QI¹⁰ di circa 70 o inferiore ottenuto con un test di QI somministrato individualmente (in

¹⁰ Q.I.: Quoziente Intellettivo

età infantile, un giudizio clinico di funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media).

- B. Concomitanti deficit o compromissioni nel funzionamento adattivo attuale (cioè, la capacità del soggetto di adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente culturale) in almeno due delle seguenti aree: comunicazione, cura della propria persona, vita in famiglia, capacità sociali/interpersonali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, capacità di funzionamento scolastico, lavoro, tempo libero, salute e sicurezza.
- C. Esordio precoce (prima dei 18 anni) (American Psychiatric Association (APA), 2001).

Mentre, secondo il DSM-5, i criteri che devono essere soddisfatti per poter formulare la diagnosi di disabilità intellettiva sono descritti nel paragrafo 3.1.

In altre parole, le differenze che si rilevano tra il DSM-IV e il DSM-5 sono le seguenti:

- Netta distinzione, non solo nella terminologia, ma anche a livello teorico e concettuale;
- Il passaggio da una definizione multidimensionale ad un Modello Bio-Psicosociale (ICF);
- Conseguenze nella definizione delle caratteristiche delle persone con disabilità e anche sulle procedure diagnostiche e di valutazione;
- La diagnosi di disabilità intellettiva è basata sia sulla valutazione clinica sia sulla somministrazione delle funzioni intellettive e adattative;
- Nel DSM-5, i livelli di gravità vengono definiti sulla base funzionamento adattativo e non sui punteggi del Quoziente Intellettivo perché è il funzionamento adattativo che determina il livello di supporto necessario per mantenere una condizione di vita accettabile.

1.3 I diritti delle persone con disabilità

Fino alla Prima Guerra Mondiale, lo Stato Italiano non si occupava dell'educazione delle persone con disabilità. In luogo dello Stato assente questa importante attività era svolta dai grandi comuni e dalle principali istituzioni laiche e religiose.

Con la riforma Gentile, nel 1923, venne stabilito l'obbligo scolastico per persone con disabilità sensoriale, ovvero compromissioni legate alla capacità di vedere e di sentire. Successivamente, presso le scuole pubbliche, vennero creati istituti speciali e classi differenziali in numero sempre crescente tanto da passare dalle 1133 del 1963 alle 6200 del 1970.

La svolta si ebbe negli anni Settanta quando si iniziò a parlare di "inserimento", attraverso l'eliminazione delle classi differenziali secondo il principio che l'istruzione delle persone con disabilità deve realizzarsi nella scuola comune.

Con il passare degli anni, grazie alla Legge n. 517 del 1977, si iniziò a prendere in considerazione anche il concetto di "integrazione", oltre che quello di inserimento, con l'istituzione della figura dell'insegnante di sostegno, docente specializzato con il compito di realizzare un'effettiva inclusione degli alunni con disabilità.

Solo da questo momento, i bisogni educativi degli alunni con difficoltà trovano risposte con interventi calibrati in base alle personali condizioni di ciascuno.

Negli anni '90 del XX secolo, venne emanata la Legge quadro n. 104/1992, tutela dei soggetti diversamente abili con lo scopo dichiarato di rimuovere le cause invalidanti e promuovere la socializzazione e l'integrazione.

La Legge in questione pone al centro la persona con disabilità ed è finalizzata al recupero funzionale e sociale delle persone con minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali. Si afferma inoltre, in modo perentorio, che va eliminata ogni forma di esclusione e di emarginazione.

Nello stesso periodo, dal concetto di "integrazione" si è passati a quello di "inclusione", il che significa non solo la presa in carico di persone con disabilità, ma anche delle situazioni personali e socio-culturale disagiate che possono presentarsi in ogni gruppo classe. Da qui si è iniziato a parlare per la prima volta dei "BES¹¹" che richiedono una progettazione didattica che risponda pienamente alle loro esigenze formative.

Arriviamo ai giorni nostri, quando nel dicembre del 2006, l'Assemblea delle Nazioni Unite approva la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.

¹¹ BES: Bisogni Educativi Sociali

Tale Convenzione si compone di 50 articoli dai quali è possibile cogliere l'importanza, per tutti gli Stati, di garantire il rispetto dei diritti di uguaglianza e di inclusione sociale per tutti i soggetti con disabilità.

L'articolo 1 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità recita, al primo comma, quanto segue "1. Scopo della presente Convenzione è promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità."

Il secondo comma afferma: "2. Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri (Riso, 2009).

In altre parole, le persone con disabilità, in questo caso di tipo intellettivo, hanno in egual misura gli stessi diritti previsti per l'intera umanità, come: cure mediche e fisiche, educazione, istruzione, riabilitazione, ecc., in modo da consentire lo sviluppo delle loro abilità.

Nonostante ciò, purtroppo ci sono dei problemi relativi al processo di inclusione e alla garanzia della creazione di un progetto educativo pensato appositamente per persone con disabilità.

Questi problemi sono dovuti ad una serie di fattori:

- Vengono stanziati insufficienti fondi economici;
- I docenti non sono aggiornati;
- Il ruolo dell'insegnante di sostegno;
- Non viene pensata a una didattica individualizzata;
- Il contesto non ha apportato miglioramenti.

2. Come si manifesta

2.1 Sintomi

I sintomi più frequenti e, allo stesso tempo, non del tutto costanti della disabilità intellettiva sono nove, quali:

1. Difetto di assimilazione delle esperienze ovvero, un difetto delle capacità di analisi, di comparazione e di integrazione cerebrali rende incompleto il processo percettivo;
2. Difetto nell'organizzazione motoria quindi, l'incapacità di programmare nel tempo e nello spazio i movimenti;
Le persone spesso si ritrovano a essere impacciate o instabili a causa di movimenti parassiti della motricità;
3. Difetto del linguaggio ossia, difficoltà di articolazione, di pronuncia e di ritmo del linguaggio;
4. Impossibilità di accedere al pensiero astratto, di stabilire relazioni complesse tra gli oggetti e anche in età adulta permane una modalità di ragionamento molto legata al concreto, basata sul proprio vissuto e sulle esperienze dirette. la previsione delle azioni altrui è preclusa;
5. Disomogeneità cognitiva ovvero, le aree di funzionamento, generalmente, non sono del tutto omogenee, in quanto, ci sono aree più o meno sviluppate rispetto ad altre. Compromissione dei meccanismi cognitivi volontari a differenza invece dei processi automatici che sono maggiormente risparmiati;
6. Disturbi della condotta cioè, difficoltà ad interagire con l'ambiente con ricadute negative sulla famiglia, la quale si può sentire in colpa e mettere in atto comportamenti di iperprotezione;
7. Difetto di autocoscienza: deficit nell'uso delle proprie esperienze e incapacità di autoregolarsi;
8. Apprendimento più lento e difficile ovvero, generalmente, il rallentamento dell'apprendimento avviene in modo graduale fino ad arrivare ad un ristagno nella fase dell'adolescenza e ciò comporta un caos cognitivo;
9. Ritardi affettivi e disarmonie della personalità: insufficiente elaborazione degli stimoli con presenza di ansia o sintomi depressivi, egocentrismo, un eccessivo Super Io (Marcheschi & Pfanner, 2019).

2.2 Indicatori di rischio

Gli indicatori precoci di rischio della disabilità intellettiva sono i seguenti:

- Un componente della famiglia presenta disabilità intellettiva;

- Sofferenza perinatale/prematurità;
- Ritardo nelle acquisizioni motorie e linguistiche;
- Immaturità nel gioco simbolico;
- Notevoli difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico;
- Dipendenza dalle figure genitoriali.

3. *Diagnosi di disabilità intellettiva*

3.1 Criteri

Nel DSM-5 la disabilità intellettiva fa parte della macro categoria dei disturbi del neurosviluppo, un gruppo di condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo con compromissione del funzionamento intellettivo e adattivo. Tende a manifestarsi intorno ai 6-7 anni quando il bambino frequenta la classe prima della Scuola Primaria, e gli vengono richieste competenze di ragionamento logico e astratto (es. tabelline incomprensibili, parole da associare che diventano un muro insormontabile).

Secondo il DSM-5, i criteri da soddisfare per la diagnosi di disabilità intellettiva sono tre:

- A. Deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati, standardizzati.
- B. Deficit del funzionamento adattivo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.
- C. Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo (American Psychiatric Association (APA), 2014).

Le caratteristiche della Disabilità Intellettiva anche detta “disturbo dello sviluppo intellettivo” sono fondamentalmente 2:

1. Un deficit nel funzionamento intellettivo: si definisce sia in base a una valutazione clinica sia ai risultati dei test di intelligenza, quindi riconducibile anch'esso al Q.I.

Un deficit nel funzionamento intellettuale riguarda le capacità cognitive per es., apprendimento, ragionamento, pianificazione per il futuro, pensiero astratto, capacità di giudizio, di risolvere problemi, di prendere decisioni.

2. Un deficit nel funzionamento adattivo del soggetto: è il modo in cui un soggetto si avvicina alle attività della propria vita quotidiana, della cura della persona previste per la sua età.

Le funzioni adattive sono le funzioni base di sopravvivenza e adattamento all'ambiente come, la pulizia di sé stessi, l'essere in grado di vestirsi da soli, di mangiare da soli, di svolgere compiti considerati fattibili per l'età cronologica del soggetto.

Infatti, il funzionamento adattivo viene valutato in base all'età della persona, perciò, porta al mancato raggiungimento dei risultati sul piano socioculturale, di autonomia e di responsabilità sociale.

Questo deficit non sempre è proporzionale al QI e ne segue l'andamento più o meno grave della malattia.

Pertanto, per la diagnosi di disabilità intellettuale non si valutano solo le funzioni intellettive che tendono generalmente a rimanere stabili nel tempo ossia, difficilmente modificabili o migliorabili ma, si valuta anche il funzionamento adattivo dell'individuo che consiste nell'essere più o meno autonomo rispetto alle persone che si prendono cura di lui. Sono proprio le funzioni adattive che possono essere modificate con maggiore facilità grazie all'ambiente nel quale il soggetto vive e, ovviamente, anche alla sua motivazione.

Il funzionamento adattivo coinvolge il ragionamento adattivo.

Le abilità adattive sono di tre tipi:

1. Concettuali: riguardano il linguaggio (recettivo ed espressivo), la lettura e scrittura, la memoria, il concetto di denaro (matematica), l'autonomia decisionale (problem solving) e l'acquisizione di conoscenze pratiche;
2. Sociali: le abilità interpersonali, l'autostima, la consapevolezza del proprio livello di esperienza, la consapevolezza dei pensieri, sentimenti ed esperienze altrui, l'empatia, la comunicazione interpersonale, la capacità di seguire le regole e rispetto delle leggi, il giudizio sociale;

3. Pratiche: riguardano tutte le attività di vita quotidiana che possono essere, l'alimentazione, gli spostamenti/mobilità, l'igiene personale, la capacità di vestirsi, l'attività strumentali di vita quotidiana, la preparazione dei pasti, i lavori domestici, il trasporto, l'assunzione di farmaci, l'uso del telefono, l'abilità lavorative e il mantenimento della sicurezza ambientale.

3.2 Strumenti per la diagnosi educativa

La diagnosi di disabilità intellettiva si effettua utilizzando delle scale di sviluppo e dei test strutturati che misurano l'intelligenza come funzione globale ma anche le singole abilità cognitive in modo tale da avere, per ogni singolo individuo, anche dei punti di forza e di debolezza e questo può essere molto utile per il trattamento individualizzato. L'intelligenza è quel processo mentale che permette di acquisire nuove idee e capacità di risolvere un problema di adattamento, capacità che consentano di elaborare dei concetti e i dati dell'esperienza per risolvere in modo efficace diversi tipi di problema. A seconda dell'età del soggetto e delle sue competenze si usano scale di valutazione diverse.

Le principali sono:

- La WPPSI-IV¹², per i bambini in età prescolare fra i 4 e i 6 anni e mezzo. Questa Scala di Intelligenza Wechsler è a somministrazione individuale, valuta lo sviluppo cognitivo e misura il QI in età prescolare individuando particolari doti intellettuali (plusdotazione), ritardi nello sviluppo cognitivo e disabilità intellettiva (Wechsler, 2019);
- La WISC-IV¹³, è il test di intelligenza per i bambini in età scolare per eccellenza. Valuta le potenzialità intellettive dei bambini di età compresa tra i 6 e i 16 anni e 11 mesi, con particolare attenzione a: intelligenza fluida, memoria di lavoro e velocità di elaborazione. Il test consente di ottenere una valutazione complessiva del funzionamento cognitivo generale, con il calcolo del QIT¹⁴ e delle doti intellettuali del bambino (Wechsler, 2003);

¹² WPPSI-IV: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition / Wechsler Scala di Intelligenza Prescolare e Primaria – Quarta Edizione

¹³ WISC-IV: Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition / Wechsler Scala di Intelligenza per Bambini – Quarta Edizione

¹⁴ QIT: Quoziente Intellettivo Totale

- La WAIS-IV¹⁵, è un test ad ampio spettro che consente di ottenere una valutazione complessiva delle capacità cognitive di adolescenti e adulti, di età compresa tra i 16 e i 90 anni. Fornisce un punteggio totale di QI, rappresentativo dell'abilità intellettuale generale, e quattro punteggi compositi, che misurano specifici domini cognitivi, con un focus particolare sull'intelligenza fluida, la memoria di lavoro e la velocità di elaborazione (Wechsler, 2009);
- Leiter-R¹⁶ è una scala non verbale utilizzata per misurare il QI e le abilità cognitive. È particolarmente adatta per bambini e adolescenti, da 2 a 20 anni, con ritardo cognitivo e con disturbi verbali. A differenza dei test tradizionali del QI, la Leiter-R pone l'accento sull'intelligenza fluida ed è quindi meno soggetta a influenze linguistiche, culturali, sociali o educative (H. Roid & J. Miller);
- Bayley-III¹⁷ sono una scala di somministrazione individuale per bambini da 16 giorni a 3 anni e mezzo di età che consente di identificare soggetti con ritardo dello sviluppo e che fornisce indicazioni per pianificare l'intervento. La scala, utilizzando materiale strutturato e semistrutturato, indaga cinque aree: cognitiva, del linguaggio, motoria, socioemozionale e del comportamento adattativo (Bayley);

Le Scale WISC, WAIS, WIPPSI sono le più recenti "Scale Wechsler" per la valutazione dell'intelligenza.

L'autore, Wechsler abbandona il concetto di età mentale e riprende quello di QI.

Per avere una visione complessiva dell'intelligenza, queste scale presentano numerosi test che richiamano specifiche abilità cognitive di natura verbale, visiva, spaziale e manipolativa.

Mentre, le funzioni adattive vengono valutate attraverso l'osservazione del soggetto oppure attraverso strumenti come le "Scale Vineland" con un'intervista semistrutturata per soggetti dai 0 anni fino all'età adulta e viene fatta ai genitori o al caregiver per il funzionamento adattivo in base all'età cronologica della persona.

¹⁵ WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition / Wechsler Scala di Intelligenza per Adulti – Quarta Edizione

¹⁶ LEITER-R: Leiter International Performance Scale – Revised.

¹⁷ BAYLEY-III: Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition / Scala Bayley di sviluppo per infante e bambino – Terza Edizione

3.3 Livelli di gravità o gradi di severità

Per classificare il Ritardo Mentale, nel 1952 viene redatto dall'APA, la prima versione del DSM. La classificazione della gravità del disturbo veniva solo ed esclusivamente attraverso i risultati dei test di intelligenza, quindi in base al punteggio del QI.

Il Q.I. è dato dalla divisione fra l'EM¹⁸ che è quella che si attribuisce al soggetto una volta che ha risolto un problema che è già stato risolto da altri soggetti della sua stessa età con esito positivo e l'EC¹⁹ che è l'età effettiva del soggetto. Il risultato è moltiplicato per cento.

Nel DSM-5, quindi nell'ultima versione del DSM, non è più prevista la differenziazione attraverso i risultati del QI ma è il funzionamento adattivo che determina la gravità del disturbo.

A seconda dell'intervallo QI rilevato, si classificano quattro diversi gradi di severità:

1. Livello di gravità lieve: il QI sta in una fascia tra 50/55 e 70 punti. I soggetti che rientrano in questa categoria solitamente non hanno particolari difficoltà nel condurre una vita "normale e autonoma";
2. Livello di gravità moderato: il QI va dai 35/40 a 50/55 punti. Questi soggetti solitamente manifestano difficoltà nella rapidità e coordinazione dei movimenti; possono comunque raggiungere livelli di autonomia modesti;
3. Livello di gravità grave: il QI deve stare da un minimo di 20/25 fino ad un massimo di 35/40 punti. In questi casi, che solitamente riguarda il 3-4% degli individui, si hanno dei danni a livello del SNC²⁰. Queste persone necessitano di assistenza e di controllo continui;
4. Livello di gravità estremo: il QI sta in un range al di sotto dei 20/25 punti. QI inferiore a 25. Questi casi, che riguardano circa l'1-2% della popolazione con Ritardo Mentale, si registrano in soggetti che presentano gravissime lesioni al SNC. Tali individui necessitano di assistenza continua in tutti gli ambiti della vita.

¹⁸ EM: Età Mentale

¹⁹ EC: Età cronologica

²⁰ SNC: Sistema Nervoso Centrale

Rappresentazione tabellare dei livelli di gravità (American Psychiatric Association (APA), 2014).

Classificazione	%	Età 0-6 anni	Età 6-18 anni	Età adulta	Ambito concettuale	Ambito sociale	Ambito pratico
D.I. ²¹ Lieve	85%	Ritardo senso motorio e del linguaggio lievi.	Apprendimento scolastico discreto nella scuola primaria. Difficoltà di apprendimento nelle classi secondarie. Autonomia sufficiente.	Arresto alla fase dell'intelligenza operativa concreta (9-11 anni) Capacità di adattamento sociale e professionale discrete con appropriato addestramento. Bisogno di aiuto in situazioni difficili e traumatizzanti.	La maggior parte acquisisce il linguaggio. Capacità scolastiche di II elementare. Necessaria assistenza continua per portare a termine attività concettuali.	Possibilità di sviluppare amicizie solide e relazioni amorose in età adulta, tuttavia alcuni possono non interpretare in modo corretto gli stimoli sociali.	Svolgono un lavoro protetto, con supervisione, possono provvedere alla cura della persona, si spostano in luoghi familiari e vivono in ambienti protetti.
D.I. Moderata	10%	Sviluppo motorio sufficiente. Linguaggio e funzioni simboliche povere e in lenta maturazione.	Acquisizioni scolastiche iniziali. Persistenza di immaturità espressiva. Autonomia sufficiente	Arresto alla fase delle operazioni concrete semplici (7-9anni), apprendimento di un lavoro elementare. Discreta autonomia sociale. Necessità di aiuto in situazioni traumatizzanti.	La maggior parte acquisisce il linguaggio. Capacità scolastiche di II elementare. Necessaria assistenza continua per portare a termine attività concettuali.	Possibilità di sviluppare amicizie solide e relazioni amorose in età adulta, tuttavia alcuni possono non interpretare in modo corretto gli stimoli sociali.	Svolgono un lavoro protetto, con supervisione, possono provvedere alla cura della persona, si spostano in luoghi familiari e vivono in ambienti protetti.
D.I. Grave	3-4%	Sviluppo motorio elementare con schemi relazionali poveri. Linguaggio molto ridotto.	Acquisizione di abitudini elementari ma senza apprendimenti scolastici. Limitata comunicazione verbale; qualche interesse affettivo e relazionale. Autonomia scarsa.	Arresto alla fase dell'intelligenza rappresentativa preoperatoria (2-6anni). Autonomia parziale, necessità di ambiente protetto.	Il linguaggio è ad un livello minimo o assente. Scarsa comprensione del linguaggio scritto o del concetto del denaro.	Linguaggio limitato, utilizzato per scopo sociale più che per dare spiegazioni; eloquio facilitato da strumenti aumentativi.	Da adulti devono vivere in ambienti protetti e richiedono assistenza specializzata, specie se presentano altre patologie (PCI ²² , ecc.). Possibile autoaggressività.
D.I. Estrema	1-2%	Ritardo motorio grave. Nessuno sviluppo delle funzioni simboliche. Nessuno sviluppo del linguaggio.	Sviluppo sensomotorio limitato. Assenza del linguaggio relazionale. Nessuna autonomia.	Arresto alla fase dell'intelligenza sensomotoria (0-2 anni). Necessità di assistenza e sorveglianza totale.	Il linguaggio è assente, spesso si associa compromissione senso-motoria.	Comprensione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità.	Necessitano di una figura adulta di riferimento costantemente in ambiente protetto per la cura della persona.

3.4 Iter diagnostico

L'iter diagnostico viene eseguito secondo una precisa divisione in sei fasi che vengono illustrate di seguito:

1. Anamnesi familiare e albero genealogico con almeno tre generazioni: è molto importante comprendere se il disturbo intellettivo è familiare o episodico;
2. Anamnesi personale: individuazione delle cause prenatali, perinatali e postnatali;
3. Esame obiettivo: identificazione di anomalie e/o malformazioni;
4. Sintesi diagnostica: utilizzo di database per perfezionare i segni clinici correlati. Il tutto, viene completato attraverso una richiesta per effettuare esami di laboratorio e/o strumentali per un'approvazione;

²¹ D.I.: Disabilità Intellettiva

²² PCI: Paralisi Cerebrale Infantile

5. Diagnostica per immagini e di laboratorio: RMN²³, EEG²⁴, screening metabolico;
6. Follow-up diagnostico: sebbene non vi sia la possibilità di guarigione c'è però la possibilità di pianificare degli interventi, predisporre opportuni sostegni, mobilitare risorse per favorire un miglior funzionamento da parte della persona.

4. *Classificazioni*

Le persone con disabilità intellettiva registrano punteggi di due deviazioni standard (70) o più.

Ed è proprio il funzionamento adattivo a determinare la gravità del disturbo che può essere: lieve, moderata, grave o estrema, perché proprio come afferma il DSM-5 è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto e non i punteggi del QI.

Il livello meno grave sarà quello in cui l'individuo sarà autonomo, riuscirà a svolgere tutte le funzioni di una persona normale. La persona più grave sarà quella che, oltre ad avere la disabilità intellettiva non sarà in grado di essere autonoma avrà bisogno di un'assistenza costante nel corso della sua vita.

5. *Patogenesi e fattori di rischio*

Nel 30-40% dei casi non è possibile individuare la causa scatenante.

Le cause che portano alla disabilità intellettiva sono molteplici e vanno ricercate in diverse aree, quali:

- Area prenatale: si divide in:
 - Cromosomiche (5%): le sindromi genetiche come Sindrome di Down, Prader-Willi, X fragile, sclerosi tuberosa;
 - Non cromosomiche (30%): errori congeniti del metabolismo, malformazioni cerebrali, malattie materne e influenze ambientali (es. uso di alcol e droghe della madre durante la gravidanza) oppure l'esposizione ad agenti teratogeni, infezioni in gravidanza (rosolia).
- Area perinatale (10%): troviamo problematiche insorte durante il travaglio e il parto, anossia, asfissia, traumi ostetrici, prematurità.

²³ RMN: Risonanza Magnetica dell'Encefalo

²⁴ EEG: Elettroencefalogramma

- Area postatale (5%): troviamo un danno ipossico ischemico, lesioni cerebrali traumatiche, infezioni, patologie demielinizzanti, disturbi convulsivi, deprivazione sociale grave e cronica e sindromi e intossicazione tossico-metaboliche (es. mercurio), epilessia, vasculopatia.

A queste cause possono aggiungersi anche i fattori socio-ambientali poiché, un ambiente caratterizzato da carenze affettive e materiali, unito da alcune delle cause sopra citate, può essere l'origine di una disabilità intellettiva.

Quindi, si parla di area psicologica (15-20%): carenze di affetto, carenze gravi e precoci di cure materne e/o carenza prolungata di stimolazione, di accudimento, patologia psichiatrica dei genitori, abbandono, traumi e abusi, ambiente deprivante.

Oggi la possibilità di indentificare le cause del ritardo cognitivo è aumentata grazie alle tecniche di neuroimmagine che permettono di evidenziare minime alterazioni strutturali del cervello ma soprattutto, grazie alle nuove tecniche di genetica molecolare che ci fanno vedere nuove malattie genetiche associate al ritardo mentale.

I fattori di rischio che si possono manifestare vengono raggruppati in tre aspetti:

1. Vulnerabilità biologica: riguarda il genere (maschio-femmina). È stato riscontrato che gli adolescenti e i giovani adulti maschi presentano maggiori tassi di prevalenza di aggressività e distruzione di proprietà rispetto al genere femminile. Il genere maschile presenta maggiori tassi di disturbi del comportamento in setting istituzionali e lo manifestato in maniera grave.

Anche in base alla tipologia da sindrome in cui il soggetto ne è affetto si possono individuare determinati comportamenti:

- Lesch-Nyhan: tutti gli individui manifestano comportamenti autolesivi, in particolare morsi alle mani e alle labbra;
- Rett: notevole frequenza di autolesionismo e torsioni delle mani;
- Cornelia de Lange, Riley-Day: notevole prevalenza di autolesionismo;
- X-Fragile: notevole prevalenza di autolesionismo, ipercinesia, deficit di attenzione e stereotipie;
- Prader-Willi: notevole prevalenza di problemi legati al comportamento alimentare.

2. Vulnerabilità psicologica (dello stadio dello sviluppo mentale): riguarda l'età, in cui il comportamento problema inizia a manifestarsi nell'infanzia e si aggrava nella fascia di età tra i 15 e i 34 anni e poi discende.
3. Vulnerabilità relazionale-sociale: in ai differenti setting, la percentuale fi comportamenti problematici cambia: setting istituzionali 48.8%, grandi comunità appartamento 24,4%, piccole comunità appartamento 8,8%, vivere con la propria famiglia 8% e infine vivere da soli il 3%.

6. Epidemiologia

La prevalenza di questo disturbo è dell'1% sulla popolazione generale e circa 6 individui su 1000 soffrono di disabilità grave con un QI minore di 70 mentre, la prevalenza è di circa il 10% nei soggetti che hanno un QI inferiore a 75.

L'incidenza può variare con l'età, infatti è più frequente nei bambini in età scolare, mentre, nell'anziano è minore (Viola, 2019).

Ha una prevalenza maggiore nel sesso maschile, rapporto maschi-femmine 1,5:1.

7. Comorbilità

Nel 40-70% c'è un disturbo psichiatrico associato.

Tanto più grave è la disabilità intellettiva, tanto maggiore sarà l'espressione comportamentale del disturbo psichiatrico e tanto più difficile la comprensione da parte del soggetto

La disabilità intellettiva è un disturbo che si manifesta spesso in comorbilità con altri disturbi fisici e mentali, per esempio:

- Disturbi Depressivi;
- Altri disturbi del neurosviluppo (es. Disturbo dello spettro autistico e il disturbo da deficit di attenzione / iperattività -ADHD);
- Disturbi Bipolari;
- Disturbo d'Ansia;
- Disturbo da movimento stereotipato o da tic;
- Disturbi del controllo degli impulsi;
- Disturbo neurocognitivo maggiore;
- Schizofrenia o altri disturbi psicotici;

- Disturbo dell'Umore;
- Disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

8. Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale si può porre con:

- Inibizione intellettiva/disturbo dell'umore;
- Disarmonia cognitiva;
- Deterioramento mentale;
- Deficit di organi di senso;
- Disturbi di apprendimento;
- Problemi sociali e culturali.

SECONDA PARTE

1. Obiettivo dello studio di caso

Lo studio di caso in esame è stato realizzato durante un tirocinio elettivo, un percorso formativo sul campo finalizzato alla stesura di una tesi di laurea.

Il tirocinio elettivo è iniziato il giorno 29 novembre 2021 ed è terminato il 28 febbraio 2022, con un monte ore totali di 78, presso il Servizio di NPI²⁵ del territorio.

Durante tutto il percorso di tirocinio, sono sempre stata affiancata da un'educatrice professionale del medesimo Servizio che si occupa di adolescenti con problematiche educative e relazionali.

Lo studio di caso è stato realizzato sul caso di Silvia, una ragazza adolescente con disabilità intellettiva associata a un disturbo del linguaggio espressivo che presentava numerose problematiche sia di tipo educativo che sociale.

È stata pianificata la redazione di un progetto educativo con l'intento principale di individuare gli ambiti di maggiore difficoltà per Silvia.

Detto progetto si pone l'obiettivo di rappresentare una situazione che possa essere adottata come modello per casi analoghi descrivendone, nei particolari, le modalità di approccio al problema per la migliore efficacia possibile in termini educativi.

Nel rispetto delle normative per la tutela della privacy è stato predisposto il documento previsto per il corretto trattamento dei dati personali così da garantire a tutti i soggetti coinvolti il diritto alla riservatezza delle informazioni personali e della propria vita privata (figura 1).

2. Presentazione dei materiali per la raccolta dei dati per lo studio di caso

Per effettuare un'accurata analisi della situazione, in accordo con la tutor di riferimento, è stato necessario strutturare il periodo di tirocinio in due momenti: il primo periodo di pura osservazione, il secondo, inizialmente, di interazione durante i colloqui, alla presenza della tutor. È seguita, poi, la progettazione di alcuni interventi per Silvia in parziale autonomia con, tuttavia, la necessaria supervisione dell'educatrice.

Prima di precisare le modalità di osservazione, è utile fornire una definizione di questo termine: “osservare” si intende: **1.** esaminare con cura, guardare con

²⁵ NPI: Neuropsichiatria Infantile

attenzione: *osservare un quadro, una persona; osservare una sostanza al microscopio; osservare ogni mossa del nemico; sentirsi osservato*. **2.** notare o far notare [+ che]: *osservare qualcosa di strano in una persona, in una situazione; far osservare a qualcuno un errore; non avere nulla da osservare; osservare **che** non esistono prove*. **3.** rispettare, non trasgredire: *osservare la parola data; osservare una prescrizione, l'orario* (Dizionario Garzanti, 1987).

In altre parole, “osservare” significa guardare o esaminare con attenzione un determinato fenomeno, un soggetto, una determinata situazione; considerare con cura; notare o far notare; rilevare, obiettare; rispettare e non trasgredire.

Le cinque domande, note come quesiti educativi, utili per effettuare un’osservazione precisa, accurata e completa per lo studio di caso, sono le seguenti:

1. Chi? Questa domanda si riferisce a chi è il soggetto osservante;
2. Che cosa? Questa domanda fa riferimento al che cosa osservare, a chi abbiamo di fronte;
3. Perché? Il perché si osserva, qual è l’obiettivo, cioè bisogna avere un’ipotesi di ricerca;
4. Quando? Il tempo;
5. Dove? Il luogo in cui avviene l’osservazione (Nuzzo, Molteni, & Maida, 2019, p. 19).

L’osservazione si è svolta all’interno di una stanza neutra di medie dimensioni, situata all’interno del Servizio di NPI.

I soli soggetti deputati all’osservazione sono stati: l’educatrice professionale del Servizio di NPI, tutor di riferimento, e la sottoscritta, in qualità di tirocinante all’interno del Servizio di NPI.

La finalità è stata quella di raccogliere più dati possibili riguardanti la storia e la situazione della ragazza, sia attraverso l’osservazione partecipativa (osservazione partecipante), che visionando la cartella clinica e utilizzando il diario di bordo.

Inoltre, si sono condivise informazioni di primaria importanza con l’educatrice di riferimento e si è consultato il PEI²⁶ redatto dalla scuola per poi, sulla base di questi dati, stilare un progetto educativo in accordo con il Servizio.

²⁶ PEI: Piano Educativo Individualizzato

Nelle tipologie di strumenti di osservazione utilizzabili rientrano: l'osservazione sistemica, per quanto riguarda griglie di osservazione, scale di valutazione, supporti tecnici di raccolta dati, check-list e tecniche narrative quali, annotazioni aneddotiche, giornale o diario di bordo, verbale, carta e matita.

Ciò premesso, per la raccolta dei dati inerenti lo studio di caso, è stato utilizzato il diario, all'interno del quale ho annotato tutte le informazioni per poi ricavare quelle più importanti e utili per lo sviluppo di ipotesi finalizzate all'ideazione / progettazione dell'intervento educativo. Inoltre, ho annotato le aspettative, le preoccupazioni, i timori, le conoscenze acquisite, gli eventi e gli aspetti osservati, le impressioni personali, le difficoltà incontrate e le soddisfazioni ricevute.

Il diario si è rivelato uno strumento utile per stimolare la riflessione sull'esperienza effettuata, per comprenderla in modo più consapevole e per collegare tra loro gli elementi osservati e vissuti.

L'importanza dell'osservazione è fondamentale perché consente di conoscere il soggetto con cui ci si relaziona, permette di progettare in maniera adeguata, è utile per documentare, per costruire e sostenere la professionalità della figura educativa, per porsi continuamente nuove domande riguardanti il caso in esame e, di conseguenza, incrementare conoscenze rispetto a quelle inizialmente acquisite.

A seguito di tale osservazione iniziale e diretta sono emerse alcune problematiche che contraddistinguevano Silvia inerenti le relazioni interpersonali con i coetanei e con le figure adulte.

Successivamente si sono cercati di individuare opportuni interventi e attività educative da attuare in piena sicurezza in ambienti idonei, dal momento che le sue difficoltà cognitive incidono negativamente sui nessi logici, quindi incapacità di corrette valutazioni dei pericoli derivanti dal proprio agire.

Infatti, non sono stati utilizzati materiali solo per la raccolta delle informazioni, ma anche per l'organizzazione delle stesse.

Pertanto, per presentare questo studio di caso si è fatto riferimento anche a un modello di progettazione descritto da (Bobbo & Moretto, 2020, p. 19).

La progettazione prevede secondo questo modello cinque step:

1. Analisi della situazione problematica;
2. Definizione degli obiettivi del progetto;
3. Scelta dei metodi di intervento educativo;
4. Identificazione delle risorse necessarie e stesura del programma operativo;
5. Scelta e definizione dell'approccio valutativo e degli strumenti utili.

Tali fasi, sono state dettagliate nel paragrafo successivo.

Per un'osservazione più generale, è stata utilizzata una griglia di osservazione costruita ad hoc (figura 2 e 3), legata ai due ambiti di dinamiche interne: paziente ed équipe multiprofessionale.

È stata utilizzata la griglia di osservazione nel corso di tutto il periodo formativo.

Si tratta di uno strumento quantitativo che mi ha permesso di osservare attentamente e con precisione e, di conseguenza, di scoprire se le mie iniziali ipotesi trovassero riscontro nella realtà.

Ho suddiviso la griglia in due parti: la prima riguarda l'utente e la seconda l'équipe multiprofessionale. La scala di valutazione prevede i seguenti valori: "per niente", "poco", "abbastanza", "del tutto". Per quanto riguarda gli item osservati, questi sono suddivisi nel seguente modo:

- Per il paziente:
 - Viene rispettata la privacy del paziente?
 - Vi è un percorso di presa in carico del paziente?
 - Esiste un PEI o altra progettazione per il paziente?
 - La documentazione riferita al paziente è completa, in ordine, comprensibile?
 - La famiglia dell'utente riceve sostegno, coinvolgimento e supporto da parte del Servizio di Neuropsichiatria Infantile?
- Per l'équipe multiprofessionale:
 - Gli operatori rispecchiano l'organigramma?
 - Vengono fatti momenti d'équipe?
 - Esiste comunicazione formale tra gli operatori?

- Sia per il paziente che per l'équipe multiprofessionale:
 - Sono state rispettate le norme anti-Covid durante gli incontri d'équipe?
 - Sono stati utilizzati correttamente i dovuti Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)?

3. Progetto educativo di Silvia

Presentazione del caso

3.1 Fase di analisi

Caratteristiche psicosociali del soggetto

-Personali: Il soggetto in esame, che chiameremo convenzionalmente Silvia, ha 16 anni e sta vivendo la fase adolescenziale. Frequenta la Scuola Secondaria di Secondo Grado del paese nel quale vive.

All'età di 6 anni, dal Servizio di NPI del territorio, le è stato diagnosticato un ritardo cognitivo di grado medio (F71 ICD-10) associato a un lieve Disturbo del Linguaggio Espressivo – disfluenza tonica (F80.1), con conseguente certificazione scolastica e, inoltre, si sono palesate problematiche educative e sociali (Z63).

In merito alle difficoltà legate al linguaggio, si fece ricorso a trattamenti logopedici con la specialista del Servizio di NPI.

Il Test WISC-III ha prodotto il seguente risultato: il Q.I. di Silvia è pari a 48.

A seguito della diagnosi, Silvia ha ottenuto il diritto al riconoscimento della Legge n. 104/92 art. 3 comma 3, in merito alla disabilità e alla invalidità in generale. Questo beneficio può essere usufruito da un solo familiare che può essere genitore, fratello o sorella, parente fino al terzo grado di parentela e permette loro di stare a casa tre giorni alla settimana per accudire la persona con disabilità. Oltre a ciò, prevede anche l'insegnante di sostegno per l'ambito scolastico.

-Sociali: Silvia è la più piccola di tre figlie. Una famiglia molto unita, semplice sia dal punto di vista culturale che delle relazioni ma, allo stesso tempo, riservata e timorosa di essere giudicata dalle altre persone.

La mamma è apparentemente ambigua, inizialmente si dimostra collaborativa, poi, in realtà, chiede controllo per il timore che si vengano a sapere troppe cose inerenti la sua famiglia ma, allo stesso tempo disperata per l'incapacità di gestire Silvia.

Il papà si dimostra scarsamente collaborativo e tende a ignorare la gravità della situazione in quanto non accetta le problematiche che si rilevano in Silvia. Si presenta

come un padre autoritario, verbalmente aggressivo, usa un tono della voce molto elevato nel richiamare Silvia.

La ragazza non ha un buon rapporto con il padre mentre la madre è il suo unico punto di riferimento. Il padre lavora come operaio in una fabbrica lontana dal paese in cui vive e, perciò, non è presente durante il giorno, la mamma ha un lavoro part-time vicino casa.

Le sorelle, recentemente, sono uscite dal nucleo familiare e ciò ha generato in Silvia un senso di abbandono. Risiedono, ora, in un paese limitrofo.

La rete sociale è molto ristretta, la famiglia non ha rapporti con il vicinato, ma solamente con parenti dislocati fuori Regione.

Silvia, nel periodo scolastico, segnatamente quando frequentava la Scuola Secondaria di Primo Grado nel paese di residenza, è stata vittima di episodi persecutori da parte di coetanei, veri e propri atti di bullismo. Ciò è stato sicuramente causato dalla sua “mitezza”, dal suo essere semplice, ingenua, incapace di relazionarsi in modo equilibrato con i pari. La mamma, appena venuta a conoscenza dell'accaduto, in accordo con il Dirigente scolastico, ha deciso di iscrivere Silvia in un altro istituto scolastico sito in un paese limitrofo. Silvia considera ora quegli episodi ormai superati. A dimostrazione di ciò, le relazioni attuali di Silvia con i compagni di classe e con i docenti sono buone. All'interno della classe vi è un clima sereno e Silvia si sente capita, compresa, si trova a suo agio. È accolta sempre positivamente, c'è molta collaborazione tra compagni e riceve, al bisogno, spontaneo aiuto.

Per Silvia è stato redatto un PEI che prevede l'affiancamento dell'insegnante di sostegno per dieci ore settimanali e un piano didattico personalizzato con l'utilizzo di schemi, riassunti, mappe concettuali, domande guida per facilitare Silvia nell'apprendimento, nell'esposizione, rafforzare i concetti studiati e individuare i punti sostanziali per la preparazione delle verifiche.

-Psicologiche: Silvia è una ragazza con evidenti difficoltà cognitive, associate a una lieve disfluenza tonica.

L'affettività non è adeguata all'età e presenta significative incapacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni.

Il linguaggio è limitato, utilizza un vocabolario e un lessico ristretti e non sempre adeguati, comprende solamente frasi elementari.

A livello personale sono state raggiunte le autonomie inerenti l'igiene personale, la cura di sé, ma presenta difficoltà nell'organizzazione della giornata: le sue giornate sono completamente vuote, non sa come impegnare il tempo tant'è che trascorre moltissimo tempo davanti alla tv e ai social. Non ha raggiunto piena autonomia negli apprendimenti scolastici.

È in grado di utilizzare in autonomia i mezzi pubblici solo dopo un adeguato addestramento.

In ambito sociale presenta difficoltà nel relazionarsi con il gruppo dei pari, dovute a interessi non adeguati all'età. Non ha la percezione del rischio e questo ha causato comportamenti di fuga dalla scuola.

Recentemente, la mamma di Silvia si è rivolta alla Neuropsichiatra che ha in carico Silvia, preoccupata per i suoi comportamenti non adeguati e a rischio: frequentazioni di ragazzi più grandi di lei, conosciuti attraverso i social, con i quali ha avuto relazioni amorose con conseguenze negative. In particolare, si è innamorata di un ragazzo, un amore non corrisposto, al quale, ingenuamente, Silvia ha affidato le sue intime confidenze.

Attualmente, la madre sta sostenendo alcuni colloqui di supporto con l'Assistente Sociale del Comune di residenza e incontri/colloqui educativi con l'Assistente Sociale del Consultorio Familiare del territorio.

Caratteristiche della condizione problematica oggetto di attenzione educativa

Dal caso descritto le problematiche che richiedono l'intervento educativo sono le seguenti:

- Reazioni non funzionali della madre: la mamma adotta degli insegnamenti educativi non adeguati, le toglie il telefono, la chiude in casa e, di conseguenza, Silvia vede la scuola come unico momento per fuggire;
- Difficoltà relazionali con i coetanei e comportamenti a rischio con ragazzi adulti legate alla disabilità intellettiva e al Disturbo del linguaggio;
- Significativa incapacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni: l'affettività non è adeguata all'età;
- Silvia prova un senso di abbandono da parte delle sorelle;

- Silvia non si sente considerata dal padre, in quanto, si rivolge a lei con toni sempre molto duri;
- Il padre non è collaborativo e non accetta la condizione di Silvia.

Di seguito i fattori protettivi e di rischio individuabili nel caso descritto

a. Fattori protettivi o di resilienza:

- ✓ Rapporto solido con la mamma;
- ✓ Collaborazione da parte delle due sorelle maggiorenni;
- ✓ Rapporto positivo con i compagni di classe;
- ✓ Sostegno e supporto da parte del Servizio di NPI;
- ✓ Presunta situazione economica medio-buona;
- ✓ Presenza della famiglia allargata;
- ✓ Legge n. 104/92;
- ✓ Presenza dell'insegnante di sostegno a scuola;
- ✓ Giovane età.

b. Fattori di rischio:

- ✓ La diagnosi di Disabilità Intellettiva con relative difficoltà che riporta sia a livello intellettivo che adattativo;
- ✓ Lieve disturbo del linguaggio sia nella comprensione che nell'espressione e produzione;
- ✓ Padre non collaborativo e non consapevole delle difficoltà presenti in Silvia;
- ✓ Bassa scolarizzazione dei genitori;
- ✓ Famiglia allargata distante;
- ✓ Rete sociale ristrettissima;
- ✓ Relazioni amicali non del tutto adeguate;
- ✓ Abitazione scomoda per gli spostamenti (ambiente extra-urbano);

Per meglio evidenziare la situazione di Silvia è possibile descriverla attraverso l'analisi SWOT²⁷, che pone a confronto elementi di forza e debolezza, interni ed esterni (Bobbo & Moretto, 2020, p. 78).

²⁷ SWOT: Strengths, Weakness, Opportunities, Threat / Punti di forza, Punti di debolezza, Opportunità, Minacce

Analisi SWOT dei fattori di resilienza o protettivi e di rischio rilevabile all'interno del caso descritto:

	<i>Vantaggi e Opportunità</i>	<i>Rischi e Pericoli</i>
	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<i>Interno</i>	<ul style="list-style-type: none"> - In età evolutiva → possibilità di cambiamento; - Q.I. pari a 48; - Livello medio di Disabilità Intellettiva e non severo; - Livello lieve di Disturbi del Linguaggio; - Buon rapporto con la madre e le sorelle; - Sostegno e supporto dal Servizio con la quale è prese in carico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi di Disabilità Intellettiva (difficoltà sia a livello cognitivo es. ragionamento, apprendimento ecc., sia a livello adattivo es. organizzazione della giornata, ecc.); - Contesto familiare semplice; - Padre non collaborativo e non comprensivo; - Rete sociale ristretta (mancanza di confronto con altre famiglie).
	OPPORTUNITÀ	MINACCE
<i>Esterno</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico da parte dei Servizi territoriali; - Presenza dell'insegnante di sostegno; - Agevolazioni per la Legge n. 104/92; - Sufficiente situazione economica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relazioni amicali non adeguate; - Famiglia allargata fisicamente lontana; - Abitazione in area extraurbana → distanza da servizi e relazioni; - Assenza di attività sociali extrascolastiche strutturate e tutelanti.

Individuazione dei bisogni educativi di Silvia e dei suoi genitori

Sulla base delle problematiche che si sono rilevate, sono stati individuati i seguenti bisogni educativi per Silvia e i suoi genitori, per aree di intervento:

Bisogni educativi di *Silvia*

Area COGNITIVA:

- ✓ Silvia ha un lieve disturbo del linguaggio espressivo associato a disfluenza tonica caratterizzato da un lessico e un vocabolario ristretto e a volte non adeguato che le causano difficoltà nel relazionarsi con le persone. Silvia, quindi, ha bisogno di ampliare il suo vocabolario con parole nuove per interagire e comunicare efficacemente con gli altri.

Area OPERATIVA:

- ✓ Nonostante Silvia abbia raggiunto l'autonomia personale e la cura di sé, ha evidenti difficoltà nella gestione della giornata, in quanto, non sa come impiegare il tempo. Silvia, perciò, necessita di organizzare la sua giornata così da aiutarla a crearsi una mappa mentale di come distribuire i suoi impegni nel tempo che ha a disposizione e di essere autonoma.

Area COMUNICATIVA e della RELAZIONE:

- ✓ Silvia ha dei buoni rapporti con i coetanei, ma a causa del suo limite cognitivo le relazioni risultano limitate e incomplete quindi, Silvia ha bisogno di migliorare l'interazione con i coetanei aumentando il numero di occasioni positive.
- ✓ Silvia manifesta un'incapacità di confrontarsi in modo adeguato con ragazzi più grandi di lei e ciò l'ha esposta a situazioni a rischio. Silvia, quindi, ha bisogno di apprendere e conoscere come relazionarsi con figure adulte in termini positivi e di protezione per evitare di esporsi a situazioni pericolose.

Area dell'AUTONOMIA come AUTODETERMINAZIONE:

- ✓ Silvia attua comportamenti infantili (ad esempio, piange, grida, si chiude nella propria camera, non parla non nessuno) quando non è in grado di gestire le situazioni difficili. Silvia, pertanto, ha bisogno di incrementare e potenziare le social skills per la gestione delle proprie emozioni, per acquisire sicurezza e stima di sé, per attuare strategie di coping ogni volta che si presentano degli ostacoli.
- ✓ Oltre a ciò, Silvia ha bisogno di raccontarsi, di stimolare la riflessione e la consapevolezza sulla propria traiettoria di vita.
- ✓ Silvia trascorre tutti i suoi pomeriggi a guardare la televisione e a utilizzare i social senza la supervisione di una figura adulta. Dunque, Silvia ha bisogno di essere educata sull'utilizzo dei social per evitare l'esposizione a situazioni a rischio.

Area METACOGNITIVA – SIMBOLICA

- ✓ Silvia attua dei comportamenti di fuga dalla scuola, perché vede quest'ultima come un luogo di libertà, senza regole, di poca importanza. Silvia, quindi, necessita di

comprendere l'importanza e le regole del contesto scolastico per evitare i comportamenti di fuga.

- ✓ Silvia ha sempre avuto ottimi rapporti con le sorelle e, finché è stato possibile, ha trascorso molto tempo in loro compagnia. Una volta divenute indipendenti le sorelle, avendo deciso di condurre la propria vita in luogo diverso da quello originario, hanno causato in Silvia disorientamento e solitudine. Silvia, quindi, ha bisogno di superare la situazione di abbandono venutasi a creare a causa delle scelte abitative delle sorelle.

Bisogni educativi dei *genitori* di Silvia

Area della RELAZIONE:

I genitori appaiono riservati e timorosi per paura di essere giudicati dalle altre persone e ciò non consente loro di relazionarsi con gli altri. I genitori, quindi, hanno bisogno di creare e instaurare relazioni con il contesto di vita.

Area METACOGNITIVO-SIMBOLICA

- ✓ I genitori non riescono a gestire la situazione di Silvia. Il padre, in modo particolare, non accetta le difficoltà che gravano su Silvia e ciò provoca un comportamento inadeguato nei suoi confronti. Anche la madre attua comportamenti educativi non efficaci e, pertanto, ambedue i genitori hanno bisogno di convincersi di quanto sia importante, per Silvia, l'essere compresa e educata in modo corretto.

È stato possibile analizzare e conoscere i bisogni educativi di Silvia e dei suoi genitori attraverso l'osservazione presso il Servizio di NPI, la consultazione della cartella clinica per una raccolta e un'attenta analisi della storia personale, del PEI, dalla realizzazione di colloqui educativi che hanno coinvolto sia Silvia che i suoi genitori, alcuni fatti anche in separata sede e attraverso scambi di informazioni avvenute tra i professionisti.

3.2 Fase di definizione degli obiettivi educativi

Individuare il contesto multiprofessionale nel quale l'intervento deve essere progettato

Il progetto educativo pensato per Silvia prevede l'adozione di un approccio multidisciplinare in cui siano presenti professionisti con diverse competenze integrate tra loro. In particolare, concorreranno alla sua realizzazione l'équipe del Servizio di NPI che ha in carico Silvia.

Le figure professionali coinvolte in relazione alle diverse aree di intervento sono: educatore professionale, insegnanti del doposcuola, insegnante di sostegno, neuropsichiatra infantile, l'assistente sociale del Comune di residenza e l'assistente sociale del Consultorio Familiare del Servizio territoriale.

Il progetto educativo che la riguarda viene condiviso anche con i genitori e le sorelle di Silvia.

Definizione degli obiettivi generali e specifici

In relazione ai bisogni educativi analizzati, in équipe sono stati individuati i seguenti obiettivi educativi, generali e specifici di seguito descritti. Da considerare che non tutti gli obiettivi definiti sono stati raggiunti in quanto il progetto non si è ancora concluso.

Obiettivi educativi di *Silvia*

Area COGNITIVA:

*Obiettivo generale: che Silvia potenzi il linguaggio e migliori le sue capacità di espressione verbale;

-Obiettivo specifico: Silvia acquisirà un maggior numero di parole nel suo vocabolario, passando da 10 a 25 verbi e aumentando del 15% il numero di sostantivi, nell'arco di sei mesi;

-Obiettivo specifico: Silvia dirà semplici frasi per descrivere delle immagini di vario genere (per esempio, scuola, famiglia, rabbia, amicizia, mare, tristezza...).

Area OPERATIVA:

*Obiettivo generale: che Silvia compia delle azioni e delle attività per gestire la quotidianità;

-Obiettivo specifico: Silvia riordinerà la propria camera una volta alla settimana per un mese e, successivamente, aumenterà del 25% da 1 a 2 volte alla settimana;

-Obiettivo specifico: Silvia svolgerà un'attività attinente ai pasti es. apparecchiare la tavola due volte alla settimana per un mese, e poi aumenterà del 30% da 2 a 4 volte alla settimana.

Area COMUNICATIVA e della RELAZIONE:

*Obiettivo generale: che Silvia migliori la qualità della relazione con i suoi coetanei;

-Obiettivo specifico: Silvia praticherà regolarmente attività fisica una volta alla settimana per il primo mese. Successivamente aumenterà del 15% da una a due volte alla settimana.

*Obiettivo generale: che Silvia assuma comportamenti autoprotettivi;

-Obiettivo specifico: Silvia intraprenderà un percorso educativo una volta alla settimana per la durata di un mese, dove le verrà spiegato come relazionarsi con figure adulte.

Area dell'AUTONOMIA come AUTODETERMINAZIONE:

*Obiettivo generale: che Silvia sviluppi la capacità di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni;

-Obiettivo specifico: Silvia adotterà strategie per promuovere la gestione delle proprie emozioni e uno stile comunicativo assertivo;

-Obiettivo specifico: Silvia chiederà sostegno nel gestire eventuali situazioni di crisi ogni volta che si presentano.

-Inoltre, Silvia riuscirà a parlare degli avvenimenti positivi e negativi che ha affrontato durante la sua vita.

*Obiettivo generale: che Silvia comprenda l'importanza di utilizzare i social in modo corretto;

-Obiettivo specifico: Silvia parteciperà a due sedute educative una volta alla settimana per la durata di due settimane.

- *Obiettivo generale: che Silvia impieghi al meglio il suo tempo libero;
- Obiettivo specifico: Silvia parteciperà a un'attività extrascolastica strutturata due volte alla settimana per la durata di tutto l'anno scolastico.

Area METACOGNITIVA-SIMBOLICA:

- *Obiettivo generale: che Silvia apprenda l'importanza di andare a scuola per evitare i comportamenti-problema;
- Obiettivo specifico: Silvia rispetterà le regole del contesto scolastico;
- Obiettivo specifico: Silvia accetterà la scuola come opportunità di crescita personale,
- Obiettivo specifico: Silvia prenderà consapevolezza dei fattori positivi connessi alla frequentazione scolastica.

- *Obiettivo generale: che Silvia accetti gradualmente la fuoriuscita delle sorelle dal nucleo familiare;
- Obiettivo specifico: Silvia prenderà consapevolezza della fase adulta;
- Obiettivo specifico: Silvia parteciperà a delle attività insieme alle sorelle, una volta alla settimana.

Obiettivi educativi dei *genitori* di Silvia

Area della RELAZIONE:

- *Obiettivo generale: Che i genitori creino e mantengano la propria rete sociale;
- Obiettivo specifico: i genitori cercheranno di creare almeno due occasioni di dialogo due volte al mese in contesti extrafamiliari (nei setting riabilitativi) per la durata di cinque mesi.

Area METACOGNITIVA - SIMBOLICA:

- *Obiettivo generale: Che il padre accetti gradualmente la patologia di Silvia;
- Obiettivo specifico: il padre riuscirà a parlare del disturbo di Silvia e dei sentimenti a esso connessi.
- *Obiettivo generale: che la madre migliori i suoi comportamenti educativi nei confronti di Silvia;

-Obiettivo specifico: la madre parteciperà a un percorso educativo in cui le verranno forniti gli strumenti educativi adeguati da adottare nei confronti di Silvia, una volta ogni quindici giorni per la durata di un mese.

*Obiettivo generale: che i genitori comprendano l'importanza per Silvia di ricevere le giuste attenzioni;

-Obiettivo specifico: i genitori parteciperanno ad un percorso educativo in cui impareranno a gestire Silvia ogni qualvolta si presenteranno situazioni critiche, una volta ogni quindici giorni per la durata di un mese e al bisogno.

3.3 Fase di scelta dei metodi e delle strategie educative

Definizione di metodi e strategie di intervento

È stato preferito l'intervento educativo individuale a quello di gruppo. L'educatore, in questo modo, entra in relazione con un'unica persona al fine di osservare in modo diretto ed esclusivo ciò che accade tra sé e il soggetto.

Sebbene, l'intervento sia centrato sul singolo individuo è comunque di fondamentale importanza ottenere la collaborazione da parte della famiglia perché, in tal modo, è possibile mantenere legami di continuità nell'utente e conservare nel contesto familiare un posto per il soggetto in difficoltà.

L'approccio riabilitativo individuale è finalizzato all'incremento del livello di funzionamento dell'individuo per la riduzione dei deficit e l'aumento delle potenzialità.

Al centro di ogni intervento educativo non può mai mancare la dinamica relazionale instaurata giorno per giorno tra educatore e utente.

L'obiettivo finale dell'intervento è quello di prevenire all'incremento del livello di funzionamento indispensabile per vivere adeguatamente, all'integrazione sociale, alla reintegrazione del mondo del lavoro e alla "normale" quotidianità della persona (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 197).

Premessa: gli strumenti somministrati a Silvia sono stati adattati per meglio aderire alla realtà del suo deficit intellettuale.

Per il raggiungimento degli obiettivi definiti nella fase precedente, si distinguono i seguenti metodi in relazione alle diverse aree di intervento.

Metodi inerenti gli obiettivi specifici riguardanti *Silvia*:

Area COGNITIVA: per una migliore acquisizione di vocaboli, durante la seduta educativa, a Silvia verrà consegnato un quadernino e, mentre l'educatrice leggerà delle storie (da quelle più corte a quelle più lunghe), in modo lento e scandendo bene le parole, il soggetto annoterà tutte le parole sconosciute. Al termine dell'attività, con la partecipazione di Silvia, si proverà a dare, insieme, una definizione alle parole più conosciute, in modo il più semplice possibile. Ogni volta che si farà questa attività, verranno riprese le parole successive così da allenare la memoria e aumentare il vocabolario di Silvia. Questa attività si svolgerà una volta ogni quindici giorni, per la durata di sei mesi.

Per il raggiungimento del secondo obiettivo specifico, invece, è stata utilizzata la tecnica del "Photovoice". È un metodo di indagine che, attraverso la fotografia, coinvolge direttamente i soggetti inducendoli a riflettere su specifiche tematiche e sui modi per produrre un cambiamento. Sono state utilizzate delle immagini, alcune portate da Silvia altre fornite dal Servizio, in cui Silvia ha descritto ciò che ha visto e quali sensazioni sono emerse dalla visione. Oltre a essere un modo per favorire una riflessione attiva del soggetto, ovvero prendere coscienza delle abilità personali e delle potenzialità già esistenti o da sviluppare; ha consentito a Silvia di esercitarsi nell'espressione verbale, di strutturare frasi semplici e di senso compiuto. Fotografare, guardare le foto è un'esperienza emotivamente ricca che permette alle persone di conoscersi, riconoscersi, stabilire relazioni tra sé, gli altri e i luoghi in cui si è sostati (Serbati, 2020, p. 101).

-Area OPERATIVA: è stato realizzato un lavoro riguardante la routine attraverso un colloquio motivazionale nel quale l'educatore ha assunto un atteggiamento maieutico ovvero, ha cercato di aiutare Silvia a identificare e riconoscere le attività che normalmente si svolgono nella vita quotidiana per il raggiungimento dei livelli minimi di autosufficienza. Si sono individuate due attività pratiche della vita quotidiana: sistemare la camera da letto e apparecchiare la tavola. La metodologia individuata è stata con l'utilizzo dei PECS²⁸, una forma di comunicazione aumentativa e

²⁸ PECS: Picture Exchange Communication System

alternativa utilizzata per favorire l'associazione di immagini con i rilevativi passaggi (Il Picture Exchange Communication System (PECS), s.d.).

Entrambe le attività sono state organizzate nel modo seguente:

1. L'educatore ha posizionato sul tavolo, in ordine casuale, una serie di figurine riguardanti l'attività di apparecchiare la tavola e riordinare la propria camera da letto;
2. Successivamente, per fare in modo che Silvia apprenda il più possibile, l'educatrice le ha posto alcune domande, quali: "Hai un'idea di come si apparecchia la tavola o si pulisce la camera da letto? Come faresti? Da dove cominceresti?".

È molto importante stimolare la risposta della ragazza evitando i suggerimenti: si aiuta il ragionamento per giungere alla corretta soluzione.

A casa, Silvia eserciterà queste due attività pratiche, per quanto riguarda l'attività di apparecchiare la tavola dovrà svolgerla due volte alla settimana per il primo mese con l'aiuto e la supervisione di una figura adulta e, successivamente, 4 volte alla settimana in autonomia *sine die*. Per l'attività di riordinare la sua camera da letto, invece, dovrà svolgere questa attività sotto la supervisione di una figura adulta una volta alla settimana per il primo mese e, successivamente, due volte alla settimana in autonomia *sine die*. Insegnare queste attività, permette alla ragazza di compiere le azioni che comunemente si svolgono in un ambiente di vita reale e acquistare la propria autonomia oltre che prendersi cura dell'ambiente in cui vive.

Inoltre, è stata costruita, ad hoc, una scheda di organizzazione settimanale (figura 4) intitolata "La mia settimana" (Bobbo, 2020, p. 116). Questa scheda consiste in una semplice tabella a due entrate: le etichette di riga sono tutti i giorni della settimana, nella prima colonna, invece, sono indicati gli orari con scansione uno. Nella cella di intersezione giorno /orario, con una breve descrizione, Silvia potrà annotare tutte le varie attività (per esempio, hobby, doposcuola, incontri con l'educatrice e le sorelle ...) che possono caratterizzare una giornata. Ciò consente a Silvia di costruirsi una mappa mentale per favorire il processo di memorizzazione, per una visione completa di come ha trascorso il suo tempo durante la settimana. Le attività strutturate nel tempo e nello spazio consentiranno a Silvia di costruirsi una struttura interna e di diventare un soggetto autonomo.

-Area COMUNICATIVA e della RELAZIONE: visto che Silvia presenta delle difficoltà nel relazionarsi con i suoi coetanei, in accordo con la famiglia, le è stato proposto di praticare la danza hip hop una volta alla settimana per il primo mese e, per effetto del suo gradimento, si è optato due volte alla settimana. La danza ha tantissimi benefici, sia a livello fisico sia psicologico e sociale. A livello fisico migliora la coordinazione motoria e l'equilibrio e previene il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari; a livello psicologico riduce l'ansia e lo stress, migliora l'autostima e l'autodisciplina, migliora i processi cognitivi (come, l'attenzione, la memoria e l'apprendimento), aiuta nella comunicazione di emozioni e sensazioni, favorisce lo sviluppo della consapevolezza del proprio corpo nello spazio, ecc. infine; a livello sociale favorisce la socializzazione (ottimo modo per incontrare amici e conoscere nuove persone), è un'attività divertente da svolgere in compagnia e insegna a sapersi muovere e a ballare, sia individualmente sia come componente di un gruppo con cui bisogna relazionarsi (Tommasi, 2021).

Inoltre, Silvia, a causa della sua incapacità di relazionarsi con ragazzi adulti dovuta al suo deficit intellettivo, si è esposta, anche di recente, a situazioni a rischio. Per porre rimedio a ciò si è scelto di utilizzare il colloquio motivazionale e il colloquio educativo con l'ausilio della "Preventive coping". Trattasi di una strategia di coping che, insegnata al soggetto, di mettere in atto quanto serve per fronteggiare un evento stressante non particolarmente probabile, ad esempio strategie comportamentali volte alla prevenzione del rischio (Bobbo, 2020, p. 84). Queste due tipologie di colloqui sono stati svolti, insieme all'educatrice del Servizio di NPI, in quattro incontri, una volta alla settimana per la durata di un mese. Questi metodi possono aiutare Silvia a comprendere l'importanza di assumere comportamenti autoprotettivi che le consentiranno un proficuo cambio di atteggiamento.

-Area dell'AUTONOMIA come AUTODETERMINAZIONE: per il raggiungimento del primo obiettivo specifico verranno approfondite/sviluppate alcune delle Life Skills utili al rafforzamento della personalità del soggetto e alla sua crescita per il benessere sia individuale che di gruppo. L'OMS individua come Life Skills le seguenti capacità:

- Capacità di prendere decisioni (decision making);
- Capacità di risolvere i problemi (problem solving);

- Creatività;
- Pensiero critico;
- Comunicazione efficace;
- Capacità di relazionarsi con gli altri (Skills per le relazioni interpersonali);
- Autocoscienza;
- Empatia;
- Gestione delle emozioni;
- Gestione dello stress (Auxillia & Pontello, 2012, p. 101).

Ad ogni incontro l'educatore approfondirà insieme a Silvia una capacità partendo da quelle più urgenti. Queste abilità sono necessarie per la salute e il benessere sia fisico che relazionale, per migliorare le potenzialità della persona per aiutarla a vivere meglio con gli altri e il suo contesto sociale e culturale. Verranno effettuati 10 incontri, una volta alla settimana, per la durata di due mesi e mezzo.

Per il secondo obiettivo specifico è stato somministrato a Silvia uno strumento educativo denominato "Eco-mappa" (figura 5). Si tratta di uno strumento qualitativo che consente di valutare la rete sociale ristretta e allargata di Silvia (Bobbo, 2020, p. 118). Si compone di un semplice foglio bianco di carta sul quale viene rappresentata al centro, la sagoma (non identificabile) di una persona, in questo caso, di una donna. La consegna data a Silvia è stata quella di indicare con il nome proprio o con un disegno stilizzato le persone che costituiscono la sua rete familiare prima, di amici dopo. Infine Silvia è stata invitata a indicare tutte le persone che, pur non appartenendo a questi ambiti, hanno per lei un significato particolare. Il soggetto ha scritto i nomi o stilizzare le figure posizionandole liberamente in tutto le aree bianche del foglio. Successivamente si è chiesto a Silvia di unire sé stessa (sagoma centrale) agli altri nomi con segni diversamente colorati. A ogni colore corrisponde una qualità di relazione, per esempio: verde = legame positivo (mi trovo bene, lo stimo...), rosso = negativo (lo odio, mi fa venire una rabbia...) e blu = legame definito dall'indifferenza. Questo strumento è stato calibrato in base al deficit intellettuale di Silvia. Lo strumento, completato da Silvia, ha offerto una stima sull'ampiezza e sulla qualità della sua rete sociale, la grafica è stata utile per comprendere le relazioni della rete sociale in cui vive, ha aiutato Silvia a focalizzare le persone che le stanno attorno senza dare nulla

per scontato, ha permesso di evidenziare situazioni problematiche individuando le risorse e i punti di debolezza e, sulla base di quest'ultimi, individuare l'adulto di riferimento al quale Silvia si deve rivolgere nel caso ne avesse bisogno.

Per il raggiungimento di del terzo obiettivo specifico, a Silvia è stato somministrato uno strumento educativo denominato "Linea della vita" (figura 6) (Bobbo, 2020, p. 122), si tratta di una tecnica grafica per raccogliere la storia delle persone. Silvia ha disegnato una linea per segnare una traiettoria temporale, nella quale ha descritto in tre momenti: presente, passato e futuro. L'accadimento di un evento ritenuto per lei significativo è stato registrato sulla linea del tempo attraverso simbologie elementari. Sotto la linea vengono riportati gli eventi negativo-spiacevoli (esperienze difficili, dolorose, traumatiche), sopra alla linea, invece, quelli positivo-piacevoli (esperienze significative cariche di soddisfazione e gioia, successi ecc.).

Questo strumento si è rivelato particolarmente efficace sia per l'educatrice che per Silvia. L'educatrice ha avuto modo di conoscere l'andamento della vita di Silvia e di far emergere i punti di forza che si sono svelati. Silvia, da parte sua, ha potuto promuovere il racconto di sé e vedere graficamente come si intrecciano i vari aspetti della sua vita passata. Ciò ha aiutato Silvia a fare chiarezza su alcuni aspetti del suo vissuto e maturare la corretta percezione di alcuni avvenimenti considerati marginali.

Per quanto riguarda il quarto obiettivo specifico, per entrambe le sedute è stato utilizzato il colloquio istruttivo attraverso il quale l'educatrice fornisce a Silvia consigli utili per l'utilizzo corretto dei social. Inoltre, si è chiesta la collaborazione da parte di una delle due sorelle per controllare lo smartphone di Silvia.

Infine, per il quinto obiettivo specifico, in accordo con la famiglia e grazie alla Legge 104/92 e il sostegno economico che ne consegue, Silvia è stata iscritta al doposcuola, due giorni alla settimana con il seguente orario: dalle 14.30 alle 17.30, per la durata di tutto l'anno scolastico. Silvia è affiancata da personale qualificato che le consente di svolgere i compiti per casa e a studiare. Inoltre, gli educatori del doposcuola fanno da tramite con l'insegnate di sostegno della scuola che attualmente frequenta.

Si è proposta l'attività del doposcuola perché permette a Silvia di imparare un metodo di studio personalizzato, di imparare a come organizzare il tempo per lo svolgimento dei compiti per casa, di rinforzare l'apprendimento scolastico e di relazionarsi con i coetanei.

-Area METACOGNITIVA-SIMBOLICA: per il conseguimento dei primi tre obiettivi specifici, l'educatrice ha utilizzato il colloquio istruttivo e il colloquio educativo. L'utilizzo di questi metodi permette di focalizzarsi su due tematiche connesse tra loro: l'attuazione di comportamenti di fuga dall'istituto scolastico e l'importanza di frequentare a scuola. Attraverso il colloquio educativo l'educatrice ha cercato di aiutare Silvia a riflettere su sé stessa per acquisire consapevolezza sui suoi comportamenti non adeguati. Tramite il colloquio istruttivo, invece, l'educatrice ha trasmesso al soggetto informazioni riguardanti l'importanza di andare a scuola e di rispettare il scolastico. Sono stati effettuati due incontri educativi, una volta alla settimana, per la durata di due settimane.

Per il quarto obiettivo specifico, è stato effettuato un colloquio con Silvia per spiegarle le tappe fondamentali dello sviluppo, inteso secondo la prospettiva del ciclo di vita, con le relative esigenze da valutare.

Per il successivo obiettivo specifico, invece, è stata chiesta la partecipazione di entrambe le sorelle, le quali hanno stabilito un giorno della settimana per trascorre del tempo insieme a Silvia *sine die*. Accompagneranno Silvia durante le escursioni, la aiuteranno in caso di shopping, passeranno con lei per le vie cittadine, guarderanno dei film e prepareranno qualche semplice pietanza. Ciò, permette a Silvia di comprendere che non è stata abbandonata dalle sue sorelle anzi, in questo modo, si verrà a rinforzare e consolidare una relazione di fiducia.

Metodi inerenti gli obiettivi specifici riguardanti i *genitori* di Silvia:

-Area della RELAZIONE: per il raggiungimento dell'obiettivo specifico, i genitori parteciperanno a degli incontri di gruppo nei quali saranno presenti anche altre famiglie che hanno i figli con disabilità. Gli incontri si svolgeranno all'interno del Servizio di NPI, due volte al mese, per la durata di cinque mesi. Tutti i genitori avranno modo di interagire tra loro condividendo le proprie preoccupazioni, ansie, insicurezze,

l'atteggiamento di ritiro sociale e altri comportamenti che si attivano inconsapevolmente. Con il passare del tempo, il gruppo diventerà una risorsa per tutti i partecipanti e un luogo di sostegno e di condivisione reciproco. A questi incontri sarà presente l'educatore professionale e lo psicologo del Servizio, i quali, forniranno strategie utili ad intervenire qualora si presentassero situazioni di stress che dovranno essere affrontate.

-Area METACOGNITIVA - SIMBOLICA: per soddisfare il primo obiettivo specifico, il padre ha intrapreso un percorso di psicoterapia con la Psicologa del Servizio di NPI, una volta alla settimana per la durata di un mese e mezzo.

Per quanto concerne il secondo e il terzo obiettivo specifico, la madre continuerà a partecipare a un percorso educativo intrapreso con l'Assistente Sociale del comune di residenza. Ambedue i genitori, invece, intraprenderanno degli incontri di supporto con l'Assistente Sociale del Servizio IAF²⁹ una volta ogni quindici giorni per la durata di due mesi e al bisogno.

3.4 Fase di pianificazione pratica

Definizione delle risorse

Analisi delle risorse. Le risorse che sono state utilizzate in questo progetto educativo sono le seguenti:

	IN POSSESSO	DA RECUPERARE / CREARE AD HOC
UMANE SPECIFICHE	- Educatore professionale; - Psicologa; - Neuropsichiatra Infantile; - Assistente Sociale del Servizio di IAF.	- Assistente Sociale del comune di residenza; - Insegnanti del doposcuola;
UMANE ASPECIFICHE	- Genitori; - Due sorelle.	- Gruppo genitoriale
NON UMANE	Materiale per fare i PECS	Materiale didattico per attività.
ECONOMICHE	A carico delle Sanità Pubblica	- Costo materiali per fare le attività; - Costo orario professionisti esterni.

²⁹ IAF: acronimo di Infanzia Adolescenza e Famiglia

Definizione di un piano operativo

Per quanto concerne le tempistiche, il progetto è sviluppato lungo un arco di tempo di un anno, dal momento della presa in carico di Silvia fino alla completa realizzazione degli obiettivi stabiliti.

Inoltre, per una migliore comprensione del progetto educativo è stato realizzato il Diagramma di GANTT (figura 7) (Bobbo & Moretto, 2020, p. 88).

3.5 Fase di pianificazione della valutazione

Definizione modalità e strumenti di valutazione dell'intervento

Per questo caso è prevista una fase di valutazione strutturata nel modo seguente:

-Ex ante: per la conoscenza di Silvia, del suo contesto familiare, scolastico e sociale. Grazie a queste informazioni è stato possibile individuare i problemi, successivamente, identificare i bisogni educativi e, sulla base di quest'ultimi, definire gli obiettivi generali e specifici prefissati.

-In itinere: una verifica intermedia per valutare se c'è coerenza tra bisogni, obiettivi e strategie che sono state attuate. Inoltre, valutazione della qualità ed efficacia delle strategie impiegate.

-Ex post: per una valutazione complessiva del processo e del grado di soddisfazione complessiva delle persone beneficiarie e dei membri dell'équipe. A questa, si aggiungono dei momenti di follow-up per monitorare sul lungo tempo l'evoluzione del disturbo, per monitorare l'efficacia del trattamento e gli obiettivi raggiunti sia da parte di Silvia che della sua famiglia così da avere una panoramica più estesa del progetto. (Leone & Prezza, 2003, p. 137)

Per il primo mese il momento di verifica è previsto una volta alla settimana, successivamente, a distanza di tre e poi sei mesi e l'ultimo momento di verifica si effettua a fine progetto.

Per la valutazione dei singoli interventi sono state utilizzate pratiche di autovalutazione da parte di tutti i professionisti coinvolti in questo progetto volte a migliorare le proprie modalità di decisione e gestione dell'intervento proposto, per discutere aspetti che non sono risultati funzionali e per mettere in evidenza la presenza di punti di forza che sono emersi. A quanto detto, si aggiungeranno colloqui di valutazione con la famiglia per tracciare un bilancio della situazione tra 10 mesi (Bobbo & Moretto, 2020, p. 93).

4. Risultati

Ad oggi, anche se il progetto è in fase di svolgimento e non è ancora completato, si sono comunque potuti individuare risultati inerenti le attività svolte sia da parte di Silvia che dai suoi genitori.

Risultati dell'intervento educativo per *Silvia*:

Per quanto riguarda l'area *cognitiva*, l'intervento educativo non è ancora terminato, ma, nonostante ciò, si sono già potuti notare in Silvia dei miglioramenti sia dal punto di vista del lessico che nella modalità di comunicazione espressiva con gli altri.

Nell'area *operativa* sono stati raggiunti ambedue gli obiettivi riguardanti l'attività di pulire e riordinare la propria camera e l'attività relativa ai pasti e sono state portate a termine con ottimi risultati.

Nella scheda di organizzazione settimanale costruita ad hoc, Silvia annota tutte le varie attività e impegni che caratterizzeranno la settimana.

Per quanto concerne l'area *comunicativa e della relazione*, Silvia ha iniziato a praticare hip hop in una struttura del territorio e, tuttora, conferma la sua assiduità. Silvia, ha affrontato e superato le incapacità che presentava nell'interfacciarsi con figure adulte. Riguardo l'area dell'*autonomia come autodeterminazione*, l'intervento educativo inerente alla gestione delle emozioni e alla comunicazione in modo assertivo non è ancora stato svolto e inizierà nei prossimi mesi.

Lo strumento somministrato (Eco-mappa), invece, per l'individuazione di una figura adulta di riferimento alla quale Silvia potrà chiedere sostegno per gestire situazioni critiche, si è concluso con successo. Infatti, è emerso che su un totale di 41 persone Silvia ne ha individuate 32 con un legame positivo, 2 con un legame negativo e 7 come indifferenti.

Con la somministrazione dello strumento "Linea della vita" è emerso che Silvia è riuscita a parlare e affrontare alcuni argomenti che fino a quel momento creavano in lei un certo disagio se non, addirittura, un senso di vergogna.

Anche l'intervento educativo inerente all'utilizzo corretto dei social è stato effettuato e si è concluso con buoni risultati. Silvia presta più attenzione quando le arrivano richieste di amicizia o contatti finalizzati alla conversazione con persone a lei

sconosciute. La sorella maggiore si è resa disponibile per tenere sotto controllo e monitorare lo smartphone di Silvia.

La ragazza, inoltre, ha aderito alla frequentazione del doposcuola. Afferma di trovarsi bene sia con gli operatori che con i suoi coetanei e che si vuole impegnare di più per ottenere dei buoni risultati scolastici.

Infine, nell'area *metacognitiva-simbolica* gli obiettivi prefissati riguardanti l'eliminazione di comportamenti di fuga e l'importanza di andare a scuola sono stati raggiunti con ottimi risultati. Silvia, fino a questo momento, non si è più allontanata dall'istituto scolastico e ha compreso che frequentare la scuola è importante per una formazione e crescita personale.

Anche l'obiettivo inerente l'accettazione da parte dell'allontanamento delle sorelle è stato raggiunto. Le sorelle hanno fissato un giorno del fine settimana da dedicare a Silvia per svolgere attività e trascorrere del tempo insieme.

Risultati dell'intervento educativo per i *genitori* di Silvia:

L'obiettivo che è stato identificato nell'area della *relazione* non è ancora stato raggiunto in quanto l'intervento educativo inizierà nei prossimi mesi.

Nell'area *metacognitiva-simbolica* è stato raggiunto l'obiettivo riguardante il padre che ha intrapreso un percorso di psicoterapia. Il padre ha iniziato ad assumere un atteggiamento diverso nei confronti di Silvia, ha compreso quanto sia importante per lei avere un padre che le presti attenzione, che la comprenda, sostenga e che sia presente nella sua vita.

L'attività pensata per la madre, riguardante l'acquisizione di strumenti educativi da adottare nei confronti di Silvia, è stata portata a termine con un risultato più che buono. Per insegnarle l'educazione la madre adotta ora tecniche corrette nei confronti di Silvia.

Infine, il percorso di supporto per ambedue i genitori sarà svolto nei mesi prossimi.

PARTE TERZA

1. Discussione dei risultati

Dall'analisi dei risultati sono emersi innegabili cambiamenti da parte di Silvia e della sua famiglia.

Attività svolte da Silvia:

-Area *cognitiva*: Le iniziali ipotesi, riguardanti l'acquisizione di un maggior numero di vocaboli e di una migliore espressione verbale da parte di Silvia sono state confermate. Pertanto si evince che le modalità adottate per questo intervento educativo si sono rivelate efficaci. Oltre a dare modo a Silvia di arricchire il proprio vocabolario (conoscenza di un numero maggiore di lemmi), le hanno consentito l'esercizio della lettoscrittura, ora più fluida. Inoltre, il fatto di descrivere delle immagini attraverso la tecnica del Photovoice ha avuto una doppia valenza: per Silvia la scoperta di cose nuove invece, per l'educatrice i problemi che emergono sono stati utilizzati come pretesto per essere approfonditi e affrontati in altre attività programmate (Serbati, 2020, p. 101).

-Area *operativa*: sebbene le ipotesi iniziali non fossero per niente positive e si dubitasse della capacità di Silvia di svolgere autonomamente l'attività di riordino della camera e di preparazione della tavola, si può affermare che entrambe le attività sono state portate a termine con ottimi risultati. Silvia, continua a svolgere entrambe le attività a casa con la dovuta regolarità e ciclicità. Sulla base di questi risultati si evince che la scelta di aver utilizzato i PECS è stata efficace. Grazie all'adozione di questi strumenti Silvia ha potuto apprendere in maniera più rapida, ha acquisito il regolare flusso delle azioni e la necessaria motivazione rendendola estremamente partecipativa (Il Picture Exchange Communication System (PECS), s.d.).

Considerato che Silvia denunciava carenze in ordine all'organizzazione della giornata e all'impiego del tempo libero, è stata ideata ad hoc una scheda di organizzazione della settimana. Dai risultati ottenuti, più che soddisfacenti, si conferma l'efficacia di questo strumento che ha consentito a Silvia di costruirsi un disegno mentale, di farle comprendere come ha impiegato il suo tempo e di renderla una persona autonoma (Bobbo, 2020, p. 121).

-Area *comunicativa e della relazione*: le ipotesi iniziali erano positive riguardo la danza hip hop mentre, non del tutto positive per l'ausilio delle strategie di coping. Silvia pratica costantemente e regolarmente danza hip hop. Pertanto, da questo risultato si deduce che le ipotesi iniziali sono state confermate in quanto Silvia ha potuto crearsi delle amicizie e sentirsi parte di un gruppo. Le difficoltà di Silvia di interfacciarsi con figure adulte sono state affrontate e superate grazie all'insegnamento delle strategie di coping. Queste si sono rivelate fondamentali perché hanno permesso a Silvia di apprendere modelli di comportamenti volti ad attuare delle capacità per un benessere emotivo e mentale (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 166).

-Area dell'*autonomia come autodeterminazione*: Silvia raccontava di essere sola, di avere poche persone che le volessero bene, di conseguenza, le ipotesi che sono state fatte non erano molto positive. La somministrazione dello strumento "Eco-mappa" ha avuto esiti sorprendenti. Questo strumento ha consentito a Silvia non solo di individuare un adulto di riferimento, ma anche di focalizzare e comprendere graficamente da quante persone sia circondata e quanto sia amata (Bobbo, 2020, p. 121).

A Silvia è stato somministrato un ulteriore strumento: la "Linea della vita". Le ipotesi di partenza riguardanti le difficoltà di Silvia nell'affrontare certi argomenti o episodi negativi avvenuti in passato, erano pressoché negative. Grazie alla somministrazione di questo strumento, è riuscita a raggiungere l'obiettivo stabilito. In base a questo risultato si conferma quanto lo strumento "Linea della vita" sia efficace, valido, adeguato, considerato che ha permesso all'educatrice di focalizzarsi non solo sulle criticità, ma anche sulle potenzialità della ragazza. Inoltre, Silvia ha potuto riflettere sugli intrecci e sugli incastri dei vari aspetti della sua vita passata (Bobbo, 2020, p. 122).

Le ipotesi iniziali riguardo l'intervento educativo volto a insegnare a Silvia l'utilizzo corretto dei social erano positive. Attraverso il colloquio istruttivo Silvia ha compreso come deve comportarsi e a chi rivolgersi qualora ricevesse richieste di amicizia o di messaggi da persone a lei sconosciute. Da questo risultato si deduce come le ipotesi iniziali siano state confermate grazie all'utilizzo del colloquio istruttivo durante le sedute. Questo strumento si è rivelato essenziale per aver fornito a Silvia consigli utili sul corretto utilizzo dei social e dello smartphone. In questo intervento si è pensato di

coinvolgere le sorelle in quanto, essendo giovani adulte, hanno maggiore conoscenza e dimestichezza nell'utilizzo dello smartphone e dei social (Bobbo & Moretto, 2020, p. 87).

Le ipotesi di partenza inerenti la frequentazione del doposcuola da parte di Silvia erano piuttosto positive. Infatti, sono state confermate dal fatto che Silvia frequenta con continuità e motivazione questa attività. Si è pensato di iscrivere Silvia al doposcuola, perché si tratta di un'attività strutturata e tutelante e perché in questo modo Silvia può essere seguita da persone qualificate e con la necessaria professionalità.

-Area *metacognitiva-simbolica*: Le ipotesi di partenza, pressoché positive, riguardanti la rimozione di comportamenti di fuga dalla scuola e la frequentazione scolastica sono state convalidate dall'utilizzo del colloquio educativo e del colloquio istruttivo. Grazie all'utilizzo di questi strumenti, finora, Silvia non ha più attuato comportamenti di fuga e gli insegnanti hanno anche notato in Silvia un atteggiamento più collaborativo e curioso (Bobbo & Moretto, 2020, p. 87).

Come previsto dalle ipotesi iniziali e confermato grazie all'utilizzo del colloquio educativo, Silvia ha compreso sia l'evoluzione del ciclo di vita sia il fatto di non essere stata abbandonata dalle sue sorelle. Pertanto, lo strumento utilizzato, il colloquio educativo provvisto di momenti precisi per il suo migliore svolgimento si è rivelato molto utile per Silvia perché le ha permesso di cogliere quali siano le relative esigenze da valutare nel corso della vita (Bobbo & Moretto, 2020, p. 87).

Risultati delle attività svolte dai genitori di Silvia:

-Area *metacognitiva-simbolica*: le ipotesi di partenza, pressoché negative, riguardanti l'intraprendere da parte del padre di un percorso di psicoterapia, sono state confutate grazie all'efficacia di questo percorso. Infatti, quest'ultimo si è rivelato talmente utile e valido per il padre da avergli permesso di promuovere un cambiamento tale da far attenuare la sua sofferenza emotiva (Consultorio Antera, 2018).

Dai comportamenti negativi attuati dalla madre nei confronti di Silvia e dal suo carattere alle volte caparbio sono state formulate ipotesi non del tutto positive. In realtà, grazie all'insegnamento da parte dell'operatore, la madre ha iniziato ad adottare strategie e tecniche corrette per una migliore educazione di Silvia. Da questi esiti si desume che le iniziali ipotesi sono state confutate grazie all'utilità degli strumenti

educativi insegnati alla madre. Questi strumenti hanno permesso alla madre di essere consapevole dell'importanza di adottare comportamenti educativi corretti per l'educazione e la crescita di Silvia.

2. Implicazioni per la figura dell'Educatore professionale

Sicuramente il tirocinio è un momento di apprendimento: è un percorso di formazione fondamentale all'interno del corso universitario.

Dal punto di vista delle conoscenze e aspetti teorici ho interiorizzato:

- Compiere delle osservazioni, ed esempio spazio neutro, osservare le dinamiche, raccogliere dati...;
- Realizzare delle griglie di osservazione costruite ad hoc;
- Mettere in pratica strumenti educativi conosciuti prima solo a livello teorico. Questo mi ha permesso di constatare che l'applicazione pratica non sempre è conforme alla teoria;
- Approfondimenti inerenti la disabilità intellettiva.

In un caso come questo l'educatore professionale ha modo di esprimere al massimo le proprie capacità fondate su una solida preparazione teorica. Quanto di seguito ha valore per l'educatore professionale:

-L'educatore ha una visione globale a 360 gradi. Spesso, rispetto ad altri professionisti, è l'unica figura professionale che ha l'occasione di trascorre più tempo con l'utente. Questo gli consente di avere uno sguardo globale sulla persona, di prendere in considerazione molti aspetti e punti di vista diversi (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 188). Ciò premesso, il valore aggiunto che distingue l'educatore professionale dalle altre figure è proprio il fatto che, l'educatore si sofferma su aspetti che, magari, vengono trascurati, ignorati o ritenuti poco rilevanti dagli altri professionisti. Di rimando, l'educatore prende in considerazione questi aspetti per poi attuare una progettazione educativa. Questo è possibile grazie ad uno sguardo centrato sui punti di forza, sulle risorse e sulle capacità resilienti di quell'utente / famiglia (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 189);

-L'Educatore Professionale come "costruttore di ponti" di comunicazione di salute. Avere un collegamento con il territorio è fondamentale per un lavoro completo e globale sulla persona. È importante non soffermarsi sul singolo individuo, ma guardare

quello che vi è attorno. L'ambiente, costituito da una molteplicità di servizi, permette di reinserire un paziente nella quotidianità. La nostra professione, quindi, ha anche il compito di svolgere il ruolo di intermediario tra i diversi contesti e ambienti (Serbati, 2020, p. 21);

-Il saper guardare oltre: sguardo empatico. Lo sguardo dell'educatore è in grado di guardare il futuro mentre osserva il presente. L'educatore può notare quel qualcosa in più che nessun altro professionista può vedere, perché c'è un'intenzione nello sguardo educativo rivolto alla persona in quanto tale, ovvero quella di propensione al cambiamento e non di focalizzarsi sulla diagnosi (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 51);

-L'importanza di formarsi costantemente per essere sempre aggiornati sulle abilità e sulle conoscenze acquisite precedentemente, per una crescita personale e per arricchire le proprie passioni (Cardini & Molteni, 2011, p. 115);

-L'educatore professionale attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto globale elaborato dall'équipe multidisciplinare (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 219), curando il positivo inserimento o reinserimento sociale dei pazienti per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia (Cardini & Molteni, 2011, p. 42);

-L'importanza di mantenere le giuste distanze con gli utenti e le famiglie senza perdere di vista l'obiettivo prefissato per prevenire il *burnout* (Bolcati, Pani, & Sagliaschi, 2009, p. 210);

-L'essere "con" e non solo "per" la persona. L'educatore, come le altre figure professionali, non deve predisporre l'intervento solo "per" la persona ma, "con" e "per" la persona, mettendola in primo piano. Fare sentire il paziente "persona" ancora prima che sia un paziente con una patologia o che si trovi in uno stato di vulnerabilità (Serbati, 2020, p. 25).

PARTE QUARTA

1. Conclusioni

Grazie alla collaborazione tra le varie figure professionali e la famiglia di Silvia è stato possibile realizzare questo progetto educativo. L'obiettivo principale è stato quello di organizzare le giornate di Silvia attraverso attività extrascolastiche strutturate e tutelanti. Ciò mette in evidenza l'importanza del lavoro d'équipe che è "il lavorare insieme tra professionisti di diverse aree disciplinari, nella condivisione delle informazioni, nella compenetrazione dei ruoli, nel confronto e nel rispetto delle competenze proprie e altrui." (Cardini & Molteni, 2011, p. 66).

L'esperienza del progetto educativo di Silvia non ha valore universale perché calibrato sul soggetto in esame. Ciò che può essere considerato, invece, un modello positivo è la metodologia di approccio, almeno per quanto riguarda gli strumenti somministrati che risultano compatibili e generalmente applicabili.

Il progetto educativo ha offerto dei punti di forza, ma ha presentato anche dei punti di debolezza.

I punti di forza che sono stati rilevati sono:

- Le informazioni molto dettagliate sono state raccolte da personale competente e hanno offerto elementi di conoscenza che nessun altro metodo permette di ottenere;
- Ha permesso di considerare le persone nella loro individualità e unicità;
- Ha promosso naturalmente la creazione di situazioni motivanti nel soggetto;
- Ha promosso nel soggetto crescita sociale e personale;
- Il progetto educativo non è uguale per tutti e questo ha permesso all'educatore di sperimentarsi in ambiti e attività nuove e di formarsi sempre.

Attualmente il progetto in corso e non concluso ha presentato i seguenti punti di debolezza:

- I risultati ottimali si ottengono dopo un periodo considerevole (un anno);
- Ha generato alcune reazioni difensive perché percepito, spesso, in chiave negativa;
- Ha comportato un maggiore dispendio di energie rispetto al solito, dato che il periodo è coinciso con l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia;
- L'implementazione del progetto ha risentito delle ben note restrizioni e limitazioni alla relazione attraverso il distanziamento sociale.

Mi sono orientata verso l'ambito della disabilità infantile, poiché lo reputo un ambiente altamente stimolante e affine ai miei interessi e al mio percorso formativo. Sono rimasta soddisfatta della possibilità che mi è stata offerta e di aver potuto svolgere un tirocinio di formazione così fruttuoso, efficace e valido. Ha rappresentato, inoltre, un momento utile per verificare e rafforzare i miei interessi effettivi riguardo uno specifico contesto lavorativo. Trovo di essermi arricchita sia dal punto di vista conoscitivo che da quello personale.

Questa è stata indubbiamente un'occasione per applicare e verificare modelli e schemi concettuali appresi durante il corso di studi.

Il presente lavoro può offrire suggerimenti e spunti per affrontare adeguatamente casi simili quali:

- L'utilizzo di strumenti educativi ("Eco-mappa" e "Linea della vita") si è rivelato molto efficace sia per il raggiungimento degli obiettivi definiti, per conoscere meglio la vita del soggetto che per fare emergere i punti di forza e, sulla base di questi, attuare interventi educativi volti alla valorizzazione delle abilità presenti nell'individuo;

- L'educatore di fronte alle problematiche che si possono presentare durante l'intervento educativo con l'educando deve sempre avvalersi di una relazione educativa di tipo asimmetrica, non paritaria;

- L'educatore quando si avvicina con adolescenti deve creare un legame di fiducia in cui loro percepiscono che li consideri capaci e l'educatore riconosce questa loro parte capace. Alla base di tutto ciò vi è la funzione di *scaffolding*, ovvero l'educatore deve fornire al minore una struttura di sostegno in grado di guidare l'adolescente affinché percepisca che gli strumenti fornitigli non sono coercitivi, ma tutelanti;

- Non esiste un solo modo per essere un educatore professionale, ma ogni operatore deve fare valere la propria personalità (essere curioso, innovativo...) fermo restando i criteri fondamentali del percorso di studi finalizzati alla professione di educatore professionale;

- Il saper guardare in differenti modi: non esiste un metodo specifico, unico e universale per ogni individuo, bensì il metodo deve adattarsi alla situazione che si presenta. L'educatore deve trovare, e se necessario, calibrare il metodo più adeguato in relazione alle problematiche che il paziente presenta: ogni persona è unica e ogni metodo deve soddisfare e rispondere ai bisogni specifici di quella persona.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA). (2001). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi. Quinta Edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Auxillia, F., & Pontello, M. (2012). *Igiene e Sanità Pubblica. Educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità*. Padova: Piccin.
- Bayley, N. (s.d.). *Bayley-III. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition*. . Giunti Psychometrics.
- Bobbo, N. (2020). *La diagnosi educativa in sanità*. Roma: Carocci Faber.
- Bobbo, N., & Moretto, B. (2020). *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Roma: Carocci editore.
- Bolcati, R., Pani, R., & Sagliaschi, S. (2009). *Psicologia clinica e psicopatologia per l'educazione e la formazione*. Bologna: il Mulino.
- Cardini, M., & Molteni, L. (2011). *L'educatore professionale. Guida per orientarsi nella formazione e nel lavoro*. Roma: Carocci Faber.
- Dizionario Garzanti. (1987). *Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana*. Milano: Garzanti.
- Facchinelli, D., & Lo Iacono, G. (2000). *Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità (ICIDH-2)*. Erikson.
- H. Roid, G., & J. Miller, L. (s.d.). *Leiter-R. Leiter International Performance Scale – Revised*. Giunti Psychometrics.
- Leone, L., & Prezza, M. (2003). *Costruire e valutare i progetti nel sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Marcheschi, M., & Pfanner, P. (2019). *Il ritardo mentale. Capire e curare una grave malattia della mente*. Bologna: il Mulino.
- Nuzzo, A., Molteni, L., & Maida, S. (2019). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Roma: Carocci Faber.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (1996). *ICD-10. Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali - Decima revisione*. Milano: Masson.

- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2007). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti (ICF-CY)*. Erikson.
- Serbati, S. (2020). *La valutazione e la documentazione pedagogica. Pratiche e strumenti per l'educatore*. Roma: Carocci Faber.
- Viola, D. (2019). *La disabilità intellettiva. Aspetti clinici, riabilitativi e sociali*. Milano: Edizioni FS.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition*. (A. Orsini, L. Pezzuti, & L. Piccone, A cura di) Giunti Psychometrics.
- Wechsler, D. (2009). *WAIS-IV. Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition*. (A. Orsini, & L. Pezzuti, A cura di) Giunti Psychometrics.
- Wechsler, D. (2019). *WPPSI-IV. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Fourth Edition*. (A. Saggino, G. Stella, & C. Vio, A cura di) Giunti Psychometrics.
- World Health Organization. (2016). *ICD - 10. Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*. (C. C. OMS, Trad.)

SITOGRAFIA

- Consultorio Antera. (2018, Settembre 27). *Consultorio Antera. Associazione ONLUS. Centro di prevenzione e aiuto psicologico*. Tratto il giorno Marzo 23, 2022 da La psicoterapia: che cos'è e come funziona un percorso di psicoterapia: <https://www.consultorioantera.it/articoli-di-psicologia-e-psicoterapia/la-psicoterapia-che-cos-e-e-come-funziona-un-percorso-di-psicoterapia.html>
- Il Picture Exchange Communication System (PECS)*. (s.d.). Tratto il giorno Febbraio 25, 2022 da <https://pecs-italy.com/il-picture-exchange-communication-system-pecs/>
- Riso, M. (2009, Settembre). *01 convenzione onu ita*. Tratto il giorno Febbraio 15, 2022 da La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità:
https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2016/07/c_01_convenzione_onu_ita.pdf
- Tommasi, V. (2021, Gennaio 18). *Hip hop: cos'è, quali sono gli stili, come ci si allena, benefici e controindicazioni*. Tratto il giorno Marzo 13, 2022 da [www.melarossa.it: https://www.melarossa.it/fitness/sport/hip-hop/](https://www.melarossa.it/fitness/sport/hip-hop/)

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1. Privacy

Figura 2. Griglia osservativa per il paziente

Figura 3. Griglia osservativa per l'équipe multiprofessionale

Figura 4. Scheda organizzazione settimanale (estratto)

Figura 5. Eco-mappa (Bryce - 2000)

Figura 6. Linea della vita (Horwarth, 2010; Sunderland, 1996) - Esempio)

Figura 7. Diagramma di GANTT

Dichiaro che nel trattamento dei dati personali di soggetti coinvolti nel caso clinico che presenterò ai fini della mia ricerca, ho agito e agirò nel puntuale rispetto degli obblighi inerenti il trattamento dei dati personali, così come previsti e imposti dall'attuale T.U. (Testo Unico) vigente in Italia D.lgs. (Decreto Legislativo) 196/2003 e dai principi del Regolamento Europeo 679/2016, esonerando a tale riguardo il mio relatore da ogni responsabilità inerente mie eventuali omissioni o negligenze.

In particolare, dichiaro di avere verificato che la famiglia del soggetto protagonista del caso esaminato per la mia ricerca ha espresso consenso scritto all'utilizzo della vicenda per finalità di ricerca scolastica e pubblicazione tesi.

Dichiaro che il presente lavoro non conterrà dati di qualunque genere (es. iniziali, nomi, età, genere, professioni, centri di terapia ...) che possano rendere riconoscibili i soggetti cui il caso clinico si riferisce e che non siano strettamente necessari ai fini della ricerca per la mia tesi di laurea.

Sono consapevole che il relatore si riserva, su propria insindacabile valutazione, il diritto di espungere (vuol dire "eliminare") dal materiale da me fornito e destinato alla pubblicazione eventuali identificativi diretti e indiretti relativi a soggetti interessati (protagonista del caso in esame e/o terzi), che possano rendere identificabili tali soggetti.

In fede

Data

Firma del Relatore

Firma dello studente

Figura 1. Privacy

Indicatori	Frequenza			
	Per niente	Poco	Abbastanza	Del tutto
Viene rispettata la privacy del paziente?				X
Vi è un percorso di presa in carico del paziente?				X
Esiste un PEI o altra progettazione per il paziente?				X
La documentazione riferita al paziente è completa, in ordine, comprensibile?			X	
La famiglia dell'utente riceve sostegno, coinvolgimento e supporto da parte del Servizio di Neuropsichiatria Infantile?				X
Gli obiettivi prefissati rispettano i reali bisogni (educativi, assistenziali) degli utenti?				X
Sono state rispettate le norme anti-Covid durante gli incontri d'équipe?				X
Sono stati utilizzati correttamente i dovuti Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)?				X

Figura 2. Griglia osservativa per il paziente

Indicatori	Frequenza			
	Per niente	Poco	Abbastanza	Del tutto
Gli operatori rispecchiano l'organigramma?				X
Vengono fatti momenti d'équipe?				X
Esiste comunicazione formale tra gli operatori?				X
Esistono formule informali tra gli operatori?	X			
Sono state rispettate le norme anti-Covid durante gli incontri d'équipe?				X
Sono stati utilizzati correttamente i dovuti Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)?				X

Figura 3. Griglia osservativa per l'équipe multiprofessionale

LA MIA SETTIMANA



Settimana dal al Mese:

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
7:00							
8:00							
9:00							

Figura 4. Scheda organizzazione settimanale (estratto)

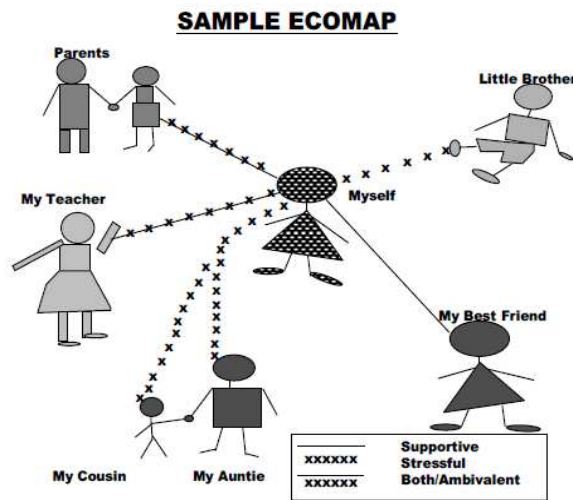


Figura 5. Eco-mappa (Bryce - 2000)

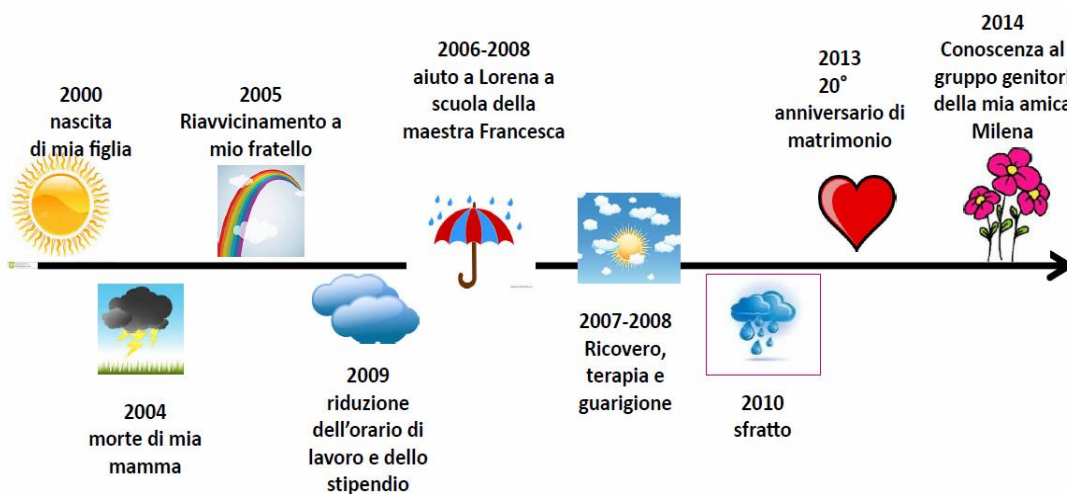


Figura 6. Linea della vita (Horwarth, 2010; Sunderland, 1996) - Esempio

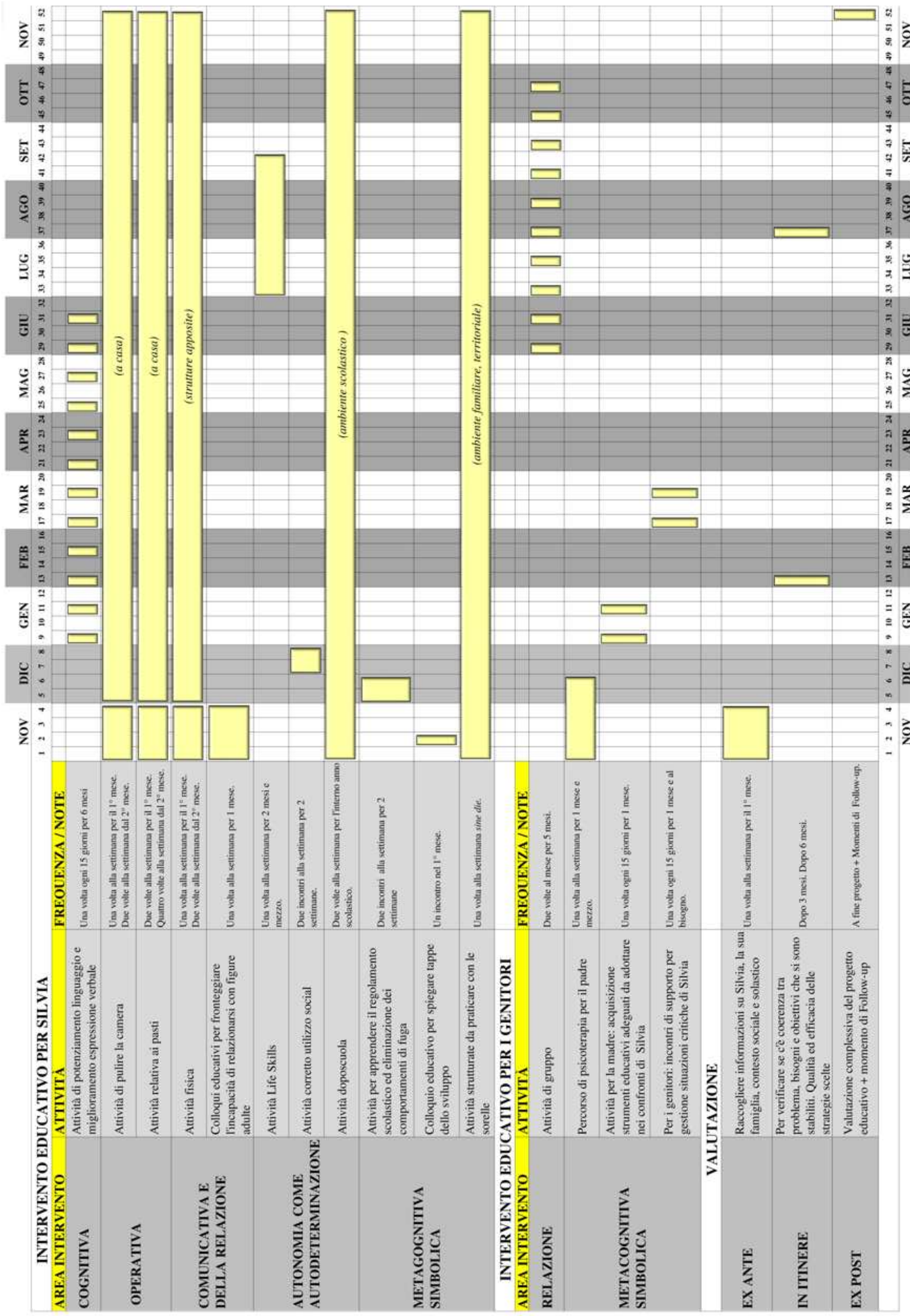


Figura 7. Diagramma di GANTT