

Materiale didattico

CORSO PER
COLLABORATORI SCOLASTICI DELLA PROVINCIA DI VARESE

“Assistenza di base ad alunni in situazione di handicap”

5 Edizioni: Giugno – ottobre 2017

MATERIALE DIDATTICO

In base al DL 16.11.1994 n. 685 art. 5 e in attuazione alla Direttiva CEE 92/100, il materiale viene fornito ai fini esclusivi di studio personale e sostituisce la trascrizione manuale. Il corsista si assume ogni responsabilità per l'uso che ne verrà fatto, essendo vietata qualsiasi riproduzione o pubblicazione (L. 159 del 22.05.93).

www.emedea.it - www.lanostrafamiglia.it

Modulo 1

- Puericoltura di base ed igiene
- Nozioni di primo soccorso e prima assistenza

Maria Grazia Menegotto – Infermiera, Associazione La Nostra Famiglia
Sede di Castiglione Olona (Va).

Premessa

Disabili si nasce, ma spesso si diventa per incidenti, malattie o semplicemente perché l'**età ci rende inabili nella quotidianità** infatti secondo i dati Censis sono circa **4 milioni le persone disabili** che vivono in Italia.

Esistono disabilità che si vedono e altre invisibili, sofferenze legate alla limitazione del movimento e altre connesse all'anima come **disagio, paura, imbarazzo e difficoltà**.

Nel mondo **d'oggi è difficile se non impossibile descrivere cosa sia la normalità,**
la diversità è l'unica cosa che abbiamo tutti in comune.

Cosa è la disabilità?

La **disabilità** è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale (Treccani)

In realtà, non esiste a livello internazionale un'univoca definizione del termine, anche se il concetto della *disabilità* è stato dibattuto in occasione [Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità](#), redigendo un documento finale approvato dall'Assemblea generale il 25 agosto 2006 che consente di combattere le [discriminazioni](#) e le violazioni dei diritti umani.

Come classificarla?

- Secondo la nuova classificazione (approvata da quasi tutte le nazioni afferenti all'ONU) il termine disabilità identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale;

I fattori biomedici e patologici non sono gli unici presi in considerazione (come in passato) , ma l'approccio alla disabilità diventa multiprospettico: biologico, personale, sociale e i termini utilizzati sono: Strutture Corporee, Attività e Partecipazione.

lo standard diventa così più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali, non più solo quelli organici.

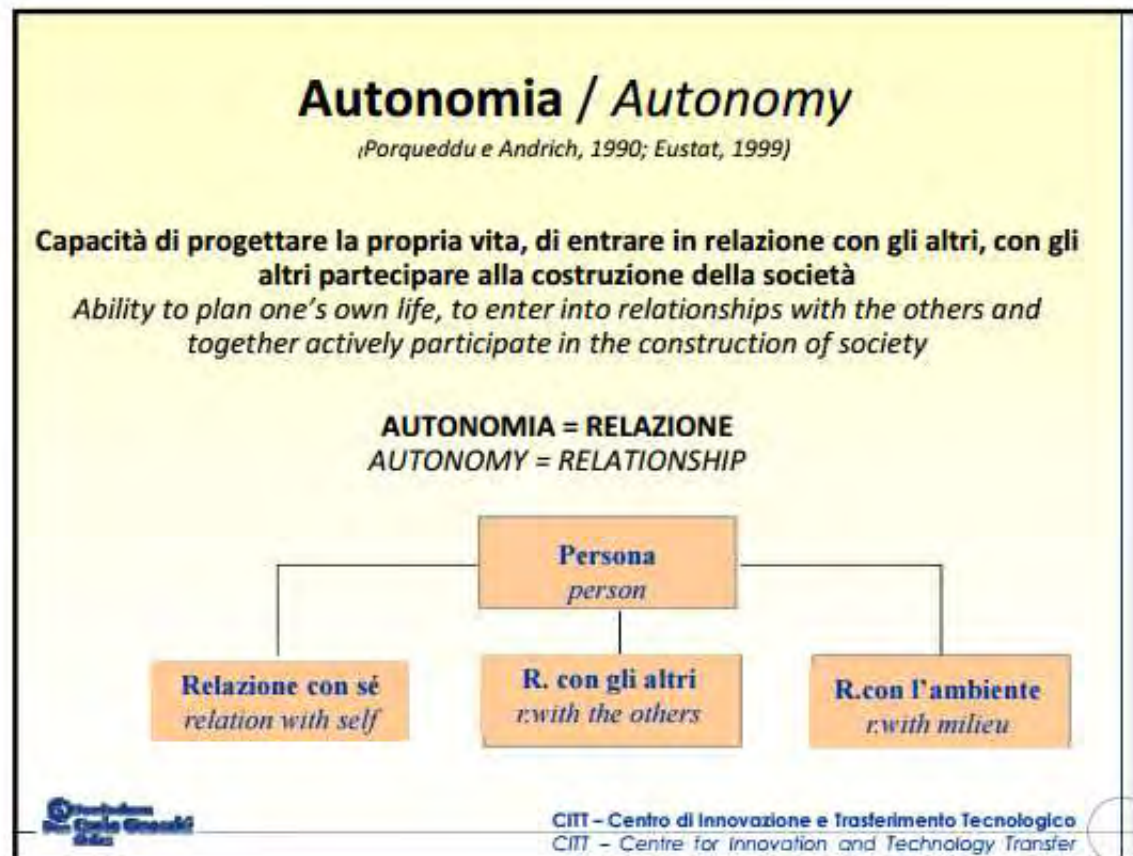
Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della

Salute per Bambini e Adolescenti,

- la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti, nota come ICF-CY, deriva dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) (OMS), con la quale è del tutto compatibile. In quanto tale, include alcune informazioni maggiormente dettagliate rispetto all'applicazione dell'ICF per documentare meglio le caratteristiche dei bambini e degli adolescenti fino all'età di 18 anni.
- l'ICF-CY è complementare all'ICD-10 e ad altre classificazioni derivate e connesse, in quanto fornisce un modello di riferimento e un linguaggio standardizzato per la descrizione della salute e degli stati correlati alla salute nei bambini e negli adolescenti.
- **La partecipazione** viene definita come il «coinvolgimento in una situazione di vita» di una persona e rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.
- Per i bambini più grandi gli ambienti della vita quotidiana sono strettamente connessi alla famiglia, alla casa e alla scuola e, per gli adolescenti, si diversificano gradualmente nel contesto più ampio della comunità e della società. La modificazione degli elementi sociali e psicologici dell'ambiente immediato del bambino può comportare anche l'offerta di sostegno sociale per la famiglia e di istruzione per i caregiver. La natura e l'entità del sostegno ambientale varieranno in funzione dell'età del bambino, in quanto le esigenze di un bambino sono diverse da quelle di un neonato o di un adolescente. La modificazione degli ambienti meno immediati può prendere la forma di politiche nazionali o di normative miranti a garantire l'accesso dei minori all'assistenza sanitaria, ai servizi sociali e all'istruzione.
- Con la [Legge 3 marzo 2009, n. 18](#) il Parlamento ha autorizzato la ratifica della [Convenzione delle Nazioni Unite](#) sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007

Quale è l'obiettivo principale per chi interagisce con la
disabilità?

Il perseguire o il mantenere la maggiore autonomia
possibile della persona



La normativa Italiana

- **FORMAZIONE** - Al fine di garantire l'omogeneità degli obiettivi formativi, la nota del MIUR n. 3390 indica gli standard di competenza per un qualificato esercizio della funzione di assistenza agli alunni disabili, individuando una serie di competenze utili a rendere possibile all'alunno disabile l'autonomia corporea, di movimento e di relazione: la puericultura di base e l'igiene, la relazionalità , l'individualizzazione degli interventi, le prime nozioni di pronto soccorso e di prima assistenza.

Cosa significa Assistere?

Stare vicino a una persona per offrirle appoggio e aiuto, o per coadiuvarla e darle la propria collaborazione nella sua attività, o comunque per giovarle materialmente o moralmente: *a. un malato, un anziano; a. i poveri; a. un giovane negli studi* (Treccani)

Requisiti per essere in grado di “ASSISTERE”

- Sapere
- Saper Fare
- Saper essere

Requisiti per poter “ASSISTERE”

- **Sapere**

- Saper Fare
- Saper essere

Cos'è l' IGIENE?

IGIENE : definizione

Disciplina che ha per fine la **promozione e la conservazione della salute** a livello individuale e collettivo, attraverso il **potenziamento dei fattori utili** e **l'allontanamento o correzione dei fattori responsabili delle malattie**, in modo da conseguire uno **stato di completo benessere fisico, mentale e sociale** nei singoli e nella collettività

- L'Igiene pertanto è "la disciplina che si propone di promuovere e conservare la salute sia individuale che collettiva".
- L'Igiene è una disciplina caratterizzata da tre peculiarità:
 - l'oggetto del proprio interesse non è l'uomo malato bensì quello "sano";
 - l'ambito di intervento non è limitato solo al singolo individuo bensì esteso all'intera collettività;
 - la tipologia degli interventi non sono limitati all'uomo bensì estesi all'ambiente fisico, biologico e sociale nel quale esso si trova inserito.

Personalì

Aspetti fisici

nutrizione, situazione immunitaria
benessere fisico

Aspetti psichici

identità affermata, stabilità
emotiva, situazione affettiva

Aspetti culturali
educazione sanitaria

Comportamentali

Abitudini di vita

abitudini personali corrette, sonno
e svago sufficienti

Lavoro

appagante, stimolante e non
stressante

Aree di interesse

Ambiente fisico

buona qualità aria, acqua e suolo

Ambiente biologico

qualità alimentare, protezione microbiologica

Ambiente sociale

Buone condizioni igieniche, lavoro
non nocivo, integrazione sociale,
servizi sanitari, scolastici e sociali
adeguati

Ambientali

Quale è il compito istituzionale che
ci viene richiesto?

Fare PREVENZIONE

La prevenzione

**Ha il compito di impedire l'insorgenza e la
progressione delle malattie, per mezzo di
interventi sulla popolazione e sull'ambiente di
vita e di lavoro.**

I LIVELLI DELLA PREVENZIONE

A seconda degli obiettivi e dei metodi di intervento distinguiamo quattro tipi di prevenzione:



❖ prevenzione primaria (impedire l'insorgenza di malattia . es: corretti comportamenti - vaccinazioni);

❖ prevenzione secondaria (agisce per evitare ulteriori casi di malattia su soggetti apparentemente sani es. screening tumorali);

❖ prevenzione terziaria (utilizzo di terapie per impedire evoluzione della malattia);

❖ prevenzione quaternaria (riabilitazione per impedire invalidità).

Educazione sanitaria e prevenzione delle malattie

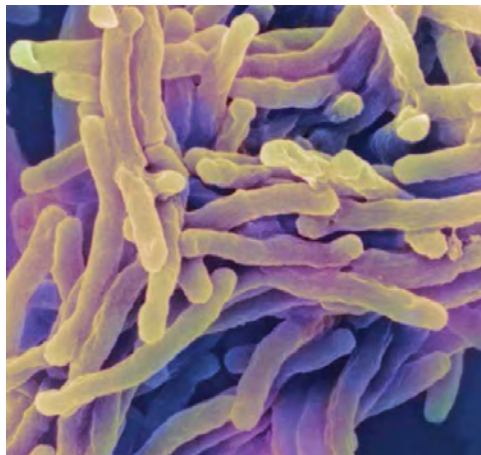
Scopo dell'educazione sanitaria è quello di indurre una scelta cosciente del proprio stile di vita, evitando comportamenti nocivi alla salute.

Il nostro modo di agire, oltre ad essere corretto, deve anche essere educativo e di esempio

affinché l'adozione di comportamenti corretti restino nella memoria degli alunni assistiti.

I rischi infettivi

Abbiamo il dovere di conoscere cosa rischiamo!



Anopheles Stephensi, uno dei vettori della malaria

Definizione di malattia infettiva

Una malattia infettiva è una malattia determinata da agenti patogeni che entrano in contatto con un individuo.

Tali agenti causali possono essere:

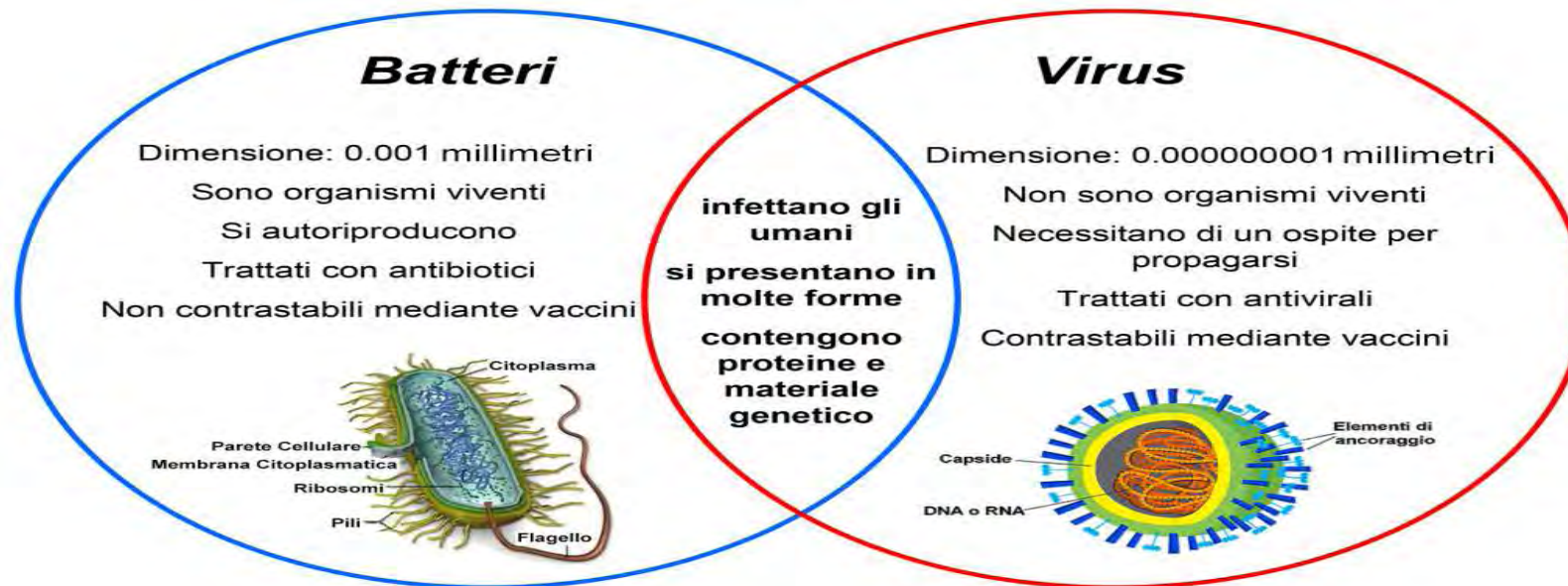
batteri,virus, funghi o miceti, elminti o vermi,muffe e protozoi.

La malattia è il risultato della complessa interazione tra il sistema immunitario e l'organismo estraneo.

La branca che studia tali patologie è chiamata Infettivologia.

Virus e batteri

- I batteri sono organismi unicellulari, quindi assimilabili a organismi viventi completi e possono riprodursi autonomamente.

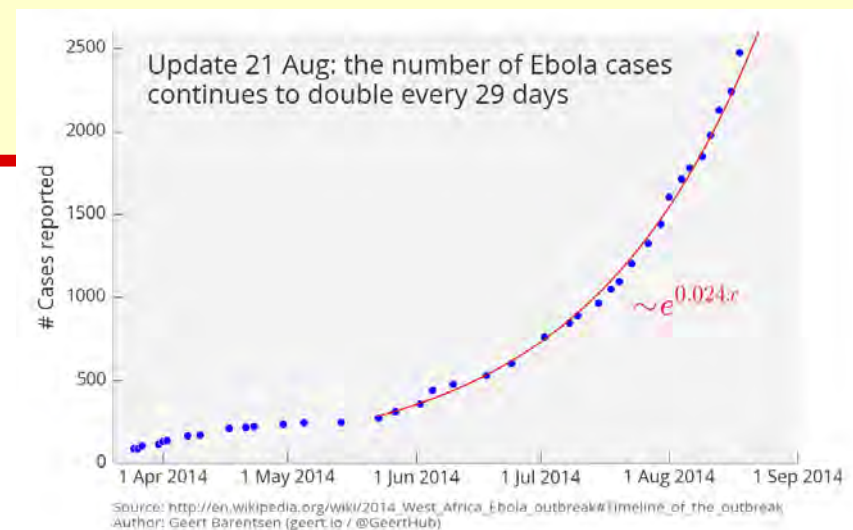


- I virus sono, mediamente, 100 volte più piccoli e non possiedono una struttura cellulare completa. Ciò li rende incapaci di riprodursi autonomamente e, per potersi replicare, devono quindi entrare in una cellula ospite, infettandola

Caratteristiche di una malattia infettiva

Una malattia, per essere definita “infettiva”, deve rispondere a determinati criteri epidemiologici, cioè:

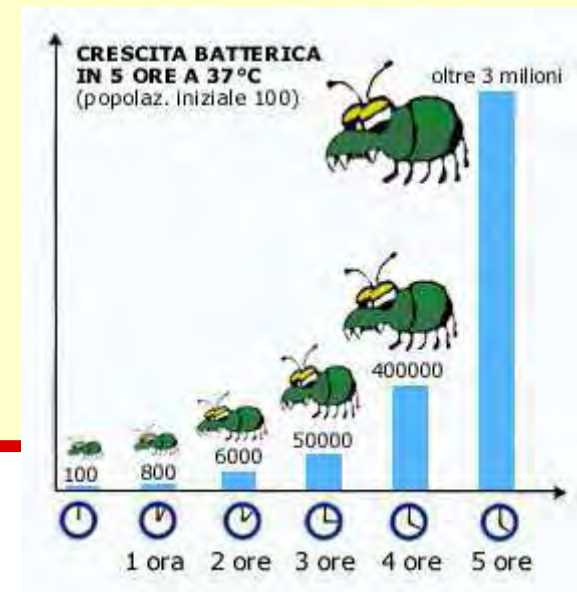
- 1) deve colpire indiscriminatamente entrambi i sessi.
- 2) deve diffondersi secondo un ritmo esponenziale (legge di Farr)



Definizione di infezione

Con il termine infezione si intende la penetrazione e la moltiplicazione di microrganismi (virus, batteri, miceti, protozoi, metazoi) in un macrorganismo (pianta, animale, uomo).

L'infezione è la premessa per una malattia infettiva.



Evoluzione dell'infezione

L'evoluzione di un'infezione in malattia infettiva dipende da vari fattori:

- dalle caratteristiche dell'agente eziologico (microrganismo)**
- dalle caratteristiche del sistema immunitario dell'ospite**
- dalle caratteristiche ambientali**

Evoluzione dell'infezione dipende da:

Caratteristiche dell'agente eziologico (microrganismo)

- **contagiosità**- capacità di contagio
- **Tenacia** –resistenza all'ambiente
- **Invasività**- capacità di moltiplicarsi
- **Vitalità**- capacità di azione
- **Virulenza** -capacità superare le difese dell'organismo
- **Patogenicità** - capacità di creare un danno



Evoluzione dell'infezione dipende da:

Caratteristiche del sistema immunitario dell'ospite:

- **immunità naturale o innata:** è evolutivamente più antica e consente il riconoscimento di un repertorio limitato di antigeni.
- **immunità acquisita: dopo vaccinazione o dopo malattia**
- **immunità soggettiva momentanea**

Evoluzione dell'infezione dipende da:

Caratteristiche ambientali

- **situazioni climatiche (clima umido)**
- **situazioni socio economiche dell'area in cui microrganismo e ospite si trovano (scarsa o assente igiene, carenze alimentari ...)**

Rapporto germe ospite nelle malattie infettive

Il rapporto che il germe instaura con l'ospite è generalmente di tipo parassitario, poiché, per sopravvivere e moltiplicarsi, l'organismo estraneo, ha bisogno di sfruttare alcune funzioni vitali dell'ospite.

Il corpo umano, dal canto suo, quando viene a contatto con un germe si difende adottando sistemi di mantenimento del proprio equilibrio interno.

Rapporto germe ospite nelle malattie infettive

La prima barriera è costituita dalla cute e dalle mucose, che resistono alla penetrazione dei microrganismi con un'azione antimicrobica in parte di natura meccanica (lacrime, saliva, urine), in parte di natura chimico-fisica (basso ph, acido gastrico).

Successivamente il sistema immunitario provvede alle difese contro gli agenti microbici, producendo anticorpi specifici.

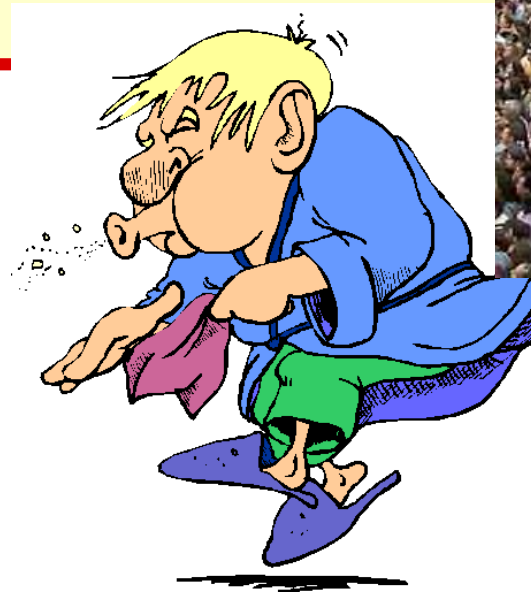
Periodo di incubazione

Il tempo che intercorre tra il contatto tra un microbo e il corpo umano fino all'apparire dei sintomi viene chiamato "periodo di incubazione", che è diverso a seconda della malattia infettiva e dipende dai rapporti che si instaurano tra il germe e l'ospite.

È in questo periodo che si parla di infezione

Le principali vie di trasmissione di agenti patogeni

- via aerea
- per contatto



Le principali vie di trasmissione di agenti patogeni

1- via aerea:

- **per disseminazione di goccioline di piccolissime dimensioni** contenenti microrganismi, che rimangono a lungo sospese nell'aria (TBC, varicella, morbillo).
- **per disseminazione di goccioline di grosse dimensioni**, contenenti microrganismi, che vengono espulse dal malato a breve distanza nell'aria e depositate per esempio sulla congiuntiva di un ospite, sulle mucose nasali o nella bocca. Queste goccioline sono generate durante la tosse, gli starnuti, parlando e durante l'esecuzione di alcune procedure come la aspirazione delle vie aeree (meningococco, parotite).

Le principali vie di trasmissione di agenti patogeni

2- Trasmissione per contatto: è il più frequente modo di trasmissione delle infezioni, a sua volta divisa in due sottogruppi:

- *per contatto diretto*
- *per contatto indiretto.*



- ***La trasmissione diretta:***
comporta un contatto diretto da superficie corporea a superficie corporea e un trasferimento fisico di microrganismi fra una persona infetta o solo colonizzata ed un ospite suscettibile (per es. immunodepresso).



La trasmissione indiretta:

comporta un contatto di un ospite suscettibile con un oggetto contaminato che fa da intermediario.

Tale oggetto, può essere uno strumento contaminato, un indumento o le mani contaminate che non sono state lavate o i guanti che non sono stati cambiati tra un Paziente e l'altro.



Manifestazione delle malattie infettive

Dal punto di vista epidemiologico, le malattie infettive hanno caratteristiche diverse di diffusione.

Ci sono malattie molto contagiose e altre che lo sono meno.

In base alla suscettibilità della popolazione e alla circolazione del germe, una malattia infettiva può manifestarsi in una popolazione in forma epidemica, endemica o sporadica.

Classificazione delle infezioni in base alla diffusione nella popolazione

Epidemica: moltissime persone in una comunità

Endemica: casi sempre presenti nella comunità, ma in numero contenuto

Sporadica: caso singolo in una comunità

Classificazione delle infezioni in base alla diffusione: epidemia

L'epidemia si verifica quando un soggetto ammalato contagia più di una persona e il numero dei casi di malattia aumenta rapidamente in breve tempo.

L'infezione si diffonde, dunque, in una popolazione costituita da un numero sufficiente di soggetti suscettibili.

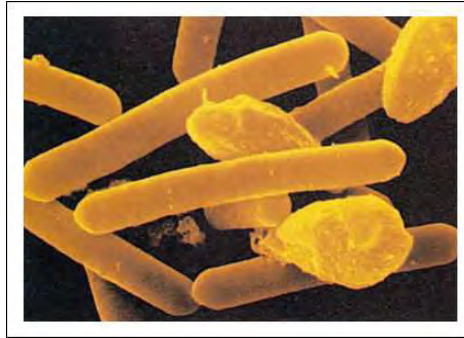
Spesso ci si riferisce al termine di epidemia quando si presenta un aumento del numero dei casi oltre l'atteso, in una particolare area e in uno specifico intervallo temporale.

Epidemia: la peste o morte nera



La peste è una malattia infettiva causata da un batterio- *Yersinia pestis*- presente nelle pulci ospitate da animali come topi e conigli

Epidemia: il colera



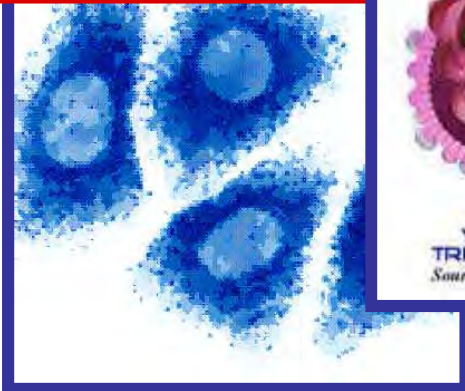
Zimbabwe, il colera completa il disastro



Il colera è una malattia a trasmissione oro-fecale: può essere contratta in seguito all'ingestione di acqua o alimenti contaminati da materiale fecale di individui infetti (malati o portatori sani o convalescenti). I cibi più a rischio per la trasmissione della malattia sono quelli crudi o poco cotti e, in particolare, i frutti di mare. Anche altri alimenti possono comunque fungere da veicolo.

Classificazione delle infezioni in base alla diffusione nella popolazione: endemia

Una malattia si considera **endemica** quando l'agente responsabile è stabilmente presente e circola nella popolazione, manifestandosi con un numero di casi più o meno elevato, ma uniformemente distribuito nel tempo.



Classificazione delle infezioni in base alla diffusione: sporadicità

Sporadicità

Il caso sporadico è quello che si manifesta in una popolazione in cui una certa malattia non è stabilmente presente.

Tuttavia, alcune malattie infettive non contagiose, abitualmente sporadiche (come il tetano), sono causate da microrganismi stabilmente presenti nel territorio.

In questi casi, i germi sono confinati nei loro serbatoi naturali e solo eccezionalmente penetrano in un ospite umano dando luogo alla malattia.

Spore del tetano presenti nell'ambiente



Clostridium tetani



Tetano



MALATTIE ESANTEMATICHE

Malattie esantematiche

- Caratterizzate da rash cutaneo
- In genere conferiscono immunità permanente
- Il contagio avviene per contatto interumano attraverso le goccioline respiratorie
- Incidenza stagionale e ricorrenza epidemica
- Coincidono con l'entrata del bimbo in comunità
- Sono tutte di origine virale tranne la scarlattina
- Molte prevenibili attraverso vaccinazione

Malattie Esantematiche

- Gli esantemi sono eruzioni cutanee che compaiono nel corso di varie malattie infettive, stati tossici, stati allergici.
- In alcune forme infettive, tipiche ma non esclusive dell'età infantile, tali manifestazioni rappresentano il sintomo più frequente e più costante



Malattie Esantematiche

Malattie esantematiche di maggiore interesse

- **Morbillo** (Paramyxovirus, genere Morbillivirus)
- **Scarlattina** (Streptococcus pyogenes-gruppo A)
- **Rosolia** (Togavirus, genere Rubivirus)
- **Varicella** (Herpes virus)
- **Quinta Malattia** (Parvovirus)
- **Sesta Malattia** (Herpesvirus)

Malattie esantematiche:

elementi diagnostici rilevanti (come riconoscerle)

- **Lesione elementare** : macula, papula, vescicola, pustola, crosta
- **Numero, dimensioni e distribuzione delle lesioni elementari**
- **Evoluzione nel tempo**
- **Enantema (interessamento delle mucose)**
- **Altre manifestazioni** (desquamazione, macchie di Koplik)
- **Periodo di invasione:**
intervallo di tempo tra l'inizio della febbre e l'inizio dell'esantema

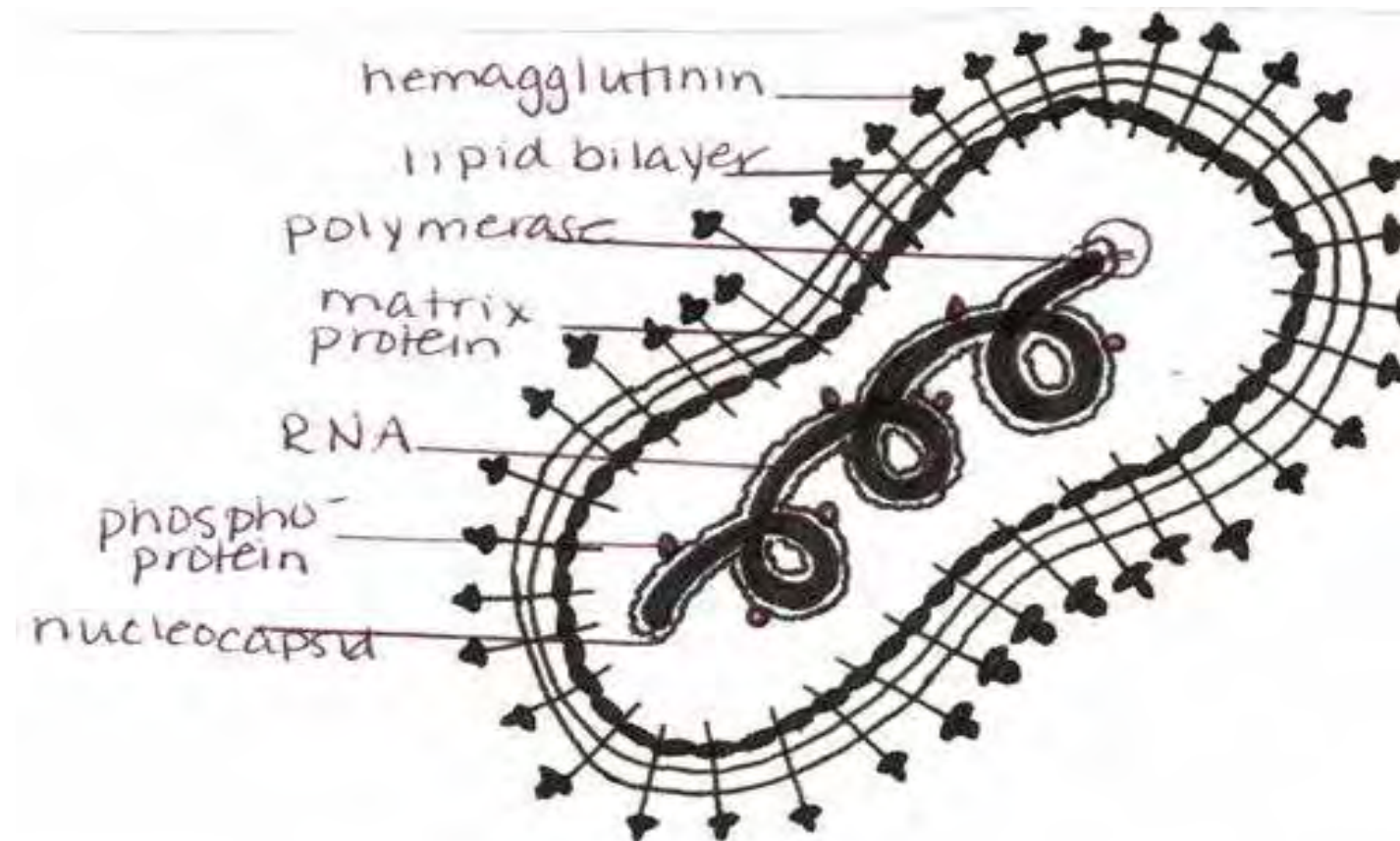
MORBILLO

- **Definizione** : Malattia infettiva acuta altamente contagiosa e diffusiva caratterizzata da febbre, infiammazione catarrale delle congiuntive, mucosa orale e prime vie aeree e da un esantema maculo papulare diffuso, tipico.

Morbillo

L'agente causale è un **Paramyxovirus**

Durante la malattia è presente nel faringe, nella congiuntiva, nel sangue, nelle urine e in altri tessuti del paziente.



Morbillo: epidemiologia

- M. endemica diffusa in tutto il mondo: 45 milioni casi/anno, 1 milione di morti/anno (OMS)
- Incidenza stagionale: inverno, primavera
- Superati i 20 anni il 90-95% della popolazione è immune
- Trasmissione interumana diretta (virus labile)
- Contagio : secrezioni rinofaringee → fine incubazione dai primi sintomi (febbre) ai primi giorni periodo esantematico
- Ingresso virus: congiuntiva (membrana che protegge il globo oculare), mucosa prime vie aeree

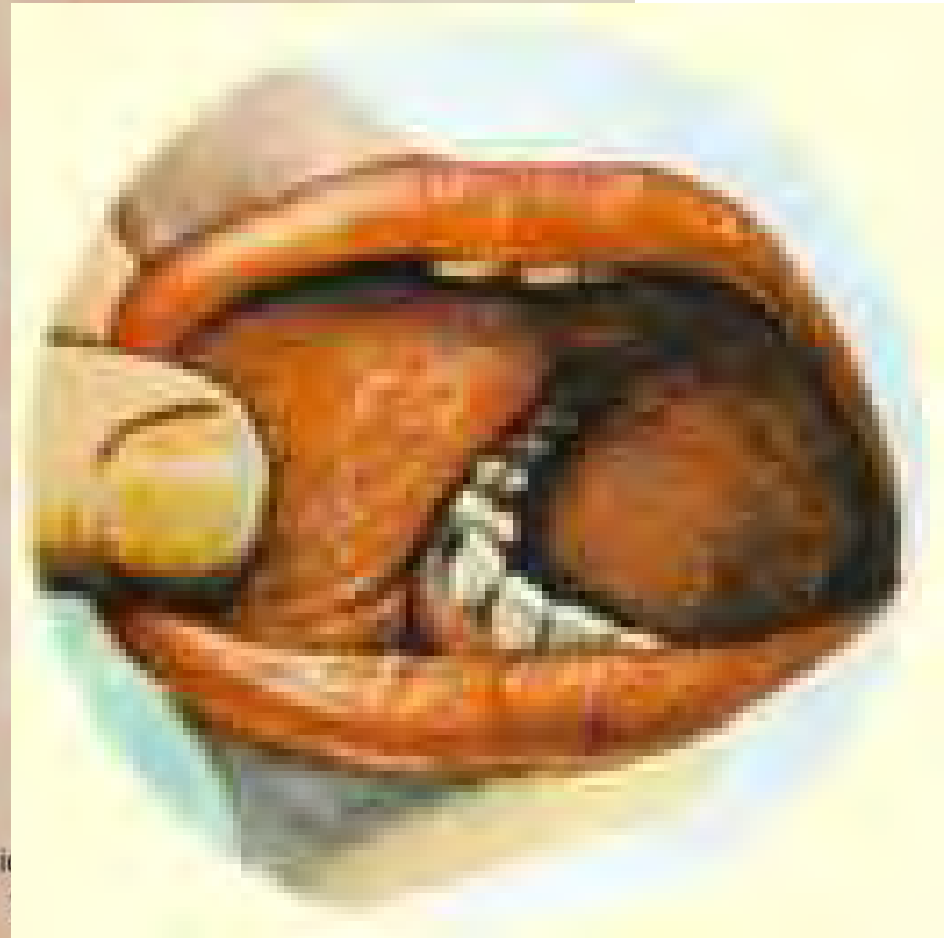
Morbillo: Clinica

Malattia sempre sintomatica

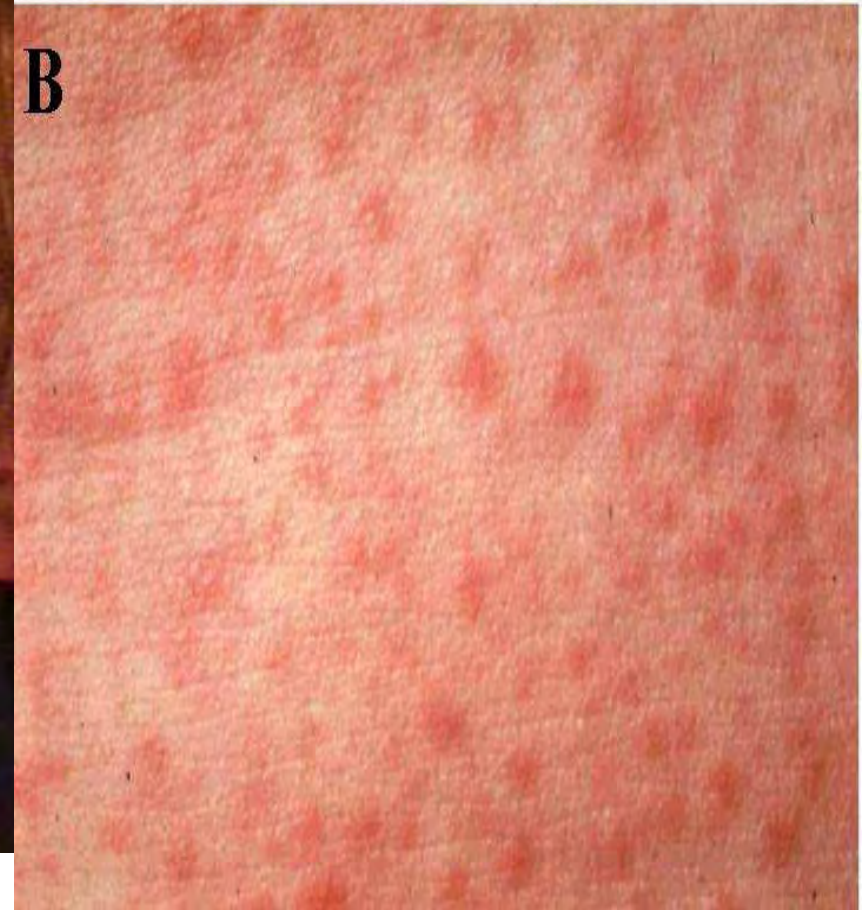
- Incubazione: 10-14 giorni
- Periodo di invasione: 3-5 giorni .
- Febbre, malessere generale, rinite, bronchite, congiuntivite→mucositi

Macchie di Köplik alla fine della fase pre-esantematica : chiazze a spruzzatura di calce su mucosa gengivale all'altezza del secondo molare inferiore

Macchie di Koplik



Morbillo: facies morbillosa



Morbillo: profilassi

- **Profilassi passiva:** entro 72 ore dalla esposizione Immunoglobuline specifiche o Immunoglobuline normali
- **Profilassi attiva:** vaccino vivo attenuato altamente efficace. Fortemente raccomandato, non obbligatorio
I^a dose 15° mese (Campania 12 – 15 m)
II^a dose: 5-12 anni per ridurre insuccessi vaccinali (<5%)

ROSOLIA- Definizione

- **rosolia acquisita** Malattia infettiva acuta contagiosa causata da un Togavirus e caratterizzata da un quadro tossinfettivo di modesta intensità e da un esantema discreto → evoluzione benigna
- **rosolia congenita** Contratta durante la gravidanza, può determinare morte del feto o comparsa di gravi malformazioni

Rosolia:epidemiologia

- Malattia endemica, ubiquitaria
- Picchi epidemici ogni 5-10 anni
- Prevalente nei bambini (età scolare), ma colpisce anche adulti
- Incidenza stagionale : inverno, primavera
- Lascia immunità permanente: 80% adulti
- Il 50-60% casi decorre senza esantema

Rosolia

- Trasmissione mediante secrezioni respiratorie (da – 5-7 a + 5-7 giorni dall'esordio del rash)
- Penetrazione attraverso la congiuntiva o mucosa respiratoria
- Il neonato con infezione congenita rimane portatore del virus per 12-18 mesi
→ pericolosa fonte di contagio
- Penetrazione, Moltiplicazione a livello della mucosa vie aeree e linfonodi cervicali
- Viremia 6°-7° g. prima del rash → localizzazione cute/ linfoghiandole
- La viremia cessa con l'inizio dell'esantema e la comparsa di ab specifici
- Gravidanza: viremia → infezione placentare , invasione torrente circolatorio fetale → infezione disseminata, necrosi tessuti embrionali con esiti devastanti per il feto.
- Il neonato continua ad eliminare virus per molti mesi dopo la nascita.

Rosolia acquisita : clinica

- **Forma sub-clinica 50-60% casi (con viremia)**
- **Incubazione : 16-18 giorni, asintomatica**
- **Periodo esantematico:**
Febbre non molto elevata, risolve in 3 gg.
Condizioni generali poco interessate

Rosolia: esantema



Rosolia : Profilassi

- **Profilassi passiva:** Immunoglobuline specifiche nella gravida → subito dopo l'esposizione, non modificano la risposta sierologica e possono ridurre il rischio di embriopatia
- **Profilassi attiva:** vaccino vivo attenuato
Raccomandato a tutte le bambine prepuberi e donne in età fertile sieronegative in grado di evitare la gravidanza nei 3 mesi successivi l'inoculazione.
- Vaccinazione trivalente (morbillo-rosolia-parotite) al 15° mese. Rivaccinazione 5°-12° anno

SCARLATTINA

Eziologia: Streptococco β -emolitico di gruppo A (S. Pyogenes) produttore della cd. tossina eritrogenica.

Incubazione: 2-3 giorni.



Fase prodromica: faringotonsillite con febbre elevata, cefalea, dolori addominali, vomito. La febbre (se non si usa adatta terapia antibiotica) dura 3-6 giorni. In caso di adatta terapia antibiotica la febbre scompare dopo 12-24-36 ore.

Esantema: maculopapuloso (elementi piccoli 0,5-1-2 mm, rosso vivo, aspetto vellutato per la tendenza a confluire senza lasciare zone di cute indenne), inizia alla radice degli arti e diffonde a tutta la cute in modo uniforme. Coesiste enantema: lingua inizialmente bianca patinosa con margini rossi→rosso lampone. Linfadenomegalia laterocervicale dolente.

Dopo una settimana segue una desquamazione furfuracea soprattutto alle mani e ai piedi (attualmente si osserva raramente per la somministrazione della terapia antibiotica).





VARICELLA

Eziologia: Varicella-zoster (VZ), un DNA-virus appartenente alla famiglia degli Herpesviridae.

Epidemiologia: e' una affezione ad elevata contagiosità (indice di contagiosità: 90%), con incidenza più elevata nei bambini di età compresa tra 5 e 9 anni.

L'incubazione e' di 12-21 gg. Il contagio avviene dalla fine dell'incubazione fino al 5° giorno dopo l'ultima pousse' di vescicole.

La prima infezione da virus VZ si trasmette attraverso il contatto diretto di soggetti suscettibili con pazienti affetti da varicella; sorgente di infezione: vescicole cutanee e secrezioni espiratorie. Risulta contagiosa da un giorno prima a circa 6 giorni dopo l'esordio dell'eruzione cutanea (i neonati possono acquisire la malattia dalla madre che contrae la varicella alla fine della gestazione).

VARICELLA: QUADRO CLINICO

Periodo prodromico: febbre e malessere generale della durata di circa 24 ore; subito dopo compare l'esantema.

Esantema: lesioni inizialmente maculo-papulari che evolvono in vescicole di 2-3 mm. di diametro, circondate da un alone eritematoso, a contenuto dapprima liquido ed in seguito torbido (pustole); entro 4-6 giorni queste lesioni si trasformano in croste che in seguito cadono senza lasciare cicatrici evidenti (a volte cicatrici appena visibili).

L'esantema della varicella si manifesta inizialmente alla parte superiore del tronco quindi al volto, al cuoio capelluto ed alle estremità.





Calendario vaccinale... sino a “ieri”

- Stabilisce la tempistica delle vaccinazioni raccomandate (in Italia non esisteva più l'obbligo di vaccinare i bambini, in ottemperanza alla normativa europea).
- L'attuale calendario nazionale prevede che tutti i bambini vengano protetti verso nove malattie: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, Epatite B, *Haemophilus influenzae di tipo b*, morbillo, rosolia e parotite. Esiste un vaccino esavalente che ne contiene 6.
- La prima vaccinazione va effettuata al 3[^] mese, con richiami al 5[^] e 11[^] m
- Richiami: anti-polio 5-6 aa; anti-difterite/tetano: 5 aa, e ogni 10 aa
- > 12 m: raccomandata la trivalente anti-morbillo/parotite/rosolia

Vaccinazioni in Italia oggi

Il Consiglio dei Ministri, nella riunione del 19 maggio scorso, ha dato il via libera al decreto-legge che introduce l'obbligo delle vaccinazioni per l'accesso alla scuola. Le vaccinazioni obbligatorie e/o raccomandate, in coerenza con il Piano nazionale di prevenzione vaccinale, salgono a 12:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatitica B;
- anti-pertossica;
- anti Haemophilus influenzae tipo B;
- anti-meningococcica B;
- anti-meningococcica C;
- anti-morbillosa;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella.

Come proteggersi da malattie infettive?: con le vaccinazioni

I soggetti suscettibili, una volta che si sono ammalati, diventano, nel caso di molte patologie infettive, naturalmente immuni (monatti nella peste)

La vaccinazione, invece, è una forma di immunizzazione artificiale che protegge gli individui che non hanno mai sviluppato la malattia.



Costituzione dei vaccini

I vaccini sono costituiti da virus o batteri o parte di essi che, opportunamente trattati, vengono somministrati per indurre una risposta immunitaria duratura, simile a quella provocata durante le infezioni naturali, ma senza causare malattia.

Cosa fanno i vaccini?

I vaccini inducono una risposta immunitaria che permette all'organismo di riconoscere immediatamente il germe e di renderlo incapace di provocare la malattia.

La vaccinazione protegge il singolo individuo dalla malattia, ma può agire anche a livello collettivo.

Per alcune patologie, infatti, un alto numero di soggetti immuni impedisce la diffusione della malattia (immunità di gruppo), diminuendo drasticamente la circolazione dei germi e quindi proteggendo anche coloro che non sono vaccinati o comunque coloro che sono suscettibili.



**La vaccinazione antipoliomielite
ha “fatto” scomparire la malattia:
immunità di gruppo**



**La vaccinazione antivaiolosa ha
“fatto” scomparire la malattia, ma ora non
c'è più popolazione immune perchè la
malattia è stata considerata estinta e
quindi non si è più vaccinato nessuno:
rischio di possibile ripresa della malattia.**

Parassitosi

Si distinguono:

- **ENDOPARASSITOSI**: causate da parassiti che infestano l'interno del corpo (Giardia, ossiuri, tenia).
- **ECTOPARASSITOSI**: da parassiti che infestano l'esterno del corpo (cimici, pulci, pidocchi). Oggi il rischio si limita al pidocchio del capo.

ENDOPARASSITOSI

Frequenti nel passato, legate alla diffusa carenza di igiene personale (mani sporche, cibi contaminati). Resta presente il rischio di ossuriasi nelle scuole materne (parassitosi dell'ano, fortemente pruriginosa).
PREVENZIONE: far lavare sempre le mani dopo l'uso del WC e prima di mangiare.

PEDICULOSI

E' un'infestazione da artropodi ematofagi, parassiti obbligati e permanenti (che quindi muoiono in breve tempo lontano dall'ospite). Di 200 specie, solo tre infestano l'uomo:

- *Pediculus capitis*.
 - *Pediculus corporis*.
 - *Phthirus pubis*.
-

CHE COSE IL PIDOCCHIO? Il pidocchio è un insetto di 2-4 mm, che vive e si riproduce nella testa dell'uomo e si nutre del suo sangue. La femmina deposita sino a 10 uova (LENDINI) al giorno. Da ogni lendine, nel giro di 20 giorni, nasceranno gli animali adulti.

- Il *P. capitis* infesta il capo con preferenza per le zone retroauricolari e occipitali. Ogni femmina depone 3-4 uova al giorno (lendini) cementandole alla base dei capelli, vicino al cuoio capelluto. L'uovo rimane attaccato al capello e si sposta seguendone la crescita (circa 1 mm al giorno).
- Il *P. corporis* vive sugli indumenti, si trova sulla cute solo al momento del pasto. Depone 9-10 uova al giorno, legandole alle fibre degli indumenti, lungo le cuciture.

AZIONE PATOGENA

Sia gli individui adulti che le ninfe sono ematofagi. Essi inoculano una piccola quantità di saliva per dilatare i capillari e facilitare l'aspirazione del sangue, producendo trauma, irritazione e fenomeni allergici. I danni sono legati alle lesioni da grattamento per il forte prurito.

DIFFUSIONE

La pediculosi del capo si manifesta con focolai epidemici fra i bambini delle scuole materne ed elementari e sembra più frequente nel sesso femminile. Il rischio maggiore si ha nelle fasce economico-sociali disagiate (vita in condizioni di affollamento, scarsa igiene). La trasmissione si verifica di solito per contatto diretto, più raramente in modo indiretto a causa dell'uso promiscuo di pettini, spazzole per capelli e copricapo.

TRATTAMENTO

- Taglio dei capelli (se possibile).
- Shampoo medicato (0 - 7 - 14 giorni) per tutta la classe, onde evitare reinfezioni da soggetti colpiti in modo non ancora evidente.



Uova



Pidocchio

**Lo scopo è quello di eliminare i parassiti
sottoponendo il paziente a trattamento
specifico**

Come proteggersi in sintesi dalle infezioni?

Per tutta la popolazione:

- Con le vaccinazioni**
- Con le precauzioni**
- Con i presidi di protezione**

Proteggersi per proteggere!!!!!!



Da cosa ci si deve salvaguardare?

Da tutti i liquidi organici!!!!!!

**Poiché è impossibile, per un operatore, identificare a prima vista, i
pazienti portatori di infezioni,**

**tutti i liquidi organici,
di qualsiasi persona**

devono essere considerati infetti e devono essere prese
quell'insieme di norme **(precauzioni universali)** finalizzate ad
evitare il diffondersi e la trasmissione di infezioni.

Conoscere per proteggersi e proteggersi



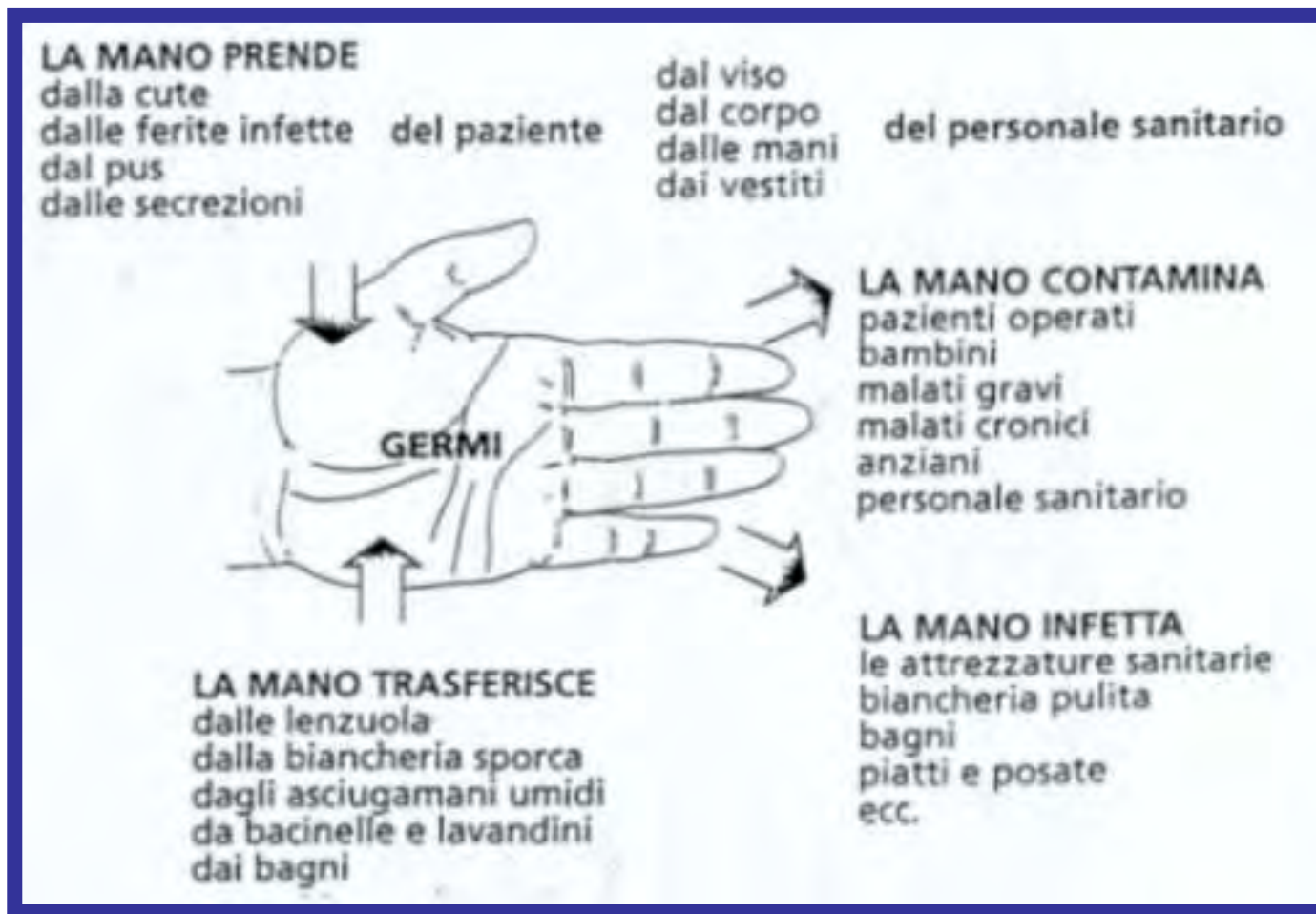
***Il lavaggio delle mani è una manovra
fondamentale per proteggersi e per proteggere***



Il sapone grande scoperta

Il sapone, pressoché sconosciuto ai Romani, sembra essere stata una invenzione gallica e divenne di uso diffuso nel corso del secolo IX. Inizialmente era liquido e divenne più simile all'attuale nel corso del XII secolo. Forse furono gli Arabi che lo svilupparono, formato da olio di oliva (*al-Qali*) e, talvolta, *natron* (sodio carbonato). In seguito venne preparato con olio di oliva profumato alle erbe, assieme a grasso di animale, cenere e soda.

Il lavaggio delle mani è la misura più importante nella prevenzione delle infezioni, perchè le mani sono la principale sorgente continua di microrganismi.



Si distinguono tre tipi di lavaggio delle mani:

- **lavaggio sociale; si esegue con sapone o detergente e acqua corrente per almeno 20 secondi, per eliminare gran parte della flora transitoria;**
- **lavaggio antisettico; si esegue con appropriato antisettico e acqua corrente, per almeno 40-60 secondi, per eliminare la flora transitoria e parte della residente;**
- **lavaggio preoperatorio; si esegue con appropriato antisettico e acqua corrente, ripetendo e prolungando l'operazione per almeno 5 minuti, per eliminare gran parte della flora residente.**

La flora residente:

è caratterizzata da una elevata capacità di sopravvivenza e moltiplicazione sulla cute e dall'essere difficilmente rimovibile con il semplice lavaggio con acqua e sapone. Per eliminarla ci vuole anche l'antisettico.

È costituita prevalentemente da microbi non potenzialmente patogeni, pertanto non pericolosi, a meno che non vengano introdotti nell'organismo tramite procedure invasive o lesioni accidentali.

La flora transitoria:

***È costituita invece da una vasta gamma di microrganismi
ambientali e/o umani, molti dei quali patogeni.***

***È caratterizzata da una breve sopravvivenza (circa 24 ore) e dalla
facile rimovibilità con il semplice lavaggio con acqua e sapone.***

Il lavaggio delle mani è consigliato:

per una decontaminazione di base:

- **prima dell' inizio del lavoro;**
- **quando le mani sono visibilmente sporche;**
- **alla fine del servizio;**
- **alla fine del turno di lavoro;**

Il lavaggio delle mani è consigliato:

dopo una presumibile auto-contaminazione:

- **dopo aver tossito con la mano sulla bocca, essersi soffiati il naso, essersi pettinati, aver indossato o tolto la mascherina, toccato narici e bocca;**
- **dopo l'uso dei servizi igienici;**

**Il lavaggio delle mani è consigliato
dopo una presumibile etero-contaminazione:**

- **per contatto con una fonte che presumibilmente era contaminata con microrganismi virulenti o patogeni:**
- **dopo l'assistenza che ha comportato contatto mucose, cute non intatta, sangue o altri liquidi e materiali organici;**
- **dopo la manipolazione di oggetti inanimati (rifiuti e biancheria sporca);**
- **dopo aver tolto i guanti**

I guanti



I guanti

L'uso dei guanti ha lo scopo di proteggere gli operatori dal contatto con agenti infettivi e di ridurre la probabilità che il personale possa diffondere microbi dalle proprie mani alle persone suscettibili di infezione.

Ogni qualvolta, vi sia la possibilità che l'operatore entri in contatto con liquidi organici, deve utilizzare i guanti monouso in lattice, in vinile o altri materiali sintetici di tipo anallergico.

L'uso dei guanti è una misura protettiva in aggiunta e non in sostituzione del lavaggio delle mani.

Guanti

- *Vanno indossati prima di prendersi cura della persona ed allontanati immediatamente dopo, evitando accuratamente di toccare superfici, maniglie di portiere, cellulare, radio, portatile, vano guida perchè sulle superfici i microbi si comportano allo stesso modo che sulla cute.*
- *I guanti vanno cambiati quando si passa da un Paziente all'altro*

Guanti: cosa si deve fare?

Non indossare per lungo tempo lo stesso paio di guanti perchè l'umidità che si forma sulle mani favorisce la moltiplicazione dei microbi della cute.

È meglio toglierli, lavarsi le mani e indossarne un altro paio.

Il cambio dei guanti è necessario anche quando l'integrità degli stessi è messa in dubbio.



Guanti: cosa si deve fare?

I saponi e gli antisettici possono alterare la composizione del guanto e renderlo non più impermeabile.

Quando si procede alla pulizia delle attrezzature o dei locali
i guanti da indossare devono essere di diverso tipo, vanno indossati guanti pesanti e resistenti ai tagli.



Guanti

- **Quando si sfilano i guanti, per evitare la contaminazione delle mani, il primo guanto deve essere pinzato dall'esterno, in corrispondenza del palmo, con la mano ancora guantata e allontanato; il secondo deve essere asportato afferrandolo all'interno, in corrispondenza del polso, con le dita della mano non guantata.**
- **Se l'operatore con le mani guantate indossa anche mascherina e occhiali (d.p.i.), questi devono essere tolti dopo aver sfilato i guanti, per evitare la contaminazione di capelli e cute del viso.**

- È necessario lavare le mani subito dopo ciascun intervento, frequentemente, attentamente e metodicamente perchè **sui guanti vi possono essere leggeri forellini microscopici o sottilissime lacerazioni attraverso cui gli agenti patogeni potrebbero aver raggiunto le mani.**

Questo aiuterà a ridurre l'esposizione dell'operatore, quella dei colleghi e della successiva persona.

Requisiti per poter “ASSISTERE”

- Sapere
- Saper Fare
- Saper essere

Saper Fare

La prevenzione di molte INFEZIONI si fonda sull'adozione di norme comportamentali individuali e collettive

1. Lavaggio del corpo
2. Lavaggio delle mani, piedi, naso, orecchio, denti
3. Utilizzo personale di oggetti ed indumenti
4. Preparazione e somministrazione di alimenti
5. Sanificazione degli ambienti

Quando parliamo di igiene personale di una persona con livello di non autosufficienza, occorre tenere presente questi elementi:

- DIFFICOLTÀ MOTORIE E RALLENTAMENTI di carattere generale, che determinano la riduzione delle azioni
- ogni persona ha diritto al RISPETTO DELLA PROPRIA INTIMITÀ nella pratica dell'igiene quotidiana, indipendentemente dal proprio livello di consapevolezza
- SFRUTTARE LE CAPACITÀ residue della persona permette di mantenere nella stessa autostima e parziale indipendenza; occorre inoltre fornire un sostegno morale nel tentativo di mantenere relazioni interpersonali
- PREVENIRE l'insorgenza di danni secondari (arrossamenti, escoriazioni, piaghe ed infezioni)
- Supportare la persona in tutte le azioni, dal lavarsi la faccia, al pettinarsi, ma evitare il più possibile di sostituirsi nelle cose che è in grado di fare
- I comandi verbali, per indirizzare le attività, devono essere semplici e precisi
- Tutte le attività di igiene dovranno realizzarsi lentamente ed essere supportate da spiegazioni verbali

IGIENE DEL VISO E DELLE MANI

- Scopi - Rimuovere tracce di sporco presenti sul viso, Favorire la rimozione delle cellule morte, Favorire una sensazione di benessere da parte della persona
- Tecnica - portare la persona al lavabo, E' consigliabile posizionare una salvietta a poncho per non bagnarsi, soprattutto quando si è seduti su una sedia o sulla carrozzina. Coadiuvare la persona nell'esecuzione della pratica igienica, aprendo ad esempio i rubinetti e regolando la temperatura dell'acqua oppure porgendo sapone o asciugamani.

PER LA CURA DELLE MANI:

1. Togliere anelli, bracciali o altro
2. Utilizzare sapone liquido
3. Utilizzare abbondante acqua
4. Asciugare con materiale monouso (evitare asciugamani per più persone o comunque lasciati umidi in prossimità dei servizi igienici)

IGIENE DELL'OCCHIO

- Lo scopo è la rimozione delle secrezioni palpebrali per prevenire infiammazioni a carico della congiuntiva
- Tecnica - Effettuare le manovre con le mani rigorosamente pulite e con i guanti

Utilizzare garza sterile imbevuta di soluzione fisiologica passandola sulla rima palpebrale, partendo dall'angolo nasale verso l'esterno, per una sola volta; ripetere l'operazione finchè necessario, cambiando ogni volta la garza, senza mai invertire il senso. Per asciugare, tamponare delicatamente con una garza asciutta senza sfregare

IGIENE DEL NASO

Un naso che gocciola o uno starnuto sono altrettante fonti di forte disseminazione microbica, dato che le secrezioni nasali sono altamente contaminanti

La soluzione è semplice: usare il fazzoletto di carta usa e getta

Il frequente svuotamento delle narici evita l'accumulo di microbi e ne riduce la disseminazione:

Porre il fazzoletto sul naso

Chiudere una narice con un dito e soffiare nell'altra Ripetere l'operazione finchè la narice non è vuota Asciugarsi il naso

Gettare il fazzoletto pieno di microbi

Per le Persone che non sono in grado di soffiare con le narici per patologie fisiche o cognitive:

La pulizia delle cavità nasali è bene che venga effettuata con una pinza sulla quale si appone una garza bagnata(mai asciutta); deve essere fatta con cura e delicatezza, al fine di evitare abrasioni ed ulcerazioni alla mucosa; I movimenti di pulizia devono essere rotatori, sostituendo la garza ogni volta che ce ne sia bisogno.

IGIENE DELL'ORECCHIO

E sufficiente la pulizia quotidiana della parte più esterna del nostro orecchio (PADIGLIONE AURICOLARE) mediante del cotone umido.

Il cerume non sempre è indice di sporcizia. E' una sostanza secreta da speciali ghiandole e ha una funzione protettiva.

Il cerume evita il deposito di particelle estranee (polvere) nell'apparato uditivo

Evitare assolutamente l'introduzione di bastoncini con cotone nel condotto uditivo

IGIENE DENTALE

1. Pulire i denti quotidianamente, dopo ogni pasto per almeno 3 minuti

Usare uno spazzolino piccolo ed in ottimo stato

Compiere movimenti verticali dalla gengiva verso la punta dei denti

Usare un dentifricio fluorato

IGIENE INTIMA

Se la persona è parzialmente autonoma, è possibile chiedere di aiutare, ma occorrerà preventivamente stabilire il grado di autosufficienza e il livello di comprensione della procedura corretta.

A tal proposito bisogna ricordare che le responsabilità di una corretta igiene sono di chi fornisce la prestazione tecnica, sia che venga eseguita direttamente sia indirettamente (quando a igienizzarsi in autonomia è proprio l'utente).

REGOLA DA NON DIMENTICARE: Per eseguire una corretta igiene “**occorre proseguire sempre in un'unica direzione, ovvero dal pulito allo sporco**”.

Tale affermazione ha una valenza scientifica e logica particolare: non dobbiamo mai portare i batteri nell'area pulita, per cui da questa si deve passare all'area più sporca.

Di conseguenza occorre muoversi sempre dal perineo verso l'ano e mai viceversa.

Solo così si possono evitare infezioni all'area perineale e, per vicinanza, a quella genitale.

In conclusione:

PER UNA CORRETTA IGIENE PERSONALE

- 1. Uso strettamente personale di asciugamani, spazzolini da denti, pettini, forbicine
- 2. Evitare l'uso promiscuo di cappelli, sciarpe, scarpe ed indumenti in genere
- 3. Cambiare quotidianamente la biancheria intima
- 4. Evitare di mantenere a lungo indumenti e biancheria imbrattati (tovaglie di stoffa, tovaglioli, strofinacci, bavaglini...)
- 5. Effettuare quotidianamente la sanificazione di giochi che possono essere imbrattati di saliva
- 6. Evitare l'uso promiscuo di stoviglie (piatti, posate e bicchieri)
- 7. Lavare le stoviglie dopo ogni uso o, ancor meglio, utilizzare materiale monouso

Primo soccorso

Il primo soccorso è l'aiuto immediato alla vittima di un malore o di un trauma, in attesa dell'intervento di personale qualificato, dotato di mezzi idonei.

COMPITI DEL PRIMO SOCCORRITORE

Priorità di sicurezza = Proteggere - Valutare la situazione evitando di esporsi ed esporre il paziente a rischi inutili. Se l'ambiente è sicuro, non spostare la vittima!

Priorità di allarme = Allertare il Servizio di Soccorso Sanitario. **Tel 112**

Priorità di intervento = Soccorrere - prima valutare, poi agire

NELL'ATTESA DEI SOCCORSI



PROTEGGERE

AVVERTIRE

SOCCORRERE



PER PRIMA COSA

- **METTI IN SICUREZZA LA SCENA**
- **SEGNALA L'INCIDENTE**
- **PRIMA DI AVVICINARTI, ACCERTATI CHE NON CI SIANO RISCHI PER TE O PER L'INFORTUNATO**

PROTEGGERE L'INFORTUNATO DA:

- **VOMITO • FREDDO • FUOCO • FUMI • GAS**

Primo soccorso in caso di EMORRAGIE

Definizione di emorragia:

Fuoriuscita di sangue dai vasi per cause e varie, spesso traumatiche.

Un'emorragia, anche di modeste proporzioni, può spaventare l'infortunato. Bisogna, quindi, adoperarsi per mantenerlo calmo con un atteggiamento sicuro ed un'azione decisa.

Nei vasi di un adulto circolano più di 5 litri di sangue: la perdita di circa un litro può determinare l'insorgere dei primi sintomi di shock.

Quindi è necessario:

- prima arrestare l'emorragia,
- poi prendersi cura dell'eventuale shock.

Per **arrestare un'emorragia** bisogna:

- adagiare l'infortunato in modo che la ferita sia più in alto del cuore ;
- fasciare la ferita senza stringere troppo , se ciò non è sufficiente, aggiungere un'altra fasciatura con un rotolo di garza o un fazzoletto che faccia pressione sulla ferita (bendaggio compressivo);
- se non sono disponibili né fasce né garze, premere con le dita direttamente sulla ferita .

Importante :

Non stringere eccessivamente la fasciatura, per non causare difficoltà di circolazione nella parte interessata.

- Durante la fasciatura, tenere sempre sollevata in alto la ferita.

Il laccio emostatico:

nelle emorragie degli arti deve essere usato solo nei casi di estrema gravità e dopo aver provato, senza successo, ogni altra tecnica.

- Il laccio va applicato tra il tronco e l'arto ferito. Al fine di evitare seri e irrimediabili danni ai tessuti, il laccio deve sempre consentire una certa circolazione del sangue.
- In mancanza di un laccio emostatico, usa una fascia larga, in qualsiasi modo ricavata (es.: una cravatta).
- È assolutamente vietato l'uso di cordicelle, fili metallici o simili.

N.B. – Annota l'ora in cui hai posizionato il laccio e comunicala agli operatori sanitari.

EPISTASSI

E' la fuoriuscita di sangue dal naso

- Far sedere il paziente (pz) con il busto e la testa piegati in avanti;
- pinzare le narici tra pollice e indice per almeno 5 minuti;
- sulla fronte o sulla radice del naso si può applicare un impacco freddo o ghiaccio;
- se la perdita di sangue non si arresta, ricorrere a cure mediche;
- l'epistassi può spaventare il pz. Si cerchi di tranquillizzarlo con un atteggiamento calmo e sicuro, soprattutto se si tratta di un bimbo.

Primo soccorso in caso di SHOCK

Lo Shock è una sindrome (insieme di sintomi) caratterizzata principalmente da:

- bassa pressione sanguigna;
- ridotto afflusso di sangue (e quindi di ossigeno) alle cellule dei diversi tessuti;
- oliguria (scarsa escrezione di urina);
- obnubilamento mentale.

A seconda della causa distinguiamo:

- shock cardiogeno** (danno della pompa cardiaca: infarto, aritmie, crisi ipertensive ecc.);
- shock ipovolemico** (perdita di fluidi dal letto vasale: emorragie, ustioni, vomito, diarree ecc.);
- shock distributivo** (eccessiva dilatazione dei vasi sanguigni: shock anafilattico, neurogeno, settico).

Primo soccorso in caso di SHOCK

Sintomi:

- pallore o subcianosi (colorazione bluastra della cute);
- sudore freddo;
- agitazione o sopore;
- polso accelerato, debole e/o irregolare – (Si apprezza premendo leggermente la punta dell'indice e del medio (non del pollice) sul polso, al di sotto della articolazione del pollice o sul collo, ai lati del pomo d'Adamo)

Trattamento:

- Facilitare l'afflusso di sangue al cervello, sollevando le gambe del paziente (posizione antishock);
- impedire un ulteriore raffreddamento del corpo coprendo l'infortunato con una coperta;
- controllare polso e respiro;
- se il paziente ha sete, è consentito bagnargli le labbra ma non bisogna mai somministrare cibo o bevande.

ATTENZIONE: NON SOLLEVARE LE GAMBE DEL PAZIENTE

nei traumi degli arti inferiori, nei traumi del bacino e negli stati di incoscienza.

Segni di shock nel bambino

- Cute pallida, fredda, sudata;
- vene del collo collassate;
- mancanza di vivacità, fino all'obnubilamento della coscienza;
- polso frequente e debole;
- l'abbassamento della pressione arteriosa (PA) è un segno tardivo.

Primo soccorso in caso di **TRAUMI : Contusioni e ferite**

La contusione è un trauma, provocato da una pressione o da un urto, senza lacerazione della cute. I vasi sanguigni sottostanti sono, però, rotti e danno luogo alla formazione di un ematoma sottocutaneo.

La ferita è definita come la soluzione di continuità di un tessuto, prodotta da un agente fisico.

A seconda degli organi interessati, la ferita può essere:

- superficiale, se interessa la cute e il sottocute;
- profonda, se interessa anche i muscoli, i grossi vasi e i nervi;
- penetrante, se raggiunge una cavità (es. torace o addome).

Sintomi comuni a tutte le ferite sono:

dolore - emorragia - possibilità di infezione.

Primo trattamento delle ferite

Debbono sempre essere affidate a cure mediche:

- le ferite profonde;
- le ferite da morso e graffio di animali;
- le ferite infette o infiammate.

Negli altri casi il trattamento è il seguente:

- lavarsi le mani;
- calzare guanti monouso;
- esaminare la ferita per verificare se ci sono detriti di vetro, ferro o terra;
- pulire la ferita e la cute circostante con un disinfettante (in mancanza di guanti sterili monouso, fare attenzione a non toccare la ferita con le dita nude).
Pulire con movimenti che vanno dall'interno all'esterno;
- asciugare con garza pulita, quindi fasciare.

Primo soccorso in caso di TRAUMI : FRATTURE

Per **frattura** si intende l'interruzione di continuità di un osso. Sono da considerare fratture a tutti gli effetti anche quelle di minore entità note come infrazioni e scheggiature.

Trattamento (fratture degli arti):

Regola generale: muovere l'arto fratturato il meno possibile, senza cercare di rimettere a posto le ossa.

Se si rende necessario spostare l'infortunato, immobilizza l'arto in modo che i monconi e i frammenti ossei non causino ulteriori danni ai tessuti circostanti. In caso di frattura esposta, arresta l'emorragia.

Primo soccorso in caso di TRAUMI:

Distorsione

Per **distorsione** si intende la lesione dei legamenti di un'articolazione dovuta per lo più a traumi indiretti che determinano movimenti abnormi dell'articolazione, oltre i normali limiti fisiologici.

Sintomi:

- dolore accentuato dai movimenti;
- limitazione dei movimenti;
- gonfiore (il livido compare solo dopo alcune ore). **N.B. Il paziente, anche se con dolore, riesce a muovere l'articolazione, ma l'escursione è limitata.**

Primo trattamento:

- mettere a riposo la parte lesa immobilizzandola con un bendaggio;
- applicare ghiaccio;
- ricorrere al medico (è sempre bene eseguire una Rxgrafia per escludere fratture).

Primo soccorso in caso di TRAUMI: Lesioni del rachide

Poiché le lesioni della colonna vertebrale sono difficili da rilevare, qualsiasi paziente privo di coscienza, a maggior ragione se presenta lesione dei tessuti molli della testa e del collo, dovrà essere trattato come se avesse una frattura della colonna.

Trattamento: **Chiama il 112, senza spostare il paziente.**

Anche il più piccolo spostamento può causare una lesione del midollo e conseguente paralisi

Primo soccorso in caso di TRAUMI: traumi cranio-cerebrali

Sintomi frequenti:

- cefalea;
- alterazioni del livello di coscienza ingravescenti;
 - vomito, spesso a getto;
- disturbi dell'equilibrio;
- alterazione del diametro pupillare (anisocoria);
- disturbi del respiro.

Come comportarsi?

Se il trauma è stato lieve e il paziente non ha perso conoscenza e non presenta alcun sintomo, eccetto il dolore locale:

- applicare una borsa di ghiaccio sulla parte traumatizzata;
- tenere sotto osservazione il paziente per 24-48 ore.

Chiamare immediatamente il 118 o accompagnare il paziente in Pronto Soccorso (PS) se compare uno o più dei seguenti sintomi:

- vertigini; •cefalea persistente; •asimmetria del diametro pupillare (anisocoria);
 - alterazioni del livello di coscienza; •vomito improvviso e violento; •fuoriuscita di liquido chiaro o ematico dal naso o dalle orecchie; •ematoma retroauricolare (segno di Battle) e/o periorbitario.

Primo soccorso in caso di LIPOTIMIA (SVENIMENTO)

Per lipotimia si intende la perdita di coscienza transitoria (15-20 secondi) dovuta ad una brusca riduzione, di breve durata, del flusso di sangue al cervello e conseguente scarsa disponibilità di ossigeno.

È spesso causata da:

- emozioni e stress;
- affollamento;
- ambienti chiusi;
- stazione eretta protratta;
- ma può essere il primo segno di patologie gravi come tumori cerebrali, cardiopatie, diabete ecc.

Trattamento:

- posizione antishock;
- slacciare cinture e colletti;
- arieggiare l'ambiente;
- evitare assembramenti.

Solitamente si osserva un miglioramento graduale nel giro di 15-20 secondi. In caso contrario chiamare il 118.

Primo soccorso in caso di crisi cardiaca

Sintomi:

- •respiro corto;
- •dolore violento al petto;
- •shock, talora con perdita dei sensi.
- Cosa fare? •Chiama subito il 118!
- tranquillizza il paziente;
- in caso di shock, coprilo con una coperta;
- in attesa dell'ambulanza, non far muovere il pz e non dargli nulla da bere.

Primo soccorso in caso di crisi asmatica

Primo soccorso della crisi asmatica

- È necessario portare il pz in PS nel più breve tempo possibile;
- durante il tragitto, o durante l'attesa dell'ambulanza, tranquillizzare il pz e metterlo seduto o semiseduto;
- somministra ossigeno, se disponibile.

Nelle forme croniche i pz hanno solitamente con sé un farmaco broncodilatatore di pronto impiego (ad es. salbutamolo).

Primo soccorso in caso di
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI e AVVELENAMENTI

Ingestione di:

- Piccoli oggetti taglienti o appuntiti: rivolgersi subito al PS.
- Piccoli oggetti non taglienti: attendere l'eliminazione con le feci, senza somministrare purganti.
- Lisca di pesce: se piccola non crea problemi, per quelle più grandi rivolgersi al PS.

AVVELENAMENTI: CHIAMA SUBITO IL 112 E
SEGUI LE ISTRUZIONI

Requisiti per poter “ASSISTERE”

- Sapere
- Saper Fare
- Saper essere

Saper essere

Ascolto: saper ascoltare non solo attraverso ciò che udiamo, ma anche attraverso i gesti, gli stati d'animo manifestati. Prestiamo attenzione senza giungere a nostre conclusioni (spesso affrettate). Soprattutto, facciamo capire al nostro interlocutore che abbiamo capito.

Empatia: nella relazione di cura è la capacità dell'operatore di vedere la situazione con gli occhi del paziente, di entrare nei suoi pensieri, nei suoi significati, anche se sono diversi dai nostri, entrando in contatto con ciò che prova (paura, angoscia, preoccupazione, soddisfazione); in termini più comuni, può essere indicata come il mettersi nei panni dell'altro.

Accettazione : accettare è un'attitudine all'accoglimento non giudicante ed Amorevole; accettare l'altro per com'è in quel momento, nella sua realtà attuale.

Rispetto : dimostrare a una persona che **la accettiamo nella sua individualità** e nella sua totalità, accettandola per quello che è e non per ciò che vogliamo o pretendiamo che sia. Rispetto è saper mettere l'altro a “proprio agio” evitando comportamenti che potrebbero essere causa di disagio

Modulo 2: LA RELAZIONE CON IL BAMBINO/RAGAZZO DISABILE

- * Lo sviluppo psicoaffettivo della persona disabile
- * La relazione con la persona disabile: la costruzione di un rapporto perché il rapporto costruisca
- * La relazione positiva: aspetti caratterizzanti
- * La relazione nel contesto dell'assistenza
- * La comunicazione

Dott.ssa Stefania Segato – Pedagogista, Associazione La
Nostra Famiglia Sede di Veduggio (Va)

- 
- * Diversità / diritti
 - * Identità
 - * Sostegno
 - * Accoglienza
 - * Bisogni
 - * Incontro / interazione
 - * Linguaggio
 - * Indipendenza / autonomia
 - * Tutti
 - * Amore

Diversità / diritti

- * È innegabile che il bambino/ragazzo con disabilità sia anche portatore di una qualche forma di “diversità”.
- * Purtroppo la nostra società non è sempre ben disposta ad accoglierlo e a confrontarsi con lui
- * Ogni essere umano, sano, o affetto da una qualunque forma di malattia o di limitazione, è investito della dignità propria dell’essere umano.

- * In bambino disabile non è il suo deficit (ha un nome, una storia) è una persona con caratteristiche e dignità proprie.
- * Diversità può diventare “diversa abilità” che vuol dire arrivare in modo diverso allo stesso obiettivo ma anche puntare a obiettivi diversi.
- * La qualità di una società o civiltà si misura nel rispetto che manifesta verso i più deboli dei suoi membri.

Identità

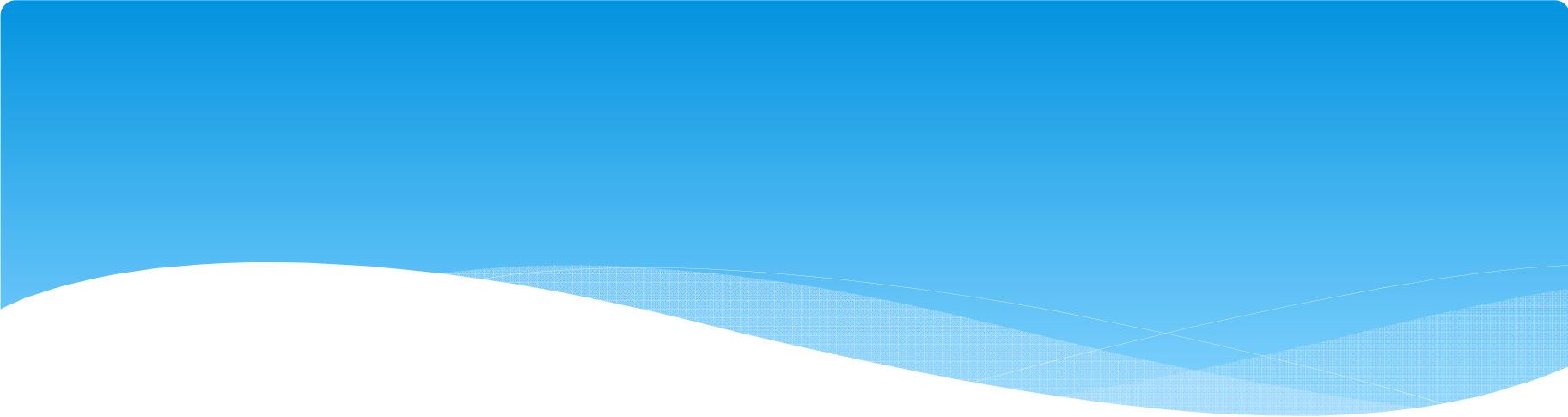
- * Handicap come variabile che non interagisce in modo positivo con tutte le altre variabili comprese nel processo di crescita.
- * In particolare la condizione di disabilità influisce il più delle volte negativamente su un percorso estremamente importante: la costruzione del concetto di sé.
- * Già a partire dalle prime relazioni il bambino disabile dà risposte più lente, a volte «sbagliate» che rendono difficile l'intesa madre/bambino. La madre ha difficoltà, a sua volta, a dare risposte “sufficientemente buone” che rassicurino il bambino.

- 
- * Rischi evolutivi nell'infanzia:
 - * sviluppo non armonico della personalità
 - * tendenza alla dipendenza dall'altro, alla passività, all'isolamento, disadattamento

 - * Rischi evolutivi nell'adolescenza:
 - * costruzione di un Falso sé
 - * comportamenti aggressivi, bullismo, oppositività, trasgressione
 - * tendenza ad identificarsi con modelli negativi (leader negativo, clown...)

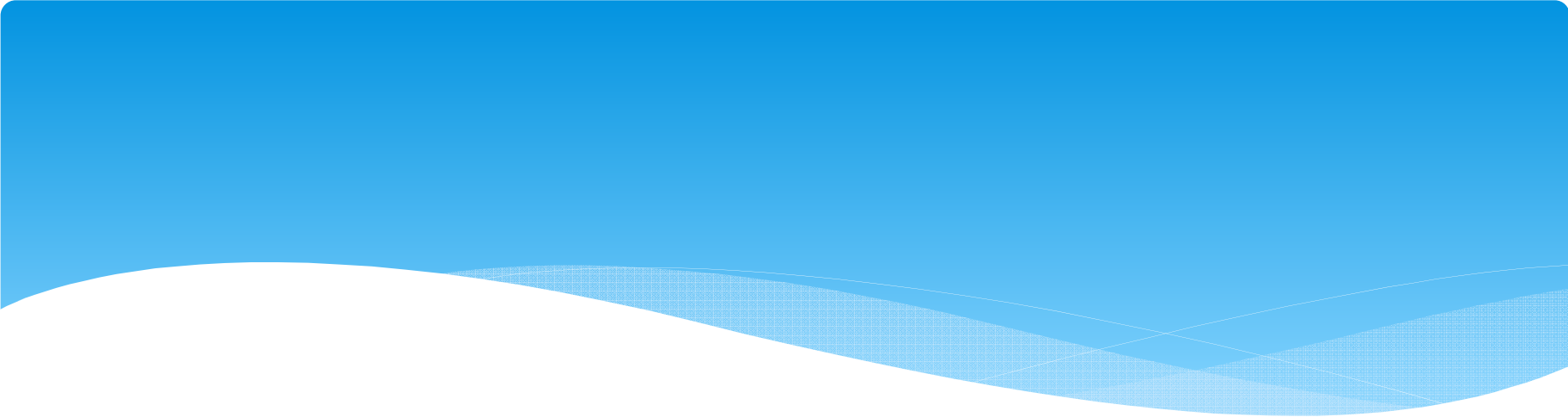
Sostegno

- * sostegno emotivo – affettivo come empatia (“sento come fossi te, ma non sono te”), quindi importanza di mantenere un confine, una differenziazione tra sé e l’altro.
- * Rispetto, cordialità, autenticità sono strettamente connessi all’empatia.
- * Dare fiducia, non sostituirsi all’altro ma facilitarlo nel suo operare.

- 
- * Aiutare il bambino a riconoscere i propri limiti senza scoraggiarlo, ma cercando insieme soluzioni possibili, anche parlando serenamente delle difficoltà oggettive
 - * Evitare atteggiamenti di compatimento che portano ad identificare il bambino con i suoi problemi senza vedere e riconoscere le sue risorse e possibilità.

Accoglienza

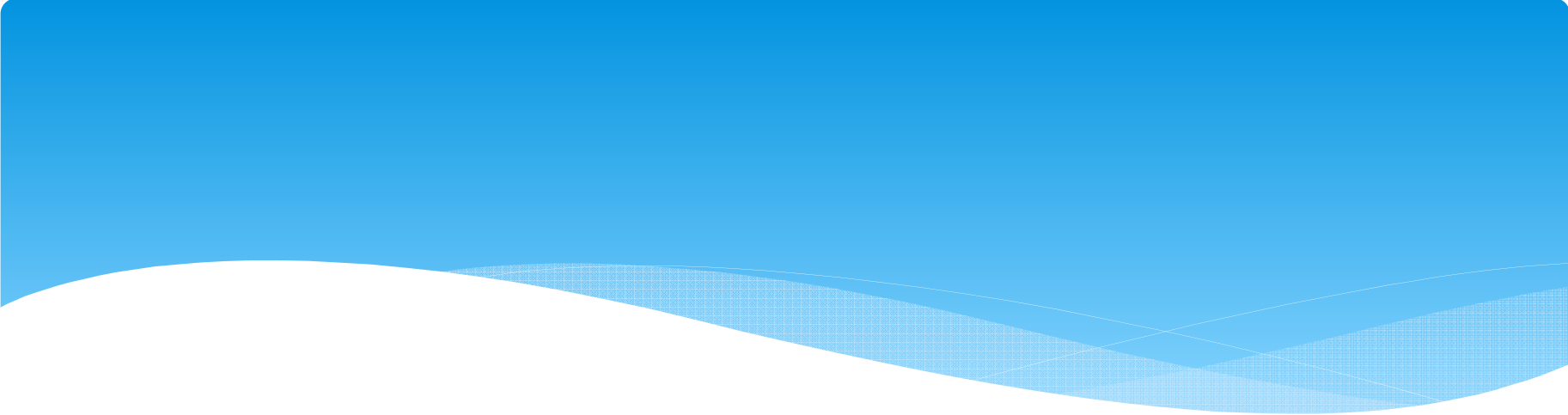
- * Ascoltare
- * Comprendere
- * Osservare senza preoccuparsi di capire o conoscere troppo per sapere cosa fare.
- * Condividere, cercando un punto di incontro in uno spazio comune.
- * Promuovere

- 
- * Dare fiducia per creare fiducia
 - * Educare
 - * Non è sempre facile né immediato mettere in atto un comportamento “accogliente”: a volte il limite, le difficoltà, le minorazioni, ci disturbano, ci inquietano e ci impediscono di coinvolgerci in modo sufficientemente adeguato nella relazione.

Bisogni

- * Per tutto l'arco della scuola dell'obbligo il fine da perseguire è la “formazione dell'alunno”, perché siano valorizzate le sue potenzialità e quindi ridotta la condizione di svantaggio che caratterizza la disabilità.
- * Tale percorso, ovviamente graduale, evidenzia una serie di bisogni che possono essere così riassunti:
 - * bisogni di sviluppo
 - * bisogni di crescita
 - * bisogni di emancipazione

- * Tali bisogni generali possono essere così declinati:
 - * bisogno di essere contenuto e rassicurato di fronte alle difficoltà quotidiane (operatore come contenitore di ansie e angosce)
 - * bisogno di avere riferimenti chiari, stabili per capire la realtà nella sua complessità (operatore come punto di riferimento e come barriera difensiva che comunica regole e limiti e che tutela la capacità del bambino di essere protagonista delle sue piccole esperienze)
 - * bisogno di comunicazione e di relazione (operatore come presenza discreta, ma disponibile e consapevole di quanto sta facendo e del perché lo sta facendo)

- 
- * Scuola e famiglia condividono dunque alcuni compiti nei confronti del bambino o del ragazzo portatore di handicap nell'ottica di una risposta costruttiva ai suoi bisogni evolutivi.

Incontro / interazione

- * Incontrando un bambino noi incontriamo una storia, spesso fatta di fatiche e sofferenze e pertanto carica di diffidenza, a volte di paura, nei confronti dell'altro.
- * Tali disagi e vissuti si possono manifestare in vari modi:
 - * aggressività
 - * rifiuto
 - * isolamento
 - * condotte provocatorie e disturbanti

- * Ciò comporta una forte tensione emotiva dell'operatore che va riconosciuta, tollerata ed elaborata mettendosi nell'ottica di intraprendere un cammino di conoscenza reciproca che chiederà tempo, energia e pazienza
- * L'incontro come «relazione di aiuto»; nell'incontro con la persona disabile l'«aiuto» può diventare reciproco: io aiuto lui nel suo cammino evolutivo e lui aiuta me a crescere in sensibilità e umanità.
- * Creare una «relazione di aiuto» significa creare una relazione alla pari, abbassarsi fino a guardare negli occhi l'altro per poterne fare esperienza diretta.

Linguaggio

- * Linguaggio e intelligenza sono strettamente correlati.
- * In alcune situazioni di handicap l'intelligenza intesa come insieme di processi cognitivi è conservata mentre la capacità di espressione verbale è decisamente compromessa (afasia, tetraplegia, autismo...)

- * In altre situazioni, sia l'intelligenza che il linguaggio verbale risultano deficitari (sindrome di Down, insufficienza mentale...). In questi casi anche la capacità di comprensione del linguaggio altrui spesso non è adeguata. Il bambino necessita allora di messaggi verbali semplici, chiari e fortemente concreti.
- * È comunque importante ricordarsi che molti bambini/ragazzi con disabilità comprendono di più e meglio di come sanno esprimersi. Motivo per cui gli adulti che li circondano devono fare attenzione ai contenuti e alle modalità della propria comunicazione verbale e non verbale.

Indipendenza / autonomia

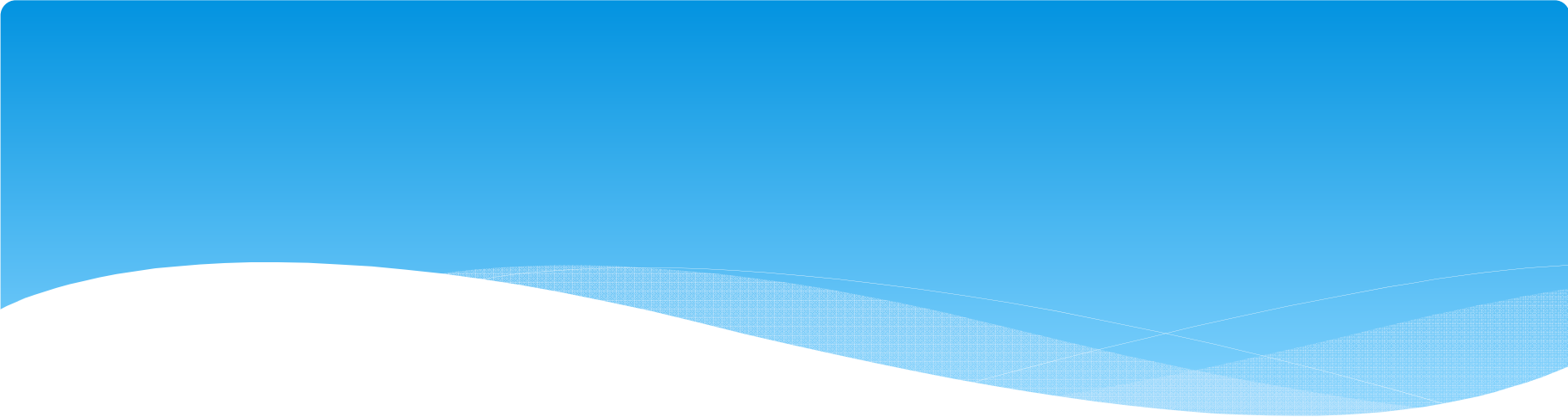
- * Il processo di crescita tipico dell'essere umano è anche sviluppo progressivo verso l'autonomia.
- * Autonomia e indipendenza costituiscono un apprendimento lento e progressivo delle capacità di organizzarsi che poggia su un'adeguata sicurezza interiore, che si struttura a partire dall'infanzia sulla base di abilità e caratteristiche individuali e di una lunga serie di interazioni con l'ambiente e con le persone con cui l'individuo entra in rapporto.

- 
- * Il bambino con handicap si scontra molte volte al giorno con la sua disabilità e quindi con una serie di fallimenti circa la sua possibilità di autonomia: egli non è mai certo di saper fare una cosa o di saper arrivare fino in fondo, per questo ha bisogno di qualcuno che sappia valorizzare ogni suo piccolo passo avanti, anche se agli occhi dei più può sembrare insignificante e banale.

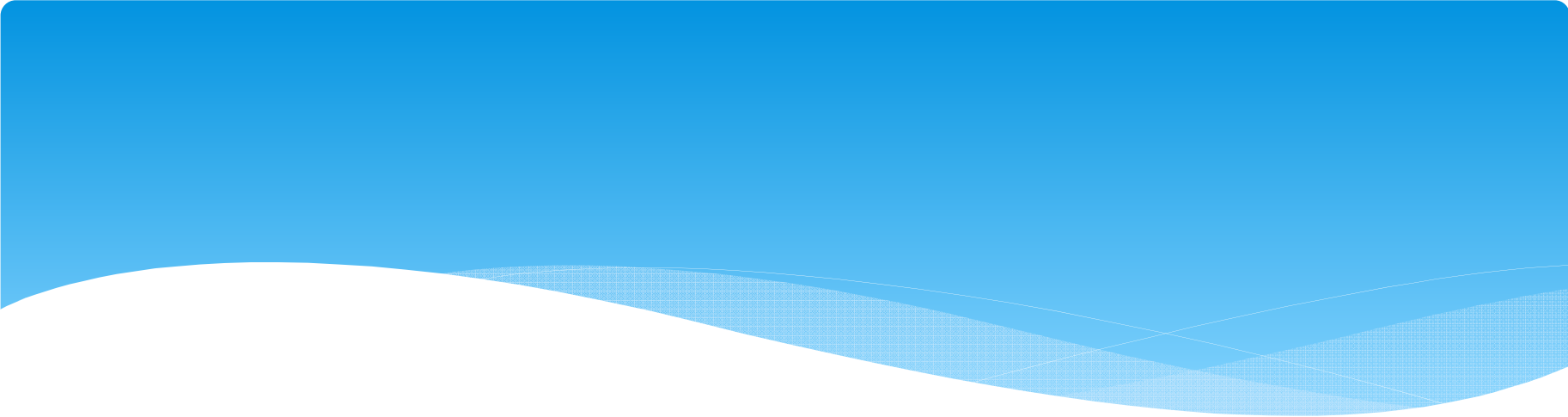
- * L'adolescente disabile affronta le tipiche problematiche dell'età (cambiamenti fisici, bisogno di indipendenza, di affermazione, di differenziazione, di autonomia emotiva...) alle quali si aggiungono quelle legate alla condizione di handicap. Se nella prima infanzia l'atteggiamento dei genitori e delle altre figure era quello di considerare il deficit come «transitorio», nell'adolescenza il ragazzo si rende conto che è definitivo. Questo comporta un conflitto importante tra l'esigenza «sana» di avere un proprio ruolo nella società e la necessità di integrare i propri limiti nella costruzione di una identità che dia spazio all'espressione e realizzazione di tutte le potenzialità dell'individuo.

Tutti

- * Il bambino/ragazzo portatore di handicap non costituisce una categoria umana particolare: come tutti ha bisogno di interagire, dialogare, comunicare con adulti e coetanei.
- * A questo si riferisce il termine “socializzazione”: si tratta di una dimensione di grande importanza che rischia talvolta di essere considerata quasi scontata. In realtà il processo di socializzazione, soprattutto nel caso del bambino/ragazzo disabile deve essere stimolato, guidato e favorito.

- 
- * La socializzazione dovrebbe iniziare precocemente, nella scuola come nel gioco, nel contesto sociale della famiglia come in contesti extrafamiliari.
L'integrazione vera e propria non si inventa, ma si costruisce gradualmente a partire dalla consapevolezza che si tratta di un bisogno tipicamente umano.

- * Il bambino con deficit, quando non è ancora consapevole della sua minorazione, si adatta spontaneamente alla realtà in relazione alla sua capacità residua. Quando però le aspettative dell'altro sono contrastanti con quelle del bambino disabile, egli sente le strategie operative adottate spontaneamente fino a poco tempo prima non più adeguate, con conseguenti sentimenti di ansia e frustrazione.
- * Spesso poi il bambino comincia ad adottare lo stesso atteggiamento degli altri nei confronti del suo deficit: se essi se ne vergognano, lui sarà suscettibile; se essi si preoccupano, egli si tormenterà; se viene considerato in modo obiettivo, lui lo accetterà più facilmente come un dato di fatto e non se ne lascerà condizionare nel suo adattamento.

- 
- * Nella scuola il bambino con handicap non può e non deve essere gestito da un'unica figura adulta o da poche persone di buona volontà: è l'intera comunità che viene chiamata in gioco, dai docenti ai collaboratori scolastici, fino alle famiglie dei "normali". Ciascuno con le proprie competenze può contribuire a facilitare quel processo di socializzazione – integrazione tanto importante per il soggetto disabile.

Amore

- * Il termine amore vuole sintetizzare tutti quei sentimenti di empatia, di accettazione, di disponibilità e di calore umano di cui abbiamo parlato fino ad ora.
- * La qualità della relazione è particolarmente importante rispetto ad altri aspetti (preparazione professionale, conoscenze culturali, orientamento ideologico) in quanto punta direttamente al “cuore” della persona.

- 
- * Il soggetto disabile ha bisogno di muoversi dentro ad uno scenario dove la comprensione, la solidarietà e il rispetto costituiscono dei punti fermi capaci di rispondere ad uno dei bisogni fondamentali di ogni essere umano: essere accolto e amato per quello che è.
 - * Questo significa anche saper essere autentici: non forzare troppo la relazione né tanto meno se stessi.

Modulo 3

La disabilità e la persona disabile

Dr. Alberto Ronzani – Neuropsichiatra Infantile, Associazione La Nostra
Famiglia Sede di Vedano Olona (Va)

Dr.ssa Ilaria Guidali – Psicologa e Psicoterapeuta, Associazione La Nostra
Famiglia Sede di Castiglione Olona (Va).



Disabilità: una definizione

- La **disabilità** è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale.

- 
- La disabilità può essere di tre tipi:
 - fisica
 - psichica
 - sensoriale

- 
- Ci occuperemo nella nostra lezione più specificatamente della disabilità psichica



Cos'è la disabilità intellettiva

- Le cause della disabilità intellettiva possono essere di natura genetica o non genetica.



Cause genetiche

- Si parla di cause genetiche, qualora siano presenti anomalie in un singolo gene oppure anomalie strutturali dei cromosomi



Cause non genetiche

- Le cause non genetiche, invece, sono quelle che si determinano a livello biologico e possono originarsi in diversi momenti della vita di un individuo: possono determinarsi prima della nascita (si parla di cause pre-natali), durante il parto (prematurità ed asfissia), oppure per patologie sopravvenute dopo il parto (ad esempio encefaliti, meningiti o traumi cranici).



Patologie più diffuse

- Tra le patologie esistenti, alcune hanno una incidenza rilevante. Le più diffuse sono:
- **Le encefalopatie infantili** consistono in una lesione a carico del cervello e possono essere determinate da molteplici fattori (genetici, vascolari, traumatici, infettivi, tossici). Si determinano durante la gestazione, il parto o nei primi anni di vita del bambino. Le possibili conseguenze possono essere molto diverse a seconda del tipo e grado di lesione e possono determinare patologie differenti.

- **La Sindrome di Down** ha un'origine genetica. E' caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più nelle cellule: in particolare vi sono tre cromosomi 21 invece di due (da qui il nome di trisomia 21).



- 
- Una persona con la Sindrome di Down è soggetta con maggior frequenza a patologie fisiche.
 - E' presente ritardo mentale, ma di entità molto variabile da persona a persona.

- 
- **L'autismo** è un disturbo pervasivo dello sviluppo che ha un'alta correlazione con la disabilità intellettiva.
 - Sebbene le cause dell'autismo non siano ancora del tutto note, sembra essere presente una significativa componente genetica.

Autismo

- E' caratterizzato da deficit della comunicazione, dell'interazione sociale e da problemi di comportamento.



Da ricordare...



- La disabilità intellettiva si associa frequentemente a malattie psichiatriche, la cui incidenza è superiore di tre-quattro volte rispetto al resto della popolazione. Ogni patologia psichiatrica può quindi sovrapporsi al ritardo mentale ed anzi il ritardo mentale stesso è uno dei più importanti fattori di vulnerabilità psichiatrica.

- I disturbi psichici più frequenti sono le psicosi, la depressione, i disturbi della condotta, i disturbi d'ansia e il disturbo da deficit di attenzione



Le intelligenze multiple di Howard Gardner

- Il primo psicologo che ha parlato delle intelligenze multiple è stato Gardner nel 1983
- Il punto di partenza della sua teoria è la convinzione che non si possa ricondurre l'intelligenza a una realtà unidimensionale misurabile da un singolo numero ovvero da un punteggio di QI
- Secondo Gardner ogni persona è dotata di almeno 7 (o anche 9) intelligenze

- 
1. **Intelligenza logico-matematica:** capacità di usare i numeri in maniera efficace e di saper ragionare bene
 2. **Intelligenza linguistico-verbale:** capacità di usare le parole in modo efficace sia oralmente che per iscritto
 3. **Intelligenza kinestetica:** abilità nell'uso del proprio corpo per esprimere idee e sentimenti e facilità di usare le proprie mani per produrre o trasformare cose
 4. **Intelligenza visivo-spaziale:** abilità a percepire il mondo visivo/spaziale accuratamente e operare trasformazioni su quelle percezioni



5. **Intelligenza musicale**: capacità di percepire, discriminare, trasformare ed esprimere forme musicali (altezze dei suoni, timbri e ritmi)

6. **Intelligenza intrapersonale**: buona consapevolezza di sé, dei propri stati d'animo più profondi, delle intenzioni, dei desideri e capacità di incanalare le proprie emozioni in forme socialmente accettabili

7. **Intelligenza interpersonale**: abilità di percepire e interpretare stati d'animo, motivazioni, intenzioni e sentimenti altrui



8. Intelligenza naturalistica: sensibilità e cura dell'ambiente

9. Intelligenza esistenziale: capacità di riflettere sulle tematiche fondamentali della propria esistenza



Gradi di disabilità intellettiva

Possono essere specificati 4 diversi gradi di ritardo intellettivo:

- **lieve** (85% dei casi), QI da 70 a 50
- **medio** (10%), QI da 50 a 35
- **grave** (3-4%), QI da 35 a 20
- **gravissimo** (1-2%), QI inferiore a 20

- Inoltre, si può parlare di ritardo mentale con gravità non specificata quando c'è un forte motivo di supporre ritardo mentale, ma non si ha modo di valutare l'intelligenza del soggetto attraverso test standardizzati (ad esempio in soggetti troppo compromessi o non collaborativi).



Ritardo lieve

- Il ritardo lieve è difficilmente evidenziabile nei primi anni di vita, questo perché nei bambini così piccoli le difficoltà motorie, prassiche e linguistiche non sono molto visibili, inoltre la compromissione in queste aree è lieve e non facilmente distinguibile dalle capacità dei bambini senza ritardo fino ad una età più avanzata.

- Il periodo iniziale in cui si nota il problema è quello dell'inserimento nella frequenza scolastica, quando possono sopraggiungere difficoltà nell'apprendimento. Infatti, spesso si consiglia la permanenza nella scuola dell'infanzia fino ai 6 anni perché questi bambini imparano a leggere e scrivere tardivamente rispetto alla norma e generalmente intorno all'età di 7-8 anni.



Ritardo lieve

- Possono conseguire un'autonomia sociale e lavorativa adeguata per un livello minimo di autosostentamento, ma ugualmente necessiteranno di supporto.



Ritardo medio

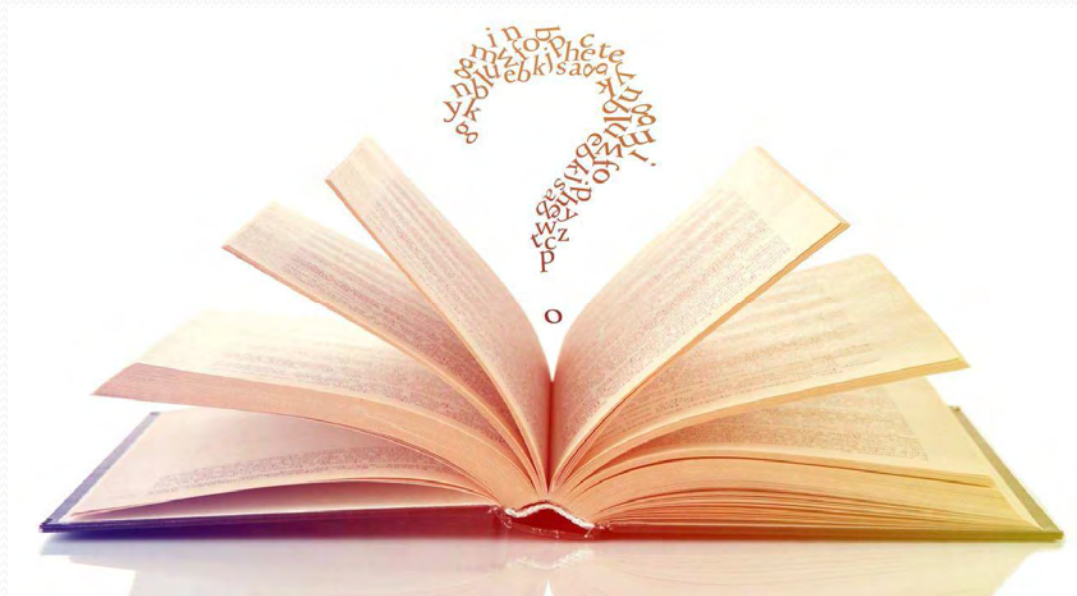
- Gli individui affetti da tale patologia, anche da adulti, difficilmente oltrepassano un'età mentale di 5-7 anni.
- Presentano discrete capacità comunicative e con supervisione possono provvedere alla cura della propria persona e allo svolgimento di lavori semplici.

Ritardo medio

- I soggetti hanno relativa autonomia nei luoghi familiari e possono discretamente adattarsi alla vita nel contesto sociale, imparando magari a spostarsi senza aiuto impiegando mezzi pubblici (ma solo se precedentemente abituati).



- Per quanto riguarda l'apprendimento scolastico, comprensione e uso del linguaggio, il vocabolario appreso resta piuttosto limitato e manifestano difficoltà a cogliere i nessi logici.





Ritardo medio

- A scuola, inoltre, viene evidenziato lo sviluppo disarmonico delle discipline (possono, per esempio, acquisire maggiori competenze in campo matematico che in quello linguistico). Di fatto, anche nel calcolo in genere riescono a contare ma difficilmente a compiere operazioni.



Ritardo medio

- Mentre a livello sociale i bambini con ritardo medio tendono a sentirsi isolati rispetto ai loro compagni poiché riescono ad acquisire una certa consapevolezza della loro condizione.
- La Sindrome di Down e la Sindrome di Turner (anche la sclerosi tuberosa, così come i casi lievi della Sindrome di Rett) sono due cause piuttosto frequenti di ritardo mentale medio.

Ritardo grave

- L'età mentale dell'individuo, in genere, si ferma ai 2-3 anni. Lo sviluppo psicomotorio è acquisito con notevole ritardo e solitamente imparano a camminare verso o in seguito ai 24 mesi presentando anche durante la crescita goffaggine motoria. Quindi, anche da adulti hanno difficoltà ad eseguire delle prestazioni motorie.
- I livelli del linguaggio sono minimi o assenti, per lo più presenta l'olofrase tipica del periodo sensomotorio ma durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e ad acquisire capacità per riconoscere parole semplici legate ai bisogni primari.



Ritardo grave

- Se opportunamente supportato, l'individuo può acquisire una competenza basilare della cura di sé e le capacità di svolgere attività lavorative molto semplici in ambienti protetti e in presenza di personale specializzato.
- Il beneficio scolastico è limitato all'insegnamento di materie prescolastiche. Sentendosi incapace di far fronte agli eventi, il soggetto può soffrire di alcune forme di frustrazione. I casi gravi di autismo e la maggior parte dei malati di Sindrome di Rett sono cause non rare alla base di un ritardo mentale grave.

Ritardo gravissimo

- Il soggetto presenta una età mentale inferiore ai 2 anni e non è in grado di svolgere le principali funzioni della vita quotidiana. La vita di relazione è per lo più ridotta. Linguaggio per lo più assente o fortemente compromesso con non più di 10/20 parole comprensibili con difficoltà. La necessità di sostegno è pervasiva, occupa tutta la durata della vita e deve essere continua.

Cause del ritardo mentale

Solitamente sono distinguibili in:

- Cause prenatali: agiscono intorno alla 28^a settimana di gestazione interferendo con i processi di morfogenesi (si tratta ad esempio aberrazioni cromosomiche, anomalie genetiche, malformazioni cerebrali, disordini metabolici, ipossia)



- 
- Cause postnatali: traumi, infezioni o disordini neurodegenerativi
 - Cause ignote: le più frequenti, soprattutto per il ritardo lieve
 - Fattori genetici: presenti nel 25% dei casi e fanno riferimento a:
 1. Sindrome di Down
 2. Sindrome dell'X Fragile
 3. Sindrome di Angelman
 4. Sindrome Prader – Willi
 5. Sindrome di Rett



Nel RM si assiste a:

- **Riduzione delle funzioni esecutive**
(attenzione, memoria, rappresentazione, linguaggio)
- **Facilitazione delle condotte imitative e stereotipe con riduzione di autonomia e originalità.**
- **Riduzione della capacità di astrarre dall'esperienza, di costruire operazioni mentali, di formulare ipotesi e deduzioni.**

- 
- Nel RM fondamentale appare il problema della carenza del comportamento strategico
 - Emerge una difficoltà alla gestione consapevole dei propri strumenti mentali e delle proprie conoscenze

- Spesso un soggetto con RM ha scarsa consapevolezza delle proprie capacità perché cerca attivamente di evitare il contatto doloroso con un funzionamento mentale difettoso



- Gran parte delle esperienze della sua vita sono contrassegnate da fallimenti ed insuccessi, in particolare soggetti con RML sono portati a costruirsi una **rappresentazione mentale del loro rapporto con la realtà dominata da aspettative di insuccesso**; ciò riduce in modo marcato la motivazione fino a condotte sistematiche di rinuncia ed evitamento.





Autismo

I Disturbi generalizzati dello sviluppo comprendono:

- - Disturbo autistico
- - Disturbo di Asperger
- - Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato



Autismo

- 1) Compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2 dei seguenti:
 - a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale
 - b) incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo

Autismo

c) mancanza di ricerca spontanea nella condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per. es. non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse)

d) mancanza di reciprocità sociale ed emotiva





2) compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica)

b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri

c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico

d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo



3) modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione

b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici

c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)

d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti



B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età: 1) interazione sociale, 2) linguaggio usato nella comunicazione sociale, o 3) gioco simbolico o di immaginazione.

C. L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della fanciullezza.

Come avvicinarsi alla disabilità?

Nel corso degli ultimi decenni si è sviluppato un diverso approccio alla disabilità in senso generale.

Da un concetto di custodialismo e quindi di emarginazione sociale in cui la disabilità era vissuta come elemento discriminante si sta oggi sempre più affermando un approccio basato sulla qualità della vita della persona.



L'impatto della condizione di disabilità sulla qualità di vita delle persone può essere particolarmente rilevante, coinvolgendo in maniera importante anche il nucleo familiare di origine.



La persona con disabilità intellettiva necessita di una rete sociale che lo sostenga, composta dai familiari, dai servizi di riferimento, dalle istituzioni, dal quadro normativo e dalle risorse sul territorio.



Compito degli operatori sociali è quello di individuare e valutare un progetto individuale basato sui bisogni delle persone, al fine di favorirne lo sviluppo delle capacità di integrazione e partecipazione alla vita sociale.



DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

- Difficoltà di controllo e di gestione delle proprie emozioni
- Incapacità di conformare il proprio comportamento alle richieste dell'ambiente
- Scarsa capacità di prendere in considerazione il punto di vista altrui
- Bisogno impellente di soddisfazione delle proprie necessità con pretesa di priorità su tutto e su tutti



- 
- Rendimento scolastico al di sotto delle competenze intellettive
 - Aggressività, rabbia, oppositività, provocazione, trasgressione delle norme sociali e morali



DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE

1. Disturbo oppositivo-provocatorio
2. Disturbo esplosivo intermittente ricorrente
3. Disturbo della condotta (ad esordio infantile o adolescenziale)



DISTURBO OPPOSITIVO- PROVOCATORIO

Il D.O.P. si inserisce nella categoria dei disturbi da comportamento dirompente e costituisce una patologia Npi nella quale è presente una modalità comportamentale ricorrente di tipo negativistico, provocatorio, disubbidiente ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi.

CRITERI DIAGNOSTICI

ALMENO 1 DEI SEGUENTI COMPORTAMENTI

- Perdita di controllo
- Litigi con adulti
- Opposizione attiva o rifiuto di rispettare regole o richieste di adulti
- Azioni deliberate che danno fastidio agli altri
- Accuse agli altri dei propri sbagli o del proprio comportamento



- Suscettibilità o fastidio nei confronti degli altri
- Essere collerico o risentirsi
- Essere dispettoso o vendicativo



Comportamenti che devono essere più frequenti di quanto compaiono in soggetti di pari età e comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

- 
- Il soggetto con DOP non ha piena consapevolezza circa la disfunzionalità del proprio comportamento che al contrario viene percepito come risposta funzionale al fronteggiamento di un ambiente frustrante
 - Ciò provoca l'allargamento della cerchia dei destinatari del comportamento stesso

- 
- CON GLI ADULTI si instaurano dinamiche verbali connotate dal non riconoscimento del ruolo, svalutazione, derisione
 - CON I PARI prevalgono condotte volte al dominio, alla prevaricazione e all'intimidazione che rendono difficoltoso lo svolgimento di attività ludico-ricreative e strutturate



SCARSA
COMPETENZA
RELAZIONALE



IDEA
SFAVOREVOLE
DI Sè



GIUDIZI
ESPRESSI
DALL'ALTRO



BASSA AUTOSTIMA



La sintomatologia del DOP
compare in modo graduale,
generalmente prima degli 8 anni
e non oltre il periodo
adolescenziale.

La sintomatologia deve assumere
forme frequenti e gravi.



L'AGGRESSIVITÀ FASE-SPECIFICA DEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO

Prima infanzia (età prescolare)

- Risposta a uno stile genitoriale incoerente o autoritario

Seconda infanzia (inserimento nei percorsi di istruzione formale)

- Comparsa dei primi comportamenti antisociali
- Ribellione nei confronti dell'autorità
- Rifiuto di esecuzione delle consegne

- 
- Mancato svolgimento dei compiti
 - Mancanza di attenzione a quanto viene detto
 - Scarso rendimento scolastico
 - Mancata integrazione nel gruppo classe
 - Rifiuto da parte degli insegnanti e dei coetanei
 - Isolamento sociale



Terza infanzia (periodo di passaggio dall'infanzia all'adolescenza)

Entrata nelle baby-gangs

- Costruzione di rapporti interpersonali con individui che presentano l'insuccesso e il fallimento come tratto identitario
- Rinforzo del comportamento antisociale
- Estrema riduzione delle probabilità di successo scolastico e sociale



Adolescenza

- Consolidamento della personalità non ancora definitivo
- Permeabilità al trattamento del comportamento aggressivo

Età adulta

Consolidamento e amplificazione dell'aggressività, dell'ostilità e della provocazione

- Insorgenza della personalità antisociale



FATTORI CHE INFLUENZANO LA VARIABILITA' DEL DECORSO DEL DOP

- Integrità del contesto familiare
- Comorbilità con altri disturbi quali: disturbo da uso di sostanze, disturbo di apprendimento e di comunicazione, ADHD, disturbo dell'umore e ritardo mentale
- Gravità del problema



TERAPIE FARMACOLOGICHE

Efficaci solo se in comorbidità
con:

- ADHD (METILFENIDATO)
- DISTURBO D'ANSIA (BZD)
- DISTURBO DELL'UMORE (AD)



DISTURBO DELLA CONDOTTA

Il Disturbo di Condotta è un **disturbo psichiatrico** ad esordio in **età evolutiva**, relativamente frequente, caratterizzato da un pattern ripetitivo e persistente di comportamenti antisociali, aggressivi / non aggressivi, di violazione delle regole e norme sociali appropriate all'età. Tali comportamenti sono correlati ad una disfunzione dell'individuo.

Il Disturbo comporta un considerevole carico di sofferenza per il paziente stesso, la sua famiglia e la società. In molti casi, il Disturbo di Condotta è preceduto e associato al DOP.

Criteri DC (DSM - V)

- A. Almeno **3 sintomi** tra quelli presenti nelle seguenti **4 categorie**, presenti da almeno **12 mesi** (almeno **1 criterio** negli **ultimi 3 mesi**)

Aggressioni a persone o animali:

1. è prepotente, minaccia o intimorisce gli altri
2. dà inizio a colluttazioni fisiche
3. usa un'arma che può causare danni ad altri (bastone, barra, bottiglia rotta, coltello, pistola)



4.è fisicamente crudele con le persone

5.è fisicamente crudele con gli animali

6.ruba affrontando la vittima (aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)

7.forza qualcuno ad attività sessuali

Distruzione della proprietà:

8.appicca il fuoco con l'intenzione di causare seri danni

9.distrugge deliberatamente proprietà altrui

Frode o furto:

10.entra in edificio, domicilio o automobile altrui

11.mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (raggira gli altri)

12.ruba oggetti senza affrontare la vittima (furto nei negozi ma senza scasso, falsificazioni)

13.trascorre fuori casa la notte nonostante proibizione dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età



14. fugge da casa 2 volte, o 1 volta senza ritornare per un lungo periodo

15. marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni

C. Significativa compromissione funzionale (sociale, accademica, lavorativa)

D. Se > 18 anni, escludere Disturbo Antisociale di Personalità





L'aggressività è un comportamento
“fisiologico”:

- l'abilità di difendere se stessi contro gli attacchi fisici e verbali contribuisce alla sopravvivenza ed allo sviluppo delle capacità di adattamento
- i comportamenti aggressivi (colpire, spingere, schiaffeggiare, mordere, dare pugni, sputare, tirare i capelli) sono **comuni** nei bambini piccoli. Crescendo la gran parte dei bambini tendono a socializzare e inibire tali comportamenti aggressivi



- le interazioni con gli adulti giocano un ruolo importante nel modellare il repertorio comportamentale del bambino verso modalità più appropriate di difesa dei propri diritti (e beni) ed espressione dei propri desideri

- alcuni bambini non riescono a sviluppare tali capacità e continuano frequentemente a manifestare comportamenti aggressivi e di violazione delle regole



DISTURBO ESPLOSIVO-INTERMITTENTE

CRITERI DIAGNOSTICI (DSM 5)

1. Accessi comportamentali RICORRENTI che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da uno dei seguenti:
 - aggressione verbale (accessi di collera, invettive, discussioni o litigi verbali) o aggressione fisica verso proprietà, animali o altre persone che si verifica in media 2/sett. per un periodo di 3 mesi.

2. Il grado di aggressività espresso durante gli accessi ricorrenti è grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante.
3. Le ricorrenti esplosioni di aggressività non sono premeditate (sono impulsive e/o generate dalla rabbia) e non hanno lo scopo di raggiungere qualche obiettivo concreto (denaro, potere, intimidazione)





4. Causano disagio marcato e compromissione del funzionamento dell'individuo in ambito lavorativo o interpersonale

5. Non sono meglio spiegate da altro disturbo mentale (psicosi, disturbo borderline....)

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

- Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, o **ADHD**, è un **disturbo evolutivo dell'autocontrollo**. Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività. Questi problemi derivano sostanzialmente dall'incapacità del bambino di regolare il proprio comportamento in funzione del trascorrere del tempo, degli obiettivi da raggiungere e delle richieste dell'ambiente.



- E' bene precisare che l'ADHD non è una normale fase di crescita che ogni bambino deve superare, non è nemmeno il risultato di una disciplina educativa inefficace, e tanto meno non è un problema dovuto alla «cattiveria» del bambino.



Disattenzione

- I sintomi relativi alla **disattenzione** si riscontrano soprattutto in bambini che, rispetto ai loro coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.



- 
- Diversi autori sostengono che il deficit principale della sindrome sia rappresentato dalle difficoltà d'attenzione, che si manifestano sia **in situazioni scolastiche/lavorative**, che in quelle **sociali**. Dato che il costrutto di attenzione è multidimensionale (selettiva, mantenuta, focalizzata, divisa), le ultime ricerche sembrano concordi nello stabilire che il **problema** maggiormente evidente nell'ADHD sia il **mantenimento dell'attenzione**, soprattutto **durante attività ripetitive o noiose**.

- 
- Queste difficoltà si manifestano anche in situazioni ludiche in cui il bambino manifesta frequenti passaggi da un gioco ad un altro, senza completarne alcuno.
 - A scuola si manifestano evidenti **difficoltà nel prestare attenzione ai dettagli**, banali “errori di distrazione”, e i lavori sono incompleti e disordinati. Insegnanti e genitori riferiscono che i bambini con ADHD sembra che non ascoltino o che abbiano la testa da un'altra parte quando gli si parla direttamente.

- Passando vicino al banco di un bambino iperattivo si può rimanere colpiti dal disordine con cui gestisce il materiale scolastico e dalla facilità con cui viene distratto da suoni o da altri stimoli irrilevanti.



Iperattività

- La seconda caratteristica dell'ADHD è l'**iperattività**, ovvero un **eccessivo livello di attività motoria o vocale**. Il bambino iperattivo manifesta continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e fermo al proprio posto. Secondo i racconti di genitori e insegnanti i bambini con ADHD sembrano “guidati da un motorino”: sempre in movimento sia a scuola che a casa, durante i compiti e il gioco. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo (gambe, braccia e tronco) non sono armonicamente diretti al raggiungimento di uno scopo.



- L'iperattività è considerata una dimensione comportamentale lungo la quale i bambini (ma anche gli adulti) si possono collocare tra il polo calmo-ben organizzato e il polo irrequieto-inattento: si tratta quindi di un continuum lungo il quale tutte le persone trovano una loro collocazione e in cui, naturalmente, i bambini con ADHD occupano una posizione estrema.



Impulsività

- L'impulsività si manifesta nella **difficoltà a dilazionare una risposta, ad inibire un comportamento inappropriato, ad attendere una gratificazione.**
- I bambini impulsivi rispondono troppo velocemente (a scapito dell'accuratezza delle loro risposte), interrompono frequentemente gli altri quando stanno parlando, non riescono a stare in fila e attendere il proprio turno.

- Oltre ad una persistente impazienza, l'impulsività si manifesta anche nell'intraprendere azioni pericolose senza considerare le possibili conseguenze negative.
- L'impulsività è una caratteristica che rimane abbastanza **stabile durante lo sviluppo** (sebbene conosca diverse forme a seconda dell'età) ed è presente anche negli adulti con ADHD.

NON ESSERE
IMPULSIVO
FAI COME ME:
CONTA FINO A UNO.



ADHD: risvolti pedagogico-didattici

- La capacità di prevedere ciò che accadrà in seguito ad un evento o a un comportamento è basilare nel processo decisionale ma i bambini con ADHD spesso hanno scarsa capacità di prevedere l'esito dei loro comportamenti.
- Risulta possibile intervenire in questo senso, aiutando in vari modi il bambino a prevedere le conseguenze di determinati eventi prima di agire.

Occorre quindi che l'adulto:

- offra informazioni di ritorno al bambino:
spiegare il perché si sia verificata una determinata conseguenza dando chiare indicazioni sul grado di correttezza del comportamento potrebbe sembrare un inutile sovrappiù, ma risulta essenziale per un soggetto con ADHD



- Instauri delle routines: tutte le regolarità e le scadenze prestabilite forniscono al bambino una cornice di supporto nella comprensione di ciò che accade intorno a lui; in generale più routines sono presenti con regolarità nella vita scolastica, meno instabile sarà il comportamento del bambino.
- Stabilisca delle regole: avere regole chiare e conosciute, magari messe in evidenza in vari modi, aiuta il bambino ad organizzare i propri spazi e tempi e a sapere in anticipo quali azioni siano da considerarsi fuori dalle norme stabilite.



- 
- Le regole devono essere proposizioni positive e non divieti
 - Le regole devono essere semplici, espresse chiaramente
 - Le regole devono descrivere le azioni in modo operativo
 - Le regole dovrebbero usare simboli pittorici colorati ed essere poche

Riassumendo, quindi, più strutturate e regolate sono le giornate, meno instabile sarà il comportamento del bambino.

DSA

- Col termine **disturbi specifici dell'apprendimento** (DSA) ci si riferisce ad un gruppo eterogeneo di disturbi consistenti in significative difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di abilità di ascolto, espressione orale, lettura, ragionamento e matematica, presumibilmente dovuti a disfunzioni del sistema nervoso centrale.



-



Caratteristiche principali

- **Base neurobiologica:** anomalie funzionali e strutturali a carico di determinate aree cerebrali vengono indicate come correlati neurobiologici dei disturbi specifici dell'apprendimento. Ciononostante è bene ricordare che i fattori biologici interagiscono con quelli ambientali concorrendo alla comparsa dei disturbi dell'apprendimento.
- **Carattere Evolutivo:** sempre più studi confermano l'origine genetica dei **disturbi specifici dell'apprendimento** andando a determinare un'anomala capacità d'apprendimento che quindi si manifesta già dalle prime fasi dello sviluppo.

- **Variabilità espressiva:** ogni abilità d'apprendimento segue un percorso specifico che tende ad avere una diversa espressività a seconda delle varie fasi dello sviluppo.
- **Rilevanza:** il disturbo deve avere un'interferenza significativamente negativa sull'adattamento scolastico e/o sulle attività di vita quotidiana.



Disturbo specifico di lettura (dislessia evolutiva)

- La caratteristica fondamentale del **Disturbo della Lettura** è data dal fatto che il livello di capacità che il soggetto ha raggiunto (precisione, velocità o comprensione della lettura misurate da test standardizzati) si situa sostanzialmente al di sotto di quanto ci si aspetterebbe data l'età cronologica del soggetto, la valutazione psicometrica dell'intelligenza e un'istruzione adeguata all'età.



- 
- Il Disturbo della Lettura interferisce notevolmente con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di lettura.
 - Nei soggetti con **Disturbo della Lettura** la lettura orale è caratterizzata da distorsioni, sostituzioni o omissioni; sia la lettura orale che quella a mente sono caratterizzate da lentezza ed errori di comprensione.

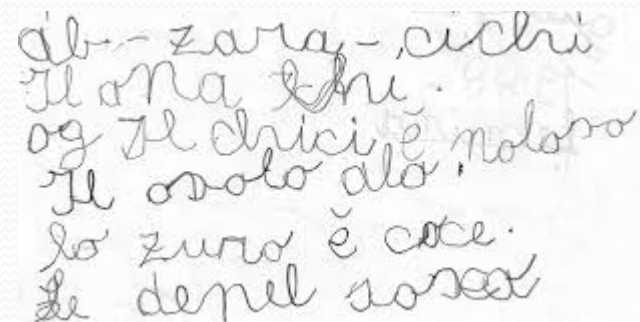
Disturbo specifico di scrittura (disortografia e disgrafia)

- La disortografia consiste in una difficoltà nel realizzare il passaggio dal codice fonetico a quello grafemico.
- In altri termini, il **bambino disortografico** non è lo studente che non conosce le regole ma che nel tradurre in forma scritta il linguaggio parlato commette un numero eccessivo di errori, specialmente sotto dettatura, rispetto ai compagni della propria età/classe.

erori di ortog~~ra~~ffia
e batt~~ti~~tura

Disgrafia

- La disgrafia è un **disturbo a carico della componente grafica della scrittura**: nello specifico, la qualità, intesa come leggibilità dei grafemi, e l'efficienza, intesa come velocità di scrittura, risultano compromesse.
- In altri termini, la calligrafia dei **bambini disgrafici** risulta difficilmente comprensibile. Inoltre può emergere una significativa lentezza nella scrittura riconducibile ad una scarsa coordinazione motoria.



ab-zara-cichi
Il ma lhu.
og il chici è nolo
Il osolo alo nolo
lo zuro è cce.
Le denel sosa

Disturbi specifici del calcolo (discalculia)

- La caratteristica principale del **Disturbo del Calcolo** è una capacità di calcolo (misurata con test standardizzati somministrati individualmente sul calcolo o sul ragionamento matematico) che si situa sostanzialmente al di sotto di quanto previsto in base all'età cronologica del soggetto, alla valutazione psicometrica dell'intelligenza, e a un'istruzione adeguata all'età.

- Il **Disturbo del Calcolo** interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di calcolo.



Interventi riabilitativi

- Psicoterapia
- Fisioterapia
- Terapia Occupazionale
- Metodo Feuerstein (potenziamento cognitivo)
- Logopedia
- Pet therapy





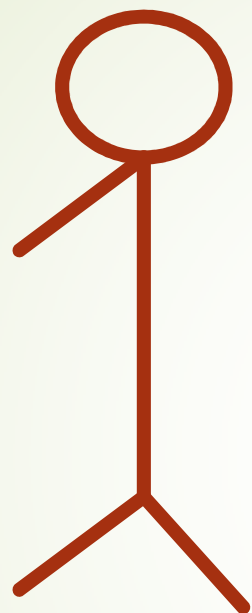
**«Curare è un'interiore
sollecitudine per la persona
che soffre e non il semplice
tentativo di ripristino di una
condizione di salute»**

G. Moretti

Modulo 4

Movimentazione e accompagnamento di alunni con disabilità motorie e sensoriali, pluridisabilità

*Dott.ssa Valentina Bonicalzi - Fisioterapista, Associazione "La Nostra Famiglia" di
Veduggio (Va)*



Cosa rappresenta questa immagine?

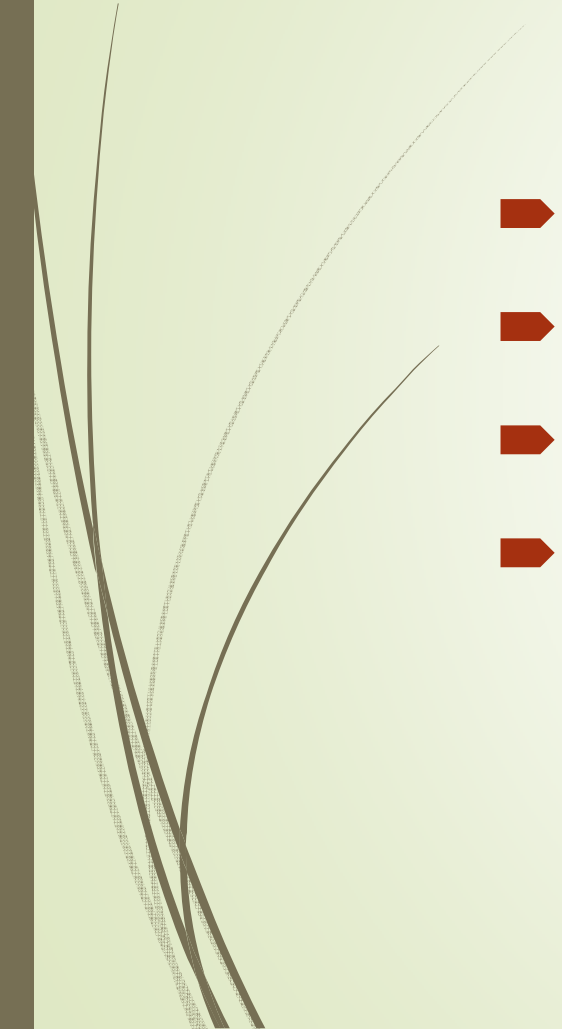


POSSIBILI RISPOSTE

- Omino senza un braccio
- Persona di profilo
- Omino con un braccio solo



PROBLEMATICHE POSSIBILI

- Disturbi motori
 - Disturbi percettivi
 - Disturbi intenzionali
 - Disturbi sensitivo-sensoriali
- 



DISTURBI MOTORI

NECESSITÀ di

- contenimento
- controllo posturale
- adattamento dell'ambiente



ATTRAVERSO

- utilizzo di ortesi e ausili
- aiuto, assistenza, facilitazione fisica
- accorgimenti ambientali



DISTURBI PERCETTIVI

NECESSITÀ di

- contenimento fisico e verbale
- rassicurazioni verbali
- riduzione perturbazioni esterne



ATTRAVERSO

- utilizzo di ortesi e ausili
- aiuto, assistenza, facilitazione fisica
- accorgimenti ambientali



DISTURBI INTENZIONALI

... intesi come problemi comportamentali

NECESSITÀ di

➡ entrare in relazione



ATTRAVERSO

- ➡ tentativi
- ➡ strategie
- ➡ comunicazione non verbale



DISTURBI SENSITIVO-SENSORIALI

NECESSITÀ di

➤ adattamento dell'ambiente



ATTRAVERSO

➤ aiuto

➤ assistenza

➤ facilitazione fisica

LIVELLI FUNZIONALI DI AUTONOMIA

AUTOSUFFICIENZA



NON AUTOSUFFICIENZA



AUTOSUFFICIENZA - 1

INDIPENDENZA COMPLETA



L'attività viene eseguita in autonomia, senza rischi, senza necessità di particolari modifiche, senza presidi ortopedici, in un tempo ragionevolmente breve



AUTOSUFFICIENZA - 2

INDIPENDENZA MODIFICATA



L'attività viene eseguita in autonomia, ma richiede uno o tutti i seguenti requisiti:

- uso di ortesi o protesi
- precauzioni per evitare rischi
- tempo più che ragionevole



AUTOSUFFICIENZA - 3

SUPERVISIONE O PREDISPOSIZIONE/ADATTAMENTI



L'attività viene eseguita in autonomia, ma presuppone uno dei seguenti interventi:

- facilitazione verbale
- suggerimenti
- incoraggiamenti
- controllo
- presenza dell'adulto (senza contatto fisico)
- predisposizione degli elementi necessari
- adattamento di eventuali protesi/ortesi



NON AUTOSUFFICIENZA - 1

CONTATTO FISICO



Richiesta l'assistenza di un'altra persona, vero e proprio supporto fisico per consentire l'esecuzione dell'attività.

Attività NON possibile senza una persona che assiste il paziente



NON AUTOSUFFICIENZA - 1

PARZIALE (il bambino compie il 50% dell'attività richiesta)



ASSISTENZA MINIMA

Esiste un minimo contatto fisico tra la persona che assiste e il bambino, che esegue però dal 75% al 99% dell'attività



ASSISTENZA MODERATA

È necessario un aiuto superiore al semplice contatto fisico. Il bambino compie dal 50% al 74% dell'attività



NON AUTOSUFFICIENZA - 2

COMPLETA (il bambino compie men del 50% dell'attività, richiesta assistenza intensa o completa per eseguire l'attività)



ASSISTENZA MASSIMA

Il bambino esegue dal 25% al 49% dell'attività

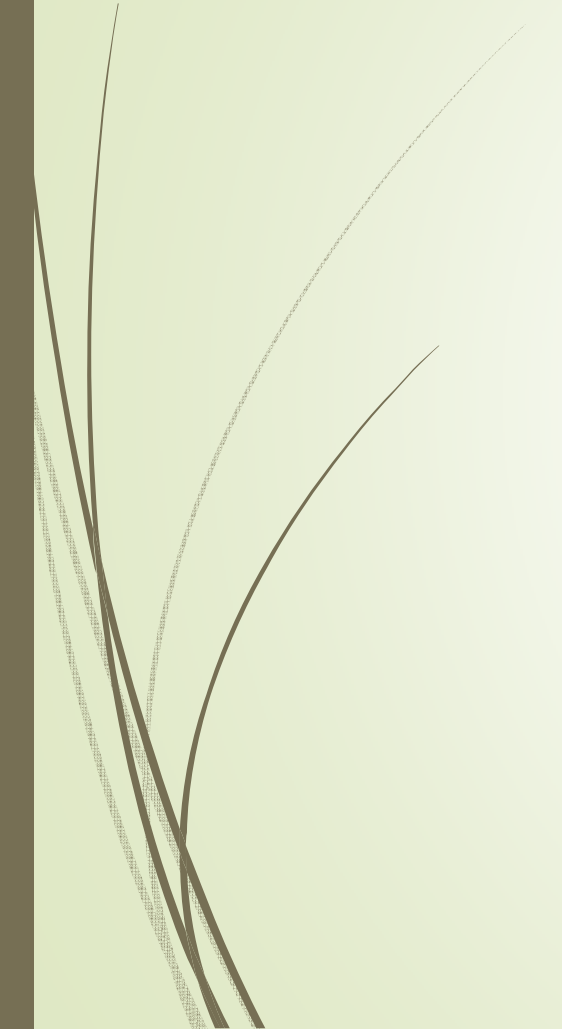


ASSISTENZA TOTALE

Il bambino compie meno del 25% dell'attività



INTERVENTO DI ASSISTENZA - 1



«Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrite con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza.»

(Groenhout, 2004)



INTERVENTO DI ASSISTENZA - 2

CURA



Come tutte quelle pratiche legate al corpo richiede **TEMPO** e necessità di dare tempo all'altro

Come pratica di assistenza, che richiede:

- **FARSI RESPONSABILI**
- **AVERE RISPETTO**
- **AGIRE IN MODO «DONATIVO»**



INTERVENTO DI ASSISTENZA - 3

CAREGIVER = COLUI CHE SI PRENDE CURA

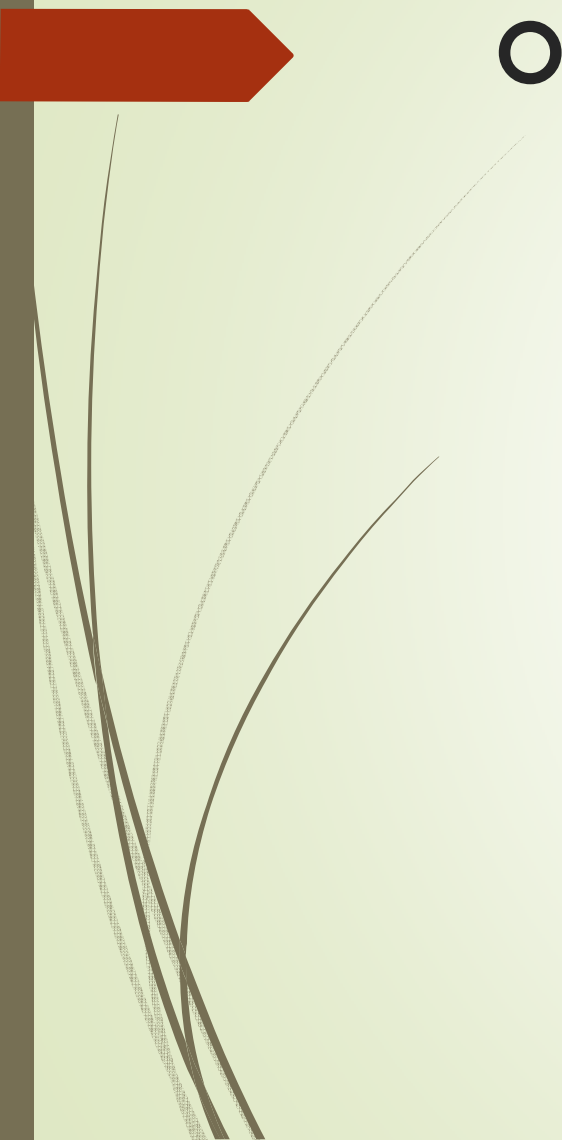


necessità di **comunicazione** tra chi ha cura e chi riceve la cura



ASSISTENZA... ANCHE A SCUOLA





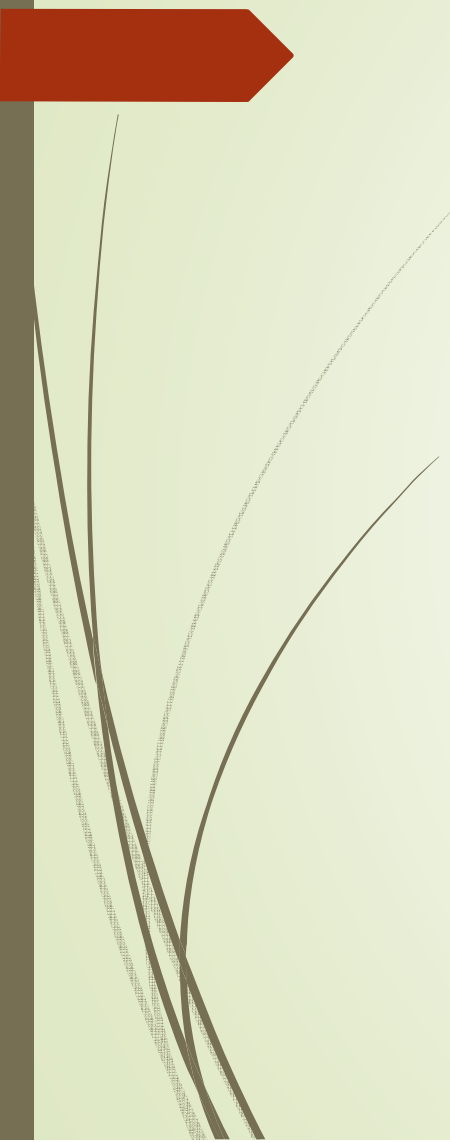
ORTESI



Sono sistemi, apparecchiature, dispositivi che **MIGLIORANO LA FUNZIONALITÀ DI UNA PARTE DEL CORPO** compromessa

ORTESI





AUSILI



Sono strumenti, attrezzature,
sistemi tecnologici volti a
**PREVENIRE, COMPENSARE,
RIDURRE UNA MANCANZA**

AUSILI



AUSILI PER LA POSTURA

Passeggini, carrozzine, gusci posturali, statiche ...



AUSILI PER L'AUTONOMIA

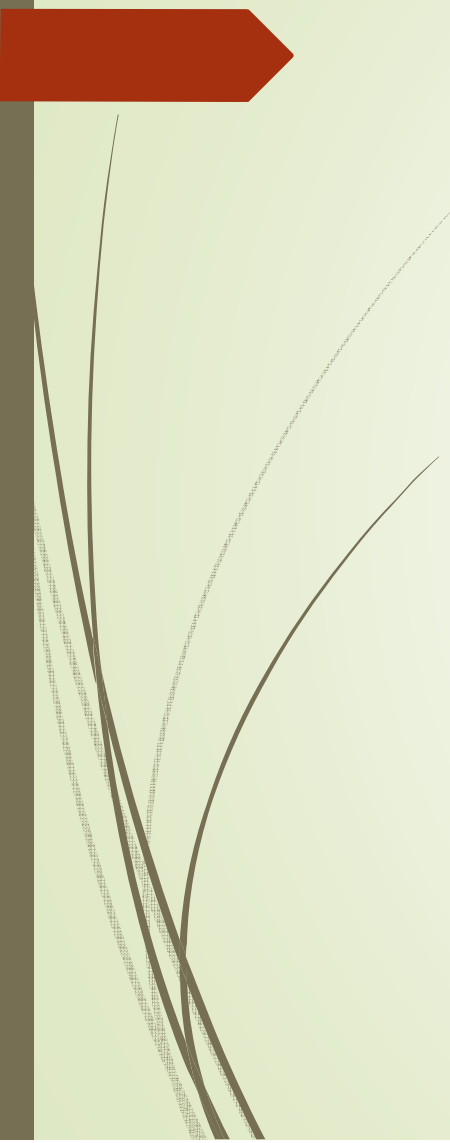
Deambulatori, stampelle, carrozzine elettriche, ...



AUSILI PER LA SICUREZZA

Sollevatori, cinture, tavolette, ...





TRASFERIMENTI

Ogni trasferimento deve essere:

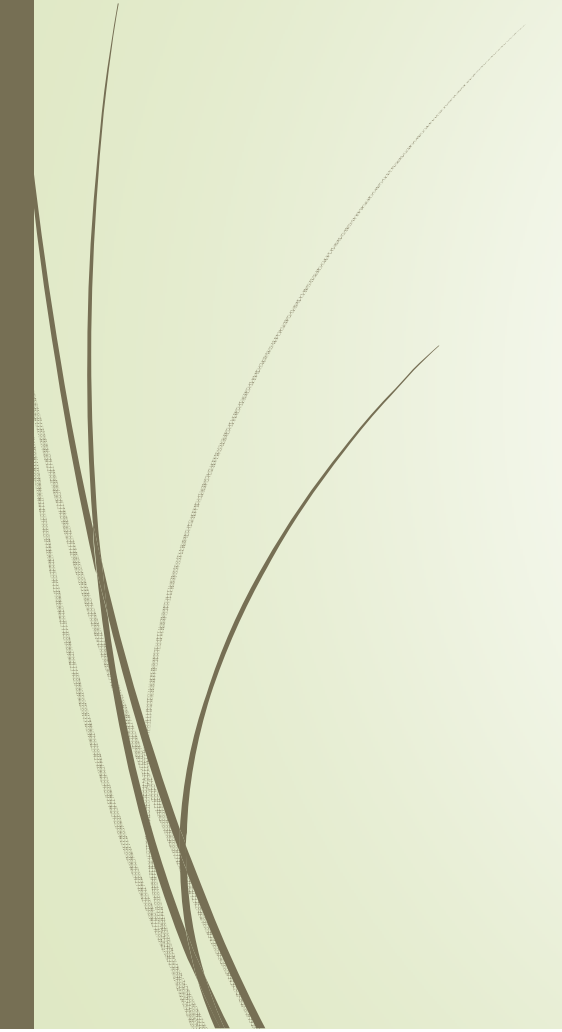
- economico
- sicuro
- rassicurante
- armonioso

ACCORGIMENTI:

- chiedere collaborazione
- se possibile essere in 2
- frenare l'ausilio
- salvaguardarsi



TRASFERIMENTI

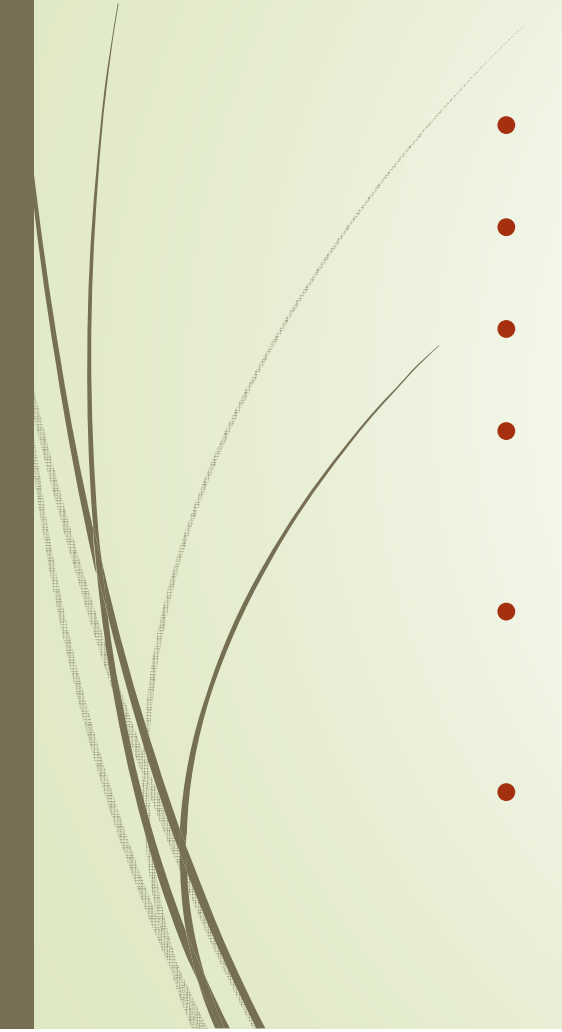


ALCUNI ESEMPI:

- [VIDEO 1](#)
- [VIDEO 2](#)
- [VIDEO 3](#)



SALVAGUARDARSI SIGNIFICA...

- Tenere la colonna in posizione corretta
 - Allargare la base di appoggio
 - Assicurarci una buona stabilità
 - Traiettoria dello spostamento più breve possibile
 - Utilizzare maggiormente gli arti inferiori rispetto a tronco e arti superiori
 - Portare il peso vicino al corpo
- 

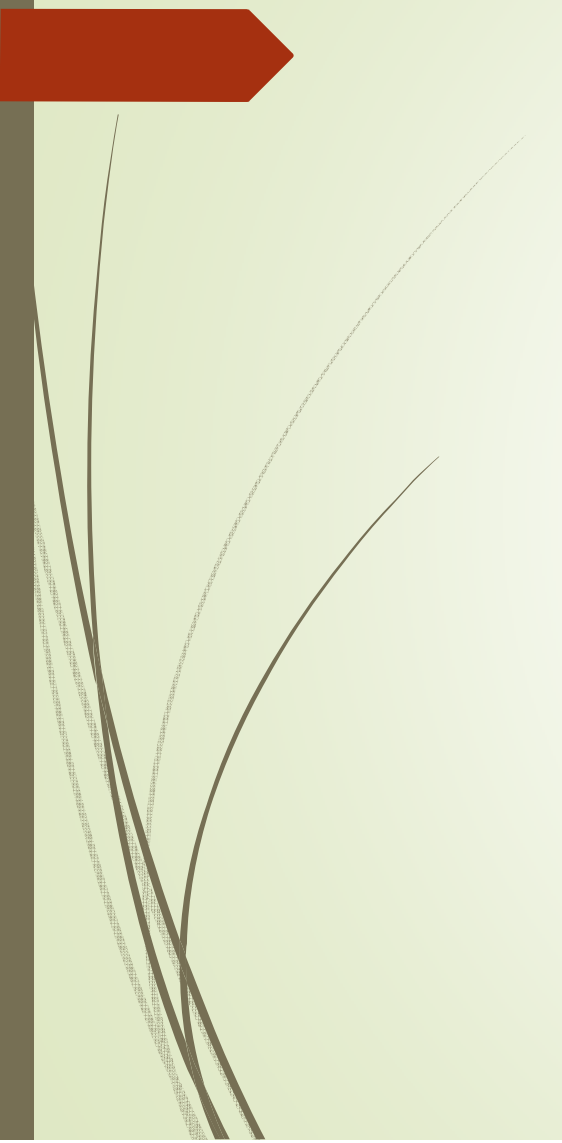


MAL DI SCHIENA?

NO, GRAZIE!!!

Per mantenere la schiena in buona salute,
per alleviarne i dolori, ecco la ricetta:

- RILASSAMENTO
- STIRAMENTO
- RINFORZO



**grazie per
l'attenzione!**

MODULO 5

LA RELAZIONE CON IL BAMBINO/RAGAZZO DISABILE

- CURARE E PRENDERSI CURA : ASPETTI ETICI

Gabriella Carnovali - Assistente Sociale, Associazione La Nostra Famiglia Sede
di Castiglione Olona (Va)

Abbiamo assistito negli ultimi anni a numerose variazioni nel modo di considerare e intervenire nei confronti della disabilità.

Cerchiamo ora di approfondire i principi da cui partire nella cura della persona.

Nei «Principi» possono essere individuati i presupposti teorici ed etici di ogni professione

Per «Principio» si intende «ciò da cui si comincia», il punto di partenza



ETICA :

- Dal greco *ethos*, da cui deriva il termine *etica*, significa "costume", "consuetudine" (i medesimi significati si ritrovano nel latino *mos*, *moris*, da cui deriva invece il termine *morale*). Quando parliamo di *etica* (o di *morale*) facciamo, allora, riferimento al costume e più ampiamente al nostro modo di agire, di comportarci, alle scelte che quotidianamente compiamo, in modo più o meno consapevole. In senso stretto, con *etica* e con *morale* intendiamo un insieme di criteri, di valori, di norme, in base ai quali orientiamo il nostro agire.
- branca della filosofia che studia la condotta degli esseri umani e i criteri in base ai quali si valutano i comportamenti e le scelte. (Aristotele)



- o nel linguaggio filosofico, ogni dottrina o riflessione speculativa intorno al comportamento pratico dell'uomo, soprattutto in quanto intenda indicare quale sia il vero bene e quali i mezzi atti a conseguirlo, quali siano i doveri morali verso sé stessi e verso gli altri, e quali i criteri per giudicare sulla moralità delle azioni umane. »

L'etica è quindi

- un insieme di norme e di valori che regolano il comportamento dell'uomo in relazione agli altri
- un criterio che permette all'uomo di giudicare i comportamenti, propri e altrui, rispetto al bene e al male

“L'etica aiuta a comprendere ciò che è buono in sé;

- ✓ ciò che va fatto o evitato ad ogni costo e in ogni caso, a prescindere dai vantaggi personali e sociali che se ne ricavano;
- ✓ ciò che è assolutamente degno dell'uomo e che si oppone a ciò che è indegno;
- ✓ ciò che non è negoziabile e su cui non si può né discutere né transigere”

C. M. Martini



ET ICA

Ha come oggetto i valori riferiti
al volere e all'azione dell'uomo
Cerca di rispondere a domande
come : quando un'azione è
giusta? Quando è sbagliata?

PUO' ESSERE

DESCRITTIVA

- Si limita a descrivere il comportamento dell'uomo e ad aiutarlo a cogliere, tra i motivi che spingono la sua azione quelli la cui realizzazione presenta maggiori vantaggi individuali e sociali

NORMATIVA

- Dà indicazioni su quali valori siano giusti e quindi da realizzare



CURARE

(to cure)

- guarire
- sanare

intervento univoco



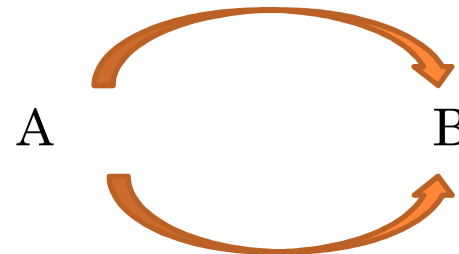
PRENDERSI CURA

(to care)

Curare con:

- Sollecitudine
- Preoccupazione
- Attenzione
- Condivisione
- Sostegno

intervento circolare



Attenzione alla persona e alla qualità della vita

TRAS-CURARE

- togliere valore
- passare in mezzo alle cose senza guardarle



○ MODELLI DI INTERVENTO

Come si fa quel che si fa

MODELLO MEDICO O CLINICO

UTENTE portatore di problemi/
Disagio/patologie sociali

UTENTE isolato dal contesto
relazionale

PATOLOGIA / DISAGIO
Da individuare/curare e guarire
da parte dell'operatore

MODELLO DI RETE

SOGGETTO con problemi
e risorse

SOGGETTO in relazione
con altri soggetti

Non è la patologia al centro
dell'attenzione dell'operatore
ma la CAPACITA' D'AZIONE
PER IL BENESSERE



MODELLI DI INTERVENTO

Come si fa quel che si fa

MODELLO MEDICO O CLINICO

La «CURA» deve avvenire in
AMBITI specifici

MODELLO DI RETE

L'attività dell'operatore è di :
promuovere le risorse
potenziare le capacità di
risposta

CURA della patologia
il più possibile nei CONTESTI
ORDINARI DI VITA

La CURA è funzione della
qualità dell'ambiente di vita



ALCUNI PRINCIPI CHE SOSTENGONO IL LAVORO CON LE PERSONE

- Riconoscimento e rispetto del valore della persona umana, unica e irripetibile
- Riconoscimento e rispetto della libertà intesa come possibilità di autodeterminazione e capacità di autorealizzazione personale in relazione con gli altri
- Principio dell'uguaglianza intesa come parità di diritti e doveri senza discriminazione di origine, razza, sesso, religione, condizioni economiche, personali, sociali e culturali
- Centralità della persona
- Reciprocità
- Ascolto
- Rispetto e valorizzazione delle soggettività senza giudizio di valore sulla persona



Ogni soggetto deve poter incontrare relazioni che tendano a :

- ✓ Accogliere ed accompagnare
- ✓ Accrescere le capacità di costruire rapporti positivi
- ✓ Sviluppare competenze

RELAZIONE D'AIUTO

Relazione in cui almeno uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato

Situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione



CARATTERISTICHE DELLE RELAZIONI

FAVORISCONO LA CRESCITA:

- Fiducia nell'individuo e nelle sue potenzialità
- Provare comprensione
- Accettazione dell'altro come processo in divenire
- Rispetto della persona e delle differenze
- Autenticità

RENDONO INEFFICACE LA RELAZIONE

- Disinteresse
- Distacco emotivo
- Indifferenza
- Accettazione rigida dell'altro come qualcuno di già diagnosticato, classificato



Le relazioni avvengono in un ambiente, in uno spazio che sta intorno, circonda la persona , e definisce il «tono educativo « di un contesto

AMBIENTE

«Tutto ciò che sta intorno»

« Complesso delle condizioni esterne materiali, sociali, culturali, nell'ambito delle quali si sviluppa, vive e opera un essere umano «.

« Le persone, le cose, con le quali sei a contatto; le condizioni e le circostanze nelle quali si vive «.

TERAPIA D'AMBIENTE

Operatori capaci di collaborare nell'obiettivo di «valorizzare» e integrare la persona





Modulo 5

LA RELAZIONE CON IL BAMBINO/RAGAZZO DISABILE

La persona disabile e la sua famiglia:

VISSUTI E ASPETTATIVE

Gabriella Carnovali - Assistente Sociale, Associazione La Nostra Famiglia Sede di Castiglione Olona (Va)

FAMIGLIA CHI E'?



- Relazioni
- Storie personali e familiari
- Progetti personali e familiari
- Desideri di realizzazione personale e sociale



Il modo in cui il bambino disabile sarà accolto , aiutato e integrato nella sua famiglia e il modo con cui questa saprà trovare strategie di cambiamento e strategie per vivere serenamente questo evento difficile, certamente dipende da fattori individuali, relazionali, sociali, ed economici ma dipende anche molto dagli operatori che questa famiglia incontrerà sulla sua strada.

La loro sensibilità e disponibilità sono fondamentali per il benessere psicologico, relazionale e sociale dei genitori e della famiglia nel suo insieme .

LA FAMIGLIA

SOCIETÀ



*Intesa come forma
di organizzazione
della convivenza
umana*

NATURALE



*Enuncia il riconoscimento dello
stato che la famiglia è prima di
tutto, un dato, un fatto di natura,
un'esperienza della realtà sociale,
né sopprimibile né coercibile.
(art. 29, c. 1, Costituzione)*

- Formazione sociale nella quale il singolo svolge la sua personalità.
(art. 2, Costituzione)

LA FAMIGLIA

- Istituzione naturale,
- Insieme di persone legate da reciproco affetto e solidarietà e da vincoli che assumono rilevanza giuridica.
- Prima forma di aggregazione spontanea che diviene convivenza organizzata, che a sua volta compone l'organizzazione sociale complessiva.

(Bovini, "Nozioni di diritto di famiglia")

- Organizzazione complessa di relazioni parentali che ha una storia,
che crea una storia



Trasforma la diversità
in unità senza
annullarle garantisce
continuità identità
accogliendo il
cambiamento



è ambito di ricchezza,
molteplicità e
dinamicità delle
relazioni



che sono di più della
semplice somma
delle storie
individuali

(Scabini, "L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo")

LA FAMIGLIA

Un'organizzazione di persone in continua crescita e cambiamento, impegnate reciprocamente a portare a termine i diversi compiti di sviluppo nel corso del ciclo della vita.

(Hill 1986)



- Far fronte agli inevitabili mutamenti familiari determinati dai cambiamenti cronologici e sociali
- Adeguato cambiamento nei comportamenti di ruolo familiare

CICLO DI VITA DELLA FAMIGLIA

Successione di fasi, delimitate da eventi tipici, che introducono, nel corso della vita del “soggetto famiglia”, significative trasformazioni di ordine strutturale, organizzativo relazionale, psicologico.

(Blaugiaro e Scabini – “Ciclo di vita della famiglia. Aspetti psico-sociali e demografici”)

FASE INIZIALE

FORMAZIONE DELLA COPPIA

I due partner costruiscono la nuova identità di coppia

- ✓ reciproco prendersi cura delle differenze
- ✓ negoziazione sui vari aspetti della vita quotidiana

FASE INIZIALE

NASCITA DEL FIGLIO

- La relazione di coppia ora include l'essere genitori.
- I coniugi devono affrontare nuovi compiti generati dall'evento critico della nascita del figlio.



Le abituali modalità di funzionamento risultano inadeguate, l'organizzazione familiare richiede un nuovo adattamento.



Tutto ciò che modifica alcuni aspetti del sistema come i confini, la struttura, le mete, i ruoli, i valori può essere considerato **EVENTO DI CRISI**

EVENTO



Episodi specifici (come il matrimonio, la nascita,...) o fenomeni psico-sociali meno circoscrivibili in termini di tempo (come l'adolescenza dei figli)

CRITICO



Descrive il fatto che, di fronte agli eventi, le abituali modalità di funzionamento familiare risultano inadeguate o solo parzialmente adeguate.



EVENTO DI CRISI

- ✓ *Prevedibile e scelto* (nascita dei figli e loro uscita di casa)
- ✓ *Prevedibile e non scelto* (morte di un familiare anziano)
- ✓ *Non prevedibile e scelto* (separazione, divorzio)
- ✓ *Non prevedibile e non scelto* (eventi traumatici, handicap, fortuna)

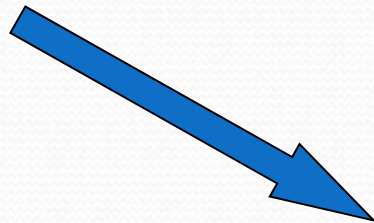
La crisi vera è quella che mette alla prova la famiglia in una sfida che eccede le capacità di adattamento della famiglia stessa.

Il periodo successivo alla crisi comprende 3 fasi:

Disorganizzazione

Ricerca attiva della soluzione

Riorganizzazione



Implica un notevole sforzo da parte dei diversi membri della famiglia per giungere al consolidamento di nuove forme di funzionamento familiare e al rafforzamento dell'unità interna della famiglia.

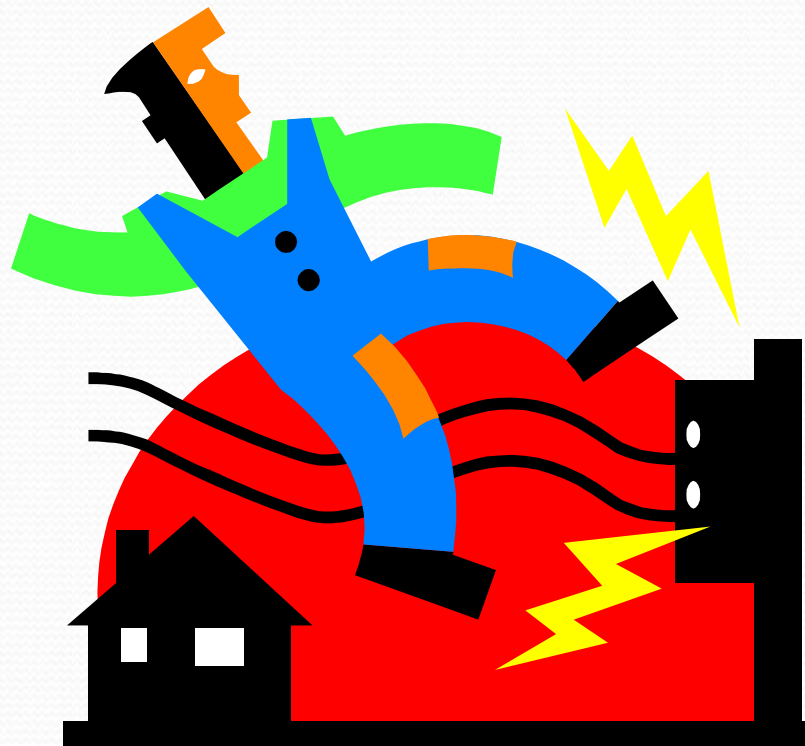
- La nuova organizzazione può essere funzionale e quindi positiva oppure disfunzionale e quindi negativa.



Le risorse che aiutano a risolvere situazioni critiche e che influiscono sul raggiungimento di un'organizzazione positiva possono essere :

- *socio-economiche* (reddito, istruzione, buona integrazione sociale)
- *cognitivo* (buona percezione e accettazione del figlio)
- *relazionale* :
 - funzionamento familiare caratterizzato da coesione
adattabilità
comunicazione
 - solidità della coppia
 - abilità di risoluzione dei problemi (problem-solving)
 - condivisione di ideali e valori
 - rete sociale

COSA ACCADE IN FAMIGLIA QUANDO SUCCED L'EVENTO HANDICAP?



- Sorprende
- Disorganizza gli equilibri
- Rompe - Unisce
- Interroga



La famiglia in cui è presente un bambino con problemi al momento in cui viene coinvolta da questo evento non è diversa dalle altre.

Le modalità del vissuto e le conseguenze che ne hanno i singoli componenti : genitori, altri figli, famigliari dipendono da numerosi fattori:

- ☐ Le caratteristiche psicologiche di ognuno dei coniugi e degli altri famigliari
- ☐ Le dinamiche relazionali tra loro, con gli altri figli e i parenti
- ☐ Le possibilità economiche
- ☐ Le caratteristiche del tessuto sociale
- ☐ La presenza di una rete di operatori e servizi efficienti ed efficaci

Nascita figlio sano

- Adeguamento riorganizzazione
- generalmente consolidamento della coppia
- normali compiti di sviluppo

Nascita figlio disabile

- Disorientamento e delusione;
- tempi di adeguamento e riorganizzazione più lunghi e difficoltosi.
- maggiore gravosità dei compiti di sviluppo (accertamenti clinici, ...) e ricerca servizi socio-sanitari di riferimento.
- difficoltà del percorso di accettazione
- paure e contrattazioni della coppia relative alla scelta di avere altri figli

• Famiglia con figli adolescenti sani

- Ridefinizione della relazione di coppia e della relazione genitori - figli
(il compito non è più l'accudimento)
- difficoltà a trovare l'equilibrio tra permettere l'autonomia e garantire un riferimento affettivo-normativo.
("protezione flessibile")
- difficoltà a riconoscere e a gestire le istanze adolescenziali del figlio
(richiesta di autonomie, domande esistenziali, socializzazione, desideri affettivi,....)

Famiglia con figli adolescenti disabili

- Progressiva diminuzione della speranza di miglioramento della disabilità del figlio; crisi della fiducia negli interventi riabilitativi
- difficoltà a individuare un adeguato percorso successivo alla scuola dell'obbligo
- maggiore difficoltà a riconoscere e a gestire le istanze adolescenziali del figlio
(richiesta di autonomie, domande esistenziali, socializzazione, desideri affettivi,....)
- difficoltà ad accompagnare il figlio nella accettazione della disabilità

Famiglia del giovane adulto sano

- Conclusione del processo di separazione-individuazione iniziato nell'adolescenza.
- *Compiti del figlio:*
raggiungimento della piena autonomia sul piano lavorativo e affettivo
- *Compiti dei genitori:*
collaborazione all'uscita del figlio, ridefinizione del rapporto col figlio e del rapporto di coppia (nuove energie da reinvestire)
possibilità di occuparsi della generazione precedente

Famiglia del giovane adulto disabile

- Difficoltà nel compimento del processo di separazione individuazione.
- L'età adulta del figlio è traguardo sofferto che segue l'inizio di ulteriori difficoltà per i genitori.
- preoccupazione ed ansia dei genitori relative al “dopo di noi”
- la coppia non termina il compito “massiccio” dell'essere genitori e presenta segni di stanchezza; difficilmente riesce ad occuparsi della generazione precedente

• Famiglia anziana

- Fase del nido vuoto (solitudine dopo l'uscita dell'ultimo figlio, pensionamento,...)
- la coppia anziana dà spazio alla nuova generazione con la quale ha un rapporto di "intimità a distanza"; può diventare nonna e quindi assumere un nuovo ruolo
- può dover affrontare il problema della malattia o dell'elaborazione del lutto(morte di 1 dei 2 coniugi, di fratelli,...) e ricevere, in merito, aiuto dai figli.

Famiglia anziana con adulto disabile

- Raramente sperimentata dalla coppia la fase del nido vuoto rispetto al figlio disabile
- maggiori difficoltà legate ai possibili eventi critici della malattia e della morte

La presenza di fratelli sani può dare luogo a:

nei genitori:



forte investimento nel figlio sano

aspettative di aiuto e sostegno da parte del figlio sano

minori attenzioni ad un figlio e maggiori attenzioni all'altro

gratificazione/conferma/stimolo /fiducia

nel figlio sano:



- rabbia
- gelosia
- vergogna
- senso di colpa
- comprensione/affetto
- adultizzazione precoce
- comportamenti di disturbo anche grave

Modulo 5

LA RELAZIONE CON IL BAMBINO/RAGAZZO DISABILE

- Principali norme a tutela del bambino/ragazzo disabile

Gabriella Carnovali - Assistente Sociale, Associazione La Nostra Famiglia Sede di Castiglione Olona (Va)

- La persona disabile è una persona inserita in un ordinamento giuridico
- Da la Costituzione della Repubblica Italiana:

art. 2 “la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”

art. 3 “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.
E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del paese”.

art. 4 "La Repubblica italiana riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendono effettivo questo diritto..."

art. 32 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'*individuo* e interesse *della collettività* e garantisce cure gratuite agli indigenti"

art. 38 "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata è libera".

COSA SI INTENDE PER DISABILITA':

Assemblea Generale dell'ONU del 9 dicembre 1975 "Dichiarazione dei diritti delle persone disabili"

Il termine "***persona disabile***" significa ogni persona incapace di assicurare a se stesso o a se stessa, parzialmente o totalmente, il necessario per una normale vita individuale e/o sociale, come risultato di una disabilità, sia congenita che no, delle proprie capacità fisiche o mentali.

COSA SI INTENDE PER DISABILITA':

Eguaglianza di diritti

Le persone disabili hanno il diritto innato al rispetto della loro dignità umana.

Le persone disabili, per qualsiasi origine, natura o serietà del loro handicap e disabilità, hanno gli stessi fondamentali diritti dei loro compagni-cittadini della stessa età, ciò che implica come primo e preminente il diritto a godere di una vita decente, il più piena e normale possibile. Le persone disabili hanno gli stessi diritti civili e politici degli altri esseri umani.

O.N.U. Assemblea Plenaria del 20.12.93

La DISABILITA' può essere:

- ❖ Di ordine: fisico
 sensoriale
 intellettuale
- ❖ Causata da: Uno stato patologico
 Una malattia mentale
- ❖ Permanente o temporanea

INVALIDO CIVILE

PERSONA HANDICAPPATA

PERSONA DISABILE

**ALUNNO IN SITUAZIONE
DI HANDICAP**

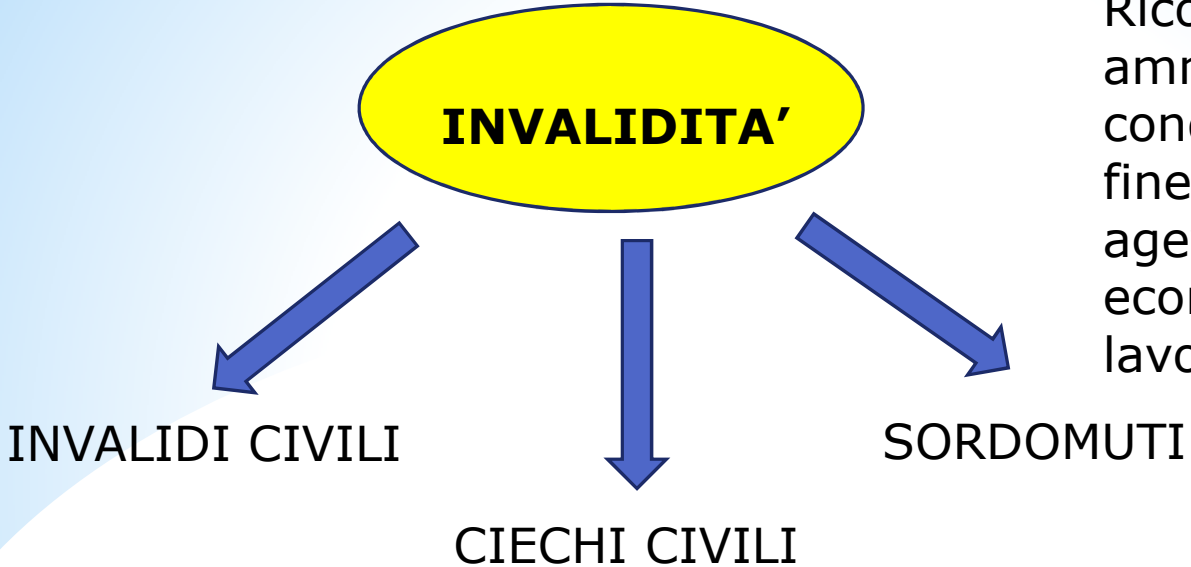
**BENEFICIARIO DI
AMMINISTRAZIONE DI
SOSTEGNO**

ORGANISMO
COLLEGIALE ASL
(Commissione/Collegio)

GIUDICE
TUTELARE



INVALIDITA'



INVALIDI CIVILI

CIECHI CIVILI

SORDOMUTI

Riconoscimento giuridico-amministrativo della condizione di disabilità al fine di prevedere agevolazioni di natura economica, sanitaria e lavorativa.

INTESA COME PERDITA PARZIALE O TOTALE DELLA CAPACITA' GENERICA DI LAVORO A CAUSA DI MINORAZIONI CONGENITE O ACQUISITE

PRESTAZIONI ECONOMICHE
PRESTAZIONI NON ECONOMICHE

SONO ESCLUSE LE INFERMITA' O LE MENOMAZIONI DERIVANTI DA CAUSE DI SERVIZIO O DI LAVORO O DI GUERRA

BENEFICI E PERCENTUALI D'INVALIDITA' CIVILE

PERCENTALE	TIPO DI BENEFICIO
<i>MINORE NON DEAMBULANTE CON DIFFICOLTA' PERSISTENTI A SVOLGERE I COMPITI E LE FUNZIONI PROPRIE DELL'ETA'</i>	- indennita' di frequenza - esenzione ticket - tessera blu per le f.s. - fornitura protesi e ausili - punteggio case popolari
FINO AL 33%	NESSUNO
DAL 34%	assistenza protesica
DAL 46%	collocamento mirato
DAL 51%	congedo per cure

BENEFICI E PERCENTUALI D'INVALIDITA' CIVILE

PERCENTALE	TIPO DI BENEFICIO
dal 67%	esenzione ticket
DAL 74%	Assegno mensile di assistenza (dopo i 18 anni)
DAL 100%	pensione di invalidita' (dopo i 18 anni)

**con necessità di
assistenza continua
non essendo in
grado di compiere
gli atti quotidiani
della vita**

oppure

**con impossibilità di
deambulare senza
aiuto di
accompagnatore**

Indennità di
accompagnamento

BENEFICI E PERCENTUALI D'INVALIDITA' CIVILE

PERCENTALE	TIPO DI BENEFICIO
<i>SORDOMUTO</i>	indennita' di comunicazione pensione (dopo i 18 anni)
<i>CIECO CON RESIDUO VISIVO NON SUPERIORE A 1/20 IN ENTRAMBI GLI OCCHI CON EVENTUALE CORREZIONE</i>	indennita' speciale pensione (dopo i 18 anni)
<i>CIECO ASSOLUTO</i>	indennita' di accompagnamento pensione (dopo i 18 anni)

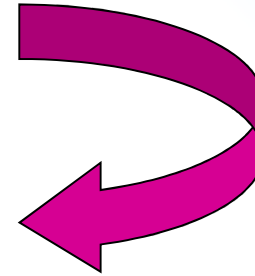
Nella tabella che segue riportiamo gli importi in euro, comparati con quelli del 2016.

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
	2017	2016	2017	2016
Pensione ciechi civili assoluti	302,23	302,23	16.532,10	16.532,10
Pensione ciechi civili assoluti (se ricoverati)	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Pensione ciechi civili parziali	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Pensione invalidi civili totali	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Pensione sordi	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Assegno mensili invalidi civili parziali	279,47	279,47	4.800,38	4.800,38

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
Indennità mensile frequenza minori	279,47	279,47	4.800,38	4.800,38
Indennità accompagnamento ciechi civili assoluti Assegno mensili	911,53	899,38	Nessuno	Nessuno
Indennità accompagnamento invalidi civili totali	515,43	512,34	Nessuno	Nessuno
Indennità comunicazione sordi	255,79	254,39	Nessuno	Nessuno
Assegno mensili Indennità speciale ciechi ventesimisti	208,83	206,59	Nessuno	Nessuno
Lavoratori con drepanocitosi o talassemia major	501,89	501,89	Nessuno	Nessuno

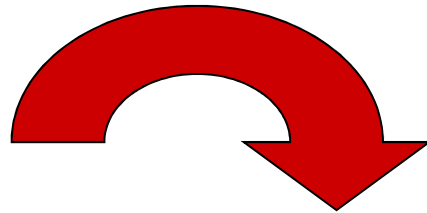
**PERSONA
HANDICAPPATA**

art. 3 legge 104/92



“ persona handicappata è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale ed emarginazione”

Concetto di handicap

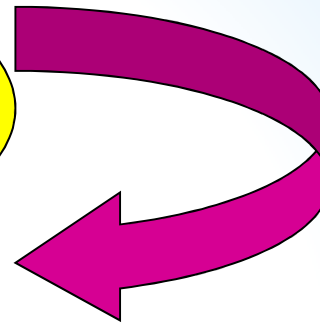


Esprime la condizione di svantaggio sociale che un dato soggetto presenta nei confronti delle altre persone ritenute normali.

Si differenzia dalla menomazione (fisica, psichica o sensoriale) che di quella condizione costituisce il presupposto o la causa efficiente.

Carattere di Gravità

art. 3 legge 104/92



“qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume carattere di gravità”

Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici”.

**PER I GENITORI (anche affidatari o adottivi) di
bambini da 0 a 3 anni**

Prolungamento del congedo parentale (astensione facoltativa per maternità / paternità)

OPPURE

Permessi orari pari a 2 ore giornaliere (1 ora per orari di lavoro inferiori a 6 ore)

OPPURE

Congedo straordinario retribuito della durata massima di 2 anni nell'arco della vita lavorativa , anche frazionato a giorni, settimane o a mesi

divieto di trasferimento senza consenso

diritto di scegliere la sede di lavoro piu' vicina

GENITORI DI FIGLI DISABILI DI ETA' DAI 3 AI 18 ANNI

- **Tre giorni di permesso mensile frazionabili in 6 mezze giornate**
- **Diritto a scegliere la propria sede di lavoro più vicina al domicilio**
- **Impossibilità al trasferimento in altra sede senza consenso**

LAVORATORE MAGGIORENNE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE

**TRE GIORNI
DI PERMESSO
MENSILE
RETRIBUITO**

oppure

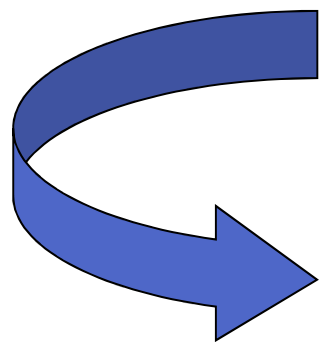
**1 O 2 ORE RETRIBUITE
AL GIORNO A SECONDA
DELL'ORARIO DI
LAVORO**

- ✓ **Diritto a scegliere la propria sede di lavoro più vicina al domicilio**
- ✓ **Impossibilità al trasferimento in altra sede senza consenso**

a) **genitori, anche adottivi, o affidatari di figli**

maggioirenni con handicap in situazione di gravità, non ricoverati a tempo pieno presso istituti specializzati;

b) **parenti o affini entro il 3° grado, coniuge** di soggetti con handicap in situazione di gravità, non ricoverati a tempo pieno presso istituti specializzati.



**PERMESSO RETRIBUITO DI
3 GIORNI AL MESE
ANCHE IN VIA CONTINUATIVA
FRAZIONABILI ANCHE IN 6 MEZZE GIORNATE**

**NON E' RICHIESTA LA CONVIVENZA SE SI ASSICURA
UN'ASSISTENZA CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA**

PERSONA DISABILE

LEGGE 12/03/99 N. 68 "NORME PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI"

Considerare la persona disabile come lavoratore è l'aspetto più interessante di questa legge : non si punta l'indice contro ciò che il soggetto non è in grado di fare, si analizza la sua abilità, quello che egli può produrre,

Articolo 1

"La legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato..."

Introduce il concetto del “**collocamento mirato**”, intendendo con questa espressione l’inserimento lavorativo del disabile attraverso un’attenta valutazione delle capacità residue in relazione alla disabilità (a cura degli organismi sanitari competenti) e prevedendo, dove necessario, percorsi di formazione, stage e tutoraggio aziendali.

Articolo 2

“Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione”.

QUALI SONO LE PERSONE TUTELATE DALLA LEGGE 68/99

- Persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali o intellettive, con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%
- Persone invalide del lavoro, con invalidità superiore al 33%
- Persone sordomute o non vedenti
- Persone invalide di guerra o invalide per servizio

Tutte iscritte in un'unica lista consultabile dalle aziende e poste in graduatoria secondo i criteri di:
anzianità d'iscrizione, carico familiare, reddito.

Per l'avviamento negli enti pubblici viene formulata un'altra graduatoria che è riservata a chi possiede requisiti di studio ed età necessari per assunzione nella pubblica amministrazione.

QUALI SONO I SOGGETTI OBBLIGATI DALLA LEGGE 68/99

AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE	POSTI DI LAVORO RISERVATI	MODALITA' DI ASSUNZION E	NOTE	
15/35 dipendenti	1	100% Nominative	I datori di lavoro privati conseguono l'obbligo solo in caso di nuove assunzioni	
36/50 dipendenti	2	50% Nominative 50% Numeriche		
oltre 50 dipendenti	7% dell'organico aziendale	60% Nominative 40% Numeriche		

Allo scopo di favorire l'inserimento lavorativo dei lavoratori disabili, la Legge prevede la possibilità di stipulare apposite **CONVENZIONI** tra i datori di lavoro e gli Uffici Provinciali competenti.

La convenzione è un accordo tra il C.M.D. e l'azienda pubblica o privata avente per oggetto un programma di graduale copertura della quota d'obbligo.

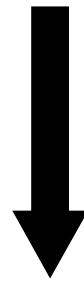
Le convenzioni devono prevedere tempi e modalità di assunzione da parte dell'azienda.

Il tempo concesso al datore di lavoro è determinato sulla base di precisi criteri definiti nell'ambito del Sottocomitato Disabili al quale partecipano rappresentanti dei datori di lavoro, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni delle persone disabili.

Inserimento lavorativo

Possono essere

Integrazione lavorativa



- devono prevedere la collaborazione con un competente servizio territoriale che offra supporto tecnico, cioè sostegno, consulenza e tutoraggio
- riguardano disabili "con particolari caratteristiche di gravità"

QUALI SONO LE AGEVOLAZIONI PER LE AZIENDE CHE ASSUMONO ATTRAVERSO LE CONVENZIONI?

- Fiscalizzazione totale dei contributi, fino a 8 anni, per l'assunzione di persone con invalidità di tipo psichico o superiore al 79%
- Fiscalizzazione del 50% dei contributi, fino a 5 anni , per l'assunzione di persone con invalidità compresa tra il 67% e il 79%
- Rimborso forfettario di spese per adattamento del posto di lavoro a persone con invalidità superiore al 50%
- Se sono previsti tirocini finalizzati all'assunzione , l'azienda assolve l'obbligo relativamente alla durata della Convenzione
- Le risorse economiche a copertura di queste agevolazioni si recuperano dal "Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili"
- Le agevolazioni sono concesse anche ai datori di lavoro non soggetti all'obbligo

QUALI SONO LE SANZIONI PREVISTE

OMESSO O RITARDATO INVIO DEL PROSPETTO	Sanzione di L. 1.000.000 maggiorato d L. 50.000 al giorno
MANCATA ASSUNZIONE DEL DISABILE NEI TERMINI PREVISTI	L. 100.000 al giorno per ogni disabile non assunto
NON OTTEMPERANZA DELLE NORME SUL COLLOCAMENTO	Esclusione da appalti pubblici, convenzioni o concessioni con enti pubblici
INADEMPIENZE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	Sanzioni penali amministrative disciplinari ai dirigenti responsabili

BENEFICIARIO DI AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

-“la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione psichica o fisica, si trova nell’impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio”.

articolo 404 c.c.

“Il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l’assistenza necessaria dell’amministratore di sostegno.

Il beneficiario dell’amministrazione di sostegno può in ogni caso compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana” (art. 409 c.c.)

INTERDIZIONE: TOTALE limitazione della capacità di agire
IL TUTORE sostituisce la persona interdetta in
tutti gli atti e ne amministra il patrimonio.

INABILITAZIONE: PARZIALE limitazione della capacità di agire
L'inabilitato conserva la capacità di agire per
gli atti di ordinaria amministrazione; gli atti
che eccedono l'ordinaria amministrazione,
invece, possono essere compiuti
dall'interessato solo con l'assistenza del
CURATORE.

ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP

L'integrazione dell'alunno disabile, nelle scuole del sistema formativo d'istruzione italiano, trova ragione nella Costituzione della Repubblica.



Costituzione

afferma il diritto all'istruzione

Negli anni '60

vengono emanati provvedimenti legislativi e circolari ministeriali che si occupano dei problemi degli alunni con disabilità e non ne prevedono ancora l'inserimento nella scuola comune.

Legge 118/71

segna l'inizio di un nuovo indirizzo legislativo: viene formalmente sancito il diritto all'inserimento nella scuola comune.

Legge 517/77

viene reso effettivo il diritto all'inserimento nella scuola comune.

L'art.2 prevede che nell'ambito delle attività didattiche si attuino forme di integrazione a favore di alunni portatori di handicap con l'intervento di insegnanti specializzati

Tra il 1977 e il 1992 altri numerosi provvedimenti legislativi

LA C.M. 250/85:DIAGNOSI FUNZIONALE

- * “La "diagnosi funzionale" dovrà porre in evidenza, accanto ai dati anagrafici e familiari e a quelli risultanti delle acquisite certificazioni dell'handicap, il profilo dell'alunno dal punto di vista fisico, psichico, sociale e affettivo, comportamentale, e dovrà mettere in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap, e le relative possibilità di recupero, sia le capacità ed abilità possedute, che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate.*
- * I successivi itinerari di preparazione dell'attività scolastica saranno indirizzati a rendere gli obbiettivi e gli interventi educativi e didattici quanto più possibile adeguati alle esigenze e potenzialità evidenziate nella "diagnosi funzionale" dell'alunno, e daranno luogo alla elaborazione di un "progetto educativo individualizzato" ben inserito nella programmazione educativa e didattica”.*

(Legge 104 del 05/02/92 - *"Legge Quadro per l'Assistenza, l'Integrazione Sociale e i diritti delle persone handicappate"*)

Art. n. 1 "La Repubblica.....garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società; ..."

Art. 12 "1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.

2. E' garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

(Legge 104 del 05/02/92 - "*Legge Quadro per l'Assistenza, l'Integrazione Sociale e i diritti delle persone handicappate*")

- Art. 12
- “3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.
 4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'*handicap*...”

Il DPR 24 febbraio 1994

- individua le competenze della scuola, dell'Asl e degli Enti locali nella predisposizione del PDF e del PEI
- Si sottolinea l'importanza della previsione della loro verifica in itinere affinché risultino sempre adeguati ai bisogni effettivi dell'alunno

Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità 4 agosto 2009

- Riprende con attenzione la lettera e lo spirito della Legge 104/92
- Il Profilo Dinamico Funzionale e il Piano educativo Individualizzato (PEI) sono, per la Legge 104, i momenti concreti in cui si esercita il diritto all'istruzione e all'educazione dell'alunno con disabilità.

ASSISTENZA



INSERIMENTO



INTEGRAZIONE

- coinvolgimento dell'intera realtà sociale che s'impegna, non solo a livello di ideali, ma anche a livello di attuazioni concrete
- prospettiva di relazionalità, di coinvolgimenti e di responsabilizzazioni di coloro che entrano in rapporto con il portatore di handicap
- riconoscimento di uguali diritti cui si affianca il riconoscimento di diritti specifici connessi a specifici bisogni



INCLUSIONE

- siamo tutti diversi, ognuno con la propria identità

DECRETO LEGISLATIVO 13 aprile 2017 n.66

Norme per la promozione e l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'art. 1 commi 180 e 181, lettera c). Della legge 13 luglio 2015 n 107

Art 1 INCLUSIONE SCOLASTICA

- a) Riguarda le bambine, i bambini, le alunne e gli alunni, le studentesse e gli studenti , risponde ai differenti bisogni educativi e si realizza attraverso strategie educative e didattiche finalizzate allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno nel rispetto del diritto all'autodeterminazione e all'accomodamento ragionevole, nella prospettiva della migliore qualità della vita
 - b) si realizza nell'identità culturale, educativa, progettuale, nell'organizzazione e nel curriculum delle istituzioni scolastiche, nonché attraverso la definizione e la condivisione del progetto individuale fra scuole, famiglie e altri soggetti, pubblici e privati, operanti sul territorio;
 - c) è impegno fondamentale di tutte le componenti della comunità scolastica le quali, nell'ambito degli specifici ruoli e responsabilità, concorrono ad assicurare il successo formativo delle bambine e dei bambini, delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti.
2. Il presente decreto promuove la partecipazione della famiglia, nonché delle associazioni di riferimento, quali interlocutori dei processi di inclusione scolastica e sociale.

AMBITO DI APPLICAZIONE

scuola dell'infanzia

scuola primaria

scuola secondaria di primo grado

scuola secondaria di secondo grado

con disabilità' certificata ai sensi
dell'articolo 3 della legge 5 febbraio
1992, n. 104,
al fine di promuovere e garantire il
diritto all'educazione, all'istruzione
e alla formazione.

L'inclusione scolastica è attuata attraverso la definizione e la condivisione
del Piano Educativo Individualizzato (PEI) quale parte integrante del
progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n.
328, come modificato dal presente decreto.

L'obiettivo fondamentale è lo sviluppo delle competenze dell'alunno negli apprendimenti, nella comunicazione e nella relazione, nella socializzazione

Questo obiettivo è raggiungibile attraverso la collaborazione e il coordinamento di tutte le componenti nonché dalla presenza di una pianificazione puntuale e logica degli interventi educativi, formativi, riabilitativi come previsto dal PEI.

LA DIMENSIONE INCLUSIVA DELLA SCUOLA

- Il ruolo del Dirigente Scolastico
- La corresponsabilità educativa e formativa dei docenti
- Il personale ATA e l'assistenza di base
- La collaborazione con le famiglie

IL RUOLO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

E' il garante dell'Offerta Formativa che viene progettata ed attuata dall'istituzione scolastica per dare risposte precise ad esigenze educative individuali.

LA CORRESPONSABILITÀ EDUCATIVA E FORMATIVA DEI DOCENTI

La progettazione degli interventi da adottare riguarda tutti gli insegnanti perché l'intera comunità scolastica è chiamata ad organizzare i curricoli in funzione dei diversi stili o delle diverse attitudini cognitive, a gestire in modo alternativo le attività d'aula, a favorire e potenziare gli apprendimenti e ad adottare i materiali e le strategie didattiche in relazione ai bisogni degli alunni.

PERSONALE ATA E ASSISTENZA DI BASE

Ciascuna scuola ha la responsabilità di predisporre le condizioni affinché tutti gli alunni, durante la loro esperienza di vita scolastica, dispongano di servizi qualitativamente idonei a soddisfare le proprie esigenze

LA COLLABORAZIONE CON LE FAMIGLIE

La famiglia

- rappresenta un punto di riferimento essenziale per la corretta inclusione scolastica sia in quanto fonte di informazioni preziose sia in quanto luogo in cui avviene la continuità tra educazione formale ed educazione informale
- ha diritto di partecipare alla formulazione del PDF e del PEI, nonché alle loro verifiche
- ha diritto a prendere visione di tutta la documentazione relativa
- partecipa ai colloqui previo opportuno accordo nella definizione dell'orario

“L'integrazione degli alunni con disabilità nella scuola ha costituito una svolta importante nella cultura pedagogica del nostro Paese e nelle politiche scolastiche degli ultimi trent'anni.

In essa, infatti, risiede la prospettiva di fare della scuola un luogo in cui esercitare la cittadinanza, intesa come diritto dell'alunno ad apprendere e a fare esperienze sociali accoglienti, a prescindere dalle condizioni sociali, culturali o funzionali che gli appartengono”