



"BIMBILANDIA"

I S T I T U T O D I P U E R I C U L T U R A



LA "GIORNATA TIPICA"

L'attività strutturata - il pasto - l'igiene - il cambio

- attività non strutturate - flessibilità e rituali -



La giornata tipica

L'organizzazione della giornata è scandita da ritmi quotidiani che permettono di soddisfare i bisogni primari dei bambini e consentono di instaurare relazioni significative tra adulti e bambini.

E' dalla ripetitività dei rituali che nasce il ricordo, l'impressione della memoria, la previsione di quello che sta per accadere, il senso di sicurezza.

Le routines scandiscono vari momenti della vita in ludoteca e il passaggio da una fase all'altra della giornata.

Il tempo, nella nostra struttura, è così organizzato:

- l'accoglienza e l'inserimento del bambino, con particolare cura nei rituali del distacco dai genitori
- l'attività strutturata
- il momento del cambio, che si ripete più volte nell'arco della giornata
- il pranzo
- il riposo
- le attività non strutturate
- il commiato del bambino e il ricongiungimento dei genitori

L'attività strutturata

L'attività strutturata è la proposta ludica, studiata e programmata, che offre uno spazio in cui il bambino può conoscere, sperimentare e esplorare materiali differenti, facendo così esperienze diverse da quelle che potrebbe compiere nell'ambito familiare. L'attività strutturata si esplica attraverso il gioco, che permette ai bambini di incominciare a comprendere come funzionano le cose: che

cosa si può fare e cosa no con determinati oggetti e perchè. Giocando con altri bambini, invece, si rende conto dell'esistenza delle leggi del caso e della probabilità, e di regole di comportamento che vanno rispettate. L'elemento forse più importante che viene appreso attraverso il gioco è che, anche se si perde, il mondo non crolla. Attraverso la sconfitta in un gioco il bambino arriva a convincersi che i fallimenti o gli ostacoli che potrà incontrare durante la vita sono temporanei. Il bambino attraverso il gioco esprime cose che non riuscirebbe a tradurre in parole. Nel gioco strutturato è l'educatrice che propone al piccolo l'attività con l'obiettivo di stimolare in lui lo sviluppo di costrutti logici e astratti, potenziando le caratteristiche individuali del bambino. Le attività possono essere svolte nel piccolo e nel grande gruppo offrendo anche momenti di socializzazione con i coetanei. In linea generale i percorsi delle attività che vengono proposte tengono conto delle fasi di sviluppo del bambino e sono pensati per sollecitare la loro l'autonomia e il protagonismo.

Il pasto

Esso non è solamente la gratificazione di un bisogno fisico, ma anche un momento educativo che favorisce lo sviluppo affettivo, cognitivo, sociale.

La condivisione del pasto, l'interesse per il cibo, le chiacchiere a tavola, favoriscono il piacere di stare insieme. Gradualmente il bambino impara a mangiare e a bere da solo, a stare seduto a tavola, a non far cadere piatto e bicchiere, ad usare le posate.

Il momento del pranzo arriva con calma, senza dover accelerare il termine delle attività precedenti; poi ci sarà il momento dedicato a lavare le mani, il momento in cui i grandicelli daranno una mano ad apparecchiare... Tutti questi momenti rituali sono in genere vissuti come molto piacevoli dai bambini, così come il fatto di mangiare tutti insieme!

A tavola i bambini potranno, forse più che a casa, avere il tempo di mangiare con calma, facendo pratica a poco a poco con l'uso di forchetta e cucchiaio. Viene stimolata

la loro indipendenza: l'educatrice è presente, osserva, ma si limita ad intervenire solo quando è necessario e non intralcia i loro tentativi di mangiare da soli o di bere.

Un gruppo di bimbi seduti intorno ad un tavolino (a loro misura, come difficilmente lo è il tavolo di casa nostra) che gioiosamente mangia insieme, scambiandosi i commenti e magari aiutandosi a versare l'acqua o scambiandosi i pezzi di carota con quelli di patata è una scena davvero bella, soprattutto se paragonata a quello che succede spesso a casa, tra pappa sui muri, mamma col cucchiaino inforcato in mano e bimbo che cerca di liberarsi dal seggiolone!

Lavarsi i denti: che esperienza impegnativa!

Oltre all'apprendimento di sequenze motorie complesse, questa esperienza è molto utile per imparare a curare i denti e a prevenire la carie. Il bambino impara a riconoscere il proprio spazzolino, ad aspettare il dentifricio, a spazzolare i denti, a sciacquare lo spazzolino e rimetterlo a posto.

Ovviamente all'inizio quest'attività non sarà perfetta, ma lo scopo è anche quello di insegnare al piccolo che dopo mangiato ci si lava i denti. Una volta collegate le 2 attività (cibo=pulizia dei dentini) si potrà migliorare anche il modo in cui il piccolo usa lo spazzolino.

Il cambio

Attraverso il cambio il bambino instaura una relazione di accettazione e di intimità con l'adulto e impara la cura del proprio corpo.

Il bambino con l'aiuto dell'adulto impara a compiere una serie di movimenti che facilitano l'acquisizione di autonomia e sicurezza di sé.

Questo apprendimento complesso, è agevolato al nido dallo spazio a misura di bambino.

Il piccolo deve sempre avere nel suo armadietto un cambio completo costituito da: mutandine, magliette, calzini, tuta o, comunque, indumenti pratici e pannolini. In ludoteca il bambino svolge varie attività (compresa la pittura o le manipolazioni): si consiglia quindi di utilizzare vestiti pratici che si possono sporcare (eliminando bodies, camicie, bretelle e cinture).

Opportuno portare al nido un grembiule di cotone, possibilmente senza bottoni (velcro, bottoni a pressione, elastici) e un grembiule di plastica senza maniche. Essi potranno anche essere forniti direttamente dalla nostra struttura.

Sono consigliate pantofole leggere e pratiche (velcro, bottoni a pressione) da indossare all'arrivo e da utilizzare solo all'interno della struttura.

L'attività non strutturata

L'attività non strutturata è caratterizzata dalla libera scelta del bambino del gioco che vuole fare, da solo o con i coetanei. La scelta di un gioco piuttosto di un altro è motivata da processi, problemi o angosce interiori che possono apparire agli occhi di un bambino insormontabili. Attraverso il gioco, procedendo un aspetto per volta, a modo suo, secondo i suoi ritmi, il bambino può riuscire a far fronte passo per passo a problemi di grande complessità. Di solito queste difficoltà vengono risolte in forma simbolica attraverso il gioco e l'educatore ha il ruolo di osservatore o di "attore" se il bambino richiede la sua presenza nell'attività che sta facendo. I giochi di immaginazione, per esempio, servono per distinguere la vita interiore, la fantasia, da quella esterna, vale a dire dalla realtà. Questo tipo di gioco assume tanta importanza perchè costituisce lo strumento principale per integrare il "mini" mondo del piccolo con il mondo esterno. Per questo motivo gli ambienti del servizio sono pensati in funzione delle situazioni di gioco che i bambini possono sperimentare. Il servizio è strutturato in diversi angoli (alcuni di questi sono ambienti dove si svolgono, naturalmente in momenti diversi, anche le attività strutturate): angolo del colore, delle costruzioni, dei giochi sonori, della cucina, l'angolo morbido, quello della

lettura e quello del cesto dei tesori. In tali angoli i vari giochi e materiali sono disponibili in modo tale che il bambino possa accedervi in completa autonomia, soddisfacendo così il suo desiderio di scoperta e di gioco senza l'intervento diretto dell'educatrice. I bambini possono quindi scegliere autonomamente sia il gioco che lo spazio in cui giocare. Attraverso i giochi e i materiali sopra esposti e utilizzando i vari angoli, i bambini possono giocare sia in gruppi che da soli, potendo scegliere diverse attività di gioco: giochi manipolativi, giochi con la carta e i colori, giochi di movimento, giochi simbolici ecc..

Si tratta di attività collegate allo sviluppo fisico-motorio.

In genere il bambino all'interno della struttura più che a casa ha la possibilità di muoversi in un'area di gioco da una parte stimolante e dall'altra sicura. Ciò fa sì che il bambino senta accolto il suo desiderio di muoversi, esplorare in completa libertà e sia ancor più un bambino felice e fiducioso, verso un mondo a lui favorevole.

Il piccolo può quindi sperimentare la motricità e il gioco motorio: giochi di movimento anche utilizzando materiali che li aiutino a gattonare, arrampicarsi rotolare..., attività libere, ballo, canzoni e filastrocche accompagnate da gesti...

Infine le attività legate allo sviluppo psichico ed intellettuale del bambino: pittura e disegno, costruzioni, incastri, manipolazione, travasare e riempire, vestirsi e travestirsi, gioco euristico, cestino dei tesori, scatola magica, sfilare ed infilare, giocare a rilassarsi, attività con i libri e con le immagini, recitazione.

Le attività hanno anche come finalità la creatività, la fantasia, l'autonomia, la maggiore conoscenza del corpo e la capacità di scambio tra i bambini.

Per ciascuna delle attività diversi saranno i materiali proposti, tenendo conto dell'età e delle esigenze del bambino.

Flessibilità e rituali

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare tra questi due termini non c'è un baratro incolmabile. Sappiamo che i rituali, per il bambino, sono estremamente importanti. Gli danno sicurezza, fiducia, tranquillità.

Ma sappiamo anche che per un genitore non è sempre facile rispettare determinati tempi, perchè la vita è spesso frenetica e raramente "ordinata", soprattutto quando si hanno uno o più bimbi.

Per questo motivo cerchiamo sempre di rispettare entrambi. La flessibilità è garantita perchè gli orari di entrata ed uscita sono lasciati alla vostra discrezionalità. Non è infatti necessario entrare per forza dalle 7 alle 9 e ovviamente l'unico vincolo per l'uscita è costituito dall'orario di chiusura della ludoteca.

D'altro canto anche i rituali così importanti per vostro figlio sono rispettati dal momento che lo svolgimento della giornata è per quanto possibile sempre lo stesso.

<i>Ore 7.30-9.30</i>	<i>accoglienza, gioco libero</i>
<i>Ore 9.30-10</i>	<i>gioco delle presenze, canzoni e storie in grande gruppo</i>
<i>Ore 10-10.30</i>	<i>momento della frutta e del cambio</i>
<i>Ore 10.30-11.45</i>	<i>suddivisione in piccoli gruppi per attività strutturate</i>
<i>Ore 11.45</i>	<i>in bagno per lavarsi le mani</i>
<i>Ore 12.00-13.00</i>	<i>pranzo</i>
<i>Ore 13.00-13.30</i>	<i>in bagno per il cambio e lavarsi i denti</i>
<i>Ore 13.30-14.00</i>	<i>uscita dei bambini a tempo corto</i>
<i>Ore 13.30-15.40</i>	<i>momento del riposo dei piccoli a tempo lungo</i>
<i>Ore 15.40-16.00</i>	<i>merenda</i>
<i>Ore 16.30</i>	<i>in bagno per il cambio</i>
<i>Ore 17.00-18.30</i>	<i>attività non strutturate</i>

<i>Ore 18.50</i>	<i>si rimette in ordine</i>
<i>Ore 19.00</i>	<i>uscita</i>

**“La cosa più importante nella
vita è vedere con gli occhi di un
bambino”
Einstein**

Omnibus

Libera associazione per il sostegno ai disabili

Classificazione delle disabilità

Funzioni e strutture corporee – Attività e partecipazione

CLASSIFICAZIONE DELLE DISABILITÀ

CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI: ICIDH, ICIDH-2, ICF

Negli ultimi decenni la tendenza a considerare il problema dei disabili in una prospettiva basata sui diritti umani è maturata e si è ampiamente affermata a livello internazionale. Solo di recente, infatti, gli Stati più avanzati hanno posto la loro attenzione verso i diritti delle persone con disabilità ed attuato nei confronti di queste misure di politica sociale.

Agli inizi del '900 due sono le visioni della disabilità che hanno determinato altrettanti precisi approcci, ancora riconoscibili nella legislazione di molti Paesi:

1. la disabilità come conseguenza di un danno, di cui nessuno ha colpa, che causa reazione individuale di pietà, a cui la società risponde con un intervento di tipo riparatorio-assistenziale (*approccio caritativo-assistenziale*). La persona con disabilità, definita per lo più "invalido", viene presa in carico dalla società, che risponde con soluzioni di tipo istituzionale e/o monetario, ma non si vede riconosciuti dei veri e propri diritti;
2. la disabilità come conseguenza di un danno alla salute della persona: il disabile, definito in questo caso "malato", deve affidarsi completamente al medico che centerà la sua attenzione in particolare alla sua patologia; la società risponde destinando risorse soprattutto allo sviluppo della medicina riabilitativa e al mantenimento di strutture e personale specifico (*approccio medico*).

A partire dagli anni '60 si sviluppa un terzo approccio in base al quale:

3. la disabilità è una condizione umana che procura un forte rischio di discriminazione sociale per la persona; la società è l'agente responsabile dell'eliminazione di ogni barriera che non permetta il godimento dei diritti da parte dei cittadini con disabilità (*approccio sociale alla disabilità*), e risponde con l'eliminazione delle discriminazioni basate sulle disabilità e con azioni di "discriminazione positiva" (diritto alla uguaglianza e alla diversità)¹.

Mentre nei primi due approcci i protagonisti sono gli operatori assistenziali e quelli sanitari, nel terzo sono le stesse persone con disabilità e le loro organizzazioni (DPO)².

¹ C., Corsolini. Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità. *Saggi Child Development & Disabilities*. Vol. XXVIII – n. 2/ 2002 quarterly, pp 13-20.

² Disabled People's Organizations: organizzazioni che hanno esplicitamente scelto un approccio sociale alla disabilità, pur non rappresentando per intero il movimento delle persone disabili.

La lotta per assumere il controllo della propria esistenza da parte dei disabili, si riflette nel dibattito sull'uso di una terminologia corretta (non più *invalidi, minorati, handicappati*) che rispecchi un mutamento concettuale e culturale e non sia solo un linguaggio *politically correct*.

La moderna Pedagogia speciale non può utilizzare un repertorio terminologico obsoleto, spesso privo di coerenza, pur tenendone conto come riferimento storico, deve fare i conti con l'evoluzione lessicale e semantica della terminologia che definisce la diversità e che rispecchia l'evolversi anche culturale, oltre che concettuale e scientifico, del modo di porsi nei confronti di tale problematica già ampia e complessa di per sé.

Tale puntualizzazione non deve essere presa come una leziosità fine a se stessa, nasce dalla necessità di fare riferimento ad una terminologia chiara e condivisa, necessario presupposto di ogni dialogo e confronto scientifico; nasce dal bisogno di coerenza tra modo di pensare e di parlare di integrazione: adoperare un termine appropriato rappresenta già di per sé un momento di integrazione, riflette un cambiamento di atteggiamenti. L'introduzione di un nuovo vocabolario ha un valore fortemente "programmatico": i nuovi termini non inducono solo atteggiamenti, ma evidenziano l'esigenza di nuove prassi, che si traducono in comportamenti e norme³.

Un termine abusato è quello di *handicap* che nel lessico comune (ma purtroppo molto spesso anche fra "gli addetti ai lavori") è usato come sinonimo di danno o menomazione fisica o psichica, di difficoltà, malattia o sofferenza in genere e quindi anche utilizzato per indicare qualcosa di intrinseco alla persona (*handicappato, portatore di handicap*). L'estrema disinvoltura nell'usare questo termine (che deve forse il suo successo al fatto di non essere italiano) è probabilmente determinata dal ritenere poco utile l'annoso dibattito sui problemi legati alla definizione e classificazione delle disabilità.

Nella maggior parte dei Paesi, ancora oggi per parlare di educazione specializzata si fa ricorso impropriamente alla terminologia dell'Handicap. Appare quindi importante, quanto utile, analizzare la provenienza etimologica del termine per rendersi conto di come anche dal punto di vista semantico sia decisamente fuori luogo.

La parola Handicap tradisce le sue origini anglosassoni e risulta composta dalla fusione delle tre parole "hand" (mano) "in" e "cap" (cappello) e veniva utilizzata durante le sue prime apparizioni per descrivere delle prove o dei concorsi in cui i concorrenti, in base alla tipologia della gara, risultavano avere le stesse possibilità di vittoria finale. Il termine fu presto preso in prestito dal mondo ippico per descrivere la necessità di "zavorrare" i cavalli più leggeri e di conseguenza più avvantaggiati in quanto più esili, in modo tale da permettere a tutti i cavalli di partire con le stesse

³M., Pavone, Prospettive internazionali dell'integrazione. In Ianes, D., Tortello, M. (a cura di), 1999. *La qualità dell'integrazione scolastica*. Ed. Erickson, p. 47

possibilità di vittoria. I bigliettini contenenti il riferimento numerico al cavallo venivano quindi depositati all'interno di un cappello dal quale ogni scommettitore pescava sapendo di avere, almeno in partenza, le stesse possibilità di qualsiasi altro scommettitore. Ci si rende conto di come l'etimologia del termine handicap abbia un'accezione assolutamente positiva, venendo ad identificare un livellamento dei vantaggi ed un azzeramento delle differenze iniziali. Se usata correttamente, quindi, la parola non dovrebbe avere la valenza negativa che il suo improprio utilizzo e l'uso corrente hanno poi di fatto determinato.

Questa differente sensibilità scientifica e culturale, che considera il concetto di handicap riduttivo in quanto tende a tralasciare l'insieme dei fattori sociali ed ambientali che di fatto costituiscono la principale fonte di ostacolo (handicap), è la stessa che ha spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a dotarsi di una serie di strumenti di classificazione che potessero consentire una migliore osservazione ed analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità delle diagnosi di tali patologie. La prima classificazione elaborata risale al 1970 e prende il nome di ICD, laddove l'acronimo indica International Classification of Diseases. Come si evince dalla stessa dicitura della classificazione, l'attenzione viene puntata sulla parola diseases, ovvero sul concetto di malattia; lo strumento classificatorio tende infatti ad individuare le cause delle patologie fornendo per ognuna di esse una descrizione delle caratteristiche cliniche e limitandosi a tradurre i dati raccolti dall'analisi in codici numerici. L'ICD rivela ben presto vari limiti di applicazione dovuti alla sua stessa natura di classificazione causale, che focalizza cioè l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia al punto da spingere l'OMS ad elaborare un nuovo manuale di classificazione, più attento alle diverse componenti ambientali del soggetto che vive una specifica patologia.

Già nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva, distingueva e classificava *handicap, disabilità e menomazioni* con la pubblicazione dell'*International Classification of Impairment Disabilities and handicaps (ICIDH)*⁴, come appendice dell'*International Classification of Diseases (ICD)*⁵. Appare chiaro fin dalla sua prima analisi che l'attenzione di questo nuovo strumento di classificazione si focalizzi non più sul concetto di malattia (diseases) bensì su quelli di menomazione (impairment), disabilità (disabilities) e handicap. Si ritiene cioè che non sia tanto importante partire dall'analisi della causa della patologia, ma analizzare al contrario l'influenza che il contesto ambientale esercita sullo stato di salute delle popolazioni. Si abbandona l'analisi clinico-

⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICIDH. International Classification of Impairments Disabilities and handicaps. A manual of classification relating to consequences of diseases*, Ginevra, 1980.

⁵ L'ICD come altri sistemi classificatori (*Diagnostic and Statistic Manual - DSM*), anche nelle versioni più recenti, analizza, classifica e definisce il "danno" sia a livello fisico che mentale, inteso come malattia.

centrica a favore di un concetto di salute inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale che riguarda l'individuo la sua globalità e l'interazione con l'ambiente.

- “Si intende per *menomazione* qualsiasi perdita o anomalia a carico di una struttura o di funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche”. Essa comprende quindi sia le alterazioni transitorie o permanenti e le perdite di organi, sia i deficit di apparati funzionali (ivi compresa la funzione mentale) e rappresenta l'allontanamento dalla norma nella situazione biomedica individuale.
- “Si intende per *disabilità* qualsiasi restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano”. La disabilità, che può essere transitoria o permanente, si traduce in difficoltà nel realizzare i compiti normalmente attendibili da parte del soggetto considerato”.
- “Si intende per *handicap* una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso, ai fattori culturali e sociali)”. L'*handicap* risulta allora dalla discrepanza tra l'efficienza reale o lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza o di stato che egli stesso o il gruppo al quale appartiene hanno nei suoi confronti. L'*handicap* rappresenta quindi la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e riflette le conseguenze culturali, sociali, economiche e ambientali della disabilità nell'esistenza dell'individuo considerato.

MENOMAZIONE	DISABILITA'	HANDICAP
Menomazioni della capacità intellettuale;	Disabilità nel comportamento;	<i>handicap</i> nell'orientamento;
Altre menomazioni psicologiche;	Disabilità nella comunicazione;	<i>handicap</i> nell'indipendenza fisica;
Menomazioni del linguaggio;	Disabilità nella cura della propria persona;	<i>handicap</i> nella mobilità;
Menomazioni dell'udito;	Disabilità motorie;	<i>handicap</i> nell'occupazione;
Menomazioni visive;	Disabilità inerenti la propria sussistenza;	<i>handicap</i> nell'integrazione sociale;
Menomazioni viscerali;	Disabilità nella destrezza;	<i>handicap</i> nell'autosufficienza economica;
Menomazioni scheletriche;	Disabilità “circostanziali”;	Altri <i>handicap</i> .
Menomazioni deturpanti;	Disabilità in particolari attività;	
Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo.	Altre limitazioni all'attività.	

⁶ ICIDH: classificazione delle menomazioni, delle disabilità e degli *handicap*. In S., Soresi e L., Nota. (2001). *La facilitazione dell'integrazione scolastica*. Erip Editrice, Pordenone. Pp 14, 15, 18.

Non è quindi corretto parlare di disabilità o *handicap* in assenza di menomazioni a carico di una struttura del corpo o delle funzioni mentali. L'*handicap*, pur derivando da una menomazione, non può con questa essere identificato, si tratta di uno svantaggio, che per esistere deve essere vissuto in una determinata situazione, anzi è proprio quella determinata situazione che lo genera. Sono, per questo motivo, improprie espressioni come "portatore di *handicap*" o "handicappato" sarebbe più esatto parlare di "persona in situazione di *handicap*" proprio per sottolineare che l'*handicap* non lo si porta mai con sé, lo si trova in un contesto che lo crea nel momento in cui richiede prestazioni di abilità superiori a quelle che una persona con una menomazione può offrire.

Questo tipo di classificazione imponeva però alcune limitazioni:

- a) "si poteva parlare di *handicap* solamente riferendosi a persone con delle disabilità e menomazioni;
- b) l'*handicap* riguardava uno svantaggio "vissuto", sperimentato dalla persona con disabilità;
- c) la condizione di svantaggio interessava l'ambito dei ruoli e delle attività normalmente attesi dall'ambiente socio culturale di appartenenza dell'individuo;
- d) questa stessa situazione faceva riferimento alla discrepanza fra efficienza possibile e le aspettative di efficienza".⁷

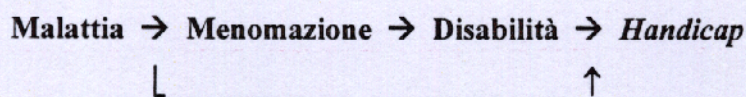
Ciò significa che una persona non può essere globalmente disabile, ma anzi, al variare dei contesti e delle richieste può manifestare abilità o difficoltà. Allo stesso modo, non può essere considerata globalmente handicappata solo perché, in alcuni ambiti specifici, sarebbe disabile a causa di specifiche menomazioni. Pur essendo vero che le menomazioni continuano ad essere presenti, le disabilità compaiono invece quando si ritengono necessarie alcune prestazioni (es. un audioleso non risulta disabile se deve correre, lo risulta invece se deve ascoltare); a loro volta gli *handicap* sono presenti solamente quando ci si attendono o si pretendono prestazioni *standard* a prescindere dalle effettive possibilità dell'individuo in questione. Anche in questo caso allora non avrebbe senso parlare di *handicap* o persone handicappate, poiché l'*handicap* comparirebbe soltanto in contesti di "competizione", di integrazione scolastica, sociale e comunitaria. Il termine *handicap* viene così utilizzato in riferimento alle effettive difficoltà che un individuo incontra. "E' così possibile che una disabilità produca *handicap* più gravi in una società, che non in un'altra. Ad esempio l'*handicap* collegato con menomazioni e disabilità a livello motorio tende ad essere maggiore in una economia primitiva rurale (dove è richiesto molto lavoro manuale) che non nella nostra società. La situazione è inversa in caso di disabilità che coinvolgono le funzioni intellettuali, dato che nella società attuale esse sono più valorizzate che in passato".⁸

⁷ S., Soresi e L., Nota. (2001). *La facilitazione dell'integrazione scolastica*. Erip Editrice, Pordenone. Pag. 16

⁸ R., Vianello (1999). *Difficoltà di apprendimento, situazione di handicap, integrazione*. Ed. Junior, p. 12

Appare evidente che le espressioni di menomazione, disabilità ed *handicap*, pur essendo tra di loro in relazione, indicano condizioni diverse e non possono essere usate in modo genericamente interscambiabile.

Il primo ICIDH per chiarire i rapporti tra malattia e sue conseguenze, proponeva uno schema di flusso lineare unidirezionale del tipo:



Questo schema portava però ad una errata interpretazione dei rapporti intercorrenti tra ciò che veniva classificato nei tre ambiti come conseguenza della malattia, in quanto le frecce, evidenziandone un nesso causale, sembravano voler presentare una situazione che necessariamente evolveva nel tempo in una determinata maniera, benché nel testo fosse specificato che le frecce andavano interpretate come “può portare a”⁹.

Puntare l’attenzione sulla “malattia” fa però correre diversi rischi, come quello di far coincidere la malattia con la persona, per cui si tende ad identificare quella persona come globalmente malata.

In questi ultimi anni attorno al tema della disabilità si sono registrate alcune importanti novità; non sempre queste novità si sono trasformate in nuove prassi, però il fatto che esistano possono stimolare tutta una serie di cambiamenti a livello di organizzazione e di realizzazione di pratiche abilitative e riabilitative. Le novità più importanti riguardano innanzitutto la presenza, a livello internazionale, di nuove indicazioni a proposito di come procedere in sede di classificazione e di valutazione. Viene suggerito di non fare più riferimento alla classificazione delle disabilità, ma tutti gli operatori vengono incoraggiati ad elencare e a considerare i repertori di attività che le persone, anche con menomazione, intraprendono nella loro vita quotidiana. Il profilo che un tempo veniva redatto a proposito delle condizioni delle persone con menomazione e che conduceva ad un profilo di inadeguatezze, viene oggi sostituito con l’elenco di quelle attività che le persone riescono a svolgere in modo autonomo e con la segnalazione di quelle che l’Organizzazione Mondiale della Sanità chiama “repertorio di attività”.¹⁰

⁹ M., Pavone, (1999), *Prospettive internazionali dell’integrazione* in Ianes, D. e Tortello, M. (a cura di) *La Qualità dell’integrazione scolastica*, Erickson, Trento.

¹⁰ S., Soresi. *Autoefficacia e qualità della vita di chi lavora a contatto di persone con disabilità*. Relazione al 3° Congresso Nazionale –Disabilità, Trattamento, Integrazione- Padova, 29-31 Maggio 2003

Nel 1997 l'OMS ha riformulato l'ICIDH: l'*International Classification of Impairments, Activities and Participation (ICIDH-2)*¹¹ che, pur mantenendo l'acronimo, ridefinisce due degli ambiti della precedente classificazione, quello inerente le *disabilità*, qui classificate come *attività personali* e quello relativo agli *handicap*, ridefiniti come *diversa partecipazione sociale*.

Il nuovo modello di lettura della condizione delle persone con disabilità introduce nuovi concetti:

- a) il primo è la relazione tra *funzioni ed attività*: la valutazione di persone con disabilità non va effettuata su parametri astratti di valutazione, ma sulla possibilità di svolgere determinate attività attraverso funzioni psicofisiche. Questo significa valutare le persone sulla base di ciò che sa fare;
- b) il secondo è il livello di *partecipazione* che le persone con disabilità vivono all'interno della società;
- c) il terzo concetto individuato nell'ICIDH-2 è legato ai fattori contestuali che favoriscono o ostacolano le persone con disabilità. In conseguenza di una visione medica del problema si sono sviluppate pratiche che vedono e trattano le persone disabili in modo differente, che ne valutano in maniera distorta le capacità ed abilità; queste visioni hanno prodotto per alcuni secoli una pratica di riabilitazione separata (prima guarigione e poi inserimento) e di conseguenza l'invisibilità delle persone disabili.¹²

L'ICIDH-2 cerca di cogliere e classificare ciò che può verificarsi in associazione ad una condizione di salute, le "compromissioni" della persona o il suo "funzionamento". A differenza della precedente versione, non è una classificazione che riguarda soltanto le condizioni di persone con disabilità fisiche o mentali, ma può essere applicata a qualsiasi persona in una condizione di salute tale da richiedere una valutazione dello stato di funzionamento a livello corporeo, personale o sociale. Nella nuova classificazione le abilità di un individuo non sono considerate patrimonio immutabile che se deficitario lo è in ogni situazione.

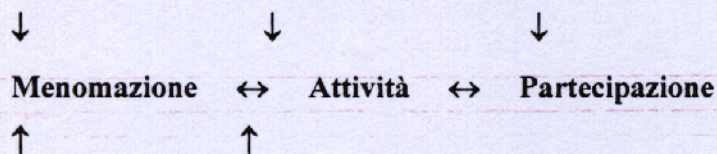
Alla luce di ciò, taluni preferiscono parlare di *diversa abilità* invece che di *disabilità*, sostenendo che questo serva non soltanto per non sottolineare gli aspetti deficitari di una persona ma per evidenziarne la possibilità di diversi gradi di abilità nelle diverse circostanze. Questa scelta, che non trova un corrispettivo in nessuno dei manuali diagnostico-statistici in uso, parrebbe legata quindi ad una valutazione in positivo delle abilità e delle prestazioni di persone con menomazioni fisiche o intellettive che, in alcune situazioni e in determinati contesti, possono presentare prestazioni anche migliori di quelle *standard*.

¹¹ Organizzazione Mondiale della Sanità (1997), *ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation. A manual of dimensions of disablement and functioning*, Ginevra.

¹² G., Griffo, 2000 in C., Corsolini. Diritti umani e disabilità nella politica sociale internazionale. Bioetica, diritti umani e disabilità. *Saggi Child Development & Disabilities*. Vol. XXVIII – n. 2/ 2002 quarterly. Pag. 18

Il nuovo ICIDH-2 cerca perciò di superare i limiti della prima edizione, si aggiorna nella classificazione e nei criteri di valutazione, offre maggiori chiarimenti circa i rapporti tra i diversi livelli di classificazione e tiene conto dei ritorni, ovvero delle ricadute tra un livello e l'altro, tra una dimensione e l'altra e si completa con la dimensione dei *fattori contestuali* in cui e attraverso cui avviene il processo di compromissione, comprendendo tutti quei fattori che interagiscono con la persona e ne determinano il livello e il grado di partecipazione all'ambiente. Questi fattori riguardano principalmente due categorie: *fattori ambientali* (intrinseci o estrinseci all'individuo) e *fattori personali* (sesso, età, altre condizioni di salute, forma fisica, stile di vita, educazione ricevuta, background sociale, ecc.).

Condizioni di salute (disturbo/malattia)



↓

Fattori contestuali

Viene, con questa seconda versione, messa in evidenza la necessità di considerare la diversità come collocata all'interno di un complesso sistema che comprende diverse dimensioni strettamente interconnesse ed interdipendenti, per questo motivo "sono necessari modelli multipli per studiare i fenomeni di *disabilitazione* come processo interattivo e di evoluzione...l'ICIDH intende proporre un approccio *multidimensionale e multiprospettico* a questi fenomeni, fornendo gli elementi basilari a chi desidera creare modelli...L'ICIDH-2 è quindi un linguaggio: il testo che può essere creato con esso dipende da chi lo utilizza, dalla sua creatività e dal suo orientamento scientifico"¹³

La novità più importante nella seconda edizione dell'ICIDH è che non si sofferma a considerare unicamente i diversi aspetti deficitari di *quanto e come* una persona si discosta dalla normalità (malattie e menomazioni-disabilità-*handicap*) ma ciascuna dimensione viene valutata in termini sia positivi che negativi. In una programmazione educativa, quando è necessario operare delle scelte su ciò che è necessario ed opportuno per una data persona, è di pari importanza poter disporre di dati che indicano ciò che il soggetto non è in grado di fare e ciò che il soggetto è in grado di poter fare.

¹³ M., Pavone, (1999), *Prospettive internazionali dell'integrazione* in Ianes, D. e Tortello, M. (a cura di) *La Qualità dell'integrazione scolastica*, Erickson, Trento.

"Questa seconda modalità, l'elencazione delle abilità, è importante sia perché consente una presentazione degli individui, evitando in tal modo di rafforzare l'alone negativo che la descrizione delle disabilità sovente suscita, sia perché denuncia il convincimento che, al di là delle restrizioni che una persona può presentare, non si ha a che fare con una situazione di completa "inabilità" per cui le pratiche abilitative e/o riabilitative potranno cimentarsi nella promozione di cambiamenti e miglioramenti"¹⁴

Processo di revisione: dall'ICIDH all'ICF.

L'ICF, International Classification of Functioning, Disabilities and Health, nasce in seguito ad alcune revisioni operate dall'OMS sull'ICIDH. Occorre precisare che l'acronimo ICIDH-2 è solo provvisorio e viene dato alla prima versione rivisitata dell'ICIDH nel 1993. Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge nella stessa nomenclatura. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH) nelle quali veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo ricorrendo a termini quali malattia, menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa) nell'ultima classificazione l'OMS fa riferimento all'analisi della salute dell'individuo in chiave assolutamente positiva. Attraverso la classificazione si vuole fornire la più completa ed approfondita analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute ed ambiente, arrivando alla definizione di disabilità intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Questa nuova classificazione mette **tutte le malattie e le patologie sullo stesso piano**, senza distinguerle in rapporto a ciò che le ha causate. A parità di patologia, anzi, analizza il contesto sociale, familiare, abitativo o lavorativo del soggetto. Esamina cioè tutti gli elementi che possono influire sulla qualità della vita della persona.

La revisione viene fatta per rispondere ad alcune richieste: essere funzionale alle esigenze avvertite nei diversi Paesi; essere semplice e facilmente fruibile da parte dei professionisti, che lo percepiscono come una descrizione significativa delle conseguenze delle condizioni di salute; essere utile per identificare i bisogni di assistenza sanitaria e per predisporre quindi dei programmi di intervento; essere sensibile alle differenze culturali, in modo da poter essere applicato in culture e sistemi sanitari differenti; essere complementare a tutte le altre classificazioni OMS.

Prima della sua presentazione alla 54^a World Health Assembly nel maggio 2001 (dove viene approvato con il nome di ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), l'ICIDH-2 subisce almeno 3 momenti di revisione, seguite da altrettante prove sul campo, atte a verificarne l'eshaustività e l'efficacia:

¹⁴ S., Soresi e L., Nota (2001), *La facilitazione dell'Integrazione scolastica*, Erip, Pordenone.

1. 1996, Ginevra: *meeting* di revisione. Viene proposta la Bozza Alfa alla quale segue la prima verifica pilota;
2. 1997: viene prodotta una versione Beta-1 che integrava i suggerimenti raccolti nel corso degli ultimi anni. In seguito ad un *meeting* tenutosi nell'aprile dello stesso anno, l'ICIDH-2 bozza Beta-1 viene pubblicato qualche mese più tardi. Si avviano le prove di verifica sul campo;
3. 1999: sulla base dei dati raccolti in seguito alle prove sul campo della Beta-1, tra gennaio ed aprile viene realizzata la bozza Beta-2, presentata a Londra in occasione del *meeting* annuale e, arricchita delle decisioni prese nel corso dello stesso, pubblicata nel luglio dello stesso anno per la prova sul campo;
4. 2000: dopo le prove sul campo della Beta-2, viene redatta ad ottobre la versione prefinale dell'ICIDH-2. Viene presentata in occasione del meeting annuale nel novembre e, dopo l'incorporazione delle decisioni prese in questo meeting, la versione prefinale (dicembre 2000) viene sottoposta al Comitato Esecutivo dell'OMS (gennaio 2001);
5. 2001, maggio: la bozza finale dell'ICIDH-2 viene presentata alla 54^a World Health Assembly dove, con il titolo di ICF, viene approvata.

191 Paesi riconoscono l'ICF come la nuova norma per salute e disabilità. La salute è multidimensionale, così come la disabilità. L'ICF non è una classificazione che riguarda un "gruppo" ma riguarda tutte le persone poiché tutti possono avere una condizione di salute che in un contesto ambientale sfavorevole causa disabilità. È un capovolgimento di logica: mentre gli indicatori tradizionali si basano sui tassi di mortalità, l'ICF pone come centrale la qualità della vita delle persone affette o meno da una patologia, permette quindi di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena. Lo scopo generale della classificazione ICF è quello di fornire un linguaggio *standard* e unificato che possa servire da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. I *domini* contenuti nell'ICF (cioè l'insieme di funzioni fisiologiche, di strutture anatomiche, azioni, compiti, o aree di vita correlate) sono visti come *domini della salute* e *domini ad essa correlati*. Questi domini sono descritti in due elenchi principali, suddivisi ciascuno da due componenti:

Funzionamento e Disabilità

- a) Funzioni e strutture corporee;
- b) Attività e Partecipazione.

Fattori Contestuali

a) Fattori ambientali;

b) Fattori personali.

Le *funzioni corporee* sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le *strutture corporee* sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. *Attività* è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. *Partecipazione* è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. I *fattori ambientali* sono caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto. In quanto classificazione l'ICF raggruppa in maniera sistematica diversi domini di una persona in una data condizione di salute (cioè quello che una persona con una malattia o un disturbo può o non può fare).

Funzioni corporee

1. Funzioni mentali
2. Funzioni sensoriali e dolore
3. Funzioni della voce e dell'eloquio
4. Funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio
5. Funzioni del sistema digestivo, metabolico e endocrino
6. Funzioni genitourinarie e riproduttive Funzioni neuromuscoloscheletriche e collegate al movimento
7. Funzioni cute e strutture associate

Strutture corporee

1. Strutture del sistema nervoso
2. Occhio, orecchio e strutture collegate
3. Strutture collegate alla voce e all'eloquio
4. Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio
5. Strutture collegate al sistema digestivo, metabolico e endocrino
6. Strutture collegate al sistema genitourinario e riproduttivo

7. Strutture collegate al movimento
8. Cute e strutture collegate

Attività e partecipazione

1. Apprendimento e applicazione della conoscenza
2. Compiti e richieste di carattere generale
3. Comunicazione
4. Mobilità
5. Cura della propria persona
6. Vita domestica
7. Interazioni e relazioni interpersonali
8. Principali aree della vita
9. Vita di comunità, sociale e civica

Fattori ambientali

1. Prodotti e tecnologia
2. Ambiente naturale e cambiamenti apportati dall'uomo all'ambiente
3. Supporto e relazioni
4. Atteggiamenti
5. Servizi, sistemi e politiche ¹⁵

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute vere e proprie (malattie, disturbi, lesioni, ecc.) vengono classificate principalmente nell'ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) che fornisce un modello di riferimento eziologico. Nell'ICF vengono invece classificati il funzionamento e le disabilità associati alle condizioni di salute. ICD-10 e ICF sono quindi complementari: il primo fornisce una "diagnosi" delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle

informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento. Due persone con la stessa malattia, infatti, possono avere diversi livelli di funzionamento e due persone con lo stesso livello di funzionamento non hanno necessariamente la stessa condizione di salute. "Le informazioni sulla mortalità (ICD-10) e sulle condizioni di salute (ICF) possono essere combinate in una misurazione riassuntiva per controllare la salute delle popolazioni".¹⁶

La cosa che emerge con chiarezza nell'evoluzione delle classificazioni OMS (ICIDH, ICDH-2, ICF), è l'abbandono man mano definitivo del termine *handicap* e dei suoi derivati, che hanno connotazioni fortemente negative (handicappato) in favore di termini più aggiornati, più descrittivi dei contesti di vita e che focalizzano l'attenzione sulle risorse e sulle prestazioni abili ovvero sulle abilità emergenti di un soggetto, invece che sui suoi insuccessi. Solo una valutazione in positivo rappresenta il punto di partenza di qualsiasi percorso educativo pensato per garantire il diritto alla non-omologazione e quindi all'originalità, alla diversità, alla irripetibile unicità di una persona.

L'attenzione alla persona consiglia quindi anche l'abbandono di una terminologia che in passato focalizzava l'attenzione sulla patologia o sugli elementi di diversità: il Down, il diabetico, l'autistico, il menomato, il disabile (ma è inadeguato anche il *diversamente abile*) ecc., perché, anche in questo caso si fa coincidere la persona con la sua disabilità che va invece considerata come attributo di quella persona in un determinato contesto di vita (il bambino con sindrome autistica, la persona con diversa abilità, ecc.).

Non è quindi vero che "la questione di come debbano essere definiti" gli individui che vivono qualche grado di limitazione o restrizione funzionale resta sostanzialmente irrisolta nell'ICF: le indicazioni che ne emergono sono chiare, quelle di un "non-etichettamento" della persona. Nell'ICF il termine "disabilità" viene ad assumere il significato di "fenomeno multidimensionale" risultante dall'interazione tra persona e ambiente fisico e sociale; ciò si propone è una classificazione delle caratteristiche della salute delle persone all'interno delle loro situazioni di vita individuali ed ambientali. Questo tipo di classificazione si dimostra molto utile in ambito educativo, dove, di concerto ad altri sistemi di classificazione (ICD-10; DSM IV) contribuisce di fatto all'individuazioni e pianificazione di interventi personalizzati per gli studenti con bisogni educativi speciali.

¹⁵ OMS (2002). *ICF: International Classification of Functioning, Disabilities and Health*. Edizioni Erickson, Trento.

¹⁶ *Ibidem*, pag. 12