



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**DARE VOCE AL SILENZIO: LE TERAPIE
ESPRESSIVE E L'INTERVENTO
DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE
NELLA DISABILITÀ UDITIVA**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:
Federica Barattini

Correlatore: Chiar.mo
Dott. Christian Tartaglino

A.A. 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I: DISABILITA' PSICOFISICA E SENSORIALE	4
1.1 Le classificazioni Internazionali della disabilità	4
1.2 Distinzione tra menomazione, disabilità ed handicap.....	7
1.3 Diversabilità: il processo di integrazione	11
1.4 Tipologia delle strutture sociali regionali per disabili	15
CAPITOLO II: LA SORDITA' E L'EVOLUZIONE STORICA DELL'EDUCAZIONE DEI SORDI	16
2.1 Anatomia e fisiologia dell'apparato acustico-articolatorio	16
2.2 Sordità e ipoacusia	19
2.3 L'educabilità della persona sorda: dal 1500 ad oggi	26
CAPITOLO III: COMUNICAZIONE E SORDITÀ: LA LINGUA ITALIANA DEI SEGNI (LIS).....	33
3.1 Come comunicano i sordi oggi.....	33
3.2 La dattilologia e la labiolettura.....	34
3.3 La comunicazione non verbale	35
3.4 Origine della lingua dei segni.....	38
3.5 Cos'è la LIS.....	40
CAPITOLO IV: LE TERAPIE ESPRESSIVE E L'INTERVENTO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE CON L'UTENTE SORDOMUTO	47
4.1 L'educatore professionale e la sua metodologia.....	47
4.2 La dimensione ludica	52
4.3 La musicoterapia.....	56
4.4 Picture Exchange Communication System (PECS)	59
4.5 DanzaMovimentoTerapia.....	64
4.6 DrammaTerapia	68

CAPITOLO V: ESPERIENZA DI TIROCINIO	72
5.1 Comunità Socio Educativa Riabilitativa “Il Samaritano”	72
5.2 L’educatore professionale all’interno della Co.S.E.R “Il Samaritano”	76
5.3 Il progetto educativo	78
5.4 Laboratorio di musicoterapia e sordomutismo	87
5.5 Riflessioni sul tirocinio	90
Conclusioni.....	92
Bibliografia.....	94
Sitografia	97

INTRODUZIONE

Le terapie espressive, ovvero tutte le terapie creativo-artistiche, sono note come modalità per esprimere quanto non può essere incanalato e compreso dal linguaggio convenzionale. Ecco che parole, danza, teatro, pittura, disegno, stimolano nell'utente la modalità cognitiva non-discorsiva a tal punto da lasciarsi condurre da questo particolare processo cognitivo. Le terapie espressive con le loro tecniche e materiali, favoriscono la conoscenza di sé stessi, delle proprie potenzialità a prescindere dai limiti che ognuno di noi ha in maniera più o meno evidente, e rendono possibile l'integrazione di tutte le risorse di cui disponiamo per poter vivere meglio.

Pertanto in questo elaborato si vuole analizzare l'importanza dell'espressione figurativa, musicale, ritmica e drammatica nell'intervento terapeutico-riabilitativo-educativo rivolto ai pazienti ipoacusici, per aiutarli ad uscire dal proprio stato di isolamento, inventando nuove modalità di comunicazione e di interazione con l'ambiente.

L'idea di progettare un lavoro di tesi su un argomento così affascinante ma, allo stesso tempo, così complesso, nasce sia dall'idea di voler far conoscere maggiormente questa particolare modalità di intervento educativo-riabilitativo, sia dalla mia esperienza di tirocinio durante il terzo anno del Corso di Laurea in Educazione Professionale, svolta nella Comunità Socio Educativa Riabilitativa "Il Samaritano", sita a Posatora (Ancona).

"Il Samaritano" ospita persone con disabilità intellettive, fisiche e sensoriali. Sono rimasta affascinata in particolar modo dal laboratorio di musicoterapia, condotto da una professionista esterna, svolto con un soggetto sordomuto, il quale è stato il protagonista vero e proprio di questa mia esperienza formativa. Con l'utente, infatti, ho deciso assieme al mio tutor guida, di stilare un progetto educativo individualizzato per migliorare la comunicazione funzionale nonché imparare la comunicazione alternativa aumentativa attraverso l'utilizzo delle PECS (Picture Exchange Communication System).

Il percorso di tesi è così articolato: nel primo capitolo verrà trattata la disabilità psicofisica e sensoriale, e quindi indagati quelli che sono i manuali diagnostici dell'OMS, redatti per ricercare linguaggi standardizzati e condivisi in tema di disabilità. In special modo verranno approfonditi l'*International Classification Disease*, del 1970, e l'*International*

Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, del 1980, dove per la prima volta non si parte più dal concetto di malattia inteso come menomazione, ma dal concetto di salute, inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale. In ultimo si analizzerà *l'International Classification of Functioning, Disability and Health*, del 2001. Le informazioni fornite dall'ICF riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni. Infine si dedicherà un intero paragrafo al processo di integrazione del “*diversabile*” termine che nasce sia per valorizzare e riconoscere una pluralità di modi di agire, che per non permettere al deficit, proprio di ciascun individuo, di oscurare il valore della persona stessa.

Nel secondo capitolo verranno approfonditi gli aspetti fisici e la fisiopatologia del sistema uditivo, per poi passare alla storia vera e propria dell'educabilità delle persone con disabilità uditiva, specificando i termini di sordità e ipoacusia. Con il termine ipoacusia s'intende, in generale, la diminuzione dell'udito; quando invece questa diminuzione diventa di una certa entità, si parla di sordità. Quest'ultima è, dunque, un deficit sensoriale che non permette la percezione dei suoni, della lingua vocale e, di conseguenza, l'acquisizione spontanea del linguaggio vocale. Significativi miglioramenti in ambito riabilitativo si hanno grazie ai sussidi tecnologici tra i quali la protesi acustica e l'impianto cocleare. Per quanto riguarda invece la storia dell'educazione dei sordi, verrà analizzato il faticoso percorso emancipativo verso la conquista della parità giuridica e sociale.

Nel terzo capitolo si indagheranno le modalità e gli strumenti comunicativi e relazionali più utilizzati dai soggetti con disabilità uditiva: il principale è la *Lingua dei Segni* (con dattilologia e labiolettura annessi), seguono *chat, sms, fax*. Con il termine dattilologia ci si riferisce all'alfabeto manuale, la labiolettura è, invece, la tecnica che permette di decodificare ed identificare i movimenti dell'apparato fonatorio e labiale della persona che comunica con il soggetto sordo. Il capitolo si concluderà con un approfondimento sulla Lingua dei Segni, ovvero un sistema di segni e di regole che consente di formulare dei messaggi con le mani.

Il capitolo successivo sarà il focus di questa tesi in quanto, in seguito ad un'introduzione riguardante la metodologia dell'educatore professionale e il suo intervento educativo nella disabilità, verranno analizzate le principali terapie espressive utili nella disabilità uditiva per favorire anche quella che è la comunicazione funzionale. Verrà approfondita quindi la metodica e gli effetti della musicoterapia, del gioco, della *Danza Movimento Terapia*, della dramma terapia e delle PECS. Le terapie espressive, infatti, aprono nuovi canali di

comunicazione soprattutto in tutti quei soggetti che non hanno facilità a parlare, unendo mondi apparentemente estranei.

Il quinto ed ultimo capitolo, infine, rappresenta il vero e proprio lavoro di ricerca in sé maturato durante la mia esperienza di tirocinio del terzo anno. Si aprirà con una riflessione circa il ruolo dell'educatore professionale all'interno della Co.S.E.R "Il Samaritano", quindi anche sul come il professionista si adoperi per contrastare atteggiamenti di *infantilizzazione* tramite la gestione del processo empatico e la riflessione educativa. Solo così gli utenti da oggetti di azioni vengono visti come s-oggetti di rel-azioni. Questo capitolo, grazie anche all'utilizzo di schede valutative e di un questionario, sarà finalizzato a provare come la musicoterapia e le PECS, seppur analizzando un solo utente con sordomutismo congenito, siano stimolanti a livello cognitivo, emozionale, del movimento, corporeo e fisiologico.

CAPITOLO I: DISABILITA' PSICOFISICA E SENSORIALE

1.1 Le classificazioni Internazionali della disabilità

I MANUALI DIAGNOSTICI DELL'OMS

Negli ultimi anni lo studio delle disabilità ha richiesto l'uso di linguaggi e strumenti sempre più appropriati e specifici in grado di rispondere alle complesse problematiche che queste condizioni pongono agli operatori sia dell'ambito ri-abilitativo sia socio-educativo. Per questo numerose èquipe operanti in diversi Paesi del mondo, coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno risposto a questo problema ricercando linguaggi standardizzati e condivisi in tema di disabilità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è uno dei più importanti istituti specializzati delle Nazioni Unite (ONU). Esso opera dal 1948 e il suo compito è quello di promuovere in ogni stato il raggiungimento del più alto livello sanitario possibile, con l'obiettivo di assicurare ad ogni uomo il diritto alla salute. Durante il corso degli anni, l'OMS ha elaborato diversi strumenti di classificazione delle malattie, al fine di permettere il raffronto dei dati raccolti in diversi Paesi e una migliore comprensione delle informazioni e quindi di migliorare la qualità della diagnosi stessa.

- *ICD (International Classification Disease, 1970)*: questa prima classificazione elaborata dall'OMS, si propone di cogliere la causa delle patologie, fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche. L'ICD si delinea quindi come una classificazione causale, focalizzando l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie, infatti, vengono qui tradotte in codici numerici che rendono possibile la memorizzazione, la ricerca e l'analisi dei dati. L'ultima versione (*ICD-10*) risale al 1990, in questa l'attenzione viene puntata sulla parola "disease". La classificazione tende infatti ad individuare le cause delle patologie fornendo per ognuna di esse una descrizione delle caratteristiche cliniche. Il suo scopo è principalmente quello di

capire i determinanti di salute/malattia e di permettere un raffronto dei dati raccolti per quanto riguarda la mortalità e morbilità raccolti su una data popolazione¹.

- *ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980)*: con questa classificazione non si parte più dal concetto di malattia inteso come menomazione, ma dal concetto di salute, inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale che riguarda quindi l'individuo visto nella sua globalità e l'interazione con l'ambiente a lui circostante². L'ICIDH è caratterizzato da tre componenti fondamentali, attraverso le quali vengono analizzate le conseguenze delle malattie:
 1. Menomazione, intesa come danno organico e/o funzionale;
 2. Disabilità, come perdita di capacità operative subentrate nella persona a causa della menomazione;
 3. Handicap, ovvero la difficoltà che l'individuo incontra nell'ambiente circostante a causa della menomazione.

Questi tre concetti verranno approfonditi nel paragrafo seguente (“2.2 Distinzione tra menomazione disabilità ed handicap”).

- *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001)*: nasce in seguito ad alcune revisioni operate dall'OMS sull'ICIDH. Con quest'ultima classificazione, frutto di uno sforzo congiunto di 65 Paesi coordinati dall'OMS stesso, si vuole fornire la più completa ed approfondita analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute e ambiente. 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 a essa correlati (come l'istruzione e il lavoro). Le informazioni fornite dall'ICF sono una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la classificazione serve da modello di riferimento per l'organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente

¹ cfr. <http://www.who.int/classifications>

² v. L.Nota, A.Rondal, S.Soresi: “La valutazione delle disabilità” Primo volume. Erip Editrice. pag. 68 - 74

accessibile³. La sua struttura infatti consta di due parti, ognuna composta da due componenti: si riporta in seguito una tabella esemplificativa.

Tabella 1 STRUTTURA DELL'ICF

		Parte 1: Funzionamento e Disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
COMPONENTI	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali	
DOMINI	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità	
COSTRUTTI	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità: eseguire compiti in un ambiente standard Performance: eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona	
ASPETTO POSITIVO	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	Facilitatori	
	Funzionamento				
ASPETTO NEGATIVO	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione	Barriere/ Ostacoli	Barriere/ ostacoli	
	Disabilità				

Nella tabella sono indicate, nell'ordine:

- Le *funzioni corporee* rappresentano le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche);
- Le *strutture corporee* sono invece le parti anatomiche del corpo, quindi gli organi, gli arti e tutte le loro componenti;

³ Ibidem

- L'*attività* rappresenta come un individuo porta a termine un compito o un'azione;
- La *partecipazione* significa il coinvolgimento in una situazione di vita;
- Con *fattori ambientali* si intende l'ambiente fisico e sociale degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro vita, sono quindi fattori esterni ad essi e che possono avere un'influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società e sulla sua capacità di eseguire azioni o compiti
- In ultimo i *fattori personali* rappresentano il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo⁴ (es. sesso, età, altre condizioni di salute, forma fisica, stile di vita, abitudini, educazione ricevuta, capacità di adattamento, istruzione, professione, ecc.).

1.2 Distinzione tra menomazione, disabilità ed handicap

Come si è visto precedentemente, con l'elaborazione dell'ICIDH nel 1980, l'OMS propone una classificazione generale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap. Ora verranno analizzati ed approfonditi questi tre concetti spesso usati impropriamente nel lessico quotidiano.

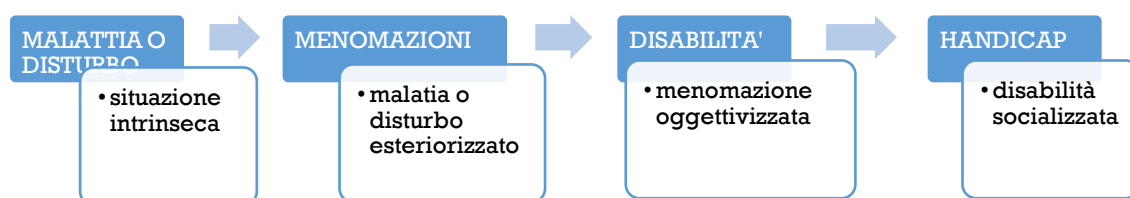
La *disabilità* viene definita dall'Organizzazione mondiale della Sanità come la «limitazione o perdita, a seguito di una menomazione, della capacità di svolgere un'attività nei modi e nell'ampiezza ritenuti normali per l'essere umano⁵». La disabilità può avere carattere transitorio o permanente ed essere reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva. Essa rappresenta, l'espressione della *menomazione* e, quindi, indica lo svantaggio personale che la persona disabile vive espresso in ciò che è in grado di fare o meno. A tal proposito la menomazione rappresenta qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano fisiologico, anatomico e psicologico. Essa è caratterizzata quindi da un "danno biologico" che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di

⁴ Cfr. <https://apps.who.int/bitstream/handle>

⁵ v. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali: manuale per una classificazione riferita alle conseguenze della malattia (ICIDH)*, CLES Editore, Milano, 1980.

un incidente. Quanto si è precedentemente affermato spesso porta ad una situazione di *Handicap*, ossia ad una «condizione di svantaggio sociale conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di compiti considerati "normali" per il ruolo di un soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali»⁶. Riflette quindi le conseguenze per l'individuo, sul piano culturale, sociale, economico ed ambientale, dovute alla presenza di menomazioni e disabilità. Si precisa che la disabilità "porta spesso ad una situazione di handicap" in quanto la società odierna ancora non è in grado di eliminare tutte quelle situazioni di ostacolo e barriere architettoniche che precludono al disabile l'accesso ad un qualsiasi settore della vita sociale.

Tabella 2 I FENOMENI DI COMPROMISSIONE DESCRITTI NELL'ICIDH (1980)



Per quanto riguarda la sordità, essa è un "*handicap nascosto*" perché la sua menomazione non è immediatamente visibile alla nascita, spesso scoperto tardivamente, conseguentemente nascosto sia dalla famiglia in quanto si ritrova a dover accettare la diversità del figlio, che dalle stesse persone sorde in quanto sconosciuto in tutte le sue implicazioni socio-psicologiche⁷. Quindi ciò che fa della sordità un handicap sono le implicazioni socio-culturali e psicologiche del deficit uditivo: «la percezione della sordità si realizza sempre in contrapposizione ad un modello udente dominante»⁸. Nella realtà quotidiana le persone sorde vivono, a causa del loro deficit e della scarsa sensibilità alle loro esigenze, in una condizione di isolamento culturale. Nel nostro paese è comune la scarsa attenzione alle esigenze comunicative e conoscitive delle persone sorde: per esempio, è solo

⁶ Ibidem

⁷ v. D. Fabbretti, E. Tomasuolo, *Scrittura e sordità*, Carocci, 2006

⁸ Così sostiene A. Zuccalà in *Cultura del gesto e cultura della parola. Viaggio antropologico nel mondo dei sordi*, Booklet Milano, 1997

dal 1994 che gli studenti universitari sordi possono usufruire di servizi speciali per le proiezioni cinematografiche con sottotitoli⁹.

È necessario perciò promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che esse possano sentirsi parte di una comunità e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere, giocare, studiare, lavorare e vedere riconosciuto il proprio ruolo e la propria identità.

Si riportano di seguito alcuni raggruppamenti che rendono chiara la distinzione tra menomazione, disabilità e handicap:

Tabella 3 TIPOLOGIE DI MENOMAZIONI

MENOMAZIONI
<ul style="list-style-type: none">• Menomazioni della capacità intellettiva;• Altre menomazioni psicologiche;• Menomazioni del linguaggio e della parola;• Menomazioni auricolari• Menomazioni oculari;• Menomazioni viscerali;• Menomazioni scheletriche;• Menomazioni deturpanti;• Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo.

⁹ v. A. Zaghetto, *Nuove prospettive sulla produzione artistica in lingua dei segni italiana (LIS)*, Guerra Edizioni, Perugia, 2012

Tabella 4 TIPOLOGIE DI DISABILITA'

DISABILITA'
<ul style="list-style-type: none">• Disabilità nel comportamento;• Disabilità nella comunicazione;• Disabilità nella cura della propria persona;• Disabilità locomotorie;• Disabilità dovute all'assetto corporeo;• Disabilità nella destrezza;• Disabilità circostanziali;• Disabilità in particolari attività;• Altre restrizioni all'attività.

Tabella 5 TIPOLOGIE DI HANDICAP

HANDICAP
<ul style="list-style-type: none">• Handicap nell'orientamento;• Handicap nell'indipendenza fisica;• Handicap nella mobilità;• Handicap occupazionali;• Handicap nell'integrazione sociale;• Handicap nell'autosufficienza economica;• altri handicap.

1.3 Diversabilità: il processo di integrazione

Si è finora discusso e analizzato il termine “*disabilità*” che, tuttavia, sottolinea il deficit di un individuo, ovvero ciò che manca rispetto ad un’abilità o ad un presunto standard medio. Perciò penso che sia più opportuno parlare di “*diversabilità*”, termine che nasce sia per valorizzare e riconoscere una pluralità di modi di agire, che per non permettere al deficit, proprio di ciascun individuo di oscurare il valore della persona stessa nella sua essenziale umanità. “*Diversabile*” rappresenta, quindi, un termine propositivo e positivo in quanto con esso si mette in evidenza l’essere diversamente abili di molte persone con una menomazione. Iniziare ad usarlo può aiutare a vedere questi individui in una prospettiva nuova, meno immediata nella constatazione del deficit, meno medica, più attenta ad una storia e a un cammino acquisitivo di abilità. Ora infatti si va più a sostenere la parte sana, si guarda lo “statuto positivo del deficit”. Esso non viene più visto come una difficoltà irreversibile ma come qualcosa che porta alla scoperta di risorse. A tal proposito la sordità ha portato a scoprire altre tecniche di comunicazione, dalla cultura dell’oralità a quella della gestualità. Il danno comunicativo quindi, ha portato ad un arricchimento culturale¹⁰. Inoltre, come abbiamo visto in precedenza, anche con la pubblicazione dell’ICF, si è cambiato il modo di definire la disabilità. Con esso quest’ultima viene intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole¹¹.

Prima di giungere al 2003, “Anno europeo della *diversabilità*”, tortuoso è stato ed è tuttora il processo di integrazione del disabile nella società. Giustappunto nel corso della storia le persone con disabilità sono state segregate, abbandonate, discriminate, si è dato loro assistenza (senza alcun tipo di riabilitazione), ma spesso si è anche preferito eliminarle.

DAGLI ANNI SETTANTA AI GIORNI ATTUALI

È proprio dagli anni Settanta che si cerca di dare il riconoscimento dei diritti anche alle persone con disabilità. I diretti interessati, le loro famiglie e tutte le associazioni che li rappresentano cominciano a far sentire la propria voce. Essi infatti vollero ribadire l’articolo

¹⁰ v. A. Canevaro, *Pedagogia speciale. La riduzione dell’handicap*, Mondadori Bruno, 2006

¹¹ v. *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento, 2001.

3 della Costituzione, dove si legge: «la Repubblica si impegna a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese¹²». È proprio a partire da questi anni che vengono scritte le prime dichiarazioni internazionali, a favore del riconoscimento e superamento della disabilità, fra cui: la Dichiarazione sui diritti delle persone con ritardo mentale (1971), la Dichiarazione sui diritti delle persone disabili (1975), il Programma mondiale di azione per persone disabili (1982), la Decade per le persone disabili delle Nazioni Unite (dal 1982 al 1993), le Regole standard per le pari opportunità per persone con disabilità (1993) e la Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE (2000), dove all'art.26 si sottolinea che l'Unione riconosce il diritto delle persone con disabilità a beneficiare delle misure per assicurare loro indipendenza, integrazione sociale ed occupazionale e partecipazione alla vita di comunità¹³.

LA SITUAZIONE ITALIANA: INSERIMENTO, INTEGRAZIONE E INCLUSIONE

Se si pensa alla scena italiana durante questo periodo 3 sono i termini che maggiormente la caratterizzano inserimento, integrazione e inclusione, ad ognuno dei quali si può far corrispondere, a livello normativo, un testo di legge in cui è stato proposto ed utilizzato.

Per quanto riguarda il termine *inserimento*, sebbene tratti principalmente l'ambito scolastico, si usa questo termine anche a livello sociale. L'inserimento riconosce il diritto alle persone con disabilità ad avere un posto nella società, sia dal punto di vista fisico che giuridico. Pur trattandosi di un approccio assistenziale, questo nuovo concetto fu rivoluzionario per l'epoca. Siamo nella prima metà degli anni Settanta e vengono, con la *L. n 118/1971*, smantellate le classi speciali, permettendo così agli alunni con disabilità di frequentare le classi comuni. I due termini che seguono hanno una storia che si intreccia e che vede differenti punti di vista riguardo il loro uso e il loro significato. Sia nella *L. n 517/1977* prima che nella “Legge quadro sull’handicap” (*L. n 104/1992*) poi, compare il termine *integrazione*. Quest’ultima legge, infatti, si propone di rimuovere le cause

¹²cfr. <http://www.governo.it/it/costituzione-italiana/principi-fondamentali>.

¹³Cfr. <https://fra.europa.eu/it/eu-charter/article/26-inserimento-delle-persone-con-disabilita>

invalidanti, di promuovere l'autonomia, la socializzazione e l'integrazione. Con quest'ultimo termine si intende il riconoscimento del diritto della persona con disabilità ad avere un posto nella società, tuttavia si limita ad inserirle in un posto spesso separato da essa oppure in una situazione passiva. Diverso significato ha invece il termine "inclusione", il quale consente di vedere la persona disabile come una persona *ordinaria* e non come una persona *speciale*, quindi gli permette di fare parte a pieno della società. Il concetto di inclusione, infatti, comprende significati più ampi: significa riconoscimento, diritti, partecipazione e cittadinanza per le differenze. Il concetto di inclusione è quello che oggi prevale nei documenti internazionali (a partire dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006) e con il quale si sottolinea come persone disabili entrino a pieno titolo e alla pari di tutti gli altri nella comunità, portando la propria individualità e non conformandosi all'ambiente in cui si trovano.

VERSO L'INCLUSIONE SOCIALE

Fra gli studiosi contemporanei della disabilità e del suo rapporto con la società, troviamo l'antropologo francese Charles Gardou, il quale, nei suoi testi, sviluppa l'idea di inclusione sociale che egli vede fondata sui concetti di democrazia e diritto di cittadinanza. Egli infatti afferma che per avere inclusione sociale, è necessario un mutamento culturale globale, che vada oltre le logiche di mercato che tendono invece a produrre esclusione e discriminazione e a considerare chi è più debole o disabile come improduttivo e quindi un peso per la società¹⁴. Ma è bene soffermarsi sul fatto che anche le persone con disabilità hanno dei diritti che devono essere riconosciuti e rispettati: devono avere una vita autonoma e di cittadinanza attiva, devono poter vivere dignitosamente e nel rispetto delle loro fragilità, devono poter avere una vita affettiva, sessuale e familiare, così come una vita scolastica partecipe, una vita lavorativa e professionale, sportiva, culturale e con pari opportunità di divertimento. Sono questi i principi ispiratori di una reale inclusione sociale. Ma sappiamo che molto spesso manca addirittura la libertà di scelta, per le persone con disabilità tutto è fatto o deciso da terzi. Basti pensare alle difficoltà di accesso all'educazione, al mondo del lavoro, alla cultura o alla difficoltà di muoversi con i mezzi di trasporto. La vera società inclusiva è solo

¹⁴ v. C. Gardou, *Nessuna vita è minuscola. Per una società inclusiva*, Mondadori, Milano, 2015, p. 8

quella società che è flessibile e sa modulare il proprio funzionamento proponendo un benessere generalizzato. Contrariamente, spesso, il diverso viene isolato e si tendono a costruire delle categorie con le quali si cerca di uniformare le persone. È il caso de “i disabili” e più in specifico de “i sordi”. Nell’immaginario comune se si pensa alla “*cultura sorda*” sorgono una serie di parametri comportamentali che non rendono giustizia alla ricchezza creativa e ad un modello visuo-centrico che mal si presta a classificazioni e che può essere compreso se ci si libera da tutti gli schemi pre-determinati e dogmatici. Inoltre vorrei soffermarmi sull’importanza dell’“esistere” piuttosto che del “vivere”. Per l’uomo non è sufficiente vivere (nascere e soddisfare i propri bisogni primari), l’uomo ha bisogno di esistere. La maggior parte delle persone con disabilità non esistono: stanno nella società ma non vi partecipano, sono sempre soggetti alle decisioni altrui, sempre interpretanti il ruolo di paziente o di eterno bambino, incapace di possedere desideri e volontà. Tutto questo, come riporta anche Gardou, porta alla perdita di ogni forza vitale, il disabile quindi si abbandona all’andamento delle cose¹⁵. Una società inclusiva deve permettere ad ogni essere umano di “esistere”: valorizzando le capacità, le competenze e le risorse che ogni soggetto possiede, puntando cioè ad un empowerment personale cosicché esso possa riprendere fiducia e stima in sé stessi e risvegliare la voglia di partecipare criticamente alla vita sociale. In questo percorso, di fondamentale importanza è l’intento e l’intervento educativo spesso svolto all’interno delle strutture elencate nel prossimo paragrafo o a domicilio. Gli educatori professionali attraverso attività quali anche le terapie espressive vogliono favorire loro la socializzazione e l’integrazione sociale con particolare attenzione allo sviluppo di capacità relazionali. Inoltre grazie alle suddette terapie espressive si vuole anche favorire l’inserimento lavorativo e quindi un ruolo sociale attivo. Tutto ciò contribuisce a prevenire il rischio di nuove e vecchie forme di istituzionalizzazione, le quali assieme all’*infantilizzazione* si prestano a creare handicap. A tal proposito nel prossimo capitolo verrà analizzato il processo di educabilità della persona con disabilità uditiva.

¹⁵ Ibidem p.37

1.4 Tipologia delle strutture sociali regionali per disabili

Il territorio marchigiano offre a persone con disabilità psico-fisica e sensoriale differenti strutture volte a riabilitare e dare sostegno sia ai pazienti che alle loro famiglie, ciò è disciplinato dalla Legge Regionale n.20 del 06 Novembre 2002. L'inserimento degli utenti nelle seguenti strutture è basato principalmente sui loro bisogni e sulle loro necessità:

- Centro socio educativo diurno, struttura territoriale rivolta a soggetti in condizioni di disabilità, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che abbiano adempiuto l'obbligo scolastico e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso di inserimento lavorativo o formativo;
- Comunità Socio Educativa Riabilitativa (Co.S.E. R), struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a persone maggiorenni in condizioni di disabilità, con nulla o limitata autonomia e non richiedenti interventi sanitari continuativi, temporaneamente o permanentemente prive del sostegno familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;
- Residenza Protetta Disabili, struttura residenziale destinata a persone, in condizioni di disabilità con gravi deficit psico-fisici, che richiedono un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria;
- Alloggio protetto, servizio di residenzialità per persone con lieve disabilità, che mette al centro la dimensione evolutiva della persona, ancor prima che la disabilità;
- Comunità alloggio, struttura residenziale parzialmente autogestita destinata a soggetti maggiorenni in condizioni di disabilità, privi di validi riferimenti familiari, che mantengono una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.

Sul versante sanitario abbiamo, invece, la Legge Regionale n.20 del 2000 che regola le Residenze Sanitarie Assistenziali Disabili (RSAD), strutture a carattere socio-sanitario e socio-assistenziale, destinate a persone con disabilità che risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel proprio nucleo familiare sia valutata non più possibile.

CAPITOLO II: LA SORDITA' E L'EVOLUZIONE STORICA DELL'EDUCAZIONE DEI SORDI

2.1 Anatomia e fisiologia dell'apparato acustico-articolatorio

L'udito è una funzione sensoriale complessa costituito da un sistema di strutture ossee, muscolari e nervose. L'orecchio, la cui funzione primaria è captare il suono, dal punto di vista anatomico si può suddividere in tre parti, orecchio esterno, orecchio medio e orecchio interno (Figura 1).

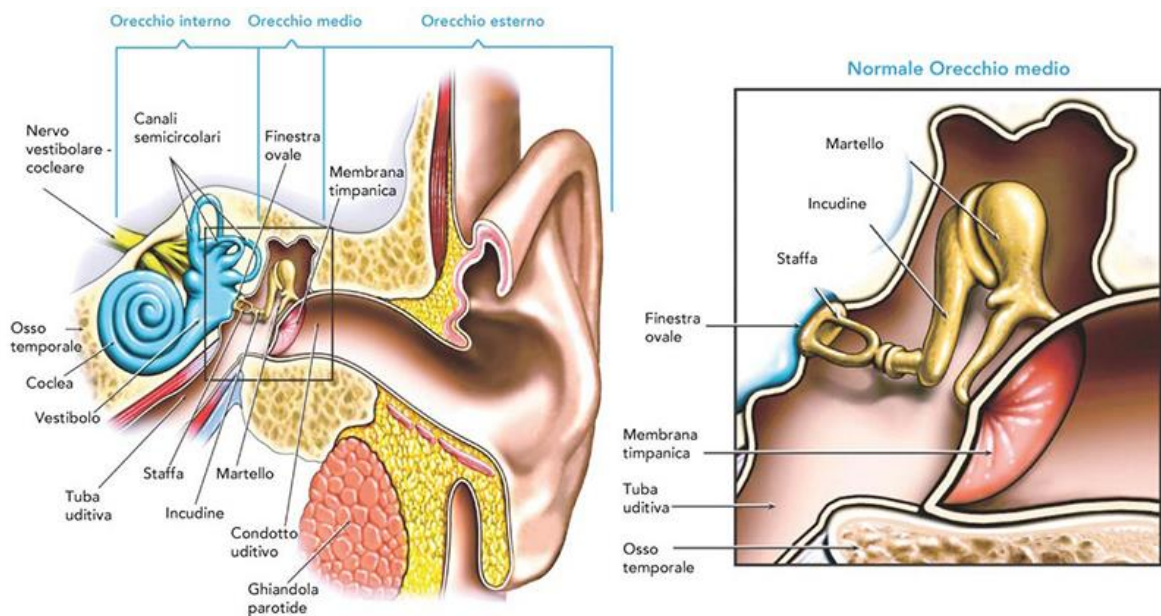


Figura 1: ANATOMIA DELL'ORECCHIO (Fonte: <https://www.medicinapertutti.it/argomento/apparato-delludito-od-orecchio/>)

L'**orecchio esterno**, la cui principale funzione è quella di convogliare e trasmettere le onde sonore verso la membrana timpanica, è formato da:

- *Padiglione auricolare*: costituisce l'unica parte visibile dell'orecchio. È una struttura cartilaginea rivestita da uno strato di cute situata ai lati della testa, più precisamente sotto la tempia e dietro l'articolazione temporo mandibolare;
- *Condotto uditivo o meato acustico esterno*: si tratta di un canale a scheletro fibrocartilagineo nella parte laterale, osseo nella parte mediale, che collega il padiglione acustico alla *membrana timpanica*, ovvero un diaframma di forma ovale che divide l'orecchio esterno da quello medio.

L'**orecchio medio**, ha invece la funzione di amplificare le onde sonore per la successiva trasmissione di quest'ultime dall'aria ad un ambiente fluido.

Esso è formato da:

- *Cassa timpanica*, cioè una cavità anatomica nella quale sono situati la *catena ossiculare* formata da *martello*, *incudine* e *staffa*, ed i muscoli endotimpanici: *stapedio* e *tensore del timpano*. Lateralmente è delimitato dalla membrana timpanica e medialmente dalla parete labirintica nella quale si trovano sia la *finestra ovale* che quella *rotonda*, entrambe separano l'orecchio medio da quello interno. L'orecchio medio comunica con la rinofaringe attraverso la *tuba d'Eustachio*, rendendo così possibile il passaggio di aria nella cavità del timpano in modo che la pressione della cassa timpanica risulti uguale a quella esterna. Infatti intensi cambiamenti di pressione, che possono verificarsi durante il volo in aereo o un'immersione subacquea o in seguito ad otiti o in un veloce ascensore, possono causare dolori e determinare anche la rottura della membrana timpanica stessa.

L'**orecchio interno** contiene strutture associate sia all'udito che all'equilibrio. Esso si presenta come una cavità scavata nell'osso temporale ed è costituito dalla *coclea* e dall'*apparato vestibolare*.

L'orecchio interno è formato da una serie di cavità ossee, il *labirinto osseo*, al cui interno si trovano delle cavità membranose che costituiscono il *labirinto membranoso*. Tra la parete ossea e quella membranosa scorre un liquido detto *perlinfa* e all'interno del labirinto membranoso si trova un altro tipo di liquido: l'*endolinfa*. Nella parte anteriore del labirinto osseo si trovano la *coclea* o *chiocciola* e l'*acquedotto della chiocciola*. La *coclea* è una struttura a spirale che contiene le cellule recettoriali responsabili della sensibilità uditiva, il canale cocleare è diviso longitudinalmente da due membrane, la *membrana basilare* e la *membrana vestibolare*. Sulla prima membrana poggia l'organo acustico vero e proprio, l'*organo del Corti*. In quest'ultimo avviene infatti la trasduzione degli stimoli vibratorii delle onde sonore in impulsi nervosi prodotti dalle cellule acustiche.

Il suono è una variazione ciclica della pressione atmosferica generata dalle *vibrazioni* di un corpo elastico, quest'ultime formano l'*onda sonora* attraverso un movimento oscillatorio. La *frequenza*, misurata in Hz (Hertz), indica quante volte il ciclo oscillatorio si ripete in un secondo; l'*ampiezza* è la distanza massima rispetto alla posizione a riposo ed è determinata dall'*intensità* espressa in dB (Decibel), della pressione sonora.

L'orecchio non percepisce suoni al di sotto dei 20 Hz e al di sopra dei 20.000 Hz. Il limite inferiore d'intensità è detta *soglia dell'udito* e la soglia massima, ovvero, la *soglia del dolore*, ha invece un valore costante di 140 dB.

La via del suono prevede due fasi: una periferica e una centrale.

La *fase periferica* è costituita dai seguenti passaggi:

1. le vibrazioni acustiche dell'aria vengono captate dall'orecchio esterno;
2. queste vengono poi trasformate in impulsi meccanici e confluiscono nell'orecchio medio;
3. una volta arrivate all'orecchio interno provocano la vibrazione dei liquidi cocleari inducendo lo spostamento della membrana basilare;
4. il movimento della membrana basilare è tradotto in impulsi elettrici dall'organo del Corti e vengono trasmessi lungo il nervo acustico giungendo fino al cervello.

Durante la fase centrale, invece, gli impulsi raggiungono la corteccia uditiva nella quale si ha la conversione dei suoni in rappresentazioni mentali e la conseguente associazione ad un significato.

2.2 *Sordità e ipoacusia*

In letteratura e soprattutto nell'ambiente clinico, sordità ed ipoacusia sono utilizzati frequentemente in modo intercambiabile sebbene i due termini abbiano significati referenziali del tutto diversi. Con il termine *ipoacusia* s'intende, in generale, la diminuzione dell'udito; quando invece questa diminuzione diventa di una certa entità, si parla di *sordità*.

Quest'ultima è, dunque, un deficit sensoriale che non permette la percezione dei suoni, della lingua vocale e, di conseguenza, l'acquisizione spontanea del linguaggio vocale. Solitamente viene diagnosticata in età infantile, se questo non avviene allora verrà ostacolato è compromesso lo sviluppo cognitivo e psichico del bambino, quindi può provocare modifiche nella struttura neuro-cerebrale del soggetto.

In letteratura la sordità viene classificata rispetto alla sede del danno, all'epoca di insorgenza o dal punto di vista eziologico. Per quanto riguarda la localizzazione del danno si distinguono forme di sordità *centrali* e *periferiche*. Le forme centrali sono caratterizzate da un'alternazione delle vie uditive centrali, cioè da lesioni della corteccia uditiva o dal danneggiamento delle radici del nervo uditivo. Di conseguenza, i suoni inviati all'orecchio pur raggiungendo l'area uditiva cerebrale, non vengono da essa correttamente interpretati.

Le forme periferiche vengono suddivise invece in base al tipo di sordità:

1. *Trasmissiva*: causata da una lesione o patologia dell'orecchio medio e /o esterno;
2. *Neurosensoriale*: dovuta ad una patologia dell'orecchio interno (coclea, organo del Corti, nervo acustico);
3. *Mista*: sono presenti contemporaneamente forme di sordità trasmissiva e neurosensoriale.

Per quanto riguarda l'età di insorgenza del deficit, le sordità si distinguono in:

1. *Pre-verbale*: si intende il periodo compreso fra le ultime 12-14 settimane di gestazione e la prima settimana di vita post-natale; anche se ad oggi si preferisce distinguere sordità insorta prima dell'inizio del processo di acquisizione del linguaggio, e quella insorta fra il primo e il terzo anno di età.

2. *Post-verbale*: sordità che insorge dopo i 3 anni di età. Durante la prima infanzia, dai 3 ai 7 anni, la competenza linguistica non è ancora consolidata; mentre durante la seconda infanzia, dai 7 ai 18 anni, la competenza ed il linguaggio verbale possono considerarsi consolidati.

Si distinguono, poi, forme di sordità congenite ed ereditarie. La forma di trasmissione ereditaria, che può essere sindromica e non sindromica, è attribuibile a cause genetiche:

1. *congenita*;

- a) *acquisita*: causa più frequente è l'infezione da citomegalovirus (CMV);

- b) *ereditaria*: già presente alla nascita

- i. *sindromica*: Usher, Waardenburg ecc.

- ii. *non sindromica* o isolata: causa più frequente connessina 26 (Cx26)10;

2. *ereditaria* ma con insorgenza tardiva.

Dal punto di vista del grado di perdita uditiva, l'ipoacusia e la sordità costituiscono un continuum. Pertanto, è necessario ricordare che queste suddivisioni, come tutte le classificazioni in genere, sono in parte "arbitrarie" e suscettibili di modifiche.

I due sistemi di classificazione più utilizzati sono quelli previsti dal Bureau International d'Audiophonologie (B.I.A.P.) o dall'American National Standards Institute (A.N.S.I.):

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, World Health Organization) propone la seguente suddivisione (1991):

- a. fino a 25 dB: nessun problema di udito o lievi problemi di udito capacità di percepire i bisbigli;
- b. 26-40 dB: capacità di ripetere parole prodotte con un tono di voce normale alla distanza di un metro;
- c. 41-60 dB: capacità di ripetere parole prodotte con un tono di voce forte alla distanza di un metro;

- d. 61-80 dB: capacità di percepire alcune parole se prodotte con voce intensa nell'orecchio migliore;
- e. maggiore di 81 dB: nessuna percezione e comprensione¹⁶.

Negli ultimi anni l'utilizzo degli ausili protesici è andato incrementandosi e, grazie alla possibilità di diagnosticare precocemente la sordità, si sono riscontrati significativi miglioramenti in ambito riabilitativo. I sussidi tecnologici sono vari, segue nei prossimi sotto paragrafi la descrizione della protesi acustica e dell'impianto cocleare.

LA PROTESI ACUSTICA

La protesi acustica è un dispositivo in grado di amplificare il suono rendendolo così "udibile". In base al canale di trasmissione del suono amplificato, le protesi possono sfruttare il canale aereo o il canale osseo. Inoltre, in base al loro posizionamento, si distinguono in: *retroauricolari*, *endoauricolari*, *intrameatale*, a scatola, ad occhiale.

La protesi è composta da tre elementi:

- i. trasduttore in ingresso: microfono, bobina telefonica;
- ii. sezione amplificatrice;
- iii. raduttore in uscita: ricevitore.

Il trasduttore in ingresso è costituito da un microfono, che attraverso una lamina sottile posta in un campo elettrico capta le onde sonore dell'ambiente circostante e le trasforma in variazioni di tensione elettrica. Accanto al microfono vi è una bobina che percepisce il campo elettromagnetico generato dalla bobina telefonica. La sezione amplificatrice è costituita da un amplificatore al cui interno si trovano dei circuiti che elaborano il suono. Il trasduttore in uscita è costituito da un ricevitore, ovvero un dispositivo in grado di convertire l'energia elettrica in energia meccanica e dunque in un suono che viene indirizzato all'orecchio del paziente.

La qualità dei suoni della protesi è tanto più elevata quanto più le caratteristiche acustiche del segnale amplificato risultano simili a quelle del segnale non amplificato. I rumori ambientali possono avere uno spettro simile al parlato e di conseguenza la maggior o minore

¹⁶ Cfr. www.who.it.

similarità spettrale influisce sull'intelligibilità. Bilanciando il rapporto segnale/rumore si migliora l'intelligibilità: si può alzare l'intensità del segnale o abbassare quella del rumore, la protesi agisce aumentando l'udibilità del segnale ma non può migliorare il rapporto segnale/rumore. Pertanto, in modo da ridurre l'influenza dei rumori esterni sull'intelligibilità, alla protesi vengono applicati microfoni direzionali. Tuttavia, in caso di sordità profonda, garantire una qualità percettiva adeguata ed efficace per l'intelligibilità del parlato senza causare fastidio è compito piuttosto arduo, quindi, è necessaria un'amplificazione ad alto guadagno dove però solamente una parte del parlato è percepita e gran parte del segnale amplificato, soprattutto le informazioni a bassa intensità, non risulta udibile. Le prime protesi ad essere fabbricate erano di tipo analogico e trasformavano il segnale in energia elettrica tramite un microfono che captava i segnali in ingresso, ora invece le protesi sono oramai tutte digitalizzate e si adattano al quadro acustico del paziente sfruttando al meglio il residuo uditivo. Inoltre, la digitalizzazione del segnale acustico permette la riduzione del rumore, il miglioramento dell'intelligibilità e la percezione del parlato.

L'IMPIANTO COCLEARE (IC)



Figura 2 L'IMPIANTO COCLEARE (Fonte: www.ospedalebambinogesu.it/l-impianto-cocleare)

L'IC è costituito sia da componenti che interne:

- esterne: microfono, processore o elaboratore del linguaggio, antenna trasmittitrice;
- interne: s'inseriscono chirurgicamente nella mastoide il ricevitore/stimolatore e nella scala timpanica l'array degli elettrodi.

Il microfono si aggancia al padiglione auricolare e dopo aver captato i segnali acustici o i rumori ambientali li invia all'elaboratore del linguaggio che a sua volta processa il suono e lo converte in un segnale elettrico; quest'ultimo arriva al ricevitore/stimolatore attraverso l'antenna mantenuta *in situ* da un magnete. Il ricevitore/stimolatore decodifica il segnale, trasmette gli impulsi elettrici agli elettrodi intracocleari, arrivano al nervo acustico e proseguono lungo la via acustica centrale. Il segnale acustico, dunque, viene convertito in segnale elettrico, compito che negli udenti viene svolto dalla coclea, e la stimolazione elettrica delle fibre nervose può essere *bipolare*, ovvero tra due elettrodi vicini tra di loro, oppure *monopolare* in cui si prevede l'uso di un elettrodo stimolante e un elettrodo di riferimento distante. Successivamente all'intervento chirurgico, inizia la fase di attivazione-mappaggio dell'impianto: «è necessario adattare la modalità di attivazione di ciascun elettrodo *intracocleare* alle caratteristiche di scarica delle fibre nervose di ciascun paziente, creando così la mappa cocleare, unica per ciascun individuo e che nei primi anni di vita deve essere ricalibrata più volte per adattarsi non solo alle modifiche funzionali indotte sul nervo

acustico dalla stimolazione elettrica, ma anche alle modifiche corticali che la stimolazione produce nel bambino sordo congenito¹⁷». Fra le strategie di *stimolazione del segnale* si riscontrano alcune differenze nei diversi modelli di impianto cocleare prodotti dalle varie aziende. Ad oggi sono disponibili impianti con strategie *temporali*, *frequenziali* e *miste*.

Le strategie temporali (*Continuous Interleaved Sampling* o CIS) possono essere usate da impianti cocleari con un ridotto numero di elettrodi e presuppongono che la coclea codifichi le principali caratteristiche del suono soprattutto grazie alle alte frequenze di stimolazione delle fibre nervose.

Le strategie frequenziali (*Spectral Peak* o SPEAK) dette anche tonotopiche, sfruttano le proprietà di discriminazione tonale della coclea, ma a bassa frequenza di stimolazione.

Le strategie miste (*Advanced Combination Encoders* o ACE) sono, invece, strategie tonotopiche in grado di produrre frequenze di stimolazione elevate. Tutte queste strategie necessitano comunque di un buon residuo di nervo acustico e di un buon sistema uditivo centrale per processare adeguatamente il segnale¹⁸.

La protesizzazione, pertanto, è necessaria e nel caso in cui nei soggetti con sordità profonda la protesi non risulta efficace, allora si valuta l'applicazione dell'impianto cocleare.

Per riassumere, possiamo dire che le protesi sono uno strumento funzionale ed efficace per il trattamento della sordità lieve, media e grave poiché il loro uso compensa la perdita uditiva e di discriminazione, e, grazie al *feedback* acustico, permette al bambino il controllo dell'attività timbrica¹⁹. Invece le stesse protesi non sono del tutto adeguate per il trattamento della sordità profonda, poiché non sembrano apportare particolari vantaggi per quanto riguarda la discriminazione uditiva e la percezione dei segmenti; ciononostante, prendendo le distanze dalle tendenze odierne, Gitti (2008) sostiene che se anche nel bambino sordo profondo le protesi non permettono, dal punto di vista uditivo, l'apprendimento ed il conseguente controllo dell'emissione sonora, le informazioni sovrasegmentali, i movimenti, gli stimoli visivi e propriocettivi rimangono accessibili, consentendo così la produzione vocale²⁰.

¹⁷ v. M. De Simone, S. Burdo, E. Cristofari, M.F. Attardo, R. Moalli, *Indicazioni e caratteristiche dell'impianto cocleare*, in *Sordità: aspetti riabilitativi, educativi e linguistici*. Guest Editor: Franco Fabbro, in *Saggi Child Development and Disabilities*, 2003, pp.41-46.

¹⁸ v. De Filippis, *L'Impianto cocleare - Manuale operativo*, Elsevier – Masson, 2002, pp. 417-424

¹⁹ v. Gitti, *Sordità e apprendimento della lingua*, Franco Angeli, 2008, pp. 74-81

²⁰ Ibidem

È oramai assodato che l'impianto cocleare (da ora IC) costituisce un'innovazione nell'ambito della riabilitazione della sordità infantile. Molti studiosi ed esperti ritengono che possa considerarsi un organo di *sensu artificiale*. L'idoneità all'IC richiede un'accurata valutazione audiologica, audioprotesica, logopedica, neuropsichiatrica e psicologica. L'IC viene effettuato tendenzialmente nei soggetti con sordità profonda nei quali la *protesizzazione* tradizionale e la riabilitazione non permettono un adeguato sviluppo percettivo-verbale e linguistico. Dopo una prima selezione, si passa all'esame audiologico in modo da valutare oggettivamente la soglia uditiva e la risposta del nervo cocleare attraverso l'ABR, ovvero i potenziali evocati del tronco encefalico, e l'elettrococleografia. Inoltre, la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica (RM) sono indispensabili per individuare eventuali malformazioni o aree di ossificazione nelle strutture dell'orecchio interno e che quindi potrebbero impedire l'inserimento degli elettrodi. In fase pre-operatoria è opportuno sottoporre i candidati all'IC a valutazioni di tipo psicologico, neuropsicologico e neuropsichiatrico. Attraverso la somministrazione di particolari test vengono valutate le funzioni cognitive, percettive, motorie, pragmatiche ed affettive. È previsto il *counselling* medico fra genitori ed operatori nel quale si discutono le potenzialità ed i rischi dell'IC.

L'applicazione dell'IC ha l'obiettivo di riportare la soglia uditiva del soggetto sordo profondo nel campo spettrale del parlato e di ricostruire la funzione percettiva.

Si consiglia di intraprendere la procedura d'impianto fra i 12 e 18 mesi di età in modo da poter sfruttare al meglio la plasticità cerebrale del soggetto e consentire al bambino lo sviluppo del linguaggio sul versante sia percettivo che espressivo.

A differenza delle protesi acustiche tradizionali che agiscono *meccanicamente* sull'amplificazione del suono, l'IC trasforma il messaggio sonoro in impulsi elettrochimici che vengono trasmessi dagli elettrodi impiantanti nella coclea e poi direttamente alle fibre del nervo acustico, by-passando così i recettori cocleari non più funzionanti. Nonostante l'efficacia e la straordinarietà dell'IC, i risultati degli studi in letteratura sono molto eterogenei ed influenzati anche da componenti interindividuali ed extra-linguistiche (ad es. età d'insorgenza, ambiente socio-famigliare, estrazione sociale, motivazione ecc.)

2.3 L'educabilità della persona sorda: dal 1500 ad oggi

La storia dell'educazione dei sordi è caratterizzata da un faticoso percorso emancipativo verso la conquista della parità giuridica e sociale. Da fonti storiche è noto che individui sordi e muti sono sempre esistiti fin dai tempi più remoti e per un'errata interpretazione della natura della loro minorazione venivano variamente denominati, quasi sempre mal considerati o giudicati negativamente.

1500-1700

Le prime testimonianze di rieducazione del sordo si hanno a partire dal XVI secolo. Da allora fino al 1700 la rieducazione del sordo fu a carattere esclusivamente privato.

Alla fine del '500 un monaco benedettino, Padre Ponce de Leon (1520-1584), rieducò tre fratelli sordi, figli di una nobile famiglia castigliana, servendosi di una sorta di alfabeto manuale. Egli infatti sperimentò il metodo che partiva dalla scrittura come segno dei suoni alfabetici facendo poi apprendere i suoni separatamente. Ponce fu anche tra i primi sostenitori del metodo orale basato sull'uso della scrittura e della lettura e, successivamente, sull'insegnamento della lingua vocale con l'ausilio di un alfabeto manuale e della labiolettura. La prima elaborazione scritta dei principi del metodo orale si ebbe con Bonet di Aragona nel 1620, il quale fu convinto che la percezione visiva, avendo sostituendo l'udito (senso "difettoso") aiutava il sordo ad imparare a parlare sillabando, egli infine, ritenne inefficace l'utilizzo della lettura labiale. Nell'età moderna la prima opera fondata su principi scientifici del metodo orale, fu il "surdus loquens" di C. Amman (1669-1724) nel quale emerse una summa del metodo orale applicato nell'istruzione dei sordi. Con la pubblicazione del suddetto testo l'autore sancì la fine del pensiero tradizionale che paragonava il sordo al malato mentale.

Il primo intervento educativo speciale di carattere privato si ebbe con J. Rodriguez. Il suo metodo, studiato anche da E. Séguin e caratterizzato dall'alfabeto manuale modificato composto di grafemi e fonemi, anticipò gli attuali sistemi di dattilologia fonetica.

In Italia invece il problema dell'istruzione del sordo rimaneva ancorato al piano teorico salvo alcuni tentativi di matrice religiosa (ad esempio quello di A. Da Ravenna).

1700-1900

Tra il 1700 e il 1900 il problema dell'educazione del sordo, da privato, assunse carattere pubblico grazie all'abate C.M. de l'Epée. Quest'ultimo infatti aprì nel 1771 a Parigi la prima scuola pubblica. Subito dopo anche S. Heinicke istituì a Lipsia una scuola pubblica per anacusici.

In tutti i suoi scritti si può leggere quanto de l'Epée sosteneva fortemente che i privi d'udito avevano il diritto di essere istruiti favorendo così il loro processo di integrazione sociale. L'Abate infatti fu tra i primi a promuovere il gesto come principale modalità di espressione della persona con la disabilità uditiva, riconduce quindi nel linguaggio mimico un sistema di segni metodici convenzionali capaci di cogliere il contenuto dei vocaboli, le flessioni grammaticali e sintattiche.

La scuola di Parigi si evolvè, in seguito, sotto la zelante opera di un altro uomo di Chiesa: Roch-Ambroise Sicard (1742-1822) che passò alla scuola di Parigi come successore di de l'Epée dopo aver diretto la scuola per sordomuti di Bordeaux. Sicard continuò le dimostrazioni in pubblico e perfezionò i segni metodici del suo predecessore. Tra gli allievi di Sicard, molti divennero a loro volta educatori dei sordomuti, come Laurent Clerc (1785-1869) grazie al quale l'educazione dei sordomuti oltrepassò addirittura l'oceano. Nel 1816 infatti insieme a Thomas Hopkins Gallaudet partì per gli Stati Uniti e durante la traversata in mare, durata cinquanta giorni, insegnò i segni al suo compagno di viaggio. Clerc l'anno successivo, fondò la prima scuola per sordi a Hartford nel Connecticut, seguita da molte altre in breve tempo. I segni francesi di Clerc non fecero fatica ad amalgamarsi a quelli indigeni, tanto che da quella miscellanea nacque l'American Sign Language (ASL), la lingua dei segni americana.

Si stima che nel 1869 ci fossero nel mondo 550 insegnanti per sordi e che il 41% degli insegnanti per sordi degli Stati Uniti fossero essi stessi sordi.

Sempre negli Stati Uniti, nel 1864, venne approvata una legge che permetteva la trasformazione della "Columbian Institution for the Instruction of the Deaf and the Blind" di Washington nel primo istituto superiore per sordi al mondo; il primo direttore fu Edward Gallaudet, figlio del più noto Thomas.

Anche in Italia giunge il metodo dell'abate francese grazie a Tommaso Silvestri che se ne appropriò. Quest'ultimo dopo sei mesi di permanenza a Parigi tornò a Roma dove

cominciò ad insegnare a otto allievi sordi raggiungendo un tale successo da far diventare famoso, anche nel nostro Paese, il metodo di De l'Epèe. Silvestri, in seguito, affiancò all'uso dei segni metodici anche la rieducazione orale.

Negli anni successivi furono aperte, sempre in Italia, molte altre scuole. Si conta la scuola di Torino, fondata nel 1838 dal sacerdote Francesco Bracco, dove veniva utilizzato un metodo mimico successivamente soppiantato dal metodo orale alcuni anni prima del Congresso Internazionale di Milano (1880). È proprio a Milano che nel 1805 venne aperto il Regio Istituto e nel 1854 venne fondato l'Istituto per i Sordomuti Poveri di Campagna da parte di Giulio Tarra grazie al quale si darà sempre più importanza all'uso dell'oralismo nell'educazione dei sordi.

A Bologna, nel 1850 Giuseppe e Cesare Gualandi adoperarono con i loro allievi metodi diversificati. Chi era più dotato usufruiva del metodo orale, chi lo era meno, del metodo mimico.

Dal 1870 segue un periodo buio per quanto riguarda l'educazione dei sordi perché tutto ciò che fino a questo periodo era stato conquistato venne spazzato via in meno di un ventennio. Le parole chiave che più caratterizzarono questo periodo sono repressione, conformismo e intolleranza verso la diversità; tutto ciò insieme alle pressioni del Clero e alla ricerca di una uniformità linguistica contribuirono allo smantellamento di ciò che si era fatto in precedenza per l'integrazione dei sordi nella società.

In questo periodo fu la stessa società ad interrogarsi sul fatto se fosse giusto dare a delle persone con una minorazione la libertà di utilizzare una lingua diversa dalla maggioranza. Un altro interrogativo fu proprio sul fatto se fosse adeguato relegare i sordi nell'utilizzo di una lingua sconosciuta alla maggior parte delle persone. Questo "leitmotiv" caratterizzante questa epoca si andò ad aggiungere ad una corrente di pensiero già esistente che sosteneva l'utilità della rieducazione alla parola, ciò diede una spinta decisiva verso l'abbandono della lingua dei segni.

Nonostante le buone intenzioni dei promotori dell'oralismo, è ovvio che questo metodo risultò molto più complesso e difficile da apprendere per le persone sorde, che per altro continuarono ad utilizzare il linguaggio dei segni con amici e parenti. Il metodo infatti era talmente faticoso e difficile che il rapporto educatore-allievo era uno a uno; al contrario con l'uso dei segni si poteva insegnare a più alunni contemporaneamente.

Edward Gallaudet, che come ho in precedenza accennato era l'allora direttore della scuola superiore per sordi di Washington, dopo aver fatto tappa in varie scuole d'Europa, propose una soluzione innovativa: l'utilizzo di un metodo integrato che consentisse ai sordi di esprimersi nella loro lingua (la lingua dei segni) e contemporaneamente garantisse loro una rieducazione ortofonica per integrarli al meglio nella vita della comunità udente. Tale entusiasmo fu però poi smorzato nel 1880 dal Congresso Internazionale degli Educatori dei Sordi tenutosi a Milano dove venne presa la decisione di bandire i segni dall'educazione dei sordi e quindi da tutte le scuole.

1900-2000

La rieducazione ortofonica risultò molto lunga, complessa perché puntava più all'apprendimento dell'articolazione dei suoni che alla comprensione dei contenuti e quindi non portò a dei risultati eccellenti sullo sviluppo intellettuale della persona sorda, in questo modo il loro livello culturale si abbassò.

Nonostante ciò la lingua dei segni non morì perché veniva utilizzata comunque nella vita quotidiana, ciò traspare anche oggi giorno apparendo una lingua impoverita nei contenuti in quanto per decenni non è più stata impiegata in ambito scolastico ma solo per veicolare comunicazioni relative alla vita quotidiana.

La prima conseguenza della decisione del Congresso fu l'affidamento degli studenti sordi unicamente a educatori udenti così la percentuale dei docenti sordi che insegnavano ai sordi scese dal 50% nel 1850 al 12% nel 1960 fino ad esaurirsi inesorabilmente.

Il clima ghetizzante che si respirava all'epoca, portò alla creazione degli istituti per sordi e intorno agli anni cinquanta, alla formazione di classi speciali nelle scuole pubbliche.

La situazione si modificò nel 1977 grazie alla legge n. 517 la quale riconobbe il diritto a qualsiasi portatore di handicap di essere inserito in una scuola normale (scuola primaria e secondaria di primo grado); poi solo nel 1982 con la legge n.270 i bambini sordi vennero inseriti anche nelle scuole materne statali.

Dato che la stessa legge prevedeva la possibilità, per il genitore, di scegliere tra scuola speciale e scuola normale per il proprio figlio con disabilità uditiva e, dato che la maggior parte dei genitori dei bambini sordi era udente, le scuole speciali si svuotarono in poco tempo, quasi tutti preferirono l'inserimento nelle scuole normali. Se da una parte

l'integrazione era auspicata, dall'altra pochissimi insegnanti poterono garantire una competenza specifica nell'insegnamento ai sordi.

Oltre a questo ci furono ripercussioni su un altro aspetto: ai ragazzi sordi venne a mancare una comunità di sostegno dove potersi incontrare, dialogare nella loro lingua e trovare modelli di riferimento a cui ispirarsi che non facciano parte del mondo degli udenti.

Quindi si comprende bene come l'inclusione dei ragazzi sordi nelle scuole normali porta con sé entrambi i lati della medaglia infatti, ancora, se da una parte questo garantiva la specializzazione dei docenti sulla sordità, prevedendo quindi la rieducazione ortofonica quotidiana e la possibilità per i bambini sordi di confrontarsi in un gruppo dei pari, dall'altra rischiava di limitare lo sviluppo intellettuale del sordo. Questo accadeva perché ogni bambino con disabilità uditiva, indipendentemente dal suo sviluppo intellettuale e dalle sue competenze, doveva frequentare due volte la stessa classe, rimanendo quindi all'interno degli istituti fino alla maggiore età ma uscendone con un livello di scolarizzazione piuttosto basso. Tutto ciò si andò ad aggiungere al fatto che spesso gli istituti non si trovavano nella stessa città di residenza dell'alunno costringendolo, quindi, a rimanere nei convitti per tutto il periodo di frequenza scolastica.

Attualmente in Italia esistono alcune scuole speciali che sono sopravvissute alla chiusura degli Istituti e si contano:

- l'Istituto Statale Magarotto di Torino e Padova;
- l'Istituto Statale per Sordi di Roma;
- la Scuola Audiofonetica di Mompiano di Brescia.

Questi istituti hanno adottato una strategia per rimanere aperti prevedendo un'integrazione "al contrario" ovvero hanno aperto le porte anche all'utenza normodotata che si è quindi andata ad integrare con l'utenza sorda. I programmi didattici sono quelli previsti dal Ministero ma sopravvive ancora all'interno di queste scuole una particolare attenzione per l'insegnamento ai bambini sordi. In alcuni di questi istituti, ad esempio, è ampiamente valorizzata la lingua dei segni come strumento per veicolare i contenuti didattici e quindi le lezioni vengono svolte nelle due lingue (italiano – lingua dei segni).

A fronte di risultati talvolta deludenti con il solo utilizzo della rieducazione *ortofonetica* e a seguito sia di studi condotti sulla lingua dei segni e dell'esempio fornito dall'esperienza statunitense, le offerte scolastiche rivolte ai bambini sordi si sono lentamente evolute.

Se prima si era fermamente convinti del fatto che la lingua dei segni fosse di ostacolo all'apprendimento e allo sviluppo della parola nel bambino sordo²¹, ora si sta ritornando a considerare il valore della lingua dei segni anche per ciò che concerne l'ambito scolastico. A tal proposito ci si sta orientando, in alcune realtà, verso l'adozione di un modello bilingue italiano – lingua dei segni.

Oggi In Italia, prendendo ispirazione dalle ex scuole speciali ancora aperte, si stanno sviluppando alcuni progetti all'interno di scuole statali tradizionali, che prevedono l'adozione del modello bilingue per l'insegnamento ai bambini sordi.

- A Cossato, in provincia di Biella, nel 1994 è iniziato un progetto di bilinguismo (lingua verbale – lingua dei segni italiana) per l'integrazione dei bambini sordi nella scuola ordinaria. Questo progetto attualmente vede coinvolti circa 30 tra bambini e ragazzi sordi in quanto dopo essersi sviluppato nella scuola dell'infanzia di Cossato, ha proseguito nella scuola primaria, in quella secondaria di primo grado e recentemente in una scuola secondaria di secondo grado di Biella. Attualmente circa 30 tra bambini e ragazzi sordi partecipano a questo progetto.
- A Milano, un progetto simile (progetto “Vivilis”) è stato avviato nel 2008 nell'Istituto Comprensivo Statale Jacopo Barozzi (scuola dell'infanzia, scuola primaria e secondaria di primo grado). Questo progetto ambisce a promuovere l'integrazione del bambino sordo nella scuola normale anche attraverso la presenza di più bambini sordi inseriti nella stessa classe.

Tra gli obiettivi del progetto troviamo:

- l'utilizzo della lingua dei segni sia come strumento per veicolare contenuti didattici e per aiutare il bambino nella relazione con i pari e con gli adulti, che come mezzo per l'apprendimento dell'italiano orale e scritto. Questo viene realizzato grazie alla presenza in classe dell'assistente alla comunicazione per quasi tutto il monte ore frequentato dal bambino;
- la specializzazione degli insegnanti curricolari sulla sordità in modo che non vengano disperse le conoscenze acquisite durante il ciclo di studi del bambino sordo;

²¹ Congresso Internazionale di Milano del 1880

- l’inserimento di più bambini sordi in una scuola dove gli insegnanti conoscano le modalità relazionali del bambino sordo, il suo modello culturale e la sua lingua e siano in grado di proporre materiale didattici adatto al bambino;
- la presenza nel progetto di personale specializzato sulla sordità come ad esempio l’educatore sordo che insegna la lingua dei segni ai bambini delle classi e agli insegnanti oltre che lavorare direttamente con il bambino sordo; la psicologa, esperta nella psicologia della sordità, che segue il percorso emotivo del bambino sordo in ambito scolastico, sostiene i genitori nel percorso dei figli e fornisce consulenza agli insegnanti.

L’obiettivo di progetti come quelli sopra citati è la realizzazione di una scuola dove il bilinguismo sia lo strumento per superare le barriere comunicative ponendosi come ponte fra due mondi, quello dei sordi e quello degli udenti, realizzando un arricchimento esperienziale e socio-culturale e garantendo pari opportunità di apprendimento e di partecipazione alla vita scolastica per il bambino sordo.

CAPITOLO III: COMUNICAZIONE E SORDITÀ: LA LINGUA ITALIANA DEI SEGNI (LIS)

*«Ogni persona indipendentemente dal grado di disabilità,
ha il diritto fondamentale di influenzare,
mediante la comunicazione,
le condizioni della sua vita²²».*

Così il “National Joint Committee for Communication Needs of Persons with Severe Disabilities” nel 1992 ha dichiarato nella carta dei diritti della comunicazione.

È attraverso la comunicazione che si apre la relazione con l’altro e che si crea la nostra identità personale. In situazioni di normalità ciò avviene tramite le parole, la scrittura e il linguaggio del corpo. Nei casi di grave disabilità cognitiva, sensoriale o motoria non sempre ci si può affidare alla comunicazione del corpo, dell’espressione del viso, alla voce o alla scrittura.

Come abbiamo affermato soprattutto nel primo capitolo, la sordità rispetto ad altri tipi di handicap ha una particolarità: è invisibile e quindi sottovalutabile. L'ostacolo primo che ci fa rendere conto della sua complessità è l'aspetto comunicativo e relazionale.

3.1 Come comunicano i sordi oggi

Il termine “comunicazione” deriva dal latino «*communico*» che significa mettere in comune, fare partecipe, condividere; nella sua prima definizione, perciò, è l’insieme dei fenomeni che comportano il trasferimento di informazioni.

Per definizione la comunicazione è un processo in cui si realizza uno scambio interattivo osservabile tra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello

²² v. Carta dei Diritti della Comunicazione, National Committee for the Communication Needs of Person with Severe Disabilities

di consapevolezza, in cui c'è condivisione di sistemi di significati sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione specifici dei singoli contesti culturali.

Gli strumenti più utilizzati dai sordi per comunicare sono la Lingua dei segni, chat, sms e fax. Occorre fare, però, delle distinzioni per comprendere il loro modo di comunicare. Tra questi soggetti alcuni sono nati sordi, altri lo sono diventati in età diversa, alcuni sono figli di sordi oppure hanno un genitore sordo e l'altro udente o sono figli di udenti, inoltre alcuni sono segnanti ed altri oralisti.

Questa loro diversità familiare incide in modo molto netto sull'aspetto comunicativo. Se da una parte un bambino sordo figlio di sordi segnanti (che comunicano utilizzando la lingua dei segni) non ha alcuna difficoltà a parlare con i genitori perché utilizzano la stessa lingua, si capiscono immediatamente e i contenuti comunicativi vengono veicolati con lo stesso codice linguistico espressivo; dall'altra per i bambini sordi figli di udenti nasce una modalità di comunicazione che implica un lavoro più complesso.

3.2 La dattilologia e la labiolettura

Due metodi di comunicazione, che spesso si affiancano alle lingue dei segni, sono la

Figura 3 ALFABETO MANUALE



dattilologia e la labiolettura. Con il termine dattilologia (da 'dattilos', dito èlogos' discorso, studio) ci si riferisce all'alfabeto manuale. Quest'ultimo è fondato su configurazioni statiche ed è uno dei mezzi di comunicazione visivo-gestuali più semplici. Consiste, quindi, nel formare con le dita e la mano le lettere dell'alfabeto (Figura 3). Nei metodi didattici, la dattilologia è indispensabile per rendere comprensibile un nuovo vocabolo e affianca la labiolettura per la comunicazione di parole con un'impostazione fonatoria simile per lo

spelling delle parole di lingue straniere, in quanto viene segnata lettera dopo lettera ciò che si desidera esprimere. La dattilologia²³ ha un ruolo importante nell'italiano segnato esatto (ISE) usato nel metodo bimodale in quanto sostituisce tutte le parti grammaticali estranee alla Lingua Italiana dei Segni (LIS)²⁴. Nella LIS, invece, la dattilologia è scarsamente usata rispetto alle altre lingue dei segni. In particolare, è usata per i nomi propri che non possiedono un segno specifico (cognomi, nomi di città e luoghi geografici) e per l'inizializzazione, cioè l'uso della prima lettera di una parola come configurazione del segno corrispondente alla parola.

Con la definizione labiolettura, ci si riferisce alla tecnica di decodificare ed identificare i movimenti dell'apparato fonatorio e labiale della persona che comunica con il sordo. Egli può così, riconoscere i movimenti labiali che formano una o più parole senza l'uso della voce dell'interlocutore.

3.3 La comunicazione non verbale

La nota divisione triadica della comunicazione da tener presente:

- *Verbale*: indica «ciò che si dice, o che si scrive», ovvero la scelta delle parole, la costruzione logica delle frasi e l'uso di alcuni termini piuttosto che di altri;
- *Paraverbale*: indica «il modo» in cui qualcosa viene detto; ci si riferisce cioè al tono, alla velocità, al timbro, al volume, ecc. della voce;
- *Non verbale*: tutto quello che si trasmette attraverso la propria postura, i propri movimenti, ma anche attraverso la posizione occupata nello spazio (quale zona di un ambiente si occupa, quale distanza dall'interlocutore, ecc.) e gli aspetti estetici (il modo di vestire e di prendersi cura di sé).

Quando ci si relaziona con soggetti sordi si fa riferimento e si colgono i dettagli in particolar modo della comunicazione non verbale. Essa è, quindi, quella parte della

²³ v. T. Russo, *La mappa poggiata sull'isola. Iconicità e metafora nelle lingue dei segni e nelle lingue vocali*, Centro Editoriale e Libraio di Arcavata di Rende, Cosenza, 2004, pp.359-382

²⁴ v. R. Pigliacampo, *Parole in Movimento, Psicolinguistica del sordo*, Armando, Roma, 2009, pp. 98-99

comunicazione che comprende tutti gli aspetti di uno scambio comunicativo non concernenti il livello puramente semantico del messaggio, ossia il significato letterale delle parole che compongono il messaggio stesso.

a visione comune tende a considerare questo tipo di comunicazione come universalmente comprensibile, al punto da poter trascendere le barriere linguistiche, anche se ogni cultura tende a rielaborarla in maniera differente.

Secondo il professore e sociolinguista inglese Michael Argyle in una comunicazione faccia a faccia utilizziamo una molteplicità di strumenti quali:

1. *espressione facciale*
2. *contatto visivo o sguardo fisso*
3. *gesticolazione*
4. *postura*
5. *tatto e comportamento spaziale o prossemica*

Il linguaggio del corpo sappiamo essere in parte innato, e in parte dipendente dai processi di socializzazione.

Uno studio condotto da Mehrabian ha mostrato che ciò che viene percepito in un messaggio vocale può essere così suddiviso:

- Movimenti del corpo (soprattutto espressioni facciali) 55%;
- Aspetto vocale (Volume, tono, ritmo) 38%;
- Aspetto verbale (parole) 7%.

L'efficacia di un messaggio dipende, quindi, solamente in minima parte dal significato letterale di ciò che viene detto, e il modo in cui questo messaggio viene percepito è influenzato pesantemente dai fattori di comunicazione non verbale (*tabella 6*).

Tabella 6 LA COMUNICAZIONE NON VERBALE (N.B. i seguenti significati non sono assoluti ma i più probabili)

COMPORAMENTO	SIGNIFICATO
Camminata eretta e decisa	Confidenza, sicurezza
Stare in piedi con le mani sui fianchi	Prontezza nel reagire, aggressività
Stare seduti a gambe accavallate con i piedi che scalciano leggermente	Noia, disinteresse
Stare seduti con le gambe non accavallate e rilassate	Apertura, disponibilità
Tenere le braccia incrociate sul petto	Difesa, chiusura
Poggiare la mano al mento/guancia	Riflessione, pensiero
Toccarsi/sfregarsi leggermente il naso	Dubbio, bugia
Sfregarsi l'occhio	Dubbio, incredulità
Mani giunte dietro la schiena	Frustrazione, sottomissione, rabbia
Testa appoggiata alle mani, sguardo basso	Noia
Sfregarsi le mani	Aspettativa, pregustazione
Mani incrociate dietro la testa, busto eretto o gambe incrociate	Autostima, superiorità
Mani aperte, palmi in mostra	Sincerità, innocenza
Sfregarsi/pizzicarsi la parte superiore del naso	Dubbio, valutazione negativa
Tamburellare con le dita	Impazienza
Unire i polpastrelli delle mani	Autorità, sicurezza, valutazione
Toccarsi continuamente i capelli	Insicurezza oppure narcisismo
Piegare/sporgere la testa in avanti	Interesse
Accarezzarsi il mento	Riflessione, processo decisionale
Sguardo verso il basso e testa leggermente voltata	Incredulità
Mangiarsi le unghie	Insicurezza, nervoso
Tirarsi leggermente o toccarsi le orecchie	Indecisione

Dopo questa premessa riguardante i diversi modi per comunicare utilizzati da individui sordi, nei prossimi paragrafi si analizzerà la Lingua Italiana dei Segni, la quale consente ai sordi pari opportunità di accesso alla comunicazione. Essendo una lingua che viaggia sul canale visivo-gestuale, essa utilizza sia componenti manuali che non-manuali cioè tutto ciò che concerne il non-verbale (espressione facciale, postura, ecc.).

3.4 *Origine della lingua dei segni*

*«Se i segni vivono/i Sordi sono felici./
Se spieghi con i segni,/i Sordi capiscono./
Se i segni aumentano,/i Sordi comunicano./
Se i segni sussistono,/i Sordi esistono./
Se i segni ci sono,/i Sordi sono liberi/
Se i segni si tramandano, i Sordi continuano ad esistere!²⁵».*

Come abbiamo visto nel capitolo precedente le prime testimonianze sull'esistenza di una lingua dei segni come strumento di comunicazione risalgono al 1700 grazie all'Abate Charles Michel de l'Épée che creò un sistema di comunicazione gestuale. Egli partendo dal linguaggio mimico, elemento naturale e caratterizzante l'essere umano, creò un vero e proprio sistema di segni convenzionali con i quali i bambini sordi potevano esprimersi. L'insegnamento della lingua dei segni utilizzava la dattilologia manuale, l'uso delle espressioni del volto, uso di segni metodici, attraverso i quali potevano essere comunicate idee astratte ma con nessi logici e regole grammaticali. Molti educatori studiarono alla scuola di Charles Michel de l'Épée, tra i quali Tommaso Silvestri che portò questo metodo di comunicazione (detto "mimico") in Italia; egli istruiva i suoi allievi non udenti utilizzando quindi il metodo mimico e la lettura labiale. Nel 1880 però il Congresso di Milano pose fine all'uso dei segni nelle scuole per i sordi prediligendo il metodo "oralista" (basato sulla comunicazione orale), affermando che "il gesto uccideva la parola". Il codice gestuale continuò comunque ad essere utilizzato in ambito privato. In Italia, negli anni '80, alcuni ricercatori dell'Istituto di Psicologia del CNR di Roma, diretto dall'équipe della neuropsicologa Virginia Volterra, iniziarono una ricerca sistemica sulla LIS, mostrando come essa sia una vera e propria lingua con regole sintattiche, semantiche, morfologiche e fonologiche proprie. Alcune persone, tuttavia, ritengono che non sia necessario utilizzare la Lingua dei Segni, in quanto le protesi e gli impianti cocleari, dei quali abbiamo ampiamente discusso in precedenza, permettono ai bambini sordi di comunicare con gli udenti, ma

²⁵ L. Daniele, L. Di Gioia, "Inno alla Sordità", Torino, 2009.

l'applicazione del bilinguismo bimodale mostra che la lingua nazionale parlata e scritta viene completata dalla Lingua dei Segni.

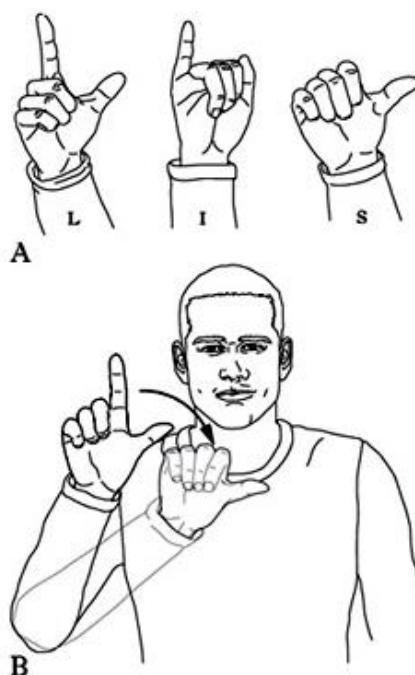
A tal proposito sottolineo che oggigiorno è abbastanza diffusa l'idea che utilizzando le lingue dei Segni possano “ghettizzare” le persone non udenti, le quali sarebbero costrette a comunicare solo con chi conosce questa Lingua. Tutto ciò risulta infondato, infatti è attraverso la LIS che si attiva un processo di inclusione a livello sociale per i sordi; essi apprendono meglio la lingua parlata e scritta dopo aver acquisito la Lingua dei Segni e sviluppano un forte senso di appartenenza ad una comunità (quella dei sordi). La Lingua dei Segni diventa veicolo di integrazione e, come afferma Virginia Volterra, alcune esperienze di insegnamento della Lingua dei Segni ai bambini udenti hanno dimostrato come questa potenzi in essi alcune aree cognitive legate all'attenzione e alla memoria visiva, poiché viene stimolata la modalità di espressione visivo-gestuale.

In Italia, oltre al metodo educativo bilingue (acquisizione precoce della LIS e apprendimento della lingua italiana) sono utilizzati anche altri due metodi educativi:

- il *metodo orale*, basato sulla lingua orale utilizzando però anche la lettura labiale, la lettura e la scrittura precoci;
- il *metodo bimodale*, basato sulla modalità acustico-vocale e visivo-gestuale; la comunicazione avviene tramite la parola e il segno fatti in maniera contemporanea, seguendo la struttura sintattica dell'italiano.

Le varie Lingue dei Segni nazionali hanno ottenuto un riconoscimento dal Parlamento europeo nel 1998 e la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2006 ha ribadito la necessità di sostenere l'identità linguistica e culturale delle persone non udenti. Purtroppo in Italia, al momento, la LIS non ha ancora ottenuto un riconoscimento ufficiale, ma dal 2 dicembre 2005 è in corso un iter legislativo per ufficializzare la LIS e quindi il suo insegnamento nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

3.5 Cos'è la LIS



La LIS è un sistema di segni e di regole che consente di formulare messaggi; quindi un vero e proprio codice tipico di una lingua storico naturale. Bisogna distinguere il “gesto” dal “segno”. Il gesto è istintivo, aleatorio, irrazionale, scoordinato. Il segno è pensato prima che il sistema nervoso centrale ordini alla mano, o alle mani, di agire, eseguire il movimento razionale e trasparente, segue regole precise, in grado di veicolare il pensiero, le emozioni, le emozioni, le sfumature psicologiche, attraverso l’espressività del segnante.

Il segno pertanto, è caratterizzato da quattro parametri fondamentali:

1. *Configurazione*, ovvero la forma che assume la mano quando si esegue un segno. Nella LIS si contano ben 56 configurazioni. Può essere usata solo una mano o anche tutte e due. Nella LIS un tipo di configurazione in cui viene usata una sola mano, con pugno chiuso e indice disteso viene usata anche come riferimento pronominale, possessivo (mio, tuo) e come avverbio di luogo e tempo (qui, lì, domani, ieri).
2. *Orientamento/direzione*, serve a definire la posizione delle mani, il rapporto che le mani hanno tra di loro, con il corpo e nello spazio. Nella LIS si dà maggior attenzione al polso, il quale può essere semplicemente piegato all’avanti,

all'indietro e di lato, e al metacarpo, che assieme al palmo può posizionarsi verso l'alto-basso, sinistra-destra.

3. *Movimento*, ovvero lo spostamento che si effettua nell'esecuzione del segno. Nel 1960 il linguista Stokoe, prendendo in esame e analizzando la lingua dei segni americana, aveva ipotizzato l'esistenza di 24 movimenti base per la formazione dei segni²⁶. Successivamente nel 1977 lo studioso Friedman ha ripartito tutti i tratti del movimento individuati da Stokoe in quattro categorie e tale suddivisione è stata poi riproposta anche per la LIS da Elena Radutzky²⁷. Esse indicano:
 - *Direzione*: descrive dove avviene lo spostamento delle mani, ossia la loro traiettoria, considerando i tre piani dello spazio orizzontale, verticale e frontale.
 - *Maniera*: che specifica come si muovono le mani
 - *Contatto*: che sta ad indicare la possibilità della mano, durante, alla fine o lungo tutta l'esecuzione del segno di toccare il corpo e può riguardare anche due parti del corpo.
 - *Interazione*: fa riferimento a quei segni che si avvalgono dell'uso congiunto delle mani che si possono muovere simmetricamente ma non identicamente oppure in direzioni diverse.
4. *Luogo o spazio segnico*: ovvero l'esecuzione del segno in uno spazio preciso e appropriato. Può essere il corpo del segnante o lo spazio neutro. Lo spazio neutro è lo spazio che si trova di fronte al corpo del segnante. È un'area senza vincoli o confini precisi.

²⁶ W. Stokoe, *A Dictionary of American Sign Language on Linguistic Principles*, 1960.

²⁷ E. Radutzky, *Dizionario bilingue elementare della Lingua dei Segni Italiana LIS*, 2001

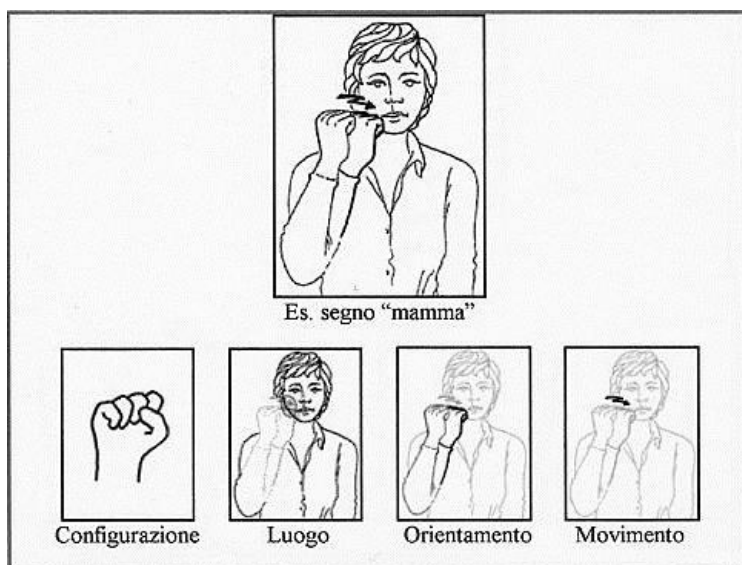


Figura 4 I quattro parametri di formazione del segno

Possiamo notare come una di queste configurazioni cambi un'intera parola attraverso un esempio (Figura 4): Il segno di "Mamma" e "Scusa" hanno la stessa *Configurazione "A"* (mano chiusa con il pollice sull'indice rivolto verso l'alto), hanno lo stesso *Movimento* in avanti e lo stesso *Orientamento* rivolto verso l'interno, cambia però il luogo del segno. Infatti il

segno "Mamma" si trova sulla guancia mentre "Scusa" sul mento del segnante.

ASPETTI STRUTTURALI

Come abbiamo notato nell'esempio precedente, le variazioni nei parametri e le loro combinazioni generano altri segni e quindi una grande varietà di parole che possono essere usate per esprimere concetti e pensieri. Inoltre ciò che caratterizza la marcatura del segno è la velocità di esecuzione e l'ampiezza del gesto che si compie per realizzarlo. Il movimento del corpo, l'ampiezza, la velocità sono gli elementi fondamentali della corretta espressività nella lingua segnica, costituiscono categorie logiche di riferimento, senza le quali la gestualità sarebbe solo un disarmonico, inutile agitarsi. Oltre ai parametri, svolgono una funzione importante a livello comunicativo: la posizione delle spalle e quella del busto, l'espressione facciale, lo sguardo e particolari configurazioni della bocca; per esempio nell'esprimere una frase interrogativa: il busto e le spalle del segnante si protendono e le sopracciglia si alzano (se è una domanda chiusa: si/no) o la fronte è corrugata (domanda aperta).

La grammatica della lingua dei segni risulta, quindi, costituita dalle relazioni spaziali, dalla direzione e dall'orientamento dei movimenti delle mani, dalle espressioni del volto, il movimento degli occhi, delle sopracciglia, delle labbra, delle posizioni del corpo. Questi elementi servono ad esprimere variazioni di grado, quantità o misura.

Inoltre la Lingua dei Segni ha una struttura propria, diversa dalla lingua parlata, cioè nella strutturazione di una frase, i segni vengono eseguiti indicando: il luogo e il tempo (e viceversa), il soggetto, l'oggetto, il verbo, la negazione e/o il pronome interrogativo (a differenza della lingua parlata, nella quale l'ordine è: soggetto, verbo, complemento oggetto, ecc.).

È noto infatti che il sordo ragiona per immagine e non per parole come l'udente, vede per primo l'oggetto o il soggetto poi ne codifica l'azione.



Figura 5 Struttura lingua parlata e Lingua dei Segni

I NOMI E I VERBI FLESSIVI NELLA LIS

Osservando i segni nominali da un punto di vista topologico possiamo distinguere 2 classi:



La 1^a classe comprende i nomi che si segnano su diversi luoghi del corpo del segnante.

Es. **Caldo**: il segno è realizzato in direzione della bocca



La 2^a classe comprende i nomi che si segnano sullo spazio neutro.

Es. **Buttare**: il segno viene effettuato nella parte bassa dello spazio neutro.

Per distinguere invece il plurale dal singolare basta aggiungere un altro segno al nome che si vuole fare plurale oppure moltiplicare il segno del nome stesso (*Figure 6 e 7*).



Figura 6 "DONNA" (singolare)

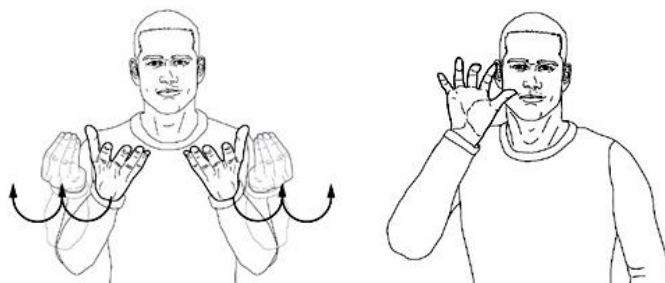


Figura 7 "TANTE-----DONNE"

Per quanto riguarda i **verbi**, si possono distinguere in classi²⁸, infatti la LIS ne individua 3:



La 1^a **classe** comprende i verbi che hanno come luogo di articolazione il corpo del segnante: molti di essi esprimono stati mentali e fisici; (ES. verbo **pensare**)



La 2^a **classe** comprende i verbi che hanno come luogo di articolazione lo spazio neutro che si estende davanti al segnante e sono caratterizzati da un movimento che può cambiare direzione tra due punti di articolazione; (ES. verbo **insegnare**)



La 3^a **classe** comprende quei verbi che hanno nuovamente come luogo di esecuzione lo spazio neutro, però non mutano la direzione del movimento bensì solo il luogo di articolazione; (ES. verbo **rompere**)

UTILI CONSIGLI PER RELAZIONARSI CON I SORDI

Da qualche anno la Lingua dei Segni è utilizzata anche in numerose situazioni ufficiali, per esempio: durante i convegni, all'università o nelle trasmissioni televisive (specialmente nei TG) si nota spesso, accanto al relatore, un interprete in LIS con la funzione di tradurre quanto viene detto. Questo aiuta le persone non udenti a non vivere il comunicare attraverso la lingua dei segni come uno stigma (come avveniva fino al secolo scorso), al contrario hanno una maggiore consapevolezza del patrimonio linguistico che possiedono.

Come noto, all'interno di una conversazione, le persone sorde "ascoltano" unicamente con l'occhio ed imparano la struttura della lingua verbale attraverso il senso della vista e non dell'udito.

²⁸ v. E. Pizzuto, P. Rossini, T. Russo, *Formazione di parole visivo-gestuali e classi grammaticali nella Lingua dei Segni Italiana (LIS)*, Bulzoni, Roma, 2003, pp.440-467

Perciò, è opportuno che le labbra siano pienamente visibili al sordo (es.: no barba o baffi fluenti), egli potrebbe non riuscire a comprendere il senso del discorso. È estremamente importante che il viso dell'interlocutore sia ben illuminato e non in controluce.

La distanza ottimale per una conversazione è di circa 1,50 metri.

Quando si parla, è consigliabile tenere fermo il capo, altrimenti il sordo non può tenere sempre gli occhi fissati sulle vostre labbra, quindi è bene evitare di parlare mentre si sta camminando o quando si è in movimento. Inoltre aggiungo che in un dialogo le frasi devono essere brevi, le parole devono essere semplici e i concetti più chiari possibili. Non bisogna parlare in fretta, ma ad una velocità moderata e scorrevole, in modo che il senso del discorso sia ben compreso. È bene sapere che non tutti i suoni alfabetici sono visibili sulle labbra, quindi in alcuni casi è opportuno ripetere il messaggio usando altre parole

Quando si vuole iniziare una conversazione occorre prima richiamare la sua attenzione in modo educato (es. toccando con un paio di colpetti sul braccio, oppure accendendo o spegnendo la luce, oppure scuotere la mano).

Se il sordo porta la protesi acustica, si può provare a chiamarlo a voce, ma senza alzare eccessivamente il tono. Dato che è quasi sempre molto faticoso per una persona sorda seguire una conversazione in quanto leggere dalle labbra richiede molta concentrazione, quindi ogni tanto è preferibile fare qualche pausa.

Quando arriva la sera la persona sorda è stressata, frustrata ed avviata verso esaurimenti di varia entità. Dato che non sente, osserva attentamente ogni movimento e ogni sguardo onde potrebbe trarne conclusioni errate. Spesso il sordo tiene un'attenzione vigile e avverte con straordinaria sensibilità ciò che non sente. Tale prerogativa può eventualmente influire sul suo comportamento.

Ancora, bisogna tenere conto che per i sordi la lingua italiana parlata e scritta non viene acquisita in modo naturale, come avviene per gli udenti, bensì è una lingua straniera, una "seconda lingua". Perciò qualora utilizzino un vocabolario carente o non conoscano il significato di alcune parole, ciò non significa ignoranza o scarsa cultura.

Concludo dando ultimo consiglio: le persone sorde non sono tutte uguali, così come non lo sono le persone udenti, siamo tutti degli "individui" con un proprio bagaglio e una propria "costellazione" personale perciò occorre adeguarsi alla persona che si ha di fronte e non trattare tutti allo stesso modo. È importante sensibilizzare la comunità degli udenti rispetto alla disabilità uditiva per creare una società accogliente, aperta, inclusiva.

CAPITOLO IV: LE TERAPIE ESPRESSIVE E L'INTERVENTO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE CON L'UTENTE SORDOMUTO

4.1 L'educatore professionale e la sua metodologia

*«L'educatore cambia lo stato dell'energia del soggetto:
mostra al disabile
che la sua mente e la sua fisicità possono ottenere risultati migliori;
al bambino maltrattato,
che qualcuno gli dà ascolto;
al malato
che esistono "oggetti" diversi dalla sua malattia
sui quali è possibile impegnare le risorse residuali²⁹»*

La figura professionale dell'Educatore Professionale è regolamentata dal D.M 8 Ottobre 1998 n. 520. In quest'ultimo esso viene descritto come «l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà³⁰».

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 24 Febbraio 1994, in applicazione della Legge 104/1992 e in un'ottica di individualizzazione degli interventi prevedere la *Diagnosi Funzionale* (DF), il *Profilo Dinamico-Funzionale* (PDF) e il *Piano Educativo Individualizzato* (PEI).

²⁹ v. D. Demetrio, *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extra-scolastici*, La Nuova Italia Editrice, Scandicci, 1990, p.67.

³⁰ cfr. <https://anep.it/profiloprofessionale>

Nella Diagnosi Funzionale le aree indagate sono:

- sviluppo cognitivo;
- sviluppo affettivo;
- sviluppo relazionale;
- sviluppo linguistico;
- sviluppo sensoriale;
- sviluppo motorio-prassico;
- sviluppo neuropsicologico;
- area dell'autonomia personale e sociale.

Si individuano così i Bisogni Educativi Speciali (BES). Sulla base della diagnosi funzionale viene stilato il Profilo Dinamico Funzionale che contiene la sintesi della diagnosi, i BES e i conseguenti obiettivi educativi a medio e lungo termine. Viene fatta anche una valutazione ambientale per individuare quei fattori che possono coadiuvare e incentivare l'intervento educativo. Il PDF può essere considerato come la cerniera tra la diagnosi funzionale ed il Piano Educativo Individualizzato. Quest'ultimo è il documento nel quale sono descritti gli interventi progettati. Qui gli obiettivi vengono ulteriormente dettagliati in sub-obiettivi e sequenze al fine di ridurre le difficoltà degli stessi. Questo permette di individuare sequenze facilitanti da eseguire gradualmente in ordine cronologico (task analysis) o al contrario. È qui che si inserisce l'educatore il quale accompagna, sostiene, stabilisce degli obiettivi e delle tregue, rinforza, si collega con chi può essere utile in questa azione e quant'altro può essere utile al raggiungimento dell'obiettivo. Per far ciò è necessario superare il concetto di utente e quello di esperto.

Il lavoro educativo si differenzia al suo interno per una grande varietà e diversità che riguarda i contenuti degli interventi e che dipende da molti fattori riferibili soprattutto alla tipologia di problemi e alle specificità della relazione educativa. Gli interventi sono diversi innanzitutto rispetto al soggetto cui si rivolgono: l'individuo, il gruppo o la famiglia.

Tra tutte queste differenze però gli educatori riconoscono una finalità comune che permette loro di riconoscersi l'un l'altro costituendo una categoria professionale e una professione: è la finalità generale del cambiamento. Quando parliamo di cambiamento

intendiamo innanzitutto il cambiamento della propria visione, percezione e lettura di se stessi, poi, anche delle condizioni di vita.

Il lavoro educativo per il cambiamento è sempre relazionale, presuppone sempre due o più soggettività, due persone nella loro interezza, si compie sempre nel confronto o anche nello scontro con l'altro. Esso può agire nella sfera cognitiva, emozionale e sociale.

Quando si parla di disabilità grave, è facile cadere nella trappola di credere che l'educatore non possa davvero lavorare per il cambiamento: è importante perciò soffermarci su cosa significhi in questo caso cambiamento. A tal proposito spesso il lavoro con la disabilità finisce sotto una specie di cono d'ombra in cui si sottovalutano le possibilità e le risorse del soggetto ma anche la professionalità dell'educatore.

Ci impongono questa riflessione situazioni molto statiche, magari di persone che sono da tanti anni in istituto, in cui concorrono alla scarsa possibilità evolutiva sia la gravità del male che la ripetitività del contesto. Di fronte alla ripetitività e al rischio di serialità cui la maggior parte delle volte si va incontro nelle strutture che trattano la disabilità, l'obiettivo professionale degli educatori consiste nel cercare di garantire al soggetto una vita personale e, a questo fine, cercare di produrre un effettivo progetto individuale. Il compito dell'educatore professionale è anche quello di recuperare la capacità di vedere le risorse e le possibilità dei suoi utenti, ricominciare a rapportarsi con loro considerandole persone con limiti e caratteristiche proprie, riconoscere in loro competenze, bisogni, attitudini, desideri, sconfitte e sofferenze. Tutto ciò significa riprendere in mano l'intervento educativo, saperne capire l'importanza e la funzione.

Generalmente questo produce un grande cambiamento nella vita del soggetto disabile, anche se raramente diminuisce la sua malattia o la causa fisica del suo deficit. Invece quasi sempre ciò cambia radicalmente la percezione che il soggetto ha di sé stesso, del suo posto nel mondo, dei suoi diritti e del proprio valore.

In molti casi sarebbe già qualificante lavorare affinché il disabile non perda le capacità mentali che già possiede, danno che invece l'istituzione compie sovente trattando il disabile adulto come un bambino o un malato³¹.

L'educatore negli interventi educativi con la disabilità deve essere un po' artista e un po' scienziato. Artista perché deve calare il sapere a seconda di chi ha di fronte, quindi

³¹ v. E. Montobbio, C. Lepri, *Chi sarei se potessi essere*, Edizioni Del Cerro, Pisa, 2000

soggettivare il suo operato; scienziato perché deve conoscere, studiare, approfondire e avere un proprio bagaglio.

L'educatore professionale anche nelle piccole cose non può dar nulla per scontato perché qualcosa accade sempre e sta a lui vederlo.

Spesso i nostri utenti vengono visti come oggetti di azioni e l'operatore deve trasformarli in *soggetti di rel-azioni*. Non c'è tecnica che possa essere efficace che non posa le sue basi sulla relazione tra operatore e paziente, quindi sull'*esserci, ascoltare, osservare, riconoscere l'altro*.

Occorre osservare la totalità dell'individuo per misurare la qualità dei molteplici interventi, sollecitare l'individuo verso un futuro mai chiuso alla possibilità, sempre teso alla conquista di un'esistenza personalizzata. Quindi l'educatore deve individuare gli elementi di differenza e ricondurli ad elementi di appartenenza, possedere capacità operative accompagnate da capacità di *riflessione*. Molto spesso i nostri utenti vedono la loro identità, individualità, peculiarità negata per lo stereotipo che impedisce inevitabilmente la conoscenza, l'esperienza e la fruizione della realtà. Ed è proprio qui che deve focalizzarsi il lavoro dell'educatore. La persona diversamente abile deve apprendere e accettare i propri limiti e organizzarli affinché sia reso capace di organizzare la propria vita.

Quindi, operare in ambito socio sanitario nell'area della riabilitazione si traduce in: programmare interventi volti a reintegrare una persona con disabilità nel contesto di appartenenza in cui possa fare uso migliore delle sue capacità residue; non porre l'accento sulla patologia, ma sul rinforzo della parte sana dell'individuo, sulle abilità residue e sulle capacità di apprendimento di nuove abilità; formulare strategie rivolte ad evitare la cronicizzazione dello stato patologico; modellare i concetti metodologici in una prospettiva di integrazione esperienziale.

Fondamentale sottolineare l'importanza della relazione d'aiuto che si instaura tra educatore e utente. I due elementi principali nella relazione di aiuto sono l'*empatia* e l'*ascolto*. Empatia significa "sentire dentro", "mettersi nei panni dell'altro", è quel concedere che consente a un soggetto di avvertire l'altro nel suo essere proprio, senza fondersi o identificarsi nell'esperienza altrui. L'ascolto, invece, differisce dal semplice sentire attraverso il canale uditivo poiché implica la capacità di mettersi realmente a

disposizione, accogliere ed assimilare i messaggi cercando di controllare le eventuali “barriere” sia esterne che interne che possono rendere difficoltosa la comunicazione

La metodologia dell’educatore professionale consiste, quindi, in primis di scoprire, riconoscere e valorizzare le risorse presenti (nelle persone, nei gruppi, nei contesti operativi e territoriali) per sviluppare un processo che sappia cogliere appieno le diverse dimensioni esistenziali che caratterizzano ogni individuo. La persona per sentirsi valorizzata nel suo bisogno di umanità, deve trovare un progetto educativo globale che non può essere standardizzato e manipolato, ma condiviso dentro una équipe multidisciplinare. Quindi ogni professionista colloca il proprio sapere all’interno del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.

L’educatore, concludendo, lavora per dare nuovo senso e significato all’esperienza e rompere quei meccanismi di ripetizione che riproducono all’infinito situazioni disfunzionale. Molte pratiche operative assumono forma di laboratorio e permettono di procedere praticamente e attivamente alla stimolazione delle abilità e competenze. Il laboratorio è, quindi, uno spazio dedicato nel quale si utilizzano specifiche attrezzature, materiali ad hoc e strumenti adatti all’attività che lì si svolge. Questo luogo diventa un contesto di personalizzazione delle attività in cui ognuno ha la possibilità di partecipare, discutere, scegliere, creare, costruire qualcosa. Le attività vengono proposte singolarmente o in un contesto di gruppo, di piccole o medie dimensioni. Tra i vari laboratori, particolare importanza soprattutto nella riabilitazione di utenti non udenti hanno le terapie espressive. In linea generale ogni attività può avere valore espressivo. Tuttavia, chiamiamo più propriamente attività espressive quelle che utilizzano tre forme e che danno luogo a tre tipologie:

- espressione figurativa, come il disegno e la pittura;
- espressione musicale e ritmica, come il canto e la danza;
- espressione drammatica, come i giochi di imitazione, la narrazione, la lettura e il teatro.

Le terapie espressive aiutano gli ipoacusici ad uscire dal proprio stato di isolamento, inventando nuovi metodi per comunicare con la società. Questi percorsi terapeutici, soprattutto di *musicoterapia*, *arteterapia*, *teatroterapia* e *danzamovimentoterapia* vengono

condotti da professionisti, in collaborazione con l'educatore professionale, figura fondamentale in quanto deve valutare anche l'andamento del paziente nelle attività attraverso verifiche e valutazioni educative. Le suddette terapie espressive si inseriscono quindi all'interno del Progetto Educativo Individualizzato per giungere a degli obiettivi che l'educatore professionale concorda con l'utente.

Di seguito si analizzerà la metodica di alcune terapie espressive quali il gioco, la musicoterapia, la danzamoventoterapia, la dramma terapia e le PECS, quest'ultima terapia stimola nel soggetto ipoacusico una comunicazione di tipo espressivo.

4.2 La dimensione ludica

*«E il gioco non mi chiede né prove né voti.
Mi chiede soltanto la libertà
di godere del piacere che giocare fa.
e questo piacere e le gioie volute
disegnano in me abilità sconosciute!³²».*

Il gioco è per sua natura educante, infatti mediante l'attività ludica il soggetto impara a conoscere il mondo, a sperimentare il valore delle regole, a stare con gli altri, a gestire le proprie emozioni e ad esperire la propria autonomia. Quindi il gioco è un espediente decisivo per lo sviluppo del bambino soprattutto a livello emotivo, cognitivo e relazionale. Quanto detto assume fondamentale importanza soprattutto quando si inizia una relazione di cura con soggetti affetti da disabilità, in particolar modo con la disabilità uditiva. Il gioco è un ottimo strumento di osservazione o, ancora, un modo per entrare in contatto con questi soggetti nonostante i loro mezzi comunicativi o espressivi siano limitati. L'attività ludica può essere anche uno strumento terapeutico attraverso cui questi bambini possono acquisire, per quanto possibile, capacità di cui sono deficitari. Pertanto, il gioco è anche una risorsa terapeutica

³² v. C. Riva, *Amorgico, il bambino, la disabilità, il gioco*, Fatatrac, 2005.

per i soggetti disabili che non riescono ad interagire con gli altri. Il gioco, sappiamo non essere un'attività tipica dei bambini, ma caratterizza anche la vita dell'adulto e dell'anziano: «il gioco è un'attività che accompagna l'uomo in tutte le fasi della vita»³³. Ciò che varia, a seconda delle fasi del ciclo vitale, è la modalità in cui si gioca.

Attualmente alcuni studiosi preferiscono parlare di *attività ludiche* riferendosi a tutte quelle attività che presentano un alone ludico. A. Visalberghi parlava di attività ludiche, indicando quattro caratteri attribuibili a tali attività:

1. Richiedono impegno completo da parte del giocatore;
2. Si sviluppano continuamente nella vita del bambino;
3. Non richiedono una prosecuzione dopo che il gioco è terminato;
4. Sono trasformabili progressivamente così da divenire sempre più articolate e complesse³⁴.

Secondo lo studioso, le attività ludiche sono impegnative poiché implicano l'utilizzo di specifiche strutture nervose; sono continuative e progressive, nel senso che ogni attività deve essere caratterizzata da un cambiamento, infatti non si genera un'attività ludica, se quest'ultima si ripete in modo sempre uguale (devono verificarsi continuamente nuove situazioni); se l'attività ludica comprende una finalità esplicita, il raggiungimento della stessa corrisponde alla fine dell'attività.

S. Freud, a tal proposito, sostiene che il gioco nel bambino permette uno sviluppo emotivo stabile attraverso due modi:

- Gli consente di esprimere e soddisfare desideri e impulsi che la collettività non ammette, in attività socialmente accettabili, attraverso la funzione catartica dell'attività ludica;
- Gli permette di controllare l'ansia: nella finzione riesce a contenere e ridurre eventi che nella realtà lo spaventerebbero.

D. Winnicott, recuperando l'idea di Freud del gioco come mezzo per controllare l'ansia, sostiene che il gioco stesso, grazie ai cosiddetti oggetti transazionali (coperte, bambole e peluche) che infondono nel bambino senso di sicurezza, sia un ausilio fondamentale perché

³³ v. C. Rodia e A. Rodia, *Sulla lettura. Tra gioco e impegno personale*, Bari, Levante Editore, 2015, p. 13

³⁴ v. G. Staccioli, *Il gioco e il giocare*, Carocci Editore, Roma 1998, p.15

egli affronti e superi la separazione dalla mamma. Quindi abbiamo visto come l'attività ludica sia funzionale per lo sviluppo emotivo del bambino come conferma la psicologia sperimentale: infatti, i bambini che non sono stati limitati nel gioco crescono meglio affettivamente e sono più sicuri di se stessi.

Per quanto riguarda, invece il ruolo del gioco nello sviluppo cognitivo, Piaget teorizza il progresso del gioco in associazione con lo sviluppo dell'intelligenza e lo scandisce in fasi distinte e successive seguendo, appunto, i quattro stadi dello sviluppo intellettuale:

- il *gioco di esercizio*, caratterizza lo stadio senso-motorio (da 0 a 2 anni): il bambino in questa fase ripete le azioni per il puro gusto di farlo e nel contempo osserva il risultato delle sue azioni affinandole sempre più;
- il *gioco simbolico* (da 2 a 6 anni) tipico dello stadio preoperatorio: viene chiamato «simbolico» perché si caratterizza per un processo di rappresentazione indiretta, tipico di tutte le manifestazioni simboliche. A questo scopo, qualcosa viene utilizzato per rappresentare qualcos'altro: per esempio, un oggetto presente fisicamente viene utilizzato per rappresentare un elemento assente, ma, allo stesso tempo, evocato mentalmente (oggetti semplici come il manico di una scopa diventano realtà più complesse come un cavallo). Il gioco simbolico assume anche una funzione catartica: per esempio, il bambino gioca con il proprio peluche rappresentando un episodio particolare della propria vita, rielaborandone gli aspetti spiacevoli e proiettandoli sul pupazzo;
- il *gioco di regole* che si sviluppa a partire dallo stadio delle operazioni concrete (da 7 a 12 anni): è un tipo di gioco in cui i bambini, seguendo specifiche regole, mettono alla prova le proprie abilità, favoriscono la socializzazione e la comprensione delle regole morali.

Si può evincere quindi che la dimensione ludica funge anche da contenitore di molte esperienze educative e espressivo-artistiche.

Ora, pensando ai soggetti di cui si occupa la pedagogia speciale, in particolar modo gli individui ipoacusici hanno bisogno di confrontarsi con l'attività ludica poiché, grazie alle diverse caratteristiche e potenzialità del gioco, questi ragazzi possono fare esperienze

concrete che consentiranno loro di sviluppare autonomie e abilità di base in particolare tutte quelle abilità che comprendono la socializzazione e l'integrazione con la società.

Nell'ambito della disabilità uditiva, pertanto, è necessaria la presenza della manifestazione ludica all'interno della vita quotidiana del ragazzo, in modo che vada ad integrarsi con i processi di maturazione affettiva, cognitiva e socio-relazionale: l'attività ludica sollecita emozioni, desideri, affetti, saperi, relazioni e cognizioni. Attraverso il gioco, l'utente impara a conoscere se stesso, a esprimere emozioni, a conoscere la realtà e gli altri: il gioco favorisce la socializzazione, ed in particolar modo, i giochi di gruppo consentono la realizzazione dell'integrazione, poiché nelle attività ludiche vengono vissute specifiche dinamiche che incoraggiano l'interazione sociale e il reciproco adattamento e coinvolgimento.

Infine, sulla base di tutte le suddette osservazioni, si può asserire che il gioco sia un fondamentale strumento terapeutico-riabilitativo per pazienti ipoacusici. È, quindi, un modo con cui l'educatore può osservare ed entrare in contatto con il ragazzo caratterizzato da carenze comunicative. La relazione tra bambino e educatore è indispensabile per poter impostare l'attività ludico-terapeutica: stabilire una relazione con un bambino affetto da disabilità uditiva può essere alquanto complicato a causa, non solo delle scarse capacità comunicative, ma anche della diffidenza che il bambino può provare nei confronti del terapeuta. Per questo motivo, ad esempio, può essere utile sfruttare gli interessi del ragazzo affinché quest'ultimo percepisca l'educatore come una figura con la quale può giocare, divertirsi ed essere a proprio agio.

L'educatore professionale, nell'attività ludica deve essere abile nel modificare ed adattare il gioco alle capacità del bambino stesso: occorre adeguare, ridurre e semplificare il gioco, in modo che la stessa attività ludica sia accessibile al bambino.

Inoltre il professionista deve egli stesso divertirsi per far divertire, ovvero deve ritornare bambino. Altrimenti si corre il rischio che il ragazzo non sia motivato a continuare il gioco e che lo interrompa, e che quindi gli obiettivi prefissati dall'educatore non vengono raggiunti.

Concludo affermando che l'educatore deve «mettersi in ascolto dei bisogni del bambino, fare esperienza insieme, aiutarlo senza prevaricare, credere nelle sue potenzialità, recuperare le sue abilità nascoste, sostenerlo e incoraggiarlo facendolo sentire al sicuro»³⁵.

4.3 La musicoterapia

La musicoterapia è una modalità di approccio sensoriale, da parte di un musicoterapeuta qualificato, che utilizza l'elemento sonoro con finalità terapeutiche per intervenire su un certo numero di disagi fisici, psicologici e psicopatologici. Non esiste un solo metodo musicoterapico, ma numerose pratiche diverse fra loro, il cui scopo finale è unico, quello di mantenere e migliorare la salute mentale e fisica di tutti i soggetti di cui si occupa.

Questa tecnica utilizza il suono e la musica, sotto tutte le sue forme, come mezzo d'espressione, di comunicazione, di strutturazione e di analisi delle relazioni.

Come intervento riabilitativo e clinico ovviamente non guarisce, tuttavia fornisce al terapeuta notevoli informazioni sul paziente e, allo stesso tempo, procura all'utente sensazioni piacevoli e rilassanti.

La musicoterapia, quindi, affiancandosi ad altre terapie, può migliorare la qualità della vita del paziente, può aprire canali di comunicazione anche in tutti quei pazienti che non hanno facilità a parlare.

Il tema musica e sordità ha da sempre suscitato scetticismo, smarrimento e numerose domande a riguardo. Sappiamo invece che la musica stessa a causa della sua tipica e vasta gamma di frequenze e intensità è molto più accessibile a chi ha una perdita dell'udito rispetto alle vibrazioni e frequenze che produce il "parlare" di una persona.

Purtroppo ancora gli effetti riabilitativi della musicoterapia sono ancora poco conosciuti soprattutto tra i professionisti. Infatti la maggior parte delle conoscenze è ancora strettamente legata più all'intervento psicologico e comportamentale piuttosto che alla valenza riabilitativa.

³⁵ v. C. Riva e V. Facchini, *Amorgioco. Il bambino, la disabilità, il gioco*, Fatatrac, Firenze, 2005.

Diversi studi hanno infatti dimostrato come l'uso della musica ben strutturata renda possibile il recupero di una serie di abilità soprattutto nei ragazzi ipoacusici ad esempio:

- Lo sviluppo delle capacità uditive e del linguaggio orale³⁶³⁷;
- L'utilizzo di un linguaggio più fluido³⁸;
- Lo sviluppo dei residui uditivi, stimolando il cervello con appositi suoni presentati secondo un preciso allenamento acustico³⁹⁴⁰;
- Il miglioramento dell'organizzazione del discorso, dell'uso delle strutture sintattiche, della costruzione di frasi semplici, nonché degli aspetti supra-segmentali del linguaggio e della qualità della voce⁴¹.

La musicoterapia è quindi una tecnica non/verbale che utilizza gli strumenti sonoro-corporeo-musicali per favorire e/o intervenire nella relazione. Ha l'obiettivo fondamentale di aprire nuovi canali di comunicazione tra le persone «e produrre degli effetti terapeutici di profilassi, di riabilitazione per se stessi, per la società e l'ecosistema»⁴². La musica eccita il cervello e coinvolge più aree, soprattutto quelle legate alle emozioni, alle capacità motorie e ai neuroni specchio. Le emozioni che ne scaturiscono non sono sempre le stesse. Esse dipendono ad esempio dal tempo musicale, quando i tempi sono inferiori ai 60 battiti al minuto, la musica trasmette tranquillità. Quando invece gli stessi battiti scendono ancora a 30 o 40 battiti al minuto, la melodia può suscitare sentimenti malinconici. L'ideale è un tempo compreso fra i 60 e gli 80 battiti al secondo, che imita l'andamento medio del battito cardiaco; e ci riporta all'ascolto inconsapevole del cuore materno

Sempre nel caso di utenti non udenti bisogna ricordare che gli elementi sonoro/musicali sono comunque presenti in loro e si mantengono durante tutta la vita perché legati alle funzioni base dell'organismo; da qui nasce l'importanza del corpo: esso diventa la sua

³⁶ v. K. Gfeller, V. Driscoll, M. Kenworthy, T. Van Voorst, *Music therapy for preschool cochlear implant recipients*, Music Therapy Perspectives, 2011; pp. 39-49.

³⁷ v. L. Birkenshaw, *Teaching music to deaf children*, Volta Rev, 1965, pp. 352-358, p.387.

³⁸ v. M.H. Colleen, C.D. Richard, *Actor vocal training for the habilitation of speech in adolescent users of cochlear implants*, J Deaf Stud Deaf Educ, 2010, pp.140-151.

³⁹ v. AA. Darrow, *The role of music in deaf culture: implication for music educators*, J Res Music Educ, 1993, pp.93-110.

⁴⁰ v. V. Hagedorn, *Musical learning for hearing impaired children*, Res Persp, 1992, pp. 7-13.

⁴¹ v. N. Silvester, J. Valero, *Oral language acquisition by deaf pupils in primary education: impact of musical education*, Eur J Spec Needs Educ, 2005; pp. 195-213.

⁴² v. O. Benenzon, *La parte dimenticata della personalità. Nuove tecniche per la musicoterapia*, Borla, 2007

interiorità, con cui il disabile uditivo può entrare in relazione con l'altro. Le sue emozioni, infatti, possono trovare espressione attraverso una via di liberazione corporea: il corpo sonoro.

Anche la creatività diventa fondamentale in tutto il percorso relazionale. Stimolare infatti la creatività del soggetto sordo vuol dire mettere in gioco tutte le possibilità non-verbali in grado di dare vita a questa zona dimenticata della personalità, sede della memoria emozionale in grado di ricreare la persona dando nuovi impulsi di vita.

Gli obiettivi che la musicoterapia si pone di fronte alla disabilità uditiva sono:

- Risvegliare e sviluppare l'identità sonora dell'individuo
- Favorire un ampliamento delle capacità espressivo/comunicative attraverso un coinvolgimento corporeo/sonoro che riattivi processi di apprendimento del linguaggio non-verbale, grazie al quale si dà piena espressione ai propri vissuti
- Tradurre in forma musicale il contenuto affettivo
- Utilizzare il contesto non-verbale come scarica affettivo/emozionale che permetta un ritorno all'omeostasi energetica

Concludendo l'obiettivo fondamentale della musicoterapia è migliorare la qualità della vita e la comunicazione tra gli esseri umani. Ogni percorso musicoterapico deve 'lavorare' sulla persona perché possa uscire dall'isolamento e dall'emarginazione. Deve agire come 'stimolatore' delle abilità relazionali acquisite durante le sedute perché ogni individuo possa migliorare le capacità di 'stare con gli altri'. «È nella possibilità di comunicare che si trova la creatività»⁴³.

All'interno di un processo globale e multidisciplinare, la musicoterapia può ridare voce ad un'esistenza difficile e sofferente e allo stesso tempo portare la persona in una dimensione estetica del 'bello', che si esprime nelle sonorità del corpo e della voce. Il prodotto artistico diventa così un mezzo di comunicazione non mediato dall'intelletto, ma recepito intuitivamente a livello di emozioni profonde. Tutto ciò dà la possibilità di creare in quel preciso momento un incontro empatico e vero tra più persone. «Il potere della musica, della narrazione e di altre forme artistiche sono di grandissima importanza [...]. Ciò che osservavo è essenzialmente il potere organizzatore della musica, un'organizzazione efficace e per

⁴³ Ibidem

giunta gioiosa⁴⁴». Le capacità espressive che continuamente emergono all'interno delle sedute devono trovare una continuità nella comunità o contesto sociale in cui la persona vive.

I sordi sono fortemente attratti dai suoni. Per quanto possa apparire strano i sordi insegnano in che cosa consiste l'ascolto. Per esempio i sordi insegnano che non è vero che noi sentiamo soltanto con le orecchie, ma bisogna avere una grande apertura per lasciarsi guidare dalle persone sorde in una nuova dimensione dell'ascolto. Ogni percepire è un evento soggettivo legato alle caratteristiche di ogni persona, al momento, alla relazione che si stabilisce fra le persone.

Il trattamento musicoterapico negli adulti ipoacusici segue modalità differenti, poiché molte delle abilità su cui si lavora con i bambini, nell'adulto sono già possedute. In particolare, l'accento viene posto sulla relazione empatica e costruttiva tra tutti i partecipanti. Con gli adulti sordi si possono strutturare vere e proprie orchestre, così come è possibile organizzare cori. Per percorsi di tipo più laboratoriale, ferma restando la multisensorialità dell'approccio sonoro dell'utente sordo, si strutturano momenti di esplorazione sonora e di relazione musicale empatica⁴⁵.

4.4 Picture Exchange Communication System (PECS)

L'acronimo di Picture Exchange Communication System ovvero "Sistema di Comunicazione mediante Scambio per Immagini", nasce intorno agli anni '90 negli Stati Uniti da Andrew Bondy e Lory Frost nell'ambito del Delaware Autistic Programme, un programma scolastico nazionale statunitense.

È una strategia che si basa sulla comunicazione attraverso lo scambio di, inizialmente, una singola immagine PECS e successivamente di una striscia formata da diverse immagini PECS che compongono una frase. Le immagini PECS sono costituite sul fronte dal simbolo e sul retro da un pezzo di velcro. Esse sono racchiuse all'interno di un quaderno (detto «quaderno delle attività») anch'esso composto da pagine con strisce di velcro su cui vengono

⁴⁴ v. O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi, 1986.

⁴⁵ cfr. <https://www.laboratorimusicali.org/musicoterapia-sordita-ed-ipoacusia/>

posizionati i simboli e la striscia per frasi, in modo che l'alunno possa staccare le immagini e scambiarle con il suo partner comunicativo.

Quindi il metodo PECS ha come scopo l'acquisizione delle capacità comunicative di base e, in special modo con la disabilità uditiva punta allo sviluppo della comunicazione funzionale e della comunicazione come scambio sociale.

Questa strategia richiede materiali semplici e per nulla costosi. Immagini create ad hoc, anche realizzate in casa, in base alle necessità funzionali delle persone a cui si rivolge. Ed è proprio questa semplicità che lo rende applicabile ed utilizzabile in famiglia come a scuola. In breve, PECS insegna ad una persona con un bisogno speciale a porgere l'immagine di un elemento desiderato ad un partner comunicativo, il quale può prontamente onorare lo scambio ed assegnargli il significato di richiesta. I rinforzi, in questo tipo di comunicazione espressiva, assumono fondamentale importanza perché servono ad incoraggiare la spontaneità e l'iniziativa dell'utente nella comunicazione. Essi possono essere sociali o tangibili (carezza, elogio, caramella, etc.), per trovare i suddetti rinforzi occorre osservare precedentemente gli utenti in situazioni non strutturate, anche nei *comportamenti autostimolatori*.

Bisogna iniziare sempre nel dare gratis il rinforzo per poi cominciare con le consegne. Essi non devono essere accessibili, e soprattutto all'inizio con l'insegnamento di abilità nuove, il rinforzo deve arrivare subito (dopo l'esecuzione del compito bisogna essere velocissimi nel consegnarlo).

Questa modalità è un programma di apprendimento a piccoli passi che comprende 6 fasi (Fasi I – VI):

1. Lo scambio;
2. Distanza e persistenza;
3. Discriminazione;
4. La frase;
5. Rispondere ad una domanda;
6. Commentare.

I. LO SCAMBIO

L'obiettivo di questa prima fase è che l'utente inizi a recapitare un messaggio all'interlocutore, tra i due vi è solo uno scambio fisico di un unico oggetto alla volta. Quest'ultimo è importante che sia ben in vista. Inizialmente è di fondamentale importanza il prompt fisico, ovvero una guida fisica, che viene data all'utente dal prompter, il quale si posiziona dietro il ragazzo. Il prompter dopo che l'utente prende l'iniziativa, promette la presa (agendo direttamente sulla mano), l'allungamento e il rilascio. Ora è il momento del rinforzo il quale va consegnato dal partner comunicativo posizionato di fronte l'utente, entro mezzo secondo dall'azione compiuta accompagnato da una lode. Il rinforzo si lascia all'utente per 20-30 secondi e poi si cambia. La prima fase risulta acquisita e quindi conclusa quando ci sono 3-5 rinforzi, 2 categorie diverse, 2 persone in due ambienti. Per quanto riguarda l'ambiente, esso deve essere organizzato per favorire questo tipo di metodo comunicativo.

II. DISTANZA E PERSISTENZA

Nella seconda fase si insegna al paziente audioleso la distanza e la persistenza. Ovvero l'utente deve essere in grado di andare dal partner comunicativo, che in questa fase è lontano, e consegnare la carta. In egual modo deve andare a prendere la carta, che ora è lontana, e consegnarla. Si parla inoltre di persistenza in quanto l'utente deve essere in grado di consegnare la carta anche se l'interlocutore è di schiena o fa altro e portarsi dietro il quaderno. Inoltre il paziente in questa fase ha il suo quaderno personalizzato con le immagini all'interno utili per la comunicazione. Anche in questa fase ci devono essere un prompter fisico, il quale da dietro guida il ragazzo negli spostamenti, e un partner comunicativo, che in questa fase "fa finta di niente" e gradualmente rende la consegna un po' più difficile allontanandosi sempre di più. Questo stadio risulta completato e concluso quando il ragazzo riesce a raggiungere l'interlocutore e il quaderno attraversando più stanze.

III. DISCIMINAZIONE

La terza fase si pone come obiettivo l'arrivo del soggetto a scegliere quello che vuole tra diverse immagini all'interno del quaderno e si divide in "fase IIIA", nella quale l'obiettivo è scegliere tra un oggetto gradito e uno non gradito, e fase IIIB", dove la scelta deve essere fatta tra due o più oggetti graditi.

Nello specifico, nella discriminazione semplice (fase IIIA), si tenta l'utente con un oggetto gradito e uno no, oppure un oggetto utile in quel momento e uno no. Si mettono, quindi, sulla copertina del quaderno le due immagini corrispondenti e lo si dà al soggetto che chiede. A questo punto se il ragazzo sceglie e consegna effettivamente l'immagine corrispondente a ciò che vuole, l'educatore rilascia l'oggetto e lo elogia. Nel caso contrario, quindi se il ragazzo consegna la carta sbagliata, l'educatore gli dà l'oggetto rappresentato nella carta per poi guidare l'utente a prendere il simbolo giusto. A consegna avvenuta l'educatore deve elogiare il ragazzo. È importante sapere che dopo 3 errori bisogna tenere solo un'immagine sul quaderno e solo un oggetto in mano.

Per quanto riguarda invece la discriminazione complessa (fase IIIB), si porta il ragazzo a discriminare tra due o più immagini corrispondenti ad oggetti graditi dallo stesso. La procedura è la stessa della discriminazione semplice con una modifica nella parte finale. Infatti quando l'utente consegna la carta, l'educatore deve offrirgli tutti gli oggetti rappresentati dalle carte, l'importante è che l'utente prenda quello che ha chiesto.

Nel momento in cui il ragazzo dà continuamente risposte corrette, occorre porgli sempre più oggetti, e si procede sempre con la stessa modalità. Inoltre alla fine di questa fase deve imparare ad aprire il libro con le immagini e sfogliare le pagine, conseguentemente organizzare i simboli in categorie.

IV. LA COSTRUZIONE DELLA FRASE

Nella Quarta fase si insegna agli allievi ad usare la struttura di una frase per fare una richiesta sotto forma di: "io voglio...". In questa fase il bambino impara a costruire, mediante pittogrammi, una frase e a presentarla all'educatore. In questo stadio è sufficiente la presenza di un solo adulto, il quale fornisce anche la guida fisica. Nella quarta fase il bambino impara a: dirigersi verso il proprio libro per la comunicazione e costruire una frase sulla striscia di

velcro mediante l'utilizzo delle carte-simbolo "Io voglio" seguita da quella di un oggetto favorito; staccare la frase su velcro ed andare dall'adulto; dare la frase per fare la richiesta. Alla fine della quarta fase l'utente dovrebbe avere 20-50 carte-simbolo nel proprio quaderno e dovrebbe saper comunicare spontaneamente con diversi interlocutori.

V. RISPONDERE

In questa fase si insegna all'utente a rispondere alla domanda "cosa vuoi?"

VI. COMMENTARE

Nell'ultima fase l'utente arriva a commentare le cose del suo ambiente sia spontaneamente che in risposta ad una domanda. Si usano quindi le carte-simbolo "io vedo" ed "io sento".

LA COMUNICAZIONE FUNZIONALE

Abbiamo detto che il PECS mira allo sviluppo della Comunicazione funzionale. Con il termine comunicazione funzionale, si intende dire che è importante che il linguaggio svolga per la persona che lo utilizza una funzione utile, cioè che gli permetta di modificare l'ambiente sociale in modo prevedibile e perciò controllabile. Per cui per una persona audiolesa è fondamentale che qualsiasi forma comunicativa le permetta di capire e farsi capire nelle varie situazioni di vita, quindi esprimere i propri bisogni e richieste. Per far ciò è doveroso analizzare le due funzioni della comunicazione: la funzione recettiva e espressiva.

Si parla di *funzione recettiva* quando il soggetto dimostra di comprendere ciò che gli viene comunicato da un'altra persona. Con *funzione espressiva* si intende invece quando il soggetto usa un qualsiasi codice per trasmettere il proprio messaggio e tanto maggiore è il livello di trasparenza del linguaggio utilizzato, tanto più sarà facile la comprensione del concetto rappresentato. Nei soggetti audiolesi è possibile innestare soprattutto un metodo

comunicativo: la comunicazione pittografica. Essa consiste in disegni o foto di oggetti, attività o ambienti che vengono associati a determinate attività o sequenze di azioni in modo da ampliare le possibilità comunicative di un disabile audioleso sia in termine di interpretazione del contenuto, sia come possibilità di esprimere messaggi complessi. Le rappresentazioni grafico-pittoriche devono essere molto simili agli oggetti a cui si riferiscono, in modo da facilitare la discriminazione, cioè il riconoscimento delle caratteristiche rilevanti di un disegno da quelle di un altro, e l'associazione cioè essere in grado di collegare il disegno all'oggetto reale.

A tal proposito il PECS è un esempio di comunicazione grafico-pittorica che porta quindi ad una comunicazione funzionale.

Nel quinto capitolo verrà analizzato il metodo PECS all'interno del progetto educativo individualizzato stilato da me assieme ad un utente audioleso attualmente residente all'interno della struttura riabilitativa in cui ho svolto il tirocinio quest'anno (2019-2020)

4.5 Danza Movimento Terapia

*«La Danza ci mostra
non solo che ogni movimento del corpo
fa tutt'uno con un movimento psichico
[...] ci rivela ancora e soprattutto
che l'arte è il cammino più corto
tra un uomo e l'altro».*
R. Garaudy

La *Danza Movimento Terapia* è una disciplina che agisce sulla sfera emotiva, sociale e cognitiva, riesce inoltre a stimolare la creatività in ciascun soggetto migliorando la qualità della vita e portando maggior benessere psico-fisico. Grande rilevanza in questa disciplina hanno il movimento e il corpo, quest'ultimo infatti rappresenta il mezzo principale con cui entrare in rapporto con l'altro, è quindi lo strumento che permette a ciascuno di esternare bisogni o emozioni altrimenti non esprimibili.

Sappiamo che la dimensione corporea nella disabilità rappresenta una condizione che scaturisce da un percorso che parte da una situazione di marginalizzazione, esclusione e occultamento nell'antichità, e che giunge all'affermazione come dimensione inevitabile nello sviluppo del sé, nei processi di formazione e di relazione delle persone con disabilità, nonché nella formazione dell'identità. È a partire dal corpo, infatti, che inizia il processo di costruzione della propria identità: la percezione del sé passa attraverso il corpo inteso non più come frutto di stigmatizzazione negativa. Esso non implica solo la capacità di coordinare i movimenti tra le sue parti bensì rappresenta il fondamentale ed il primo strumento di relazione (vi è una continua relazione tra esso e l'ambiente). Da questa relazione si costruisce l'immagine corporea ovvero la rappresentazione di se stessi. Sia l'immagine corporea che l'immagine di sé risultano essere particolarmente importanti per una crescita equilibrata di qualsiasi essere umano.

A tal proposito, quando sul corpo si presentano dei limiti oggettivi come l'udito, la persona può essere demotivata, può avere meno fiducia in se stessa, oppure può rifiutare il proprio corpo poiché lo percepisce come non bello in quanto diverso rispetto ai corpi degli altri. Solitamente, il corpo della persona disabile viene visto solo nella sua disabilità e non nella sua interezza e più volte gli interventi sono rivolti alla "cura" del deficit, in termini sanitari-riabilitativi, trascurando un'idea di cura di sé che possa aiutare la persona a stare bene innanzitutto con sé stessa e dopo con l'altro da sé. Importanti sono gli operatori che entrano in relazione con le persone ipoacusiche: il loro ruolo dovrebbe essere quello di accompagnamento sia della persona con disabilità che della sua famiglia in un percorso che possa promuovere un concetto positivo di corporeità, la ricerca di sé e del proprio corpo all'interno di una dimensione relazionale ed affettiva al fine di raggiungere una piena partecipazione e progettualità futura⁴⁶.

Si può evidenziare come continuamente nella nostra vita compiamo degli atti ritmici e ripetitivi che un osservatore esterno può suddividere in sequenze o temi di movimento. Ognuno ha dentro di sé un ballerino: giocare, cuocere il pane, lavarsi la faccia sono tutte azioni che possono essere considerate come parte di una coreografia. È fondamentale riconoscere il fatto che la danza e il movimento svolgono molte funzioni importanti. Per

⁴⁶ v. I. Festa, P. Drigo, *L'immagine corporea e la disabilità: il rapporto tra corpo e mente nella gestione quotidiana della patologia cronica*. Convegno Nazionale promosso da AMISB e ASBI nel mese dedicato alla Spina Bifida, 2013.

ciascuno di noi il corpo rappresenta uno strumento di espressione e, nell'infanzia, proprio attraverso il movimento del corpo, iniziamo a costruirci un'immagine del nostro mondo. Con lo sviluppo poi, possiamo esplorare le nostre capacità e possiamo iniziare a scoprire quello che il nostro corpo può fare, sviluppando quindi la nostra immagine corporea e conoscendo la nostra struttura fisica. Parecchio importante è la relazione che si crea tra danza/movimento ed emozioni. Di norma le nostre azioni e i nostri movimenti, rispecchiano il nostro stato emotivo interiore. Infatti spesso il personale stato emotivo di ognuno di noi si mostra in quei gesti in quelle posture, esternando il testo nascosto che si cela al di sotto delle parole.

Le persone disabili possiedono un ampio bisogno di esprimere la loro danza per ragioni emozionali o fisiologiche. Nonostante ciò, molto spesso proprio a queste persone viene negata la possibilità di esplorare questa forma di espressione alternativa. Per esse l'esperienza della danza può essere particolarmente preziosa e, ad esempio, può essere utilizzata per far esprimere creativamente e può essere utilizzata come una valida alternativa socializzante nella disabilità uditiva. Attraverso l'espressione delle emozioni, infatti, è possibile far comunicare e creare gruppaltà tra soggetti ipoacusici e non. I benefici ottenibili, però, non sono facili da raggiungere ed affinché tali benefici si possano conseguire è necessario fare in modo che gli utenti si divertano e provino un senso di riuscita personale e di soddisfazione⁴⁷.

Danza e movimento sono un mezzo espressivo, attivo, corporeo e comunicativo attraverso cui disperdere l'adrenalina e le eventuali aggressività: l'apatia e la rigidità possono essere mutate in un atteggiamento socialmente accettabile⁴⁸. Nel momento in cui parliamo di danzamovimentoterapia ci riferiamo ad una metodologia specifica e ben precisa che tende all'integrazione fisica, relazionale, emozionale, affettiva e psicosociale dell'individuo al fine di migliorarne la qualità di vita.

Nella danzamovimentoterapia si utilizzano la musica e la danza. Tale disciplina ha nella corporeità l'elemento fondamentale: il corpo immagazzina memorie e sensazioni che la danza terapia è in grado di portare alla luce ed il movimento è un mezzo espressivo e creativo che favorisce l'integrazione psicofisica dell'individuo.

⁴⁷ v. B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren, *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erikson, Trento, 1995, pp: 67-70.

⁴⁸ v. H. Payne, *Danzaterapia e movimento creativo*, Centro Studi Erickson, 1997.

Oggi abbiamo dimenticato come comunicare ed ascoltare il linguaggio del movimento. Bisognerebbe riscoprirlo ed osservarlo in modo tale da capire da dove nasce, quali qualità possiede, in che modo si orienta nello spazio e quali emozioni può farci esprimere⁴⁹.

L'operatore, a seconda del caso, deve lavorare gradualmente insegnando dapprima il movimento libero, poi quello simbolico e poi la danza comunicativa. Progressivamente verranno acquisiti una serie di movimenti con cui sia l'operatore che i soggetti potranno comunicare facilmente con il gruppo stesso. Le attività di danza dovrebbero aiutare gli utenti nel raggiungimento di un equilibrio fisico ed emozionale sviluppando la crescita dell'identità individuale e l'affermazione di sé, aumentando le abilità sociali, il contatto, la fiducia e la collaborazione con gli altri, migliorando gli elementi funzionali di un'abilità ed applicando gli schemi di movimento a diverse situazioni.

Nella danzaterapia si entra sempre in relazione, oltre che con sé stessi, con il terapeuta, con i singoli membri del gruppo e con l'intero gruppo. Il lavoro in gruppo elimina la discriminazione poiché ognuno mostra il proprio mondo in maniera diversa. Il contatto con gli altri e l'esprimersi di un gruppo fanno in modo che si riduca il senso di solitudine e di isolamento che molte persone provano in certi momenti della propria vita: è il gruppo a produrre il cambiamento⁵⁰.

È fondamentale creare sin dall'inizio un rapporto di fiducia reciproca tra soggetto e terapeuta (professionista specializzato in DMT) e che si stabilisca un'alleanza che permetta il coinvolgimento e l'espressione di ciascuno. Il terapeuta deve essere in grado di stabilire un rapporto profondamente empatico, facendo da «cassa di risonanza» al mondo interiore del paziente. Bisogna così creare un rapporto fondato sulla stima, comprensione, empatia e rispetto reciproci.

Concludendo, la danza dà all'individuo l'opportunità di migliorare la fiducia in se stesso nonché la capacità di autogestirsi mediante una maggiore conoscenza del suo corpo: la danza amplia la fantasia, migliora anche la capacità di agire nel rispetto di sé e degli altri e le abilità comunicative⁵¹.

⁴⁹ v. R.M. Govoni, in Belfiore M., Colli M.L., *Tra il corpo e l'io. L'arte e la Danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Bologna, Pitagora, 1998.

⁵⁰ v. M. Fux, *Cos'è la Danzaterapia: il metodo Maria Fux*. Intervista con Betina M. Bensignor, Edizioni Del Cerro, 2006.

⁵¹ v. B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren, *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erikson, Trento, 1995, pp: 70-93.

4.6 *DrammaTerapia*

La drammatizzazione è un processo nel quale un'idea o un concetto vengono trasformati in immagini, in parole, in gesti e in canto; un gioco creativo che si basa sull'immaginazione. È un mezzo di espressione e di comunicazione in quanto favorisce le relazioni fra partecipanti-attori e tra attori-spettatori: relazioni denotate dalla condivisione e dal coinvolgimento emotivo.

Quindi la drammatizzazione è quella disciplina che accompagna e sostiene il ragazzo, aiutandolo a superare le varie tappe evolutive in un ambiente dinamico. In particolar modo, assumono fondamentale importanza in questa terapia espressiva, il linguaggio e la comunicazione, tuttavia il terapeuta svolge un lavoro che interessa la totalità della persona, questo perché al linguaggio sottendono diversi parametri.

Tutto ciò è collegato alla conoscenza che ha di sé il soggetto e del proprio schema corporeo (*propriocezione*), infatti i laboratori di teatro si focalizzano su esercizi che mettono in gioco il corpo e il suo orientamento nello spazio come fare passi avanti, indietro, a destra o a sinistra, o ancora la rotazione del corpo su se stesso. Inoltre nelle attività di gruppo si lavora sulle sequenze e sull'ordine, cercando di mettere il soggetto nelle condizioni di poter interagire con ciò che avviene nel mondo esterno (*esterocezione*).

Il lavoro che la dramma terapia svolge con i soggetti ipoacusici mira in particolar modo al raggiungimento di un buon livello sia di comprensione che di produzione linguistica, dando particolare importanza all'espressività e al risultare il più comunicativi possibile.

A tal proposito molte attività del laboratorio di teatro si pongono l'obiettivo di mettere il ragazzo a confronto con molte situazioni simili alla realtà, quindi di farglielo esperire in uno spazio protetto. Vengono esercitati inoltre creatività, fantasia, memoria e si cerca di far sviluppare ai ragazzi le proprie opinioni e il proprio senso critico.

È importante sottolineare che la drammatizzazione è una forma espressiva che il bambino sviluppa naturalmente nel corso della sua vita e che lo aiuta ad interagire con le altre persone.

Nei laboratori di Teatro terapia viene stimolata la riflessione, l'osservazione, il pensiero critico, cercando di arrivare ad un'espressione di sé libera dalla propria timidezza e da tutti quelli che sono i propri conflitti interiori. Le modalità e i contenuti di ciascun laboratori si

modificano in base all'età dell'utenza, ma tutti gli interventi si basano su sensazioni, emozioni e stati d'animo. Vi sono degli elementi che appaiono costantemente nell'applicazione di questa disciplina e sono:

- L'*emotività*, che porta il ragazzo a comprendere meglio le proprie e le altrui emozioni;
- La *fantasia*, in quanto con il teatro viene stimolata l'espressione spontanea dei soggetti, che a loro volta sono incoraggiati ad inventare storie, personaggi, ecc.;
- L'*azione*, perché senza di essa non ci sarebbe una storia, infatti a teatro si agisce, si fanno riflettere i ragazzi su rapporti causa-effetto, azione-reazione;
- La *socialità*, in quanto attraverso le attività di gruppo si stimolano i rapporti con i compagni e ciò facilita e migliora la convivenza sociale;
- Il *linguaggio*, infatti in scena vengono sperimentate le possibilità comunicative di ognuno utilizzando tutti gli strumenti propri del linguaggio come il corpo, il viso, la musica, la parola, ecc.

Per quanto riguarda questo ultimo elemento, Nei laboratori viene fatta molta leva sull'importanza del corpo come recettore e trasmettitore di messaggi, la mimica facciale viene curata in modo particolare perché deve essere sempre coerente con la situazione e supportata da una prosodia significativa che rende il messaggio il più comunicativo possibile.

Inoltre sottolineo l'importanza dell'improvvisazione nella teatro terapia: attraverso di essa il mondo interiore viene alla luce e si esprime in modi imprevedibili, niente è obbligatorio e da ogni situazione si creano spontaneamente conversazioni ed azioni che sono proprio un prodotto espressivo e comunicativo⁵².

In tutti i laboratori si punta sull'importanza del corpo come recettore e trasmettitore di messaggi, a tal proposito viene curata al minimo dettaglio la mimica facciale in quanto deve essere sempre coerente con la situazione, dev'essere inoltre supportata da una metrica significativa che rende il messaggio il più comunicativo possibile.

⁵² v. G. Salemi, *Metodo riabilitativo verbo tonale*. Corso di Laurea in Logopedia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 2014

Quando si ha a che fare con ragazzi ipoacusici è molto importante “sblocarli” in quanto spesso sono restii a parlare e ad esporsi per paura di sbagliare. Per questo soprattutto all’inizio si cerca sempre di stimolare il ragazzo proponendo anche episodi da lui vissuti in passato o con storie inventate o comiche. Se il terapeuta riesce a rendere il tutto molto giocoso, il bambino inizierà ad esprimersi con il corpo e con il linguaggio verbale.

Innanzitutto vengono proposti degli esercizi mirati per far entrare il bambino in contatto con il corpo e le parti singole che lo compongono, tramite il movimento, lo scioglimento dei muscoli e la sperimentazione di espressioni facciali.

In seguito si passa al corpo dei compagni: grazie ad esercizi mirati il ragazzo capisce che il corpo degli altri è qualcosa da rispettare e di cui prendersi cura.

Successivamente sono importanti esercizi il cui focus è proprio il movimento: si percorre lo spazio circostante in vari modi, si cambia la velocità della propria andatura, ed infine si aggiunge anche l’aspetto emotivo.

Poi vi è la fase della “rieducazione del gesto”, si punta infatti sul movimento di mani, braccia e viso, cercando di unire determinati gesti a espressioni facciali. Quindi si iniziano a mettere in scena delle vere e proprie situazioni mimate dove viene vitato l’uso della parola, esprimendosi solo a gesti.

Dopo vari esercizi mirati alla mimica si passa al linguaggio verbale. Si inizia in un primo momento ad emettere suoni collegati alla mimica ed ai gesti

Conseguentemente si passa ad esercizi volti alla stimolazione e attivazione dei sensi, molto importanti nella ricezione e percezione di informazioni. Durante tutto lo svolgimento dell’attività sguardo e concentrazione devono essere sempre attivi e stimolati continuamente. Soprattutto nei casi di ipoacusia l’ascolto rappresenta l’elemento fondamentale per una corretta acquisizione linguistica, infatti la decodifica del suono è il punto di partenza che porterà in seguito ad una buona abilità di espressione verbale. Sono opportuni, quindi, esercizi finalizzati al riconoscimento di suoni brevi, lunghi, acuti o gravi, muovendosi a ritmo⁵³. Quest’ultima attività è molto utile per i ragazzi ipoacusici, protesizzati o impiantati, che si esercitano così a sfruttare il proprio residuo uditivo migliorando la comprensione delle dinamiche che li circondano e permettendo loro di ricevere e interpretare in modo adeguato degli input fondamentali per un miglioramento linguistico.

⁵³ Ibidem

Altri aspetti importanti sono la memoria, l'osservazione e l'invenzione, quest'ultima stimola fantasia e immaginazione. Soprattutto per quanto riguarda soggetti ipoacusici esercizi volti alla stimolazione dell'ideazione sono di fondamentale importanza in quando il punto debole di questi soggetti è proprio l'astrazione.

In ultimo vi è la fase di "realizzazione", nella quale, dopo aver stimolato adeguatamente immaginazione e fantasia, si scelgono le situazioni da rappresentare e il ruolo di ciascuno all'interno della scena.

Concludendo, la teatro terapia può assumere aspetti differenti nelle sue applicazioni, ma è importante lasciare libertà e spazio d'azione ai ragazzi, senza imporre modelli precostruiti⁵⁴.

⁵⁴ Ibidem

CAPITOLO V: ESPERIENZA DI TIROCINIO

5.1 *Comunità Socio Educativa Riabilitativa “Il Samaritano”*

Il “Il Samaritano” è la Comunità Socio Educativa Riabilitativa dove ho svolto il tirocinio durante il mio terzo ed ultimo anno accademico 2019-2020, dalla fine di Ottobre 2019 alla fine di Febbraio 2020, sospeso poi a causa dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID19. La Co.S.E.R è situata a Posatora in via Madre Teresa di Calcutta 1, e gestita dall'associazione Papa Giovanni XXIII. La Cooperativa Centro Papa Giovanni XXIII nasce ad Ancona su iniziativa del parroco Don Giancarlo Sbarbati, con l'obiettivo di creare spazi di aggregazione e animazione per alcuni ragazzi con disabilità del quartiere, rispondendo così ad un bisogno reale di una parte, forse ancora inascoltata, della cittadinanza.

In breve tempo un'attività inizialmente di volontariato, cresce e si trasforma. Nel 1997 nasce il primo Centro Diurno che diventa subito uno dei pochi servizi rivolti alle famiglie delle persone con disabilità che hanno terminato il percorso scolastico. Poco dopo, viene aperto un secondo Centro e si sono stipulate convenzioni con il Comune di Ancona e l'Azienda Sanitaria.

Nascono così e si sviluppano molteplici attività per promuovere lo sviluppo delle abilità degli ospiti e nel contempo raccogliere fondi a sostegno dei progetti, come la realizzazione di Bomboniere Solidali e il progetto di Ristorazione Solidale.

Infine nel 2005 viene avviata la prima Comunità Residenziale “Il Samaritano” per accogliere tutti quei soggetti disabili che non potevano più essere accuditi dalle loro famiglie. “Il Samaritano” inizialmente permetteva di ospitare 8 persone con disabilità prive di riferimenti familiari. A questa prima Comunità Residenziale, nel 2010 se ne affianca un'altra: il “Don Paolo Paolucci”.

La Papa Giovanni XXIII con i loro servizi mette al centro sogni ed aspettative di coloro che gli sono stati affidati. Si impegna a difendere il rispetto, la dignità, il diritto alla felicità e all'autonomia di ogni persona con disabilità. Inoltre, chiede ai loro ospiti, tramite approcci

educativi personalizzati, di dare il massimo affinché la loro autonomia, dignità e integrazione nella società, sia reale e piena.

Attualmente la Co.S.E.R “Il Samaritano” ospita 7 utenti adulti con disabilità psicofisico-sensoriali e vi lavorano 3 Operatori Socio-Sanitari dalle 7.00 alle 11.30 e 5 Educatori su turni di 6 ore coprendo la fascia oraria che va dalle 10.00 alle 22.00. Durante la giornata prestano il loro servizio 2 OSS e 2 educatori la mattina, e 2 educatori il pomeriggio. Per quanto riguarda la notte, vi lavora un solo operatore, turnando tra OSS ed educatori. Infine sono presenti infermieri solo in alcune fasce della giornata i quali si occupano della terapia dei pazienti. Durante l'emergenza epidemiologico da covid-19 i suddetti turni hanno subito variazioni per limitare il numero di professionisti presenti in una giornata. L'orario infatti è stato diviso in modo che nell'arco della giornata ci fossero cinque operatori anziché sette come la normale turnazione.

Vengono effettuate riunioni di servizio (educatori e coordinatrice) con cadenza mensile, e riunioni di equipe con cadenza trimestrale. Quest'ultima è composta dalla coordinatrice della struttura, dagli educatori professionali, OSS e infermieri, volontari, giovani in servizio civile, tirocinanti universitari e autisti. Le riunioni d'equipe durante i mesi di emergenza sanitaria sono state ugualmente svolte tramite la piattaforma Skype.

I servizi che la comunità offre sono:

- Prestazioni di tipo alberghiero (alloggi, pasti, servizio lavanderia, stireria, pulizie);
- Interventi assistenziali e riabilitativi di tutela della salute personale;
- Servizio mensa;
- Servizio trasporto;
- Rapporti costanti con i familiari, anche al fine di favorire i rientri temporanei in famiglia.

Per gli utenti la Co.S.E.R è una vera e propria casa, in cui condividono tempi e spazi tra loro e con gli operatori. È presente una programmazione settimanale stabilita sulla base dei Progetti Educativi Individualizzati di ciascun utente. Essa comprende attività laboratoriali gestite da esperti esterni e attività gestite dal personale interno (*tabella 7*).

Il servizio offre interventi di supporto e psicoeducazione sia individuali che familiari efficaci nel prevenire il rischio di recidive. Inoltre vi sono varie attività volte all'allenamento di abilità sia pratiche che sociali come ad esempio l'attività di cucina, il laboratorio di ceramica, l'ordine dei prodotti ecc. Efficace risulta l'approccio comportamentale della token economy utilizzato per un'ospite del "Il Samaritano" atto a migliorare la sintomatologia negativa e il suo comportamento problema.

Le attività educative che si svolgono all'interno del servizio sono le seguenti: palestra, il ripasso LIS, la musicoterapia, le varie uscite sul territorio finalizzate anche all'acquisto dei prodotti personali, l'attività di culinaria due volte a settimana guidata dall'educatore e mirata all'incremento delle capacità manuali e strumentali dell'utente, il riciclo ricreativo, la pet therapy, la beauty farm grazie al quale gli utenti vengono a conoscenza e si prendono cura del proprio corpo per un miglioramento delle capacità interpersonali e sociali, la clown therapy e tutte quelle attività che l'abitare una casa implica ovvero la preparazione degli orzi e dei caffè, l'ordine dei prodotti personali, controllo carta igienica e asciugamani, controllo pizza, la sistemazione dei prodotti, l'ordine della dispensa e il riordino della camera e degli armadi. L'attività della palestra si svolge con terapeuti esterni, essa è finalizzata ad incrementare tutte quelle che sono le abilità strumentali, interpersonali e sociali, l'attività viene svolta una volta alla settimana e vi partecipano due utenti. Il ripasso LIS viene fatto dall'educatore 3 volte a settimana con un utente sordo con insufficienza mentale, questa attività è finalizzata all'integrazione dell'utente in primis con i compagni di struttura/casa e poi con la società. Alla musicoterapia partecipano 5 utenti divisi in 4 gruppi, viene svolta una volta a settimana. Nel primo gruppo partecipano 2 utenti con scarse abilità manuali, essi vengono spronati attraverso il ritmo a muoversi di più, nel secondo gruppo fa parte il ragazzo sordo e l'attività si basa tutta sulle vibrazioni che una cassa appoggiata alla sua pancia gli trasmette, nel *paragrafo 5.4* si analizza tale attività.

Tabella 7 Programmazione settimanale invernale 2019/2020

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
Controllo carta igienica uffici	Culinaria individuale	Centro H	Uscita		Uscita	
Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè	Preparazione orzi e caffè
Ripasso LIS	Uscita mercato	Sistemazione prodotti	Riciclo creativo			Relax
Fotocopie diari						
Ordine prodotti personali	Acquisto prodotti personali	Ripasso LIS	Pet therapy	Beauty farm	Culinaria individuale	Riordino camera e armadi
Musicoterapia.	Controllo pizza.	Ordine dispensa		Ripasso LIS	Messa	Passeggiata
Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani	Controllo carta igienica e asciugamani

Le suddette attività, quindi, tendono tutte ad incentivare le capacità residue che gli utenti hanno, laddove è possibile si parla di una vera e propria riabilitazione dal punto di vista manuale ad esempio, in altri casi invece si incentiva la cooperazione, il ragionamento, l'autonomia e la cura del sé non togliendo mai la dignità che è propria a ciascuno di essi, distaccandosi sempre da quell'atteggiamento di *infantilizzazione* che molto spesso si tende ad avere quando si ha a che fare con questo tipo di utenza.

Tali attività hanno subito dei cambiamenti durante l'emergenza sanitaria dovuta al COVID19. In quanto servizio residenziale la struttura non ha chiuso mantenendo invariate le attività svolte all'interno del servizio. Al contrario, tutte le uscite e le attività laboratoriali gestite da esperti esterni sono state sospese.

Concludendo, le finalità che "Il Samaritano" si pone sono:

- Sostenere le famiglie, supportandone il lavoro di cura e assistenza, riducendone l'isolamento e alleggerendone la pressione emotiva;
- Mantenere e potenziare i livelli di autonomia funzionale;
- Migliorare la qualità di vita della persona, favorendone l'integrazione sociale;
- Favorire lo sviluppo delle competenze globale mediante attività mirate e percorsi personalizzati;

5.2 *L'educatore professionale all'interno della Co.S.E.R "Il Samaritano"*

L'educatore professionale nella Comunità Socio Educativa Riabilitativa, essendo una struttura residenziale a carattere comunitario, diventa un punto di riferimento, che è chiamato a giocare diverse funzioni: a volte è più materno, nell'ascolto e nella comprensione, a volte è più paterno, nel ribadire e rappresentare regole e responsabilità della vita di comunità. Nell'arco di tutta la giornata queste funzioni sono continuamente attive e presenti, accanto ad una dimensione anche più ludica e "fraterna", nell'accogliere gli sfoghi delle persone seguite o il loro bisogno di sorridere o condividere dialoghi più vivaci e leggeri. Esso è in continua formazione e aggiornamento, e opera insieme ad un'equipe multidisciplinare formata da educatori, dalla coordinatrice della struttura, OSS e infermieri, volontari, giovani in servizio civile, tirocinanti universitari e autisti.

Il suo lavoro, data anche la quotidianità che vive con l'utente, verte attorno alla creazione di relazioni fondate sull'*accoglienza autentica*, sull'*ascolto* in cui la persona disabile senta di potersi fidare dell'educatore socio-sanitario aprendosi all'altro. Quindi la *relazione educativa* sia il focus e la metodologia principe del lavoro dell'educatore professionale all'interno del "Samaritano".

La relazione educativa, dunque, costituisce la base di appoggio di qualsiasi intervento, la strategia più efficace per costruire un *rapporto significativo e di fiducia* senza il quale il lavoro educativo risulterebbe molto più faticoso e problematico. Nell'espletamento del proprio ruolo, l'educatore privilegia la dimensione relazionale rispetto alle attività concrete che, sempre, costituiscono lo strumento e non il fine dell'intervento educativo. In questa ottica lo "stare con" può concretizzarsi all'interno di una attività strutturata (ambiente, strumenti, metodologie) ma anche in momenti destrutturati, nei quali non vi è la centralità del fare, ma quella "dell'esserci con".

L'azione dell'educatore si realizza entro una dimensione relazionale che si caratterizza per l'*intenzionalità educativa* che fa dell'atto educativo un evento mirato e non improvvisato. La relazione educativa viene spesso assimilata alle relazioni di aiuto ma, per evidenziarne la specificità, è necessario distinguerla sia da una relazione terapeutica, sia da quella assistenziale, di sostegno o di accompagnamento. L'azione educativa è intenzionalmente orientata al cambiamento e alla trasformazione dello stato esistenziale delle persone, "è un

atto di fede nei valori". Nella relazione educativa il soggetto viene accompagnato nel processo di costruzione di sé e del proprio progetto di vita. L'educatore è chiamato ad accogliere l'altro con la sua storia e la sua diversità. In questa fase di conoscenza sono richiesti *spirito di osservazione* e un atteggiamento di ricerca finalizzato ad acquisire elementi conoscitivi come ricercare le informazioni complementari sulla storia di cui il soggetto è portatore, sul contesto di vita e sull'influenza che lo stesso ha esercitato sulla sua situazione esistenziale.

All'interno della struttura la figura dell'educatore professionale si propone come guida e affianca l'utente durante le attività e la vita quotidiana all'interno della struttura stessa. Lo accompagna nell'acquisizione o mantenimento delle capacità relazionali, sociali, strumentali che concorrano ad uno sviluppo della sua autonomia e ad un maggior stato di benessere verso il raggiungimento di una qualità di vita migliore.

Attraverso la metodologia propria dell'educatore professionale quale la relazione educativa, egli ricerca e osserva, tramite l'assessment iniziale, una valutazione di quelli che sono i limiti e le risorse di ciascun utente, tramite quindi tutti quelli che sono i comportamenti problematici ma anche le capacità e le abilità che ciascuno possiede. Questa valutazione iniziale è propedeutica alla stesura del progetto quindi, metodologia dell'educatore professionale presente all'interno della Co.S.E.R è la *progettualità educativa* che tiene conto di tutta quella che è la valutazione iniziale del paziente con la diagnosi funzionale.

L'educatore professionale, inoltre sostiene e accompagna la famiglia del paziente attraverso vari incontri. Infatti quella dell'educatore professionale è una riabilitazione centrata sulla relazione, con un'ottica di tipo progettuale e di lavoro di rete.

L'educatore professionale all'interno del "Samaritano" si trova a gestire, tutti i giorni e continuamente le richieste più remote degli utenti, ad accoglierli, a fornire e garantir loro spazi sicuri. Quindi ha il ruolo di accettare lo stato dei pazienti, comprese le loro patologie ed i sintomi, non richiedendogli compiti superiori alle loro capacità. Questo professionista deve anche instaurare con gli utenti rapporti confidenziali, informarsi sulle loro condizioni di salute e sulla loro qualità della vita, comprendere e connotare in modo positivo i tempi non strutturati, che sono caratteristici in un servizio residenziale per disabilità adulta, dove può decidere di riempire questi momenti con attività finalizzate e intenzionali oppure colloqui formali e informali (l'importanza dell'agire educativo è la costruzione del *setting educativo*), oppure può lasciare che, durante questi, gli utenti si riposino. L'educatore

professionale ha anche tra le altre funzioni quella di fare da tramite tra il paziente ed il suo ambiente per aiutarlo ad utilizzare le parti sane e a recuperare capacità che permettano al soggetto di riavvicinarsi alla realtà sociale. Inoltre l'educatore deve sostenere il processo di crescita e di individuazione, sollecitare la riflessione sul proprio modo di essere, passato, presente e futuro, far acquisire agli utenti nuove capacità di autoprogettarsi nel contesto limitrofo, comunicare il gusto del bello e condividere con gli altri emozioni, sentimenti e progetti.

Altrettanto importante è l'utilizzo dell'empatia da parte dell'educatore, attraverso la comprensione empatica, infatti, l'utente si sente accettato e accolto, ciò permette di comprendere e di anticipare i suoi bisogni e esigenze. Soprattutto in questo contesto, in cui l'educatore deve instaurare una relazione d'aiuto con la disabilità grave, fondamentale è la gestione del processo empatico tramite la riflessione educativa, ovvero riflettere sul proprio agire educativo, transfert e controtransfert. Ciò impedisce all'educatore professionale di cadere in un atteggiamento di *infantilizzazione*, e quindi impedisce di vedere gli utenti della comunità residenziale come oggetti di azioni trasformandoli in soggetti di relazioni permettendo loro di riconoscersi adulte nei loro sguardi, atteggiamenti e comportamenti.

5.3 Il progetto educativo

Ho deciso di elaborare un progetto educativo-riabilitativo su misura con un utente avente sordomutismo congenito e una grave oligofrenia con psicosi di innesto, ospite della struttura in cui ho svolto la mia esperienza di tirocinio. L'attività da me proposta è quella delle PECS (*Picture Exchange Communication System*). Questo metodo ha il fine di insegnare all'utente un nuovo modo di comunicare attraverso immagini, e quindi facilitargli la comunicazione funzionale. Ogni immagine corrisponde ad un oggetto concreto, ad un'azione, ad un bisogno, ecc.

Il sistema PECS è composto da 6 fasi di insegnamento: lo scambio, la distanza e persistenza, la discriminazione, la frase, rispondere ad una domanda e la sesta fase è il commentare. Questo progetto, visto il poco tempo a disposizione dovuto al Covid19, è

giunto sino all'inizio della seconda fase. Durante l'attività indispensabili sono i rinforzatori ovvero oggetti o eventi che seguono un'azione e che quindi aumentano la possibilità che questa si ripeta, possono essere sociali o tangibili (carezza, elogio, caramella, tappo...). Per lo svolgimento dell'attività devono essere presenti almeno due operatori.

L'utente con il quale ho stilato questo progetto, R.M., è nato ad Ancona nel 1956. La sua diagnosi è: grave oligofrenia con psicosi di innesto e sordomutismo. Non è scolarizzato e da bambino è stato qualche mese al "Bignamini" di Falconara. Da venti anni è inserito al centro diurno "Il Sole".

Ha vissuto sempre a casa con i genitori e da quando sono morti vive con una badante alla quale è molto legato. Allo stesso modo è attaccato al cugino, il quale è molto presente nella vita di R. Attualmente risiede presso la Co.S.E.R "Il Samaritano" a Posatora.

R. colleziona tappi di bottiglia e va fiero di questa sua collezione tanto da volerla sempre mostrare a chiunque. Gli operatori provvedono a regalargli i tappi di plastica soprattutto nei momenti in cui R. ha bisogno di essere spronato. Assieme al cugino poi provvede a recarsi presso un'associazione che scambia questi tappi in medaglie e coppe che R. soddisfatto appende in camera o regala ai suoi inquilini della Co.S.E.R.

R. inoltre partecipa a varie attività espressivo-artistiche sia all'interno che all'esterno della struttura. Laboratorio di musicoterapia, attività di beauty farm, attività di riciclo creativo e si reca ogni mercoledì, assieme ad alcuni suoi inquilini e altre persone esterne, al centro H dove viene svolta l'attività di arte terapia. Inoltre ogni due giorni si attua con R. il ripasso della Lingua Italiana dei Segni. Nella *tabella 8* viene riportata la sua programmazione individuale.

Tabella 8 Programmazione settimanale individuale R.M.

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
10.00/10.30	Ripasso LIS	Culinaria		Riciclo creativo	
10.30/11.00			Centro H		Ripasso LIS
12.00/12.30	Apparecchiare la tavola			Apparecchiare la tavola	
14.30/15.00		Ripasso LIS	Ripasso LIS		
17.00/17.30	Ordine prodotti			Beauty Farm	Clown therapy
17.30/18.00	Musicoterapia	Acquisto prodotti		Pet therapy	

La sua rete amicale è formata dagli inquilini della Co.S.E.R

È una persona molto tranquilla e anche quando viene attaccato non reagisce, è un po' insistente nel chiedere le cose ma, nel complesso è una persona molto calma. A R. piace molto andare in giro e visitare posti nuovi, prendere l'autobus ed andare a pranzo fuori. Gli piace andare al mare e bagnarsi, ma non sa nuotare. Non gli piace stare da solo ma vuole stare in compagnia (es. se sta facendo un lavoro e l'operatore si allontana, lui lo segue). Ha una grande sopportazione del dolore ed è difficile capire se gli fa male qualcosa (es. dopo essere caduto da cavallo con conseguente vertebra incrinata non si è lamentato del dolore e gli operatori si sono accorti della frattura solo perché camminava male).

SCHEMA AREA DELLE ABILITÀ

a) La cura del sé

Nutrizione:

R. si sa nutrire autonomamente, il cibo deve essere spezzettato perché ha pochi denti. Tende a mangiare velocemente, mangia tutto con piacere. Non sa prepararsi il pasto per mancanza di conoscenze di base delle proprietà dei cibi, mangia in maniera varia e è regolare nell'assunzione dei pasti.

Condizione psicocorporea:

Ad R. è stato diagnosticato oltre al sordomutismo congenito anche una grave oligofrenia con psicosi di innesto tale per cui fa fatica a concepire dei concetti astratti. La comunicazione quindi si limita ad oggetti concreti. È comunque regolare nel sonno veglia.

Cure personali:

Per quanto riguarda la sua igiene corporea, R. non riesce a pulirsi bene da solo ma va in bagno in modo autonomo sia per urinare che per evacuare. Durante il giorno bisogna ricordargli di andare in bagno. Non è autonomo nel fare la barba con il rasoio manuale e gli piace molto mettere il dopo barba ed il profumo. È capace di vestirsi autonomamente, si sceglie da solo gli indumenti e indossa sempre abiti puliti, anche se a volte chiede di essere vestito. Non riconosce e non valorizza la propria immagine corporea e, per quanto riguarda le cure sanitarie, non è in grado di riconoscere i sintomi corporei, non si reca dal medico, non conosce l'importanza delle cure ma assume regolarmente i farmaci se dati dall'infermiere.

b) Le abilità strumentali

Capacità di gestione del quotidiano

R. è capace di scegliere il proprio abbigliamento, non conosce il valore del denaro e di conseguenza non riesce a gestirlo. Non riesce ad utilizzare dei mezzi di trasporto pubblici autonomamente.

R. si prende cura della propria abitazione e sa gestire le faccende domestiche (spazza, spolvera, mette in ordine la sua stanza, si occupa del cambio degli asciugamani anche dei compagni, apparecchia, sparecchia...). Non sa cucinare anche se sa preparare la moka del caffè e il caffè d'orzo anche per i suoi compagni. Non conosce le modalità di accesso alle cure.

c) Le abilità interpersonali e sociali

Aree delle abitudini di vita-abilità

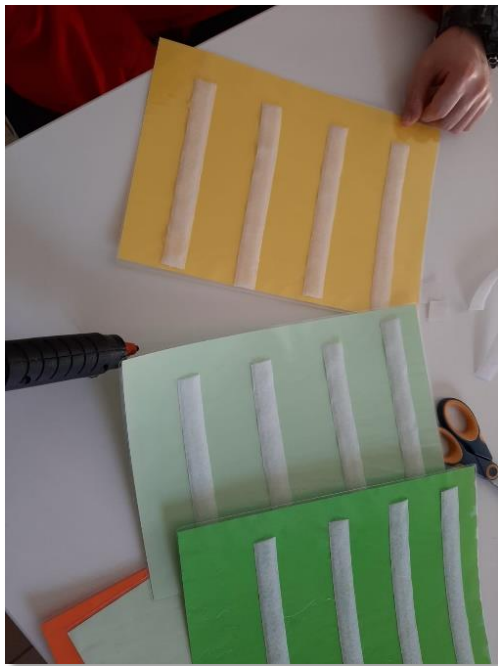
È capace in parte di riconoscere ed esprimere i propri bisogni.

Si esprime con alcuni segni della LIS convenzionali ed alcuni li ha inventati lui. È parzialmente in grado di avere relazioni affettive e sociali.

R. non è a conoscenza dei diritti e dei doveri sociali ma ha una conoscenza adeguata delle regole e delle convenzioni sociali.

Prima dell'inizio del progetto PECS è stato importante instaurare una buona relazione educativa con il paziente, e soprattutto per incrementare il rapporto di fiducia è stato fondamentale utilizzare i momenti non strutturati, numerosi durante la giornata. Quindi il paziente è stato poi coinvolto in ogni fase della costruzione del quaderno e delle immagini utili allo svolgimento del progetto tanto da non essere "spaventato" dagli stessi oggetti durante l'attività ma gestendoli con dimestichezza.

Figura 8 Fasi della costruzione del progetto PECS



- OBIETTIVO GENERALE:

Sviluppare la comunicazione funzionale e la comunicazione come scambio sociale mediante scambio per immagini.

- OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Aumentare la capacità di riconoscere ed esprimere i propri bisogni e desideri;
2. Incrementare la capacità di comunicare e ricevere informazioni;
3. Aumentare la comunicazione intenzionale;
4. Favorire l'interazione con i suoi inquilini;
5. Incoraggiare la spontaneità e l'iniziativa dell'utente nella comunicazione.

- ATTIVITÀ:

La fase iniziale (fase 1-2) prevede l'identificazione dell'elemento di motivazione più efficace per l'utente (tappi di plastica, pennarello) e di ognuno di prepara una carta simbolo per rappresentarli. In questa fase è prevista la presenza i due operatori uno dei quali seduto di fronte R. assume la funzione di partner comunicativo, mostra l'oggetto utilizzato come rinforzo all'utente e, mentre R. allunga la mano per prendere l'oggetto; il secondo operatore posizionato dietro R. assume il ruolo di prompter (fornitore di aiuto), lo aiuta a prendere la carta simbolo e a metterla nella mano del primo educatore. Questa prima fase di apprendimento viene facilitata attraverso la guida fisica di R. e una volta che R. ha consegnato la carta viene ampiamente elogiato e gli viene consegnato il rinforzo (tappo di plastica) in maniera molto veloce.

Procedura fase 2: anche in questa fase sono necessari 2 operatori. Questa fase consiste nel fatto che R. deve raggiungere l'immagine del rinforzo e poi deve raggiungere l'educatore per consegnargliela. Una volta consegnata l'immagine, l'educatore consegnerà il rinforzo (stesso meccanismo della fase 1).

Iniziamo mettendo l'immagine del rinforzo appoggiata sul tavolo.

- TEMPI:

Il progetto ha durata annuale

- RISORSE MATERIALI E COSTI:

Stanza all'interno della struttura che ospita R. Il suo impiego è poco costoso. Risulta necessaria la preparazione di numerose carte comunicative, preferibilmente plastificate e con il velcro, per creare un libro personale di comunicazione. Per un totale di Max 50€.

- RISORSE UMANE:

Educatore, tutor, volontari.

- VERIFICA DEGLI OBIETTIVI:

Si prevedono una valutazione in itinere del Progetto che possa esaminare le fasi intermedie e i risultati raggiunti da R. e una finale che esamini il raggiungimento degli obiettivi dello stesso attraverso una scheda di valutazione apposita da compilare nel corso dell'attività. Solo alla fine del Progetto si potrà capire se R. sarà in grado di utilizzare le competenze comunicative acquisite.

- VALUTAZIONE FINALE:

Il progetto non si può definire concluso dato il poco tempo che ho avuto a disposizione per il tirocinio, quindi andrò a valutare il cambiamento e il processo che è avvenuto in R. durante i 7 incontri fatti. Per valutare al meglio ho utilizzato un'osservazione educativa mirata e intenzionale e delle schede educative valutative che ho compilato durante gli incontri ad ogni movimento di R nella presa-rilascio dell'oggetto-immagine (*tabella 9*). I movimenti presa – rilascio dovevano essere effettuati 40 volte ad attività, ogni 10 ripetizioni era opportuna una pausa e un cambio dell'oggetto e quindi dell'immagine.

- CONCLUSIONE:

Da questi 7 incontri ho ricavato che R. ad ogni incontro comprendeva sempre più la funzionalità dell'attività arrivando al settimo incontro dove ha avuto bisogno 7 volte del prompt fisico parziale su 40 ripetizioni, si poteva quindi ritenere conclusa in maniera ottimale la fase 1 e a Marzo si doveva iniziare la fase 2.

Infine, quindi, non riesco a dare una conclusione specifica e completa data l'interruzione drastica del mio percorso formativo all'interno della struttura e quindi del progetto.

Tabella 9 Strumento valutativo di tipo quantitativo utilizzato durante ogni incontro svolto con l'utente

STUDENTE: nome cognome														
Iniziali dell'insegnante	Data	Attività	Oggetto	Presca			Allungamento			Rilascio			Mano aperta	
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
				FP	FP	+	FP	FP	+	FP	FP	+	Si	No
FT = Prompt fisico totale				FP = Prompt fisico parziale				+ = Indipendente						
SI = La mano aperta è ancora visibile							NO = La mano aperta si è eliminata							

5.4 Laboratorio di musicoterapia e sordomutismo

All'interno della Co.S.E.R "Il Samaritano" sono programmate attività di musicoterapia il lunedì pomeriggio a cadenza settimanale condotte da una musicoterapeuta esterna. A tale attività partecipano 5 ragazzi della Co.S.E.R "Il Samaritano" con altri utenti residenti nella Comunità residenziale affianco, il "Don Paolucci", divisi in più gruppi. Gli incontri vengono svolti in una stanza del Centro Diurno della Papa Giovanni XXIII affianco le comunità residenziali. Nel primo gruppo partecipano 2 utenti del "Samaritano" con scarse abilità manuali, essi vengono spronati attraverso il ritmo a muoversi di più e a prendere consapevolezza del proprio corpo. L'incontro successivo a quest'ultimo che viene svolto dalle 17.30 alle 18.00, ha una modalità di realizzazione particolare in quanto vi partecipa un'utente che è stato protagonista della mia esperienza di tirocinio. R.M. è lo stesso paziente con il quale è stato stilato il progetto educativo "PECS" volto a migliorare la comunicazione alternativa aumentativa, analizzato nel *paragrafo* precedente 5.3.

R., 64 anni, ha una grave oligofrenia con psicosi di innesto e sordomutismo, non è scolarizzato e per questo si esprime con alcuni segni della LIS convenzionali ed alcuni inventati da lui. All'interno della struttura numerose sono le attività e le terapie espressive frequentate da R. Nella *tabella 8* sita nel precedente paragrafo vi è la sua programmazione individuale settimanale.

Durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto la fortuna di affiancare la professionista in tale terapia espressiva, la quale mi ha trasmesso la sua passione verso la musica e verso la riabilitazione (cognitiva, emozionale, manuale, ecc.) che passa attraverso il ritmo.

Per approfondire la conoscenza dell'attività di musicoterapia e le sue applicazioni terapeutico-riabilitative ed educative su R. ho sottoposto la professionista ad una serie di domande. La musicoterapeuta si è dimostrata alquanto collaborativa e propensa nel rispondere a tali quesiti anche se questi richiedevano un certo dispendio di tempo.

La prima domanda riguardava la modalità del primo approccio con R. avendo quest'ultimo problemi di comunicazione. Mi è stato risposto che l'approccio con R. è stato graduale. All'inizio, in accordo con gli educatori del centro che lo ospita, lo andava a conoscere all'interno della Comunità, luogo per lui familiare, con il solo intento di prendere entrambi confidenza l'uno con l'altro. Gli incontri avevano una durata molto breve e la figura

di riferimento di R., un'educatrice della struttura, era sempre presente. Solo dopo qualche incontro sono rimasti soli. Fin da subito, dice, si è creato un buon rapporto, nonostante tutto in un primo momento difficilmente di lasciava andare alle sue proposte. R. fino a quel momento non si era mai approcciato alla musica, per lui era un contesto nuovo e il non sapere quali sarebbero state le sensazioni provate lo irrigidiva. Solo con il tempo, poi, ha iniziato ad apprezzare i momenti a loro dedicati.

In seguito, alla domanda riguardante la modalità vera e propria dell'attività, la sua durata e il suo svolgimento, la professionista risponde dicendo che innanzitutto R. partecipa all'attività di musicoterapia da circa un anno. Gli incontri vengono sospesi durante il periodo estivo per dare l'opportunità a lui e agli altri ospiti del centro di vivere esperienze tipiche della stagione. Inoltre dice che all'inizio l'attività non durava più di 10 minuti, tempo massimo di attenzione per R. Trascorso questo periodo di tempo, infatti, si distraeva cominciando a voler parlare e /o fare altro. Hanno, quindi, lavorato sul suo deficit di attenzione con gradualità fino ad arrivare a 30 minuti che, spesso, si dilatano su sua richiesta.

La professionista ha iniziato a fargli percepire la musica facendo appoggiare prima di tutto la mano di R. attorno al suo collo. Dice che è stato meraviglioso assistere allo stupore iniziale di R. Sono passati poi ad appoggiare la mano sopra una piccola cassa Bluetooth fino ad arrivare a fargli posare sulla pancia una cassa stereo più grande. È riuscita poi ad individuare i suoi gusti musicali ponendo attenzione alle sue espressioni facciali e al suo coinvolgimento. Sempre in maniera graduale ha unito al ritmo che percepiva tramite le vibrazioni, il tocco delle mani della musicoterapeuta che, battendo con dolcezza sulla sua schiena, seguivano l'andamento sia ritmico che melodico del brano ascoltato. La professionista dice che in più di un'occasione anche Roberto ha battuto le mani a tempo. Per le festività natalizie R. ha collaborato ad un progetto insieme ad altri ragazzi che partecipavano all'attività di musicoterapia, dove alcuni brani venivano suonati con strumenti a percussione, tastiere e tubing: il suo compito era suonare un piccolo shaker (riusciva a tenerlo tutto a contatto con il palmo della mano). Non solo è stato bravissimo ma ne è uscito anche molto più sicuro di sé. Era stata sollecitata infatti la sua autostima.

Gli strumenti con cui ha interagito appartengono per la maggior parte alla famiglia delle percussioni quindi tamburi, shaker, bastone della pioggia, maracas, cajon..

Ad una musicoterapia attiva quindi, la musicoterapeuta ne ha associato una recettiva fondata sull'ascolto di suoni e di brani con l'intento di stimolare la percezione e l'immaginazione attraverso l'elaborazione dei suoni e delle melodie proposte.

Durante il percorso ci sono state delle criticità dovute soprattutto alla comunicazione. Infatti R. non è verbale, non utilizza né la Lingua dei Segni né tanto meno l'italiano segnato. Ha uno stretto repertorio di gesti inventati da lui stesso e dalle persone con le quali ha interagito ma che si comprendono solo stando a stretto contatto con R. L'aspetto comunicativo quindi è stato inizialmente una barriera, dice, che però si è di fatto abbassata col tempo iniziando a sfruttare anche altri canali, come quello visivo e/o pittorico oltre a quello naturalmente musicale.

La musicoterapeuta, inoltre, dice che le più grandi risorse sono state la loro voglia di comunicare, di conoscersi di esplorare e di stare insieme. Soprattutto grazie a queste risorse l'attività è potuta continuare sviluppandosi sempre di più.

A tal proposito dice che con il tempo è cresciuta la loro intesa e di certo R. ha acquisito fiducia in lei. Aggiunge che l'utente trascorre volentieri il tempo dedicato alla musicoterapia ma non solo.

Infine, per quanto riguarda gli effetti veri e propri che tale attività espressiva ha avuto su R., è emerso che la musica grazie ai suoi stimoli non verbali ha sollecitato in R. risposte spontanee e atteggiamenti più rilassati. Gli ha dato la possibilità di trovare nuovi mezzi per esprimersi e di scoprire una propria musicalità interna. Ha contribuito a migliorare la sua qualità della vita. Ci sono inoltre delle valutazioni che si possono fare della musicoterapia, essa per l'appunto smuove a livello fisiologico, a livello corporeo, del movimento, emozionale e cognitivo (attenzione, memoria, riconoscimento di oggetti o luoghi...), come si è potuto evincere dal *paragrafo 4.3*. Per quanto riguarda l'utente sordomuto protagonista del mio tirocinio le considerazioni che la musicoterapeuta fa a tal proposito sono le seguenti: dal punto di vista emozionale ha riscontrato serenità e gioia in R. durante tutto il tempo trascorso insieme, e per quanto riguarda le risposte fisiologiche sostiene che R. qualche volta, batte il tempo con mani o piedi o con il movimento della testa, a ritmo di musica.

Conclude dicendo che di certo la strada da percorrere è ancora lunga.

5.5 *Riflessioni sul tirocinio*

Difficile sintetizzare quella che per me è stata la mia esperienza di tirocinio di quest'anno considerando anche la brusca sospensione dovuta all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

L'esperienza maturata in poco più di quattro mesi all'interno della Co.S.E.R. "Il Samaritano" ha arricchito non solo il mio bagaglio professionale ma anche quello personale. Fondamentale in questa mia esperienza è stata la figura del mio tutor il quale si è mostrato fin da subito disponibile trovando sempre dei momenti per me durante il suo turno. Mi ha chiarito sempre qualsiasi dubbio io gli ponessi riguardo il mio rapporto con gli utenti o le attività stesse, e mi ha dato numerosi spunti circa la mia tesi.

Durante l'esperienza di tirocinio ho messo in pratica e capito l'importanza di diversi strumenti della metodologia educativa: *l'osservazione educativa* e la *relazione educativa* sono state molto utili al fine di instaurare un rapporto di fiducia professionale e una relazione autentica con gli utenti.

Il mio tirocinio è stato, inoltre, caratterizzato da una costante *riflessione educativa* che mi ha sempre ricordato i miei limiti, il mio ruolo e la dignità degli utenti in quanto persone.

Ho utilizzato questi strumenti durante le attività all'interno della struttura e soprattutto durante i tempi non strutturati quando occorre essere pieni di inventiva e di creatività proponendo giochi o attività stimolanti per coinvolgere l'utente cercando di comprendere i suoi bisogni e i suoi desideri. In queste occasioni è stato, così, necessario utilizzare un altro strumento della metodologia dell'educatore professionale ovvero la costruzione di un *setting*, in quanto la definizione dello spazio e del tempo si dimostrava essere un intervento riabilitativo nei confronti dell'utenza.

Ho incontrato anche diverse criticità. Quella iniziale avuta con l'utenza è stata proprio nel primo approccio relazionale, essendo presente una notevole varianza nelle caratteristiche riguardanti gli utenti e nella loro storia, è stato necessario utilizzare strategie relazionali diverse con ognuno di loro. Un'altra difficoltà che ho avuto ha riguardato il fatto che mi sono messa sempre in discussione sul mio atteggiamento nei confronti dell'utenza. Grazie a questo, però, ho potuto capire la giusta vicinanza con ognuno di loro, perché essendo individui del tutto diversi tra loro anche i loro bisogni e il senso di corporeità e vicinanza era diverso per ognuno. C'era chi percepiva la vicinanza fisica come un'invasione dei propri

spazi personali quindi alzava poi un muro difficile da abbattere, per altri invece era proprio la chiave d'accesso per far aumentare la motivazione personale durante un'attività ad esempio. Per altri ancora un bacio o un abbraccio era una forma di elogio in mancanza dei quali veniva inficiata la propria autostima.

I momenti significativi che ho avuto in questo “breve” periodo di tirocinio sono diversi. Rilevante è stato l'approccio con la lingua dei segni: parlare con l'utente sordomuto e vedere le sue espressioni dopo l'attività di musicoterapia è stato talmente gratificante e stimolante che mi ha portato ad approfondire tale tematica in questa tesi di laurea.

Ho inoltre approfondito l'aspetto della responsabilizzazione e della distinzione dei ruoli. Per quanto riguarda il tema della responsabilizzazione posso dire che quest'anno ho sicuramente analizzato l'aspetto di pormi nei confronti dell'utenza con maggior professionalità. Questo lo deduco dal fatto che l'utenza soprattutto nell'ultimo periodo richiedeva la mia presenza anche in situazioni più delicate, ciò significa che sono riuscita ad acquisire un certo grado di autorevolezza proponendomi quindi come una guida, un sostegno a cui poter far riferimento in ogni momento.

Con l'utenza ho, infatti, instaurato una buona relazione educativa, professionale e autentica. Quindi ho perfezionato in questa esperienza buone capacità di autoriflessione sul mio agire professionale grazie alla quale mi sono messa in gioco rivedendo di volta in volta le modalità e l'utilizzo degli strumenti propri della metodologia educativa. Penso che soprattutto in questo settore l'autoriflessione assuma un'importanza molto elevata in quanto durante la relazione, visto anche l'atteggiamento di alcuni operatori del servizio, c'è sempre un rischio importante di *infantilizzazione* dei nostri utenti. Questo atteggiamento porta inevitabilmente alla regressione degli stessi.

Concludo con un pensiero che mi ha sempre accompagnato durante questi mesi di tirocinio formativo ovvero che ognuno di noi “è”, anche e soprattutto, così come è pensato e immaginato dagli altri. Ciò significa che noi (famiglia, educatori, società) siamo indispensabili per la costruzione di una identità adulta per le persone disabili. Se questo è vero allora dobbiamo interrogarci sul come vediamo l'immagine del disabile intellettivo come persona adulta, se siamo in grado di consentirgli di riconoscersi adulto nei nostri sguardi, atteggiamenti e comportamenti.

Conclusioni

Il punto focale di questa ricerca è l'analisi degli effetti delle terapie espressive nei soggetti ipoacusici.

In particolare l'obiettivo che si propone è quello di approfondire i risultati in ambito educativo-riabilitativo di tali laboratori, specialmente nei ragazzi ipoacusici o sordi.

Nel capitolo V, in cui vengono analizzate la musicoterapia e una modalità di comunicazione espressiva-aumentativa-alternativa (PECS), mi sono avvalsa di strumenti quali l'osservazione, griglie di valutazione e questionari per approfondire in maniera quanto più oggettiva l'importanza dell'agire educativo e della progettualità con metodo nell'intervento educativo.

Tale percorso intende pertanto offrirsi come uno spunto di riflessione su uno strumento sottovalutato, in special modo quando si ha a che fare con utenti sordi, ovvero quello delle terapie espressive.

Da questo elaborato è emerso che quest'ultime hanno fondamentale importanza in tutte le età, dalla nascita alla maturità dell'individuo sordo. È risultato evidente che la stimolazione a livello fisiologico, corporeo, del movimento, emozionale e cognitivo migliora nel ragazzo l'impulsività, l'interdipendenza, la bassa autostima e l'aggressività. Quest'ultime, infatti, sono effetti secondari alla deprivazione sensoriale e a un ambiente non facilitante.

Inoltre le terapie espressive aiutano a potenziare la comunicazione funzionale, migliorano la percezione uditiva e favoriscono l'integrazione delle funzioni corporee.

Questi risultati, sicuramente, variano a seconda dell'età di inizio di tale intervento educativo-riabilitativo, dalla presenza o assenza della protesi acustica o dell'impianto cocleare, dall'entità e dall'epoca di insorgenza del deficit, dalla predisposizione individuale per la comunicazione e dalla disponibilità alla comunicazione nell'ambiente (famiglia, scuola, ecc.).

Un altro punto, che ritengo fondamentale, descritto nella tesi è che, nell'ambiente della disabilità intellettiva e uditiva spesso è presente il rischio che gli operatori cadano in atteggiamenti di *infantilizzazione*. Quest'ultima, infatti, limita le potenzialità dei nostri

utenti, il sentimento della loro dignità, la loro autostima e il loro apporto alla crescita della società. Per prevenire questo è necessario che l'educatore professionale non abbandoni mai gli strumenti della propria metodologia che lo rendono professionista nel suo campo.

L'intento e l'intervento educativo sono, quindi, volti alla scoperta e al potenziamento delle risorse della persona in stato di svantaggio, allo sviluppo dell'autonomia attraverso l'articolazione di abilità e competenze finalizzate all'autonomia. Ignorare, non contrastare, ma addirittura favorire la tendenza alla dipendenza degli utenti attraverso abitudini consolidate, ripetitività delle attività e limiti spazio-temporali, economici ed organizzativi propri del servizio e della struttura di appartenenza possono dare luogo a processi di cronicizzazione. Tutto ciò rappresenta un danno secondario alla disabilità perché produce handicap come anche la non formazione degli operatori. Per questo è importante che l'educatore professionale continui a studiare, aggiornarsi e formarsi sempre.

Bibliografia

- ❖ Benenzon O., *La parte dimenticata della personalità. Nuove tecniche per la musicoterapia*, Borla, 2007
- ❖ Birkenshaw L., *Teaching music to deaf children*, Volta Rev, 1965, pp. 352-358, p.387.
- ❖ Bondioli A., *Gioco e educazione*, Franco Angeli Editore, 1996
- ❖ Canevaro A., *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*, Mondadori Bruno, 2006.
- ❖ Castano P., *Anatomia umana. Principi*, Edi.Ermes, 2006.
- ❖ *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento, 2001.
- ❖ Colleen M.H., Richard C.D., *Actor vocal training for the habilitation of speech in adolescent users of cochlear implants*, J Deaf Stud Deaf Educ, 2010, pp.140-151.
- ❖ Crispiani P., *Storia della Pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*, Edizioni ETS, Pisa, 2016, pp. 694-705.
- ❖ Darrow AA., *The role of music in deaf culture: implication for music educators*, J Res Music Educ ,1993, pp.93-110.
- ❖ De Filippis, *L' Impianto cocleare - Manuale operativo*, Elsevier – Masson, 2002, pp. 417-424.
- ❖ De Simone M., Burdo S., Cristofari E., Attardo M.F., Moalli R., *Indicazioni e caratteristiche dell'impianto colceare, in Sordità: aspetti riabilitativi, educativi e linguistici*. Guest Editor: Franco Fabbro, in *Saggi Child Development and Disabilities*, 2003, pp.41-46.
- ❖ Demetrio D., *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extra-scolastici*, La Nuova Italia Editrice, Scandicci, 1990, p.67.
- ❖ Fabbretti D., Tomasuolo E., *Scrittura e sordità*, Carocci, 2006.
- ❖ Festa I., Drigo P., *L'immagine corporea e la disabilità: il rapporto tra corpo e mente nella gestione quotidiana della patologia cronica*. Convegno Nazionale promosso da AMISB e ASBI nel mese dedicato alla Spina Bifida, 2013.
- ❖ Fux M., *Cos'è la Danzaterapia: il metodo Maria Fux*. Intervista con Betina M. Bensignor, Edizioni Del Cerro, 2006.
- ❖ Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, FrancoAngeli, Milano, 2007

- ❖ Gardou C., *Nessuna vita è minuscola. Per una società inclusiva*, Mondadori, Milano, 2015, p. 8, 37.
- ❖ Gfeller K., Driscoll V., Kenworthy M., Van Voorst T., *Music therapy for preschool cochlear implant recipients*, Music Therapy Perspectives, 2011; pp. 39-49.
- ❖ Gitti, *Sordità e apprendimento della lingua*, Franco Angeli, 2008, pp. 74-81.
- ❖ Govoni R.M., in Belfiore M., Colli M.L., *Tra il corpo e l'io. L'arte e la Danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Bologna, Pitagora, 1998.
- ❖ Hagedorn V., *Musical learning for hearing impaired children*, Res Persp, 1992, pp. 7-13.
- ❖ Montobbio E., Lepri C., *Chi sarei se potessi essere*, Edizioni Del Cerro, Pisa, 2000.
- ❖ Nota L., Rondal A., Soresi S.: "La valutazione delle disabilità" Primo volume. Erip Editrice. pag. 68 – 74.
- ❖ ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali: manuale per una classificazione riferita alle conseguenze della malattia (ICIDH)*, CLES Editore, Milano, 1980.
- ❖ Payne H., *Danzaterapia e movimento creativo*, Centro Studi Erickson, 1997.
- ❖ Pigliacampo R., *Parole in Movimento, Psicolinguistica del sordo*, Armando, Roma, 2009, pp. 98-99.
- ❖ Pizzuto E., Rossini P., Russo T., *Formazione di parole visivo-gestuali e classi grammaticali nella Lingua dei Segni Italiana (LIS)*, Bulzoni, Roma, 2003, pp.440-467.
- ❖ Radutzky E., *Dizionario bilingue elementare della Lingua dei Segni Italiana LIS*, 2001.
- ❖ Riva C. e Facchini V., *Amorgioco. Il bambino, la disabilità, il gioco*, Fatatrac, Firenze, 2005.
- ❖ Rodia C. e Rodia A., *Sulla lettura. Tra gioco e impegno personale*, Bari, Levante Editore, 2015, p. 13.
- ❖ Russo T., *La mappa poggiata sull'isola. Iconicità e metafora nelle lingue dei segni e nelle lingue vocali*, Centro Editoriale e Libraio di Arcavata di Rende, Cosenza, 2004, pp.359-382.
- ❖ Sacks O., *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi, 1986.
- ❖ Salemi G., *Metodo riabilitativo verbo tonale*. Corso di Laurea in Logopedia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 2014

- ❖ Silvester N., Valero J., *Oral language acquisition by deaf pupils in primary education: impact of musical education*, Eur J Spec Needs Educ, 2005; pp. 195-213.
- ❖ Staccioli G., *Il gioco e il giocare*, Carocci Editore, Roma 1998, p.15.
- ❖ Stanfield C.L., *Fisiologia. Quarta edizione*, EdiSES, Napoli, 2017.
- ❖ Stokoe W., *A Dictionary of American Sign Language on Linguistic Principles*, 1960.
- ❖ Toates F., *Psicobiologia del comportamento*, Pearson, Milano-Torino, 2014.
- ❖ Warren B., Coaten R., *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren, *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erikson, Trento, 1995, pp 67-93.
- ❖ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971.
- ❖ Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Armando Editore, 2020.
- ❖ Zaghetto A., *Nuove prospettive sulla produzione artistica in lingua dei segni italiana (LIS)*, Guerra Edizioni, Perugia, 2012.

Sitografia

- ❖ <http://ojs.uniba.it/index.php/glottodidattica/article/viewFile/154/25>
- ❖ <http://www.anios.it/Cos-%C3%A8-la-LIS>
- ❖ <http://www.governo.it/it/costituzione-italiana/principi-fondamentali>
- ❖ <https://anep.it/profiloprofessionale>
- ❖ <https://apps.who.int/bitstream/handle>
- ❖ <https://apps.who.int/classifications>
- ❖ https://psicologiadellasordita.weebly.com/uploads/1/6/9/9/1699542/01-storia_dei_sordi.pdf
- ❖ <https://www.doppioascolto.it/approfondimenti/cenni-storici-sulleducazione-dei-sordi-nel-mondo.html>
- ❖ <https://www.ens.it/la-lingua-italiana-dei-segni>
- ❖ <https://www.epicentro.iss.it/udito/>
- ❖ <https://www.treccani.it/enciclopedia/tag/apparato-uditivo/>