

HANDICAP

HANDICAP E DISADATTAMENTO SCOLASTICO

SOMMARIO

Introduzione - Riferimenti epidemiologici - Emergenza dei problemi e delle richieste - Disadattamento scolastico e handicap in età evolutiva - Disadattamento scolastico e handicap in età adulta.

Introduzione

Dopo una sperimentazione durata circa sette anni, dal 1977 in Italia i minori portatori di handicap sono inseriti, per legge, nella Scuola dell'Obbligo. Con ritmi, intensità e modi diversi l'inserimento di bambini portatori di h. avviene, più o meno a partire dagli stessi anni, anche per la Scuola Materna e per gli Asili Nido. Con una sentenza della Corte Costituzionale, il provvedimento è stato esteso, nel 1987, alla Scuola Superiore.

La politica di integrazione dei minori portatori di h. riguarda, in linea di principio, tutti i soggetti interessati, senza eccezioni per tipi di h. o per gradi di gravità. Sotto questo aspetto e per la totalità della scelta (*tutti* i portatori di h. in *tutte* le scuole per *tutto* l'orario scolastico) il modello italiano è tuttora unico al mondo, tanto che, essendo ritenuto esemplare, in diversi paesi si stanno facendo delle sperimentazioni piuttosto decise nella stessa direzione.

Di fatto l'integrazione scolastica dei minori portatori di h. ha modificato, e sta tuttora modificando, la geografia, l'epidemiologia, la cultura e (va sottolineato) la storia naturale dell'h. e la qualità di vita dei portatori di h.

In questa cornice, e nell'intenzione di comprendere il fenomeno h. in una prospettiva nuova, ci sembra utile affrontare i seguenti quesiti:

- 1) *chi* sono e *quanti* sono i minori portatori di h.?
- 2) quali tipi di problemi presentano, e con quali *gradi* di *gravità*, i minori portatori di h.?
- 3) in quali età emergono e sono riconoscibili i diversi h. e con quali tipi di *bisogni* e richieste di intervento?
- 4) quali sono le *sovrapposizioni* e le *differenze cliniche ed epidemiologiche*, fra h., disturbi psicopatologici e disadattamento scolastico?
- 5) quali sono gli *obiettivi* e quali *risultati* che si possono perseguire, adottare e ottenere per i minori portatori di h., con l'integrazione scolastica?
- 6) *cosa succede quando la scuola finisce?* Come si preparano, negli anni della scuola, l'integrazione sociale e l'avvicinamento al lavoro?

È evidente che nel delineare alcune risposte a questi interrogativi forniremo tanto dei dati quanto dei problemi.

L'argomento su cui, in questo contesto, vogliamo mettere l'accento è: il *rapporto* fra h. e integrazione scolastica. Questa precisazione è essenziale e ci consente di leggere i dati secondo *due* chiavi operative: *a)* comprendere la storia naturale degli h. per facilitare l'integrazione dei minori portatori di h.; *b)* conoscere le sequenze dell'integrazione scolastica per migliorare la storia naturale degli h.

Riferimenti epidemiologici

In una popolazione di circa 6.500.000 bambini frequentanti la Scuola dell'Obbligo (e la Scuola Materna Statale) sono stati inseriti (nel 1986-87) circa 103.000 portatori di h., con una prevalenza di 1,56 su 100.

Questo dato di prevalenza corrisponde alle diverse stime già fatte nel 1977-80 di 1,60 su 100 (Levi, 1981), viene confermato dalle successive verifiche 1988-90, e risulta abbastanza omogeneo rispetto alle diverse aree geografiche e rispetto alle diverse concentrazioni urbane.

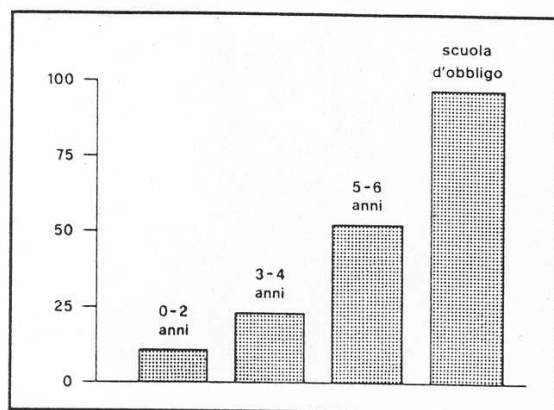


Fig. 1. Percentuali di inserimento dei minori portatori di h.

Considerando le variazioni collegate con i fattori età, ciclo scolastico e i rapporti fra le diverse istituzioni scolastiche e prescolastiche pubbliche e private si può ritenere (fig. 1) che: *a)* nella fascia dell'obbligo scolastico l'inserimento scolastico copre la quasi totalità dei casi e la prevalenza reale è di circa 2,1 bambini su 100; *b)* nella fascia 0-6 anni la prevalenza reale è analoga alla precedente (2,4 bambini su 100), ma l'inserimento riguarda circa 52 bambini su 100 portatori di h. nella fascia 5-6 anni e circa 23,5 bambini su 100 portatori di h. nella fascia di età 3-4 anni; per la fascia di età 0-2 anni la stima più probabile dell'inserimento è di circa 11 bambini su 100 portatori di h. Per le

fascie di età più basse va considerato che: *a)* anche per la popolazione normale, Scuola Materna e Asilo Nido coprono solo una parte del fabbisogno; *b)* in età prescolare i bambini portatori di h. ricevono interventi riabilitativi tendenzialmente

individuali e presso Centri specializzati.

Nelle figg. 2-4 viene rappresentata la composizione per tipologia degli h. presentati dai minori portatori di h. inseriti. La distribuzione epidemiologica degli h. risulta interessante sotto i seguenti aspetti:

1) gli h. *fisici* coprono complessivamente circa il 21 % del problema; con più esattezza. su 100 bambini portatori di h. 2 risultano *non-vedenti*, 5 risultano *non-udenti* e 13 presentano gravi limitazioni motorie (paralisi cerebrali infantili, miopatie. etc.), 1 presenta problemi multipli (malformazioni congenite, h. visivi, uditivi e motori);

2) gli h. *psichici* coprono complessivamente circa il 79% del problema; con più esattezza. su 100 bambini portatori di h., 37 presentano importanti e prevalenti ritardi cognitivi (6 di grado grave e 3 di grado medio); 28 presentano importanti e prevalenti problemi neuropsicologici di apprendimento (19 con problemi tipo dislessia e 9 anche con problemi persistenti tipo disfasia); 14 presentano importanti e prevalenti problemi affettivo-relazionali (6 di tipo psicotico e 8 tipo disturbi della condotta).

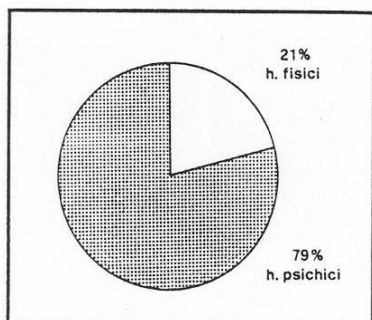


Fig. 2. Composizione per tipologia degli h. nei minori.

Può essere utile considerare questi dati in termini di stime di attesa dei Servizi Sanitari o della Scuola: a) in una popolazione di 10.000 bambini...; b) in una Scuola di 1000 bambini... Una griglia di attesa ragionata può consentire di comprendere sia le ricorrenze costanti sia le eccezioni dovute alle dimensioni dell'universo considerato o a concentrazioni artificiali.

Emergenza dei problemi e delle richieste

La griglia epidemiologica che abbiamo esaminato ci consente di valutare l'articolazione del fenomeno h. nel tempo:

1) gli h. *fisici* (motori, uditivi, visivi, multipli) emergono e sono riconoscibili, in grandissima prevalenza, nel primo anno di vita. Nonostante alcuni ritardi diagnostici persistenti, la maggior parte dei bambini portatori di h. fisici hanno una presa in carico terapeutica entro i primi 3 anni di vita; questo significa che, rispetto all'integrazione sociale-scolastica, *tutti* questi bambini tendono a essere inseriti già in Scuola Materna e ad entrare in Scuola Elementare con un progetto educativo già avviato. Va anche sottolineato che i portatori di h. fisici (se non presentano anche problemi psicologici secondari) richiedono interventi tecnici molto specifici e settoriali e non hanno limitazioni generali nell'apprendimento e nella socializzazione;

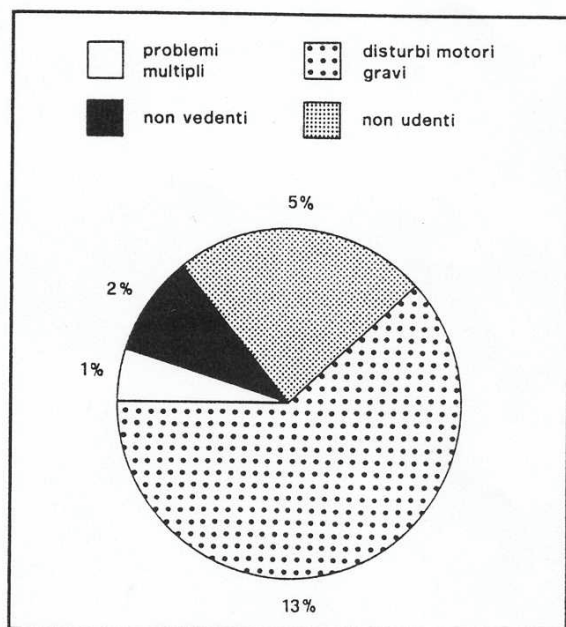


Fig. 3. Distribuzione degli h. fisici (21% degli h. in età evolutiva).

2) gli h. *psichici* (cognitivi, neuropsicologici, affettivi, relazionali) emergono e sono riconoscibili nei primi 3 anni di vita; nella maggior parte dei casi, le segnalazioni e la diagnosi clinica avvengono in questi tempi, ma la diagnosi funzionale (per tipo e per grado di gravità) e la presa in carico terapeutica avvengono intorno ai 4-6 anni, mentre la presa in carico educativa si addensa intorno ai 5-6 anni per i casi medio-gravi e intorno ai 6-7 anni per i casi medio- lievi. Va segnalato che inoltre un terzo dei casi (in particolare per i disturbi di comportamento e per i disturbi di apprendimento) i problemi vengono presi seriamente in considerazione solo quando i bambini hanno 10-11 anni.

In sintesi: a) i bambini portatori di h. fisici tendono ad essere riconosciuti e seguiti in tempo utile e, quando entrano nella Scuola dell'Obbligo, tendono a presentare una richiesta tecnico-sanitaria molto precisa e una domanda pedagogica di per sé non particolare e non specifica; b) i bambini portatori di h. psichici tendono a essere riconosciuti e seguiti con incertezza e ritardo e, quando entrano nella scuola,

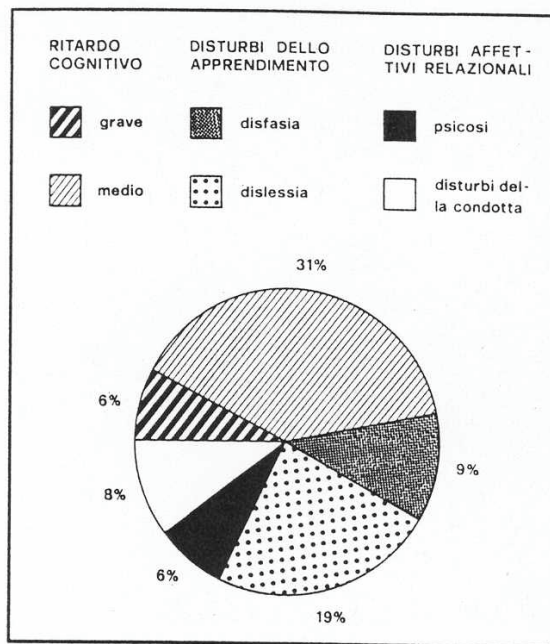


Fig. 4. Distribuzione degli h. psichici (79% degli h. in età evolutiva).

presentano una domanda pedagogica molto particolare e molto specifica per poter sviluppare gli apprendimenti psicologici, sociali e cognitivi compatibili con le loro possibilità.

Se consideriamo con la dovuta attenzione i processi di emergenza delle richieste presentate dai bambini portatori di h., ci rendiamo ben conto di alcuni importanti fenomeni:

1) i bambini che presentano h. psichici hanno un rischio molto elevato: a) di *non utilizzare* e impoverire le loro potenzialità già limitate, b) di *deteriorare* in ogni momento le loro acquisizioni già fragili. c) di *aggregare* alle loro difficoltà di base un problema psichiatrico secondario;

2) la gran parte delle prognosi, per i bambini con h. psichici, dipende dalla tempestività della diagnosi (per tipo e per grado di gravità) e dalla specificità ed intensità degli interventi educativi (portati a termine) entro i 5-6 anni, in Scuola Materna.

Disadattamento scolastico e handicap in età evolutiva

I bambini portatori di h. coprono una parte limitata del disadattamento scolastico: a) esistono molti bambini che presentano disadattamento scolastico (che rendono male e stanno psicologicamente male a scuola), per diverse carenze, anche neuropsicologiche o psicopatologiche, senza poter essere considerati portatori di h., in senso stretto; b) esistono molti bambini che presentano una sofferenza psicologica anche seria, senza dimostrare disadattamento scolastico, in quanto, almeno in apparenza, hanno un grado di apprendimento accettabile e non manifestano difficoltà di comportamento tali da indurre socialmente ad una segnalazione.

Questi fenomeni paralleli vanno considerati come un problema epidemiologico, come un problema diagnostico e come un problema prognostico.

Il *problema epidemiologico*: come già detto, circa 2 bambini in età scolare su 100 presentano un h.; circa 20-25 bambini su 100 presentano invece un insuccesso scolastico significativo (una o più ripetenze, abbandono scolastico); fra questi 20-25 bambini, circa 15-20 rivelano una situazione di svantaggio socioeconomico e socioculturale *non* riconducibile a carenze neurologiche o psicopatologiche; circa 3 bambini su 100 rivelano una disabilità specifica di apprendimento (su base neuropsicologica, di tipo dislessico, ma non stabile); circa 2 bambini su 100 presentano un disturbo depressivo, che si manifesta attraverso una inibizione affettiva dell'intelligenza; circa 1 bambino su 100 presenta un'organizzazione prepsicotica della personalità, che spesso limita le relazioni sociali e le prestazioni scolastiche,

Considerando i fenomeni di sovrapposizione (*overlapping*), potremmo trarre le seguenti conclusioni: su 100 bambini, circa 2 presentano h. franco, circa 15 presentano disadattamento scolastico su base socioculturale e circa 9 presentano disturbi psicologici a diversa espressività clinica.

Il *problema diagnostico* e il *problema prognostico* sollevati dai rapporti di continuità epidemiologica fra h. e disadattamento scolastico sono piuttosto evidenti e complementari:

1) è importante individuare in tempo utile e con la massima affidabilità i bambini che presentano h. franco tra la popolazione (oltre dieci volte più ampia) dei bambini che presentano problemi psicologici sfumati o non persistenti;

2) è importante individuare, *oltre* i bambini con h., quelli già messi in gravi difficoltà dai problemi psicopatologici che tendono ad aggravarsi nel corso degli anni, sino ad esplodere come problemi psichiatrici franchi in età adolescenziale o in età adulta.

In termini molto sintetici, in età evolutiva (in parte in età prescolare e in parte nella scuola elementare) è possibile e necessario riconoscere, accanto a ogni bambino che presenta h. psichico, un altro bambino che presenterà problemi psichiatrici da adulto e 2 altri bambini che vivono in una situazione di stress psicologico insostenibile.

Problema diagnostico e problema prognostico vanno considerati insieme in base alle seguenti riflessioni:

1) h. e disadattamento sociale si collocano su un *continuum* di disagio psicologico che ha, come estremi, situazioni ai limiti della norma e situazioni di patologia conclamata e persistente;

2) se un bambino non presenta h. franco può presentare una situazione di rischio psicopatologico, che può evolvere prima verso il disadattamento e, in seguito, anche verso l'h. o la patologia psichiatrica clinicamente evidente;

3) se un bambino presenta h., la gravità del suo h. *non* è, per definizione, stabile nel tempo; h. di pari gravità sintomatologica a una certa età possono evolvere verso quadri di disabilità sociale e psicologica molto differenti;

4) poiché h., disadattamento scolastico e disabilità sociale sono fenomeni che, comunque, si sviluppano nel tempo e con successione evolutiva prevedibile, è importante che ogni operazione diagnostica consideri il presente e il futuro.

Una piena considerazione dell'h. e della disabilità come processo evolutivo può facilitare quattro obiettivi della diagnosi e della programmazione sanitaria:

a) che i problemi clinici dell'h. e del disadattamento scolastico vengano presi in carico prima dell'età scolare;

b) che i problemi psicopatologici a emergenza clinica preadolescenziale e adolescenziale vengano individuati prima che finisca la scuola elementare;

c) che l'h. fisico venga prevenuto e contenuto al massimo come disabilità sociale e che non sia il terreno di coltura per disturbi psicopatologici secondari del tutto evitabili;

d) che gli h. psicologici (cognitivi e affettivi) vengano riconosciuti come tali e che, tramite una programmazione realistica degli interventi possibili, si raggiungano obiettivi ottenibili e non si inseguano, con danno e delusioni catastrofiche, obiettivi impossibili.

Disadattamento scolastico e handicap in età adulta

I rapporti fra h. e disadattamento scolastico hanno conseguenze a lungo termine sui rapporti fra h. e adattamento lavorativo e sociale.

Su 100 bambini (fra quelli che hanno presentato h. franco in età evolutiva) 8 continueranno a presentare h. e disabilità grave in età adulta; fra questi, in 2 casi su 3 si tratta di persone che presentano ritardo mentale di grado medio-grave.

Fra i 9 bambini su 100 che hanno presentato problemi psicopatologici in età evolutiva 1 presenterà problemi psichiatrici a gravità crescente in età adulta.

La "ricaduta" di questi due dati rispetto all'efficacia degli interventi preventivi e terapeutici avviene su due piani: a) qualità della vita per i soggetti portatori di h. da adulti, in rapporto alla selettività degli interventi ricevuti da bambino; b) deterioramento psicopatologico e disabilità sociale per soggetti che da bambini non presentavano h., pur presentando problemi psicologici.

a) Su 8 portatori di h. che portano la loro disabilità dall'età evolutiva all'età adulta, 7 possono avere una vita lavorativa limitata ma ragionevole (per 5 in condizioni di semiautonomia e per 2 in condizioni di partecipazione guidata senza reale autonomia).

Il fattore *vita lavorativa* risulta essere, come prevedibile, il principale, anche se non unico, vincolo per le possibilità di vita sociale e il principale deterrente per il rischio psichiatrico secondario. A sua volta le possibilità reali di vita lavorativa dipendono enormemente, oltre che dall'esistenza oggettiva di un mercato e di una rete di disponibilità, dal momento di vita in cui l'avviamento lavorativo è stato programmato con una consapevolezza piena sul tipo e sul grado di gravità dell'h. Per i soggetti con *ritardo mentale* medio-grave è essenziale che la diagnosi di gravità sia fatta al di sotto dei 6 anni e il progetto educativo cominci a essere finalizzato a partire dai 10 anni di vita.

b) I bambini che pur non presentando h. hanno problemi e disturbi di vario tipo corrono un rischio psichiatrico da sei a otto volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Questo dato conferma l'indicazione a considerare l'h. e la disabilità psicologica come fenomeni *life span* (cioè in tutto l'arco dell'esistenza): 1) un h. può essere ridimensionato come gravità se considerato in tempo e in rapporto a tutti i normali appuntamenti e incidenti di vita; 2) una disabilità può emergere lentamente nel corso degli anni quando un problema psicopatologico o un disturbo di sviluppo non vengono considerati in tutta la loro potenzialità patogena e se gli incidenti di vita non vengono previsti e il bambino con problemi viene lasciato solo con la sua vulnerabilità.

In sintesi: l'inserimento scolastico dei minori portatori di h. ci ha dato una nuova visione dell'h. come problema evolutivo.

Diagnosi tempestiva di tipo e di gravità (1) interventi mirati su obiettivi concreti e scaglionati nel tempo (2) e costruzione di una rete di supporto articolata (3), sono i fattori che possono consentire a tutti i portatori di h. di affrontare le loro difficoltà senza aggravarle e, circoscrivendole, mantenere una vita sociale e psicologica al meglio delle loro possibilità reali.

Bibliografia

Levi G., *Neuropsichiatria Infantile*, 1981, 235-236, 223-237.

Levi G., *Problemi dell'handicap e problemi psicopatologici dopo 15 anni di integrazione*, Relazione al Convegno "Handicap oggi: verso un sistema integrato", Amantea, maggio 1989.