



READY TEDDY, GO!



E-COMPENDIUM



Co-funded by
the European Union



E-Compendium

"L'inclusione è vista come un processo che affronta e risponde alla diversità dei bisogni di tutti gli studenti, aumentando la partecipazione all'apprendimento, alle culture e alle comunità e riducendo l'esclusione all'interno e dall'istruzione. Comporta cambiamenti e modifiche nei contenuti, negli approcci, nelle strutture e nelle strategie, con una visione comune che riguarda tutti i bambini della fascia d'età appropriata e la convinzione che sia responsabilità del sistema regolare educare tutti i bambini".

(Linee guida per l'inclusione, UNESCO, pag. 14, 2005)

Ingrid Körner, Presidente di Inclusion Europe



Prefazione

I genitori di bambini con autismo o disabilità intellettiva lieve possono essere sottoposti a uno stress tremendo, indipendentemente dal fatto che si siano preparati mentalmente a questa diagnosi o meno. Può sembrare che non ci sia mai abbastanza tempo per fare tutto ciò che deve essere fatto. La concentrazione e l'attenzione sui bambini la cui esistenza quotidiana è influenzata da disabilità o disfunzioni è tale che ai genitori rimane poco tempo o poca energia per concentrarsi sugli altri figli.

La gravità dei problemi comportamentali dei bambini con autismo e disabilità intellettiva, così come le loro caratteristiche difficoltà a generalizzare le abilità appena acquisite in altri contesti, sottolineano l'importanza di massimizzare la quantità di servizi di intervento disponibili e di fornire tali servizi in più di un singolo ambiente. Per questi motivi, la partecipazione dei genitori al trattamento dei bambini può contribuire in modo significativo al tasso di progresso di un bambino. Tuttavia, un ruolo molto importante è attribuito ai terapeuti e agli altri professionisti che guidano la terapia e si affidano al coinvolgimento dei membri della famiglia per moltiplicare l'effetto del trattamento.

Trovare la giusta guida da parte di un terapeuta esperto per sostenere un bambino con bisogni speciali può essere prezioso. Per alcuni genitori, la consulenza significa essere aiutati a superare un momento difficile della vita genitoriale. Per altri, significa ottenere un aiuto regolare che affronti i problemi clinici del bambino. I terapeuti possono aiutare i genitori a superare gli ostacoli dell'infanzia e dell'adolescenza, spesso più impegnativi per i bambini con bisogni speciali.

I bambini con autismo o disabilità intellettiva sono sottoposti a diverse terapie e trattamenti medici. Senza di essi, la vita delle loro famiglie sarebbe più impegnativa e difficile da immaginare. A volte queste terapie sono scientificamente provate, ma capita che un'alternativa terapeutica priva di sfondo scientifico sia piuttosto favorevole al funzionamento quotidiano di un bambino con bisogni educativi speciali (BES). Grazie al nostro e-compendium, i genitori e i terapisti potranno contare su alcune linee guida, consigli e trattamenti di supporto o di accompagnamento che possono rafforzare le soluzioni finora adottate. La pubblicazione comprende un elenco di rimedi già esistenti e fornisce allo stesso tempo i benefici che ne derivano.

Ready, Teddy, Go! Membri del Consorzio



INDICE DEI CONTENUTI

PREFAZIONE	3
1. INTRODUZIONE	5
2. APPROCCIO METODOLOGICO	5
3. STATISTICHE IN OGNI PAESE	7
A) ASD	8
B) DISABILITÀ INTELLETTUALI	8
C) DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO SPECIALI	9
4. RUOLO COME GENITORE	12
A) RISPOSTA ALLA DIAGNOSI	12
B) LINEE GUIDA PER I GENITORI	13
C) COSTRUIRE UNA RETE DI SUPPORTO	14
D) PRENDERSI CURA DI SÉ	15
5. RUOLO DEL TERAPEUTA	17
A) PRINCIPALI SFIDE.....	18
B) LE SOLUZIONI SELEZIONATE	19
C) COLLABORAZIONE CON I GENITORI	22
D) AUTOPROMOZIONE	24
6. SOLUZIONI TERAPEUTICHE SELEZIONATE PER I BAMBINI CON BES - CASI DI STUDIO	24
CASO DI STUDIO N. 1.....	25
CASO DI STUDIO N. 2.....	26
CASO DI STUDIO N. 3.....	27
CASO DI STUDIO N. 4.....	28
CASO DI STUDIO N. 5.....	29
CASO DI STUDIO N. 6.....	31
CASO DI STUDIO N. 7.....	32
CASO DI STUDIO N. 8.....	34
CASO DI STUDIO N. 9.....	36
CASO DI STUDIO N. 10.....	37
CASO DI STUDIO N. 11.....	38
CASO DI STUDIO N. 12.....	40
7. CONCLUSIONI	41
TESTIMONIANZE	42
FONTI	55
RISORSE INTERNET:.....	57



1. Introduzione

E-COMPENDIUM - risultato del progetto n. 1 - è un elenco di soluzioni e pratiche già esistenti applicate nei Paesi partner, che mirano a potenziare le competenze chiave degli studenti con BES.

Poiché esistono molti metodi, metodologie, tipi di terapie che rafforzano i risultati delle terapie e del processo educativo degli studenti con disabilità intellettiva in un contesto più ampio, questo documento includerà il confronto degli effetti e la presentazione di casi di studio.

Gli educatori o i genitori con bisogni educativi speciali possono sfogliare molte risorse, tra cui Internet o quelle interattive, il che richiede molto tempo, ma ciò che è più importante è che le scoperte non devono necessariamente riguardare il determinato aspetto delle difficoltà di apprendimento/sociali che affliggono il loro studente/figlio. Ci sono molti esempi di giocattoli interattivi, strumenti, terapie "soft" che sono sparsi nelle pubblicazioni scientifiche, nei video, in Internet o nei social media, non raccolti in un'unica fonte affidabile.

Inoltre, le informazioni raccolte in tale fonte dovrebbero essere scientificamente provate, raccomandate da insegnanti di sostegno, terapeuti, professionisti e supportate da effetti affidabili. C'è ancora un po' di spazio per creare la fonte auspicabile, che potrebbe essere estremamente utile negli sforzi quotidiani dei genitori o degli educatori.

L'E-COMPENDIUM si propone di raccogliere tutti i risultati in un'unica fonte utile.

I principali **destinatari dell'E-compendium** sono gli educatori/insegnanti che si occupano di bisogni speciali, ma anche altri professionisti/operatori/volontari che si occupano di giovani studenti con disturbi mentali e rappresentanti di ONG o di centri di educazione ai bisogni speciali.

L'**impatto** previsto dell'E-compendium è il seguente:

- Gli educatori dei bisogni speciali arricchiranno le loro conoscenze e abilità pratiche e saranno in grado di incorporare alcune soluzioni proposte nella loro pratica quotidiana. Le loro competenze saranno rafforzate e le conoscenze aumenteranno. Il rapporto insegnante-studente migliorerà grazie all'utilizzo delle pratiche e degli esempi raccolti.
- I genitori troveranno alcune risposte o soluzioni che li aiuteranno a sviluppare le abilità sociali dei loro figli, ad apprendere approcci per la risoluzione dei problemi o a ricevere supporto per le sfide che devono affrontare nel portare avanti il tipo di genitorialità che desiderano fornire. Riconoscono che le caratteristiche dei loro figli possono richiedere competenze speciali oltre alle conoscenze generali, agli atteggiamenti e alle pratiche necessarie ai genitori.

2. Approccio metodologico

La Fondazione IRIS e E-Nable Greece, con il contributo di tutti i partner, hanno sviluppato un E-compendium per trasferire esempi di soluzioni che supportano e rafforzano lo sviluppo delle competenze

sociali e civiche. Gli esempi reali e scientificamente provati sono stati forniti da professionisti, operatori e terapisti attivamente coinvolti nel processo educativo. La Fondazione IRIS ha condotto e raccolto tutti i risultati delle interviste condotte durante il progetto in una risorsa facilmente accessibile. I partner potevano scegliere tra diversi metodi: **interviste, focus group, sessioni di co-creazione, video selfie / vlog e testimonianze**. Dovevano scegliere almeno 2 metodi. Inoltre, ogni partner doveva raccogliere testimonianze e fornirne almeno 3. Inoltre, i partner dovevano raccogliere 2 **casi di studio**.

Per tutti i tipi di interviste i partner dovevano utilizzare le domande elencate nel Template per i contributi (interviste, focus group, sessioni di co-creazione, vlog, testimonianze). Le domande erano le seguenti:

DOMANDE PRINCIPALI	DOMANDE AGGIUNTIVE / PIU' DETTAGLIATE
Che tipo di approccio terapeutico utilizzi? Quanti bambini hai di solito in terapia?	Questo numero dovrebbe essere ridotto o meno?
Questa terapia può essere condotta solo in una scuola speciale o può essere incorporata nel curriculum scolastico tradizionale o nelle attività extracurricolari (ECA)?	Il numero è efficace?
Quali sono le principali condizioni/norme (da soddisfare) perché la terapia abbia successo?	I genitori devono essere d'accordo (per mandare un bambino alla scuola tradizionale) o ci sono dei vincoli derivanti dalla struttura del sistema educativo nazionale?
Quali sono i fattori abilitanti essenziali per il successo della terapia?	Hai bisogno di un supporto supplementare (ad esempio, mentale o fisico; maggiore coinvolgimento nell'ambiente domestico)?
Ritieni che il tuo lavoro sia pericoloso? Ti senti sicuro/a quando svolgi alcune attività?	Questa terapia/approccio/soluzione funziona singolarmente o il risultato è/potrebbe essere molto migliore se combinato con altre soluzioni complementari?
Ci sono terapie/soluzioni che, in base alla tua esperienza, sono efficaci, ma non sono altamente raccomandabili?	Ti sei mai trovato/a in situazioni di pericolo e come hai reagito/ cosa hai fatto?
Collabori con i genitori/rappresentanti legali per migliorare l'efficacia della terapia?	Quali sono le ragioni per cui non utilizzi/ attui queste soluzioni alternative?
Pensi che ci siano genitori/rappresentanti legali che potrebbero impegnarsi nell'autopromozione?	Come collabori con loro?



I partner hanno deciso di utilizzare interviste e focus group con almeno 4 persone. Le interviste sono state condotte individualmente.

3. Statistiche in ogni paese

L'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità afferma il diritto all'istruzione come fondamentale. Nonostante le limitate competenze dell'Unione europea in questo campo, il Forum europeo sulla disabilità ritiene che il diritto all'istruzione inclusiva debba essere considerato e tutelato dall'UE, in quanto parte dei suoi valori e principi fondamentali e diritto umano universale.

Il tasso di abbandono scolastico è più alto per gli alunni con disabilità a causa delle barriere (architettoniche, legali, attitudinali) che ostacolano l'accesso all'istruzione, soprattutto per gli studenti che necessitano di un supporto di alto livello. I dati più recenti disponibili a livello europeo mostrano che il 20,3% delle persone con disabilità ha abbandonato la scuola rispetto al 10,8% delle persone senza disabilità. Inoltre, solo il 30,9% degli studenti con disabilità ha proseguito con l'istruzione terziaria.

I bambini hanno interessi, talenti e abilità diverse. Questo vale per i bambini con e senza disabilità. Una scuola inclusiva accoglie queste differenze e crea un ambiente in cui ogni bambino può imparare al proprio ritmo. In una scuola inclusiva, l'attenzione si sposta da ciò che un bambino **non può** fare a ciò che **può** fare. L'inclusione è diversa dall'integrazione: Non sono gli alunni a doversi adattare, ma il sistema educativo che deve tenere conto delle diverse esigenze.

I genitori di bambini con disabilità intellettiva chiedono da tempo scuole inclusive, in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ONU CRPD). Tuttavia, in molti Paesi europei i bambini con disabilità intellettiva frequentano ancora scuole speciali che consentono una scarsa interazione con i bambini senza disabilità e non offrono ai bambini le stesse opportunità di crescere e, in seguito, di accedere al mercato del lavoro.

L'Europa dell'inclusione chiede che i Paesi introducano ovunque scuole inclusive e smettano di segregare i bambini in scuole speciali. Affinché questo approccio abbia successo, i bambini con disabilità devono ricevere il sostegno di cui hanno bisogno. Gli insegnanti e gli educatori devono capire e accettare che i bambini possono imparare insieme, anche se i loro obiettivi educativi e le loro capacità non sono gli stessi. Per realizzare questo cambiamento, è necessaria una forte leadership da parte dei presidi e dei consigli scolastici.

Ogni Paese identifica gli alunni con disabilità e con bisogni educativi speciali in modo diverso. Questa variazione può rendere difficile un facile confronto dei dati. Tuttavia, è possibile osservare alcune tendenze generali in Europa:

- In tutti i Paesi esiste un problema relativo agli studenti con disabilità che sono ufficialmente iscritti a scuola ma che non frequentano mai le lezioni.
- Diversi Paesi presentano un chiaro aumento delle percentuali di alunni con una diagnosi ufficiale di bisogni educativi speciali.

- Tutti i Paesi presentano una leggera diminuzione della percentuale di studenti con disabilità che vengono educati in ambienti educativi segregati (classi e scuole speciali).

a) ASD

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Europa, l'autismo colpisce 1 persona su 100, il che significa che in **Polonia** si stima che ci siano 400.000 persone nello spettro autistico (adulti e bambini). Lo studio ha rivelato che il numero di studenti con diagnosi di autismo e sindrome di Asperger è aumentato del 20% negli ultimi anni. Le statistiche mostrano anche che l'autismo viene diagnosticato nei ragazzi con una frequenza 4 volte superiore rispetto alle ragazze, analogamente alla **Lituania**.

Secondo la dichiarazione rilasciata dall'Ufficio del Commissario per il Volontariato e le Organizzazioni Non Governative, il numero di bambini e persone affette da autismo a **Cipro** è approssimativamente ritenuto pari a 2000, con gli specialisti che citano un forte aumento dei casi negli ultimi dieci anni. In particolare, a seguito della World Population Review, Cipro ha dimostrato che la prevalenza per 10.000 bambini a cui è stato diagnosticato l'ASD è del 73,90%.

Per quanto riguarda il Disturbo dello Spettro Autistico in **Spagna**, è necessario concentrarsi sul Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, poiché non esiste una categoria specifica che raccolga i dati sull'ASD, in quanto questo disturbo rientra in qualsiasi disabilità intellettiva e disabilità multipla.

In **Italia** si stima che 1 bambino su 77 (di età compresa tra i 7 e i 9 anni) presenti un disturbo dello spettro autistico, con una prevalenza maggiore nei maschi: i maschi hanno una probabilità 4,4 volte superiore rispetto alle femmine.

b) Disabilità intellettuali

Secondo i risultati del Censimento nazionale della popolazione e delle abitazioni del 2011, il numero totale di persone con disabilità era di quasi 4,7 milioni (esattamente 4.697,0 mila). Pertanto, il numero di persone con disabilità in **Polonia** rappresentava il 12,2% della popolazione del Paese. Il numero totale di bambini con disabilità alla fine del 2014, secondo l'EHIS, era di oltre 211.000 unità.

Attualmente, la percentuale di bambini con BES all'interno dell'intera popolazione scolastica di **Cipro** ha raggiunto il 7%.

Il bisogno educativo speciale più diffuso tra gli alunni iscritti in **Grecia** è la disabilità intellettiva, che rappresenta il 33,8%, seguita dall'autismo con il 33,0%.

Parlando della distribuzione degli studenti con bisogni educativi speciali in **Spagna**, si può facilmente notare che la disabilità intellettiva è il valore più alto - oltre un terzo della popolazione totale di studenti, per la precisione il 38,1%.

In **Italia** il problema più comune è la disabilità intellettiva (42% degli studenti con sostegno), seguita dai disturbi dello sviluppo (26,4%). Negli ultimi anni si è osservato un aumento del numero di alunni con disturbi dell'attenzione, del linguaggio e dello sviluppo (questi ultimi sono passati dal 17% al 26,4%).



In **Lituania** i bambini con disabilità costituiscono circa il 3% della popolazione pediatrica globale. La principale causa di disabilità nei bambini è rappresentata da disturbi mentali e comportamentali, malformazioni congenite, deformità e anomalie cromosomiche. I bambini autistici rappresentano il 17% di tutte le disabilità intellettive diagnosticate nei bambini.

c) Difficoltà di apprendimento speciali

Non esistono dati specifici relativi a particolari difficoltà di apprendimento in **Polonia** e a **Cipro**; tuttavia, in Polonia si stima che la **dislessia** nei Paesi sviluppati possa colpire dal 5 al 15% della popolazione. Recentemente è stato rilevato un costante aumento di questo numero in questi Paesi, al contrario della **Lituania**, dove il numero di casi di dislessia è diminuito della metà (da circa il 10% al 5%), poiché la lingua lituana è favorevole alla lettura - è definita una lingua trasparente.

In tutto il mondo si stima che la **discalculia** colpisca tra l'1,3% e il 13,8% dei bambini in età scolare, con una media di circa il 6%. Gli studi condotti in **Grecia** mostrano che il 6,3% della popolazione scolastica ne è affetto.

Le difficoltà di apprendimento, che comprendono anche la dislessia, la **disgrafia**, la discalculia e l'**ADHD**, costituiscono il gruppo più numeroso di studenti con esigenze specifiche di sostegno educativo in **Spagna**. Tra queste si distinguono le disabilità intellettive (27,4% della popolazione studentesca), il disturbo pervasivo dello sviluppo (26,4%) e il disturbo comportamentale/di personalità grave (24,6%).

Le difficoltà specifiche di apprendimento possono coesistere con altre disabilità e/o tipi di disturbi dello sviluppo, come i disturbi del linguaggio, della coordinazione motoria e dell'attenzione. Inoltre, può esserci una stretta correlazione tra i disturbi specifici dell'apprendimento e i disturbi emotivi e comportamentali. Nel corso degli anni, il numero di diagnosi di difficoltà specifiche di apprendimento in **Italia** è aumentato. In particolare, tra il 2004 e il 2019, la quota di alunni con DSA sul totale degli alunni è aumentata dallo 0,8% al 3,1% nella scuola primaria, dall'1,6% al 5,9% nella scuola secondaria di primo grado (che inizia a 11 anni e dura 3 anni) e dallo 0,6% al 5,3% nella scuola superiore (che inizia a 14 anni e dura 5 anni consecutivi). I disturbi di dislessia rappresentano il 39,6% del numero totale di difficoltà e sono quelli diagnosticati più frequentemente. Seguono la **disortografia** con il 21,5%, la discalculia - 20,3% e infine la disgrafia - 18,6%. In Italia, l'ADHD non rientra nella categoria dei DSA ed è presente nel 5% dei bambini. Per quanto riguarda le differenze di genere, l'ADHD sembra essere più comune nei maschi che nelle femmine. Questo disturbo riguarda circa l'1% della popolazione italiana.



Soluzioni applicate per integrare questi bambini/studenti nella società.

Le autorità **polacche** sono tenute a fornire alle persone con ASD un'istruzione a tutti i livelli e ad assistere gli adulti nella ricerca e nel mantenimento di un impiego. A seconda dell'intensità del disturbo, gli studenti possono avere bisogno di frequentare istituti, principalmente scuole speciali, dove possono trovare le condizioni migliori per il loro sviluppo e apprendimento.

Gli studenti con diagnosi di ASD possono frequentare le scuole ordinarie e possono essere assistiti o meno da un insegnante di sostegno. Se necessario, l'istituto può assumere un insegnante di sostegno.

Il rispetto dell'obbligo scolastico è garantito anche per i bambini e gli adolescenti ospitati in istituti di cura e case di riposo. L'istruzione e l'educazione individuale dei bambini e degli adolescenti sono organizzate da una scuola speciale o da una scuola pubblica tradizionale in cui il bambino vive.

Il sistema di cura e assistenza per i bambini con difficoltà di apprendimento comprende prevenzione, diagnosi e terapia. Gli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento diagnosticati continuano a frequentare l'istituto in cui studiano, ma ricevono attività aggiuntive per sostenere il loro sviluppo.

Cipro segue le stesse politiche di integrazione di questi bambini nella società, non discriminando le loro diverse disabilità. Gli studenti con bisogni educativi speciali (BES) hanno lo stesso diritto all'istruzione di qualsiasi altro studente. Per quanto possibile, devono avere tutte le possibilità disponibili per un'istruzione, una formazione, un orientamento e una riabilitazione equivalenti.

Gli studenti iscritti all'istruzione e alla formazione speciale frequentano scuole regolari, unità speciali o scuole speciali dotate delle infrastrutture necessarie. Queste sono adattate alle loro esigenze specifiche e al loro Programma Educativo Individualizzato (PEI), che viene sviluppato in collaborazione con gli insegnanti e i genitori dell'allievo dai coordinatori dell'educazione speciale (BES-CO).

La maggior parte degli studenti con bisogni speciali frequenta scuole regolari e segue il programma di studi regolare, che può essere modificato per soddisfare le loro esigenze specifiche. Per quanto riguarda le difficoltà di apprendimento speciali, gli studenti ricevono un sostegno in alcune materie scolastiche individualmente o in gruppi di non più di quattro studenti. A seconda delle esigenze degli studenti, viene fornito supporto anche in altri corsi.

Quando per i bambini con BES in **Grecia** diventa estremamente difficile frequentare le scuole tradizionali o i corsi di integrazione a causa delle loro esigenze, essi frequentano scuole di educazione speciale; frequentano scuole o dipartimenti che operano come unità autonome o annessi ad altre scuole all'interno di alcuni ospedali, unità di riabilitazione, centri di detenzione minorile e centri per malattie croniche che si occupano di bambini con BES; e se non sono in grado di frequentare la scuola a causa di problemi di salute a breve o lungo termine, possono ricevere lezioni a casa. Le competenze di Interdisciplinary Assessment, Counseling & Support Centres (KE.D.A.S.Y) comprendono la formulazione di raccomandazioni appropriate per la scuola.

Nelle scuole in cui non esistono Comitati interdisciplinari di valutazione e di supporto educativo (Committees for Diagnostic Educational Evaluation and Support - EDEAY), viene istituita una squadra di Supporto Educativo



per gli Alunni per soddisfare le esigenze della scuola. All'interno di questo quadro di supporto, vi è un approccio interdisciplinare alla politica inclusiva.

Negli ultimi anni la capacità inclusiva delle scuole è stata ulteriormente rafforzata con l'inserimento di psicologi e assistenti sociali nelle scuole che devono sostenere gruppi socialmente vulnerabili o in cui è necessario attuare programmi di sostegno psicosociale ed emotivo.

Nell'anno accademico 2020-2021 in **Spagna** il numero di alunni che frequentano una scuola tradizionale è stato maggiore (82,9%) rispetto a quelli che frequentano una scuola speciale (17,1%). Come si può notare, molti più studenti frequentano una scuola tradizionale che una scuola speciale. Questo è molto importante, perché anche se ci sono scuole speciali, le famiglie si impegnano per la diversità e danno una possibilità alle scuole normali.

In Spagna, le principali strategie di attenzione alla diversità offerte alle persone con ASD nei centri educativi sono gli adattamenti curricolari. Gli adattamenti curricolari sono aggiustamenti o modifiche apportate ai diversi elementi del programma di studi per rispondere ai bisogni educativi speciali. Le persone con disabilità intellettiva sono perfettamente in grado di frequentare una scuola normale. Tuttavia, alcune scuole pubbliche non dispongono di risorse e professionisti sufficienti, per cui alcune famiglie scelgono di inserire i propri figli in scuole di educazione speciale, perché lì vengono seguiti meglio. Questo non è affatto inclusivo, ed è per questo che la Spagna sta attualmente cambiando in questo senso. È importante e necessario affrontare il tema dell'inclusività attraverso attività che promuovano il rispetto della diversità. Laboratori, visite ai centri di educazione speciale, visione di video, volontariato, apprendimento di storie reali sono alcuni esempi di tali attività.

La legge **italiana** promuove l'inclusione scolastica di tutti i bambini con disabilità, compresi quelli con disabilità intellettiva e autismo. In entrambi i casi, viene assegnato un insegnante di sostegno che promuove e favorisce il processo di inclusione scolastica, attuando interventi personalizzati che tengono conto del profilo di ciascun alunno. Gli studenti con autismo sono tutelati dalla Legge Quadro 104 del 1992, che garantisce il diritto all'istruzione nelle scuole di ogni ordine e grado, comprese le università. Fino al completamento della scuola superiore, hanno il diritto di avere un insegnante di sostegno e di utilizzare misure dispensative e compensative. Gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a beneficiare di speciali misure dispensative e compensative di flessibilità educativa durante l'istruzione e la formazione e negli studi universitari. Tuttavia, non hanno diritto ad avere un insegnante di sostegno.

In **Lituania** il mainstreaming può essere applicato insieme al tutoraggio personalizzato, che aiuta a garantire un equilibrio tra le possibilità di apprendimento degli studenti e i loro bisogni educativi speciali. Il mainstreaming comprende il contenuto dell'istruzione, la formazione degli insegnanti, l'assistenza agli studenti e agli insegnanti, nonché il processo di valutazione e organizzazione. La scuola deve fornire ai bambini con BES (bambini con disturbi comportamentali ed emotivi, disturbi dello spettro autistico, bambini con problemi di movimento e/o di posizione, intellettivi, ecc.) strumenti didattici speciali e strumenti di supporto tecnico educativo necessari per fornire un servizio educativo di qualità.



4. Ruolo come genitore

L'autismo è un fenomeno di cui sempre più persone sono consapevoli, ma c'è ancora molta disinformazione.

I membri della vostra famiglia potrebbero non sapere cosa significhi, oppure avere una comprensione limitata o distorta del suo aspetto. Potrebbero avere uno stereotipo di ciò che è l'autismo (che a volte comprende anche il ritardo mentale) che non si adatta a vostro figlio. Potrebbero anche avere un comprensibile, anche se errato, impulso a resistere alla diagnosi.

"All'inizio ricevere una diagnosi è un evento molto importante, che a volte mette in discussione la percezione che i genitori hanno di ciò che si immaginavano come genitori", afferma il Dr. Silverman. Questo vale anche per i nonni. *"A volte i parenti, come i genitori, hanno bisogno di un po' di tempo in più per mettere insieme i pezzi. Frustrazione, confusione o rabbia non sono rare. A volte abbiamo bisogno di tempo per elaborarle",* afferma l'esperta. In poche parole, si tratta di una questione di accettazione. Se il riconoscimento indesiderato e contrastato si radica nella coscienza di un genitore, il suo ruolo e il suo sostegno alla prole autistica diventano cruciali.

a) Risposta alla diagnosi

Apprendere che a vostro figlio è stato diagnosticato l'autismo o il ritardo mentale è un momento molto forte nella vostra vita. Improvvisamente la vostra vita può sembrare molto diversa da come ve l'aspettavate. Vi preoccupate innanzitutto di vostro figlio e di cosa significherà per le sue esperienze di vita. Vi preoccupate di come voi e la vostra famiglia vi adatterete a questa situazione negli anni a venire. Vi preoccupate delle sfide quotidiane legate alla cura del vostro bambino. Si tratta di una svolta importante nella vostra vita e in quella di vostro figlio e degli altri membri della famiglia. In questo periodo sarà fondamentale ottenere supporto emotivo e informazioni concrete che vi aiutino ad affrontare la situazione e a promuovere un futuro positivo per il vostro bambino e la vostra famiglia.

La reazione di ogni famiglia alla diagnosi sarà diversa a seconda di molti fattori. Quando a un bambino viene diagnosticato l'autismo, i genitori e gli altri membri della famiglia provano spesso una serie di emozioni spiacevoli. Sia che si sospetti qualcosa da tempo, sia che la diagnosi sia arrivata all'improvviso, molti genitori provano un senso di shock quando sentono la frase "vostro figlio è affetto da autismo/ritardo mentale". Potreste attraversare periodi di negazione o rifiutarvi di credere che stia accadendo a vostro figlio. Durante questo periodo, potreste non essere in grado di ascoltare i fatti che riguardano vostro figlio. La negazione è un modo per affrontare la situazione. Può essere ciò che vi fa superare un periodo particolarmente difficile. È importante essere consapevoli del fatto che si sta vivendo una fase di negazione, in modo che non interferisca nel prendere decisioni corrette sul trattamento di vostro figlio.



Alcuni genitori piangono alcune delle speranze e dei sogni che nutrivano per il loro bambino prima di riuscire ad andare avanti. Probabilmente ci saranno momenti in cui vi sentirete tristi. Permettersi di provare tristezza può aiutare a crescere.

Ci sono momenti in cui ci si può sentire isolati e soli. La solitudine può derivare anche dal fatto che non sentite di avere il tempo di contattare amici o familiari per avere compagnia. Potreste anche pensare che se vi rivolgeste ad altri, questi non vi capirebbero o non vi sosterebbero.

Non sorprende che il vostro ruolo di genitore cambi e che possiate provare molti sentimenti ed emozioni, sia negativi che positivi. Di seguito sono riportate le aree di preoccupazione più frequenti:

- Può sentirsi oppresso dalla responsabilità quotidiana di occuparsi di un bambino con autismo.
- Può sentire la pressione di dover diventare un esperto di autismo e di dover imparare tutto da un giorno all'altro.
- Può preoccuparsi del futuro del bambino e della famiglia.
- Può avere difficoltà a trovare l'equilibrio e il tempo per gestire i compiti domestici, gli altri bambini, le attività quotidiane, ecc.
- Può essere meno incline a condividere i sentimenti.
- Può essere stressato dalle finanze della famiglia e dalle incognite della situazione.
- Può sviluppare altri problemi, come stress e ansia, che possono influire sulla vita lavorativa.

b) Linee guida per i genitori

Dovete essere consapevoli che dovrete combinare molti ruoli: insegnante, genitore, terapeuta o carriera. Tuttavia, uno dei ruoli più importanti è quello di difensore di vostro figlio. La difesa di vostro figlio sarà un percorso che durerà tutta la vita e richiederà competenze diverse a seconda delle sue esigenze.

Ci sono sette principi fondamentali da seguire:

1. *Assumersi la responsabilità - Essere un leader*
2. *Imparare - Essere un esperto*
3. *Pensare in modo critico - Essere perspicaci*
4. *Parlare con autorità - Essere proattivi*
5. *Documentarsi - Essere preparati*
6. *Collaborare - Essere un team builder*
7. *Educare - Essere una voce per il proprio figlio*

Tutte queste regole sono ampiamente descritte nel libro di Areva Martin "Everyday Advocate: Standing Up for Your Child with Autism" (L'Avvocato Quotidiano: Difendere il proprio figlio con vostro figlio con autismo).

I genitori di bambini affetti da autismo o a cui è stato diagnosticato un disturbo mentale possono essere sottoposti a uno stress tremendo. Può sembrare che non ci sia mai abbastanza tempo per fare tutto ciò che deve essere fatto. La concentrazione e l'attenzione su un bambino di questo tipo è tale che spesso i genitori hanno poco o nulla da dedicare alle altre faccende domestiche, agli altri bambini o semplicemente a sé stessi. Che cosa si può fare in questa situazione?

Ecco alcuni preziosi consigli:



- Avere un repertorio di attività ricreative è fondamentale per la felicità di vostro figlio e della vostra famiglia.
- Unirsi a un gruppo di genitori e/o al PTA per l'educazione speciale del vostro distretto scolastico.
- Se se lo possono permettere, assumere un avvocato che controlli il programma scolastico di vostro figlio. Potrebbero individuare le aree da migliorare oassicurarvi sul fatto che stanno facendo tutto il possibile per vostro figlio.
- Fare volontariato nelle funzioni scolastiche, in modo da conoscere meglio l'ambiente scolastico di vostro figlio.
- Per quanto difficile possa essere vostro figlio, accettare qualsiasi offerta di baby-sitting e uscite. Anche voi avete bisogno di riposare.
- Informare i vostri amici e familiari e chiedere loro il sostegno di cui avete bisogno per capire le difficoltà di crescere un bambino con autismo o ritardo mentale.
- Prendere appuntamento di tutte le visite mediche per voi stessi che avete rimandato finora. Anche la vostra salute è importante.
- Partecipare a una marcia per l'autismo/ritardo mentale nella vostra comunità. Questo vi darà più forza.
- Prendersi cura di sé stessi. Dovete essere sani e felici.

c) Costruire una rete di supporto

Costruire una solida rete di sostegno è fondamentale non solo per il bambino, ma anche per voi, perché vi motiva ad agire.

Prima di tutto, dovrete mantenere forte il vostro matrimonio o la vostra relazione. È importante rimanere il più possibile in contatto con il proprio coniuge o partner e mantenere aperte le linee di comunicazione, perché sicuramente si verificheranno delle esperienze:

- stress aggiuntivo dovuto alla navigazione nelle perplessità delle agenzie, delle fonti di finanziamento e delle pratiche burocratiche per aiutare vostro figlio;
- perdita di reddito dovuta al fatto che un genitore non lavora per occuparsi del bambino e alle spese aggiuntive per l'assunzione e la gestione di assistenti specializzati;
- punti di vista diversi riguardo alle sfide di vostro figlio e alle decisioni sui trattamenti e sugli interventi;
- perdita di amicizie o di tempo ed energie per mantenere amicizie esterne;
- molte preoccupazioni per il futuro della vostra famiglia

Poiché gli ostacoli che dovrete superare sono molti, dovrete puntare a creare legami più forti che mai. Dovreste parlare apertamente dei vostri problemi, imparare tutto il possibile sul disturbo di vostro figlio, passare del tempo insieme e concentrarvi sul presente per capire quali cose potete fare meglio. Dovreste condividere le vostre responsabilità, cioè le faccende domestiche, la cura dei bambini, altri compiti, chiedere



aiuto se ne avete bisogno e infine stabilire le priorità di ciò che è importante per entrambi. Forse alcune cose non richiedono tanta attenzione.

Se avete affrontato il processo di diagnosi di vostro figlio, è perché è evidente che non si sta sviluppando in modo tipico o, se è più grande, ha difficoltà e problemi in alcuni aspetti importanti. I problemi che hanno possono non essere visibili a tutti i membri della famiglia. Ma avete bisogno delle persone a cui siete vicini come alleati per aiutare vostro figlio. E' importante coinvolgerli nella vostra squadra.

Vostro figlio, nonostante la sua "alterità", fa parte della vostra famiglia e della vostra comunità. La famiglia e gli amici sono più propensi a partecipare alla vostra rete di sostegno se comprendono le vostre esigenze e quelle di vostro figlio. Pertanto, dovrete tenere la vostra famiglia e i vostri amici informati e aggiornati sui progressi del vostro bambino e su tutto ciò che potrebbero fare per aiutare o sostenere il suo sviluppo. Se non aveste parenti nella vostra comunità locale, potreste prendere in considerazione l'idea di trasferirvi più vicino a parenti o amici, dove voi e il vostro bambino avrete una rete di supporto a cui appoggiarvi.

Nella vostra comunità ci sono anche professionisti e gruppi di sostegno efficaci che hanno molta esperienza e competenza nel comprendere questo processo. Potrebbero essere in grado di fornire assistenza a voi e alla vostra famiglia allargata.

Un altro passo per cercare sostegno è quello di andare oltre i parenti e la famiglia allargata. Cercate di unirvi a un gruppo di genitori che condividono un problema simile. Si creerà un legame inestimabile. Cercate di trovare genitori di bambini con il livello di autismo o di ritardo mentale di vostro figlio mentre fate amicizia. Queste persone saranno per voi una ricchezza di informazioni e un'ancora di salvezza.

Se decidete di fare volontariato a scuola o di essere una mamma di classe, non solo conoscerete meglio l'insegnante di vostro figlio e gli amministratori della scuola, ma farete anche amicizia con altri genitori.

Esistono molte organizzazioni non governative, fondazioni, associazioni o gruppi informali che sostengono i genitori di bambini con autismo o ritardo mentale. Cercatele nelle vostre vicinanze e contattatele.

A volte vale la pena di partecipare a una passeggiata di sensibilizzazione sull'autismo o sulla disabilità mentale nella propria comunità. È così forte incontrare tante famiglie come (e non) la vostra. Vi darà sicuramente forza.

d) Prendersi cura di sé

Prendersi cura di un bambino con autismo può essere fisicamente estenuante ed emotivamente drenante. Le responsabilità genitoriali possono creare uno stress straordinario. Cercare di bilanciare il proprio tempo e le proprie energie con le esigenze degli altri figli, le esigenze della relazione e le proprie esigenze personali non è facile. Ci vuole tempo per trovare un buon equilibrio e metterlo in pratica.

1. Prendersi cura di sé



Anche solo per 15 minuti al giorno. Dovete prendervi cura di voi stessi per potervi prendere cura degli altri. Prendetevi del tempo per voi stessi, in modo da poter fare delle commissioni, rilassarvi o passare del tempo con il vostro partner o altri membri della famiglia.

2. Pensare a ciò che si è realizzato

Pensate a tutto ciò che avete realizzato quel giorno. Vi stupirete di quanto sia lungo l'elenco e vi sentirete meglio per iniziare il giorno successivo.

3. Pensare positivo e concentrarsi sulla positività

Ogni situazione ha lati oscuri e lati positivi. Concentrarsi sugli aspetti positivi, come i progressi che vostro figlio sta facendo o il fantastico logopedista che avete trovato, vi darà una motivazione in più per agire.

4. Rispettare le usanze famigliari

Le tradizioni e i rituali danno alla famiglia un maggiore senso di stabilità. Continuate a programmare le uscite insieme, i giochi da tavolo o il barbecue. In questo modo, vi godrete il tempo insieme e darete un senso di felicità e "normalità" a tutti voi.

5. Concedersi del tempo per adattarsi alla nuova realtà

È ovvio che ci saranno momenti duri, impotenza ed emozioni difficili. Ma siate pazienti con voi stessi. Avete bisogno di tempo per accettare il disturbo di vostro figlio. Ma ricordate che proverete anche sentimenti di speranza quando vostro figlio inizierà a fare progressi.

6. Non dimenticare dei propri amici

Gli amici sono ancora importanti nella vostra vita. Se mantenete le vostre amicizie, non vi sentirete mai isolati.

7. Scoprire i propri interessi e implementare le attività "out-of-the-autism-box"

Esplorate i vostri interessi creativi. Siate consapevoli che anche voi siete importanti e che siete più di un semplice genitore di un bambino con un disturbo non comune.

8. Impegnarsi nelle organizzazioni comunitarie che si occupano di autismo/ritardo mentale.

A volte le famiglie di persone con autismo/ritardo mentale si sentono isolate dagli altri. È importante entrare in contatto con famiglie che condividono esperienze simili e cercare il sostegno degli altri.

9. Servizi di assistenza del sollievo

Se non avete un familiare o un amico a cui fare da babysitter, cercate un'assistenza di sollievo nella vostra zona, in modo da poter ricaricare le batterie e concentrarvi su voi stessi anche solo occasionalmente. La creazione di un rapporto con un'assistente sociale vi permette di avere un'assistente affidabile per il vostro bambino in caso di emergenza familiare.



5. Ruolo del terapeuta

I terapeuti lavorano come parte di un gruppo che comprende genitori, insegnanti e altri professionisti. Aiutano a stabilire obiettivi specifici per la persona con autismo o disabilità intellettiva. Questi obiettivi spesso riguardano l'interazione sociale, il comportamento e il rendimento in classe.

I terapeuti possono aiutare in due modi principali: valutazione e terapia. Osservano i bambini per vedere se sono in grado di svolgere i compiti che ci si aspetta dalla loro età, ad esempio vestirsi o giocare. A volte il terapeuta fa registrare il bambino durante il giorno per vedere come interagisce con le persone e le cose che lo circondano. Questo aiuta il terapeuta a determinare il tipo di assistenza di cui il bambino ha bisogno.

Il terapeuta può osservare attentamente:

- capacità di attenzione e resistenza
- passaggio a nuove attività
- abilità di gioco
- necessità di spazio personale
- risposte al tatto o ad altri tipi di stimoli
- abilità motorie come la postura, l'equilibrio o la manipolazione di piccoli oggetti
- aggressività o altri tipi di comportamenti
- interazioni tra il bambino e gli operatori

Una volta raccolte tutte le informazioni necessarie, il terapeuta può iniziare a preparare un programma su misura. Non esiste un unico trattamento ideale, ma è stato dimostrato che un trattamento precoce, strutturato e individualizzato funziona meglio.

Il terapeuta può concentrarsi su alcuni aspetti cruciali:

1. Attività fisiche, come infilare perline o fare puzzle, per aiutare il bambino a sviluppare la coordinazione e la consapevolezza del proprio corpo.
2. attività ludiche per favorire l'interazione e la comunicazione
3. attività di sviluppo, come lavare i denti e pettinare i capelli
4. Strategie di adattamento, tra cui la gestione delle transizioni

I terapeuti sono fondamentali. Fornendo consigli e interventi mirati per ogni senso, aiutano il sistema nervoso del bambino a diventare più organizzato e regolato. Questo può ridurre l'ansia e l'esaurimento del bambino e migliorare la sua attenzione e il suo rendimento. I consulenti promuovono, mantengono e sviluppano le abilità funzionali agli studenti in un contesto scolastico e non solo. Queste includono principalmente la cura di sé, la produttività (regolazione emotiva, partecipazione, capacità organizzative) e il tempo libero (socializzazione con gli amici, appartenenza a un gruppo, abilità motorie, partecipazione agli hobby).



a) Principali sfide

I terapeuti devono affrontare sfide diverse. Tuttavia, esse dipendono principalmente dal tipo di terapia/soluzione che i professionisti seguono e dal bambino/allievo in questione. A volte capita che non ci siano ostacoli perché la terapia è condotta da un insegnante di fiducia che svolge il ruolo di mentore personale e che conosce tutti i bisogni e i problemi del proprio figlio.

Gli ostacoli più frequenti menzionati dai terapeuti includono la mancanza di capacità di comunicazione, la paura di interagire anche con i coetanei e l'aumento dell'emotività e della sensibilità dei bambini che sono iperattivi. I bambini a volte si sentono isolati e hanno bisogno di un approccio speciale per superare questa sensazione.

Di tanto in tanto capita che i bambini non seguano le regole. Sono iperattivi e hanno bisogno di pause. Il problema si presenta anche quando il comportamento e l'umore dei bambini dipendono dall'atmosfera di casa, il che complica notevolmente la terapia.

Anche se i terapeuti seguono un piano d'azione dettagliato e un programma di studi su misura, possono notare progressi lenti nei bambini. I professionisti devono solo accettare il fatto che ogni bambino ha un proprio ritmo di lavoro. Pertanto, considerando i bambini con disabilità intellettiva, le scuole devono adattare il programma di studio per soddisfare le esigenze specifiche di questo tipo di studenti. Il terapeuta deve assolutamente adattare il calendario e il piano alle capacità di un determinato bambino. Tenendo presente questo aspetto, le sessioni personalizzate permettono ai bambini di familiarizzare con il processo e danno più energia e un senso di soddisfazione personale. Un fattore importante è iniziare le sedute fin dalla prima infanzia per evitare possibili problemi e cattive abitudini.

Lo spazio del gruppo a cui lo studente appartiene può essere limitato. In effetti, una corretta configurazione degli spazi aiuterebbe a eliminare gli stimoli esterni e a rispondere in modo più efficace alle esigenze individuali dei bambini.

Tra i bambini con un vocabolario espressivo e percettivo molto scarso, accompagnato da enormi difficoltà di apprendimento, i terapeuti possono notare difficoltà nel pianificare e coordinare i movimenti successivi per la produzione del linguaggio.

Secondo i terapeuti, ci si aspetta che attuino immediatamente i programmi terapeutici e non c'è abbastanza tempo per un'adeguata valutazione dei bambini, affinché le terapie siano più funzionali ed efficaci. I professionisti a volte non hanno abbastanza tempo per comporre il gruppo in modo adeguato a soddisfare le loro esigenze e rafforzare il loro sviluppo personale ed educativo.

In situazioni difficili, i terapeuti consigliano di attuare un'attività di rilassamento individuale per limitare le tensioni nello spazio dato e organizzare tutti i bambini più o meno sullo stesso piano, eliminando così anche solo per un quarto la sovra stimolazione e l'iperattività di alcuni studenti.

In generale, un approccio ludico è sempre altamente consigliabile per superare i momenti di difficoltà. Per motivare gli studenti a completare le attività proposte si possono utilizzare diverse strategie:



1. Utilizzare il modello del rilascio graduale della responsabilità (l'obiettivo di questo approccio è l'autonomia e l'efficacia da parte dello studente, cioè la capacità di trasferire la comprensione da solo);
2. Rinforzi positivi, anche verbali;
3. Incoraggiare costantemente gli studenti a rimanere concentrati e talvolta sostenerli durante l'attività.

b) Le soluzioni selezionate

La terapia più frequente per i bambini con autismo è un **trattamento cognitivo-comportamentale** noto come **psicoterapia**.

Per facilitare questo processo, è importante seguire le seguenti fasi:

- conoscere il bambino nei dettagli (interessi, preferenze, hobby);
- analizzare i comportamenti, le credenze e i pensieri che possono essere disfunzionali;
- parlare con i genitori per conoscere il comportamento del bambino a casa.

È quindi fondamentale mettere in pratica le nuove abilità cognitive e sociali. I terapeuti possono raggiungere questo obiettivo attraverso i pittogrammi. I pittogrammi sono strumenti raccomandati per le persone con disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico e disturbo specifico del linguaggio. Si tratta infatti di un sistema di comunicazione alternativa e aumentativa.

Il pittogramma:

- fornisce diverse forme di espressione per parlare; ha lo scopo di migliorare e compensare le disabilità della comunicazione e del linguaggio;
- è un ausilio grafico e un materiale adattivo;
- facilita la comunicazione e l'accessibilità cognitiva per tutte le persone;
- facilita l'inclusione delle persone con disabilità nelle aree dell'autismo, delle disabilità intellettive, dell'ignoranza del linguaggio, degli anziani, ecc.

La psicoterapia è una terapia che è uscita dalla limitazione di guardare a un disturbo da un unico punto di vista terapeutico. Essa consente di affrontare i problemi con le tecniche più efficaci. Questo moltiplica le possibilità di successo.

La **musicoterapia** individualistica basata sull'approccio **psicodinamico/psicoterapeutico** rende più facile per l'individuo "esistere nel qui e ora" degli incontri, in quanto ciò può avvenire in un momento particolare con accettazione e sostegno, con l'obiettivo principale di creare un contesto sicuro e confidenziale. Questo approccio è ampiamente efficace in quanto la relazione terapeutica è costruita sui bisogni e sui desideri personali dell'individuo dal punto di vista musicale ed esistenziale. La musicoterapia si rivolge principalmente alle persone con ASD. Quando il ragazzo si sente sufficientemente sicuro, canta canzoni con



l'accompagnamento del pianoforte e con sufficiente melodicità nella voce. Il risultato più auspicabile per lo studente sarebbe ricevere una combinazione di musicoterapia e **Terapia Occupazionale**.

Rob'Autism

È sempre più evidente che i bambini con autismo si trovano più a loro agio con i robot che con le persone. I giocattoli sono spesso più avvicinabili delle persone. I bambini autistici sono inoltre affetti da disabilità multiple. Un recente studio che ha utilizzato il **robot** socialmente assistibile **Milo**, ad esempio, ha rilevato che i bambini autistici si impegnavano per il 70-80% del tempo con Milo, rispetto ad appena il 3-10% del tempo con gli approcci tradizionali.

I robot sono uno strumento molto utile per tenere impegnati i bambini con ASD e possono contribuire all'insegnamento di diverse materie, tra cui le abilità di movimento e di calcolo.

Alcuni **robot umanoidi**, come **Nao** o **Milo**, sono stati progettati specificamente per soddisfare le esigenze dei bambini con autismo che, nella maggior parte dei casi, sono anche mentalmente disabili (oltre il 90%). Elementi come la riduzione dei tratti facciali e dei tratti umani possono aiutare a colmare il divario tra le persone con ASD e i robot e a coinvolgere gli allievi nella comunicazione e nelle abilità sociali.

Le principali tendenze future in questo settore potrebbero includere lo sviluppo di piccoli robot personali progettati per essere compagni costanti e in grado di assistere in varie aree della vita di questi bambini.

I robot sociali, come Buddy, stanno diventando tecnologie cruciali per aiutare le persone con autismo a integrarsi meglio nella società. Prima della nascita di Buddy, ci sono stati alcuni robot sociali dedicati ad aiutare i bambini con esigenze speciali. Alcune università hanno testato questi robot per migliorare le capacità di interazione sociale e hanno dimostrato che, attraverso giochi di ruolo e altri scenari, i bambini con ASD possono apprendere abilità di interazione sociale come la lettura dei sentimenti e la comunicazione. L'obiettivo è far uscire i bambini dalla loro zona di comfort. Lavorare con un robot che risponde e reagisce li motiva a raggiungere l'obiettivo e a non deludere il compagno. Questo è qualcosa che gli oggetti inanimati, come i computer o i tablet, non possono ottenere.

Il prossimo esempio è **Ozobot**, un piccolo robot disponibile in diverse forme: il modello Bits ha solo ruote e un sensore, mentre il **modello Evo**, più avanzato, è dotato di connettività Bluetooth e capacità di programmazione. Utilizzando marcatori di colore diverso per indicare le diverse direzioni, gli utenti possono disegnare percorsi da seguire e impartire comandi come rallentare, accelerare o fermarsi.

Tutti gli Ozobot funzionano con una premessa simile, utilizzando telecamere rivolte verso il basso per rilevare il colore della linea sotto di loro. Seguono le linee con un movimento avanti e indietro (se la telecamera rileva un cambiamento da nero a bianco, l'Ozobot si sposta per tornare sulla linea e continuare). Queste telecamere rilevano anche i colori e impartiscono comandi diversi attraverso diverse combinazioni di colori.

Al momento, Ozobot rappresenta un modo semplice e divertente per avvicinare i bambini alla robotica e alla programmazione. Il modello più avanzato può essere programmato, ma è semplice avere un foglio di codici e disegnare i progetti su un foglio di carta con pennarelli colorati.



Il programma *Peer Volunteers 'Mary and Max'- PMI* è stato sviluppato in Polonia dal 2012. Peer Volunteers 'Mary and Max' è un programma di befriending manuale per adolescenti ad alto funzionamento (dai 12 anni) e adulti con ASD. L'obiettivo del programma è quello di facilitare la relazione uno-a-uno tra un partecipante e un volontario, basata su interessi comuni e attività ricreative comuni. L'obiettivo di organizzare tale relazione è fornire alla persona con ASD un'esperienza positiva e di supporto associata a un coetaneo, migliorare la sua competenza interpersonale auto-percepita e aumentare la partecipazione sociale, diminuendo così il senso di solitudine e isolamento.

Il partecipante costruisce una relazione con un volontario di supporto, ha opportunità di sviluppo personale e il potenziale per aumentare la resilienza, ha accesso ad attività e risorse comunitarie che in precedenza erano fuori dalla sua portata.

Il nucleo del programma consiste in incontri settimanali uno-a-uno tra un partecipante e un volontario che prevedono varie attività condivise, pianificate e scelte da entrambe le parti. Questi incontri non sono supervisionati né da professionisti né da genitori e si svolgono principalmente in pubblico (ad esempio, in un parco, in un cinema o in un caffè), migliorando l'accesso dei partecipanti alla vita della comunità. Sia i partecipanti che i volontari ricevono un supporto professionale per mantenere la relazione, fornito da uno psicologo che viene assegnato alla diade per tutta la durata del programma. Lo psicologo tiene consultazioni individuali mensili con il partecipante e il volontario, lavorando sull'iniziativa, la motivazione, la pianificazione e l'organizzazione degli incontri, l'espressione delle emozioni e, soprattutto, le abilità mentali. Alla fine, lo psicologo aiuta i partecipanti e i volontari a decidere se vogliono continuare la loro relazione al di fuori del programma o risolverla in un processo graduale e sostenuto. Sebbene l'evoluzione di una relazione di amicizia in un rapporto di amicizia non sia l'obiettivo del programma, la maggior parte dei partecipanti e dei volontari esprime la volontà di farlo, quindi il ruolo dello psicologo è quello di aiutarli a compiere questa transizione e ad assumersi la piena responsabilità della relazione.

Gli operatori conducono anche interventi educativi basati su *tecniche di presa di prospettiva*. Anche l'adozione di un *approccio ludico* con l'uso della *tecnologia* (pc, tablet, telefoni, ecc.) è fondamentale per migliorare le prestazioni di un determinato bambino in una prospettiva temporale a breve termine, in quanto combina aspetti positivi e aiuta a creare un ambiente di apprendimento meno stressante con l'uso delle nuove tecnologie, che oggi sono un aspetto molto importante nella vita di ogni giovane.

L'*Applied Behaviour Analysis (ABA)* è un approccio scientifico spesso utilizzato negli interventi educativi per le persone affette da autismo. L'educatore utilizza il metodo ABA per migliorare il comportamento sociale del bambino e modellare o rafforzare le sue capacità di comunicazione.

L'Analisi del Comportamento Applicata comprende molte tecniche per comprendere e modificare il comportamento. L'ABA è un trattamento flessibile:

- può essere adattato per soddisfare le esigenze di ogni singola persona;
- si svolge in molti luoghi diversi: a casa, a scuola e nella comunità;
- insegna abilità utili nella vita quotidiana;
- può prevedere un insegnamento individuale o di gruppo.



Il **Rinforzo Positivo** è una delle principali strategie utilizzate nell'ABA. Quando un comportamento è seguito da qualcosa di apprezzato (una ricompensa), una persona è più propensa a ripetere quel comportamento. Nel tempo, ciò incoraggia un cambiamento positivo del comportamento.

In primo luogo, il terapeuta identifica un comportamento obiettivo. Ogni volta che la persona utilizza con successo il comportamento o l'abilità, riceve una ricompensa. La ricompensa è significativa per l'individuo: ad esempio, l'elogio, un giocattolo o un libro, la visione di un video, l'accesso al parco giochi o ad altri luoghi e altro ancora.

Le ricompense positive incoraggiano la persona a continuare a utilizzare l'abilità. Nel tempo, questo porta a un cambiamento significativo del comportamento. Vale la pena ricordare che l'uso di rinforzi diversi, a seconda del contesto, aiuta a raggiungere gli obiettivi prefissati.

Simata è un metodo di intervento nella disprassia evolutiva del linguaggio. L'uso di stimoli esogeni uditivi, visivi, tattili e ricettivi, migliora e aiuta direttamente il corretto posizionamento delle articolazioni e la produzione di ciascun fonema. L'applicazione del metodo può essere effettuata sia dal terapeuta e dal bambino insieme, sia dal bambino da solo. A seconda delle esigenze del bambino, il terapeuta può fornire un riscontro appropriato (visivo, uditivo, tattile o ricettivo) per aiutarlo a parlare.

L'obiettivo di questo approccio è la comunicazione più efficace e funzionale del bambino, la sua precisione articolatoria e la sua comprensibilità. L'obiettivo del trattamento è migliorare la sequenza, il controllo preciso della produzione vocale e la corretta pronuncia delle combinazioni di fonemi per l'enunciazione di parole e frasi.

Il Simata è solitamente accompagnato dal metodo **Makaton**, un programma linguistico che utilizza i segni insieme alla parola e ai simboli per consentire alle persone di comunicare. Supporta lo sviluppo di abilità comunicative essenziali come l'attenzione, l'ascolto, la comprensione, la memoria e il linguaggio espressivo.

Il metodo makaton viene applicato per creare una corretta struttura della frase e un uso appropriato dei collegamenti, mentre il metodo simata viene utilizzato per il miglioramento delle articolazioni e per la disprassia orale con molti esercizi orali.

Oltre a queste soluzioni si possono applicare altri metodi, come il **toccare e dire**, le **poesie in rima** e le **canzoni**. Nell'intervento terapeutico precoce, è consigliabile effettuare **sessioni di logopedia** e terapia occupazionale personalizzate.

Per ogni terapeuta e operatore è importante lavorare con strumenti e ausili per sviluppare l'autonomia personale, allenare le abilità sociali e promuovere l'educazione emotiva del bambino sottoposto a terapia. In questo modo si promuove l'indipendenza del bambino. Per questi motivi, è necessario personalizzare il programma di studio e, a seconda del tipo di disturbo, combinare alcune soluzioni, ad esempio logopedia, **fisioterapia** e **laboratorio di giochi**. In questo modo, l'intera terapia può rivelarsi un successo molto prima del previsto.

c) Collaborazione con i genitori



Tutti i terapeuti e gli operatori concordano sul fatto che una stretta collaborazione con i genitori dei bambini con disabilità intellettiva, con il personale medico, con gli educatori specializzati come il logopedista o il terapeuta occupazionale, è assolutamente fondamentale per integrare tutte le informazioni provenienti dalle varie fonti al fine di formare un programma di intervento adeguato. Tutte queste persone sono una sorta di anelli della catena. Se vengono meno, non si otterrà il risultato sperato dalla terapia per il bambino.

La collaborazione con i genitori varia. Se sono consapevoli di come funziona l'autismo e sanno dove cercare aiuto, si educano da soli: sono le persone più aperte alla collaborazione con l'insegnante.

Ci sono anche famiglie che non continuano gli effetti dei terapeuti, per cui è molto difficile collaborare con loro. Emergono anche famiglie che eliminano il problema.

La convinzione dei genitori è importante: la scuola è per i loro figli solo per un certo periodo di tempo. Devono essere consapevoli che se non continuano a seguire i metodi proposti dalla scuola, non riusciranno a superare alcuni problemi. Quando non c'è una strategia comune con la famiglia, è difficile fare un buon lavoro o raggiungere gli obiettivi prefissati. Ogni persona che lavora con un bambino con ID deve ricordare che si tratta di un processo a lungo termine. È fondamentale stabilire un linguaggio comune con la famiglia per realizzare un progetto educativo di successo attraverso il quale il bambino possa fare progressi nello sviluppo.

La misura in cui un genitore collabora con i terapeuti dipende dal livello di accettazione della disabilità del figlio. I genitori cercano di fare del loro meglio affinché il figlio funzioni nel miglior modo possibile.

Pertanto, cercano aiuto in vari luoghi. Gli educatori per i bisogni speciali cercano di far capire loro che devono raggiungere alcuni risultati insieme, attraverso una stretta collaborazione. L'apprendimento a distanza ha aiutato un po'. Spesso i genitori accompagnano i figli durante le lezioni online; quindi, il loro impegno e il loro coinvolgimento sono aumentati notevolmente.

Il flusso di informazioni tra genitori e insegnanti e viceversa deve essere fluido. Sia per telefono che con un incontro settimanale o quotidiano, se necessario, genitori e insegnanti lavorano per raggiungere lo stesso obiettivo e dovrebbero percepirsi come alleati. I genitori non hanno solo bisogno di una guida da parte degli insegnanti, ma anche di consultazioni con specialisti per diventare resilienti e aiutare il proprio figlio sostenendo il processo educativo. Affinché un'abilità sia ben consolidata e applicata nella vita quotidiana, il ruolo dei genitori è fondamentale. Essi devono responsabilizzare il figlio con disabilità per tutto il tempo e creare tutte le condizioni necessarie affinché possa trasferire queste nuove conoscenze nel suo ambiente domestico.

Come possono i terapeuti facilitare il processo?

Per rendere più fluida la collaborazione con i genitori, gli educatori speciali possono organizzare per loro laboratori di conoscenza e sensibilizzazione. I problemi di comunicazione spesso derivano dalla mancanza di informazioni, educazione o conoscenze affidabili.

Alcuni insegnanti hanno incontri più frequenti con i genitori di alunni con bisogni speciali. Inoltre, i genitori sono in costante comunicazione con le associazioni che rivolgono le loro attività quotidiane ai bambini con disabilità e alle loro famiglie. Queste organizzazioni di solito si occupano anche del supporto psicologico per



i genitori e i parenti di questi bambini. L'obiettivo principale di questi incontri è proprio quello di comprendere la diagnosi e le sue conseguenze, capire meglio i comportamenti (spesso aggressivi) del bambino o scaricare adeguatamente le emozioni negative o le frustrazioni.

Alcune scuole o altre istituzioni possono organizzare incontri occasionali (ad esempio, 1 assemblea all'anno), in cui si riuniscono tutte le persone interessate, dai genitori ai terapeuti, per discutere i progressi del bambino, aggiustare i loro obiettivi personalizzati, riformulare il programma o la strategia di trattamento e trattare tutti i fattori che potrebbero influenzare il comportamento o il cambiamento del bambino.

Tuttavia, i genitori dovrebbero tendere a sostenere il bambino, a migliorarne l'autonomia e a insegnargli a esprimere i propri bisogni, poiché questi fattori possono contribuire a migliorare la qualità di vita complessiva del bambino.

d) Autopromozione

Negli ultimi anni l'autopromozione è diventata un movimento. Sia i genitori che gli studenti sono impegnati in queste azioni. È molto importante sottolineare che tutti gli studenti, in base alle loro competenze e capacità, devono imparare a parlare per se stessi e a chiedere parità di trattamento. Nel caso in cui gli studenti non siano in grado di difendersi da soli, i genitori dovrebbero intraprendere delle azioni e sensibilizzare la società.

Ci sono sempre più genitori che sembrano essere più attivi e determinati a migliorare le condizioni e la qualità della vita dei loro figli. Diffondono il messaggio della diversità e di come tutti dovrebbero accettarla.

Il coinvolgimento dei genitori è importante. Spesso condividono informazioni, cercano sostegno in varie fondazioni e istituzioni, ad esempio quelle che possono fornire loro un supporto psicologico.

Nella maggior parte dei casi le madri sono più attive. Gestiscono un blog, sostengono altri genitori, approfondiscono la legge e molte norme giuridiche, danno consigli e offrono sostegno mentale ad altri genitori. Mostrano agli altri che essere genitori di un bambino con disabilità intellettiva è un processo di accettazione a lungo termine.

6. Soluzioni terapeutiche selezionate per i bambini con BES - Casi di studio

Questa sezione si propone di fornire a genitori, operatori, terapisti ed educatori con bisogni speciali alcune terapie selezionate di cui hanno beneficiato studenti con disabilità intellettiva di età compresa tra i 9 e i 14 anni. In ogni caso di studio viene posto l'accento sul profilo dello studente, sul tipo di disturbo, sulla terapia scelta e sui risultati ottenuti.

Caso di studio n. 1

Paese: Lituania

1. Profilo:

Berzas (il nome è stato cambiato a causa della protezione dei dati personali) è un ragazzo di 14 anni. Studia in seconda media. Il suo intelletto è normale, ma il disturbo dello sviluppo multiplo è stato diagnosticato in età prescolare. Tra i 3 e i 6 anni è stata applicata la terapia ABA (analisi del comportamento applicata).

Le capacità del ragazzo: Legge, scrive e comprende i testi che legge. Segue il curriculum generale.

È educato. Socializza prevalentemente con adulti e bambini più piccoli di lui. Non ha amici in classe, ma non è in contrasto con nessuno. Il ragazzo ha un fratello minore. Legge libri come enciclopedie, manuali, pubblicazioni sugli animali. È iscritto a un istituto comprensivo, in una classe di 24 alunni. C'è un assistente in classe e una stanza separata dove può riposare e rilassarsi. Riceve anche l'aiuto di un educatore speciale due volte alla settimana (lezioni di lingua lituana e di matematica), di un pedagogo sociale (una volta alla settimana), di uno psicologo se necessario.

Famiglia: I genitori sono istruiti e si preoccupano dell'istruzione del figlio.

2. Tipo di disturbo

La sindrome di Asperger è un disturbo dello sviluppo autistico che non è caratterizzato da disturbi del linguaggio o cognitivi, ma da difficoltà di comunicazione. Una persona con la sindrome di Asperger può apparire strana, non si adatta agli altri, ha problemi di comunicazione, comprensione reciproca e contatto emotivo. Sebbene questo disturbo sia incurabile, una persona con la sindrome può integrarsi con successo nella società.

Le persone con la sindrome di Asperger hanno di solito un'intelligenza da moderata ad avanzata. Fin dalla più tenera età, il coetaneo è interessato a tutte le cose (orari, numeri vari, liste, statistiche), all'erudizione, alla serietà.

3. Contesto/tipo di terapia:

Il programma di studi è stato rivisto e al ragazzo è stata data la possibilità di seguire un piano individuale. Anche il programma di studi è stato adattato e i requisiti sono stati ridotti. Il Piano educativo individuale è stato redatto da un gruppo di specialisti insieme ai genitori.

Il numero di lezioni è stato leggermente ridotto, ma il numero di materie di base è rimasto invariato. Le lezioni di educazione fisica e di danza sono state temporaneamente ritirate. I genitori dell'alunno hanno consultato



psicologi e psicoterapeuti. Hanno applicato il metodo degli accordi, delle regole, degli incentivi o della limitazione dei piaceri. Le gite in campagna e in bicicletta lo hanno aiutato.

L'équipe tiene incontri regolari con i genitori tutte le volte che lo ritengono necessario per tenerli informati sui progressi di Berza o su eventuali problemi che si presentano.

4. Risultati:

Durante la quarantena, Berzas si è iscritto alle lezioni a distanza e ha studiato insieme alla classe. L'istruzione a distanza gli si addice molto. Gli accordi e le regole sono molto importanti per il ragazzo. Ha imparato a seguirli. Inoltre, a causa della regolamentazione dei flussi, si trova sempre in un'unica classe e questo lo soddisfa. Gli accordi, gli incoraggiamenti, le routine quotidiane non sono più una fonte di ansia per lui e si sente già meglio a scuola con i suoi compagni. Certo, ci sono giorni diversi, ma i sovraccarichi emotivi sono molto più rari e non rappresentano un rischio per la salute del ragazzo.

Caso di studio n. 2

Paese: Lituania

1. Profilo:

Uosis (il nome è stato cambiato a causa della protezione dei dati personali) è un bambino di 10 anni. Frequenta il terzo anno. L'intelligenza è normale, un disturbo dello sviluppo multiforme è stato riscontrato in età prescolare.

Capacità del ragazzo: Legge, scrive, comprende un testo. È educato. Interagisce principalmente con adulti e bambini più piccoli di lui. Ha fratelli più piccoli. Il suo contatto con loro è buono. Si preoccupa e ama i suoi fratelli e gli piace molto parlare di loro. In famiglia ci sono animali domestici, un cane e un gatto, e anche a Uosis piace parlare di loro. Legge enciclopedie, libri di consultazione o letteratura sugli animali.

Uosis frequenta una scuola di istruzione generale. Nella sua classe ci sono altri 24 alunni e un assistente didattico. C'è una stanza separata dove può rilassarsi e riposare. A scuola vede un logopedista 2 volte a settimana: Una volta la lezione è in un'aula con altri alunni e un'altra è una lezione individuale. Riceve anche lezioni aggiuntive di lingua lituana e matematica (una a settimana per ogni materia), una volta a settimana una lezione con l'insegnante di sostegno e anche con uno psicologo, se necessario.

Famiglia: i genitori sono istruiti e si occupano dell'istruzione del figlio. Uosis ha già frequentato corsi di delfinoterapia e ippoterapia. Due volte alla settimana, dopo la scuola, va al Centro diurno, dove lavorano con lui uno psicologo, un logopedista e un fisioterapista. Frequenta anche varie terapie con altri bambini, come corsi di arte e di ginnastica.

2. Tipo di disturbo:

Sindrome di Asperger



3. Contesto/tipo di terapia:

Il curriculum è stato rivisto e al ragazzo è stata data la possibilità di studiare secondo un piano individuale. Il piano educativo individuale è stato redatto da un team di professionisti, insieme ai genitori.

Il numero di lezioni è leggermente diminuito, ma il numero di materie di base (lingue, matematica, conoscenza del mondo) è rimasto invariato. È stata applicata anche l'istruzione domiciliare a tempo parziale, in cui il bambino ha avuto lezioni individuali con un assistente didattico in una stanza separata. Le lezioni di musica, educazione fisica e danza sono state sospese. Insieme ai suoi compagni di classe, ha frequentato corsi di lingua inglese, arte, informatica e lezioni specialistiche (pedagogista speciale e logopedista).

Durante la quarantena, si è iscritto alle lezioni a distanza e ha lavorato con la classe online. Al terzo anno di istruzione è passato all'educazione a contatto. Il programma di studi, con l'aiuto di un team di consulenti che ha monitorato il suo comportamento per tutto il tempo, è stato adattato. Il team di specialisti incontra i genitori ogni volta che è necessario, per tenerli informati sui progressi di Uosis.

4. Risultati:

Gli accordi e le regole scritte sulla lavagna sono molto importanti per il ragazzo. Ha imparato a seguirli. Grazie a questi accordi, incentivi e programmi, non si preoccupa più e trova più facile trascorrere il tempo a scuola con i suoi amici.

Durante le sessioni di logopedia, Uosis ha scoperto la gioia della creatività trasferendo le regole della grammatica ai giochi educativi sulla piattaforma Word wall.

Il comportamento di Uosis è ancora impegnativo, ma sta migliorando. Non fa più fatica a seguire quanto concordato o a correre per tutta la lezione urlando, facendo rumore e mostrandosi aggressivo verso sé stesso e i suoi amici.

Caso di studio n. 3

Paese: Cipro

1. Profilo:

Lo studente è un maschio di 9-10 anni, esigente nei suoi bisogni che esprime mostrando o conducendo un adulto verso una bottiglia d'acqua o di cibo. Non segue le istruzioni e si organizza in modo cinetico con molta difficoltà.

2. Tipo di disturbo:

Lo studente rientra nello spettro autistico. Percezione e comprensione limitate, assenza di linguaggio espressivo, contatto visivo limitato, non autosuggestione, iperattività, isolamento sociale e assenza di senso del pericolo perché diventa rischioso e necessita di un monitoraggio costante.



3. Contesto/tipo di terapia:

La terapia somministrata è una musicoterapia individualistica basata sull'approccio psicodinamico/psicoterapeutico. Questo approccio rende più facile per l'individuo "esistere nel qui e ora" degli incontri come questo può in un momento particolare con l'accettazione e il sostegno con l'obiettivo principale di creare un quadro sicuro e confidenziale. Nel caso dello studente, questo approccio è ampiamente efficace, poiché la relazione terapeutica è costruita sui bisogni e i desideri personali dell'individuo dal punto di vista musicale ed esistenziale.

4. Risultati:

Nel caso di questo studente, la messa a disposizione di uno spazio - tempo in cui potersi muovere liberamente in sicurezza (spazio con cuscini, illuminazione bassa e limitazione dei suoni) aiuta in alcuni casi l'allievo a organizzarsi e a diventare più accondiscendente negli scambi musicali / sonori (per esempio, colpi ritmici su un tamburo) mentre improvvisa e pone al bambino qualche domanda programmata, al fine di generare risposte e risposte. Le applicazioni utilizzate hanno un piccolo, ma buono risultato fino a quel momento.

Caso di studio n. 4

Paese: Cipro

1. Profilo:

Lo studente è un maschio, di età compresa tra i 12 e i 13 anni, esigente nei suoi bisogni che esprime mostrando o conducendo un adulto verso una bottiglia d'acqua o di cibo. A volte può dire acqua o bagno. Segue le istruzioni quando lo desidera e quando è abbastanza organizzato. Ha forti scatti di rabbia che esprime con voce alta e reattività. È organizzato cineticamente con molta difficoltà.

2. Tipo di disturbo:

Lo studente rientra nello spettro autistico. L'individuo ha una percezione e una comprensione relativamente buona dell'ambiente circostante. Tuttavia, vi è un'assenza di espressione del linguaggio, l'uso di alcune parole, un contatto visivo limitato, autosuggestione, iperattività, isolamento sociale e vi sono stereotipie molto intense e cronicamente consolidate, per quanto riguarda le osservazioni cinetiche e comportamentali.

3. Contesto/tipo di terapia:

La terapia somministrata è una musicoterapia individualistica basata sull'approccio psicodinamico/psicoterapeutico. Questo approccio rende più facile per l'individuo "esistere nel qui e ora" degli incontri, come questo può in un momento particolare con l'accettazione e il sostegno con l'obiettivo principale di creare un quadro sicuro e confidenziale. Nel caso dello studente, questo approccio è in gran parte efficace, poiché la relazione terapeutica è costruita sui bisogni e sui desideri personali dell'individuo dal punto di vista musicale ed esistenziale. Quando si sente sufficientemente sicuro, canta testi di canzoni inglesi per bambini accompagnate da un pianoforte con una sufficiente melodicità nella voce.



4. Risultati:

Nel caso dell'allievo la messa a disposizione di uno spazio - tempo dove potersi muovere liberamente in sicurezza (spazio con cuscini, illuminazione bassa e limitazione dei suoni) aiuta in alcuni casi l'allievo a organizzarsi e a diventare più accettante negli scambi musicali/sonori. Ad esempio, colpi ritmici su un tamburo con improvvisazione sotto forma di domanda di risposta e una canzone inglese per bambini come "The wheels on the bus go round and round", dove integra efficacemente il testo. Le applicazioni utilizzate hanno un piccolo, ma buono risultato fino a quel momento.

L'allontanamento dello studente dal contesto di gruppo e la conduzione del trattamento a livello individuale in una stanza opportunamente adattata con stimoli esterni limitati è stato un fattore abilitante nella sua terapia.

Il risultato più auspicabile per lo studente sarebbe quello di ricevere una combinazione di trattamenti tra musicoterapia e terapia occupazionale. A causa del fatto che nel contesto scolastico il programma terapeutico deve essere implementato immediatamente, non c'è abbastanza tempo per un'adeguata valutazione dei bambini in modo da creare terapie aggiuntive laddove sarebbero necessari programmi terapeutici più funzionali. Lo spazio del gruppo a cui l'alunno appartiene potrebbe essere configurato più correttamente in modo da rispondere più efficacemente alle esigenze del bambino.

Caso di studio n. 5

Paese: Polonia

1. Profilo:

Una ragazza di dodici anni (che frequenta la scuola per BES) ha partecipato alla terapia basata sugli Ozobot. Si sentiva a disagio nelle nuove situazioni, era molto riservata e introversa. Era in grado di comunicare con le persone che conosceva molto bene. Sorprendentemente, è riuscita a entrare in contatto con qualsiasi persona senza problemi. Un insegnante ha potuto osservare i comportamenti difficili e talvolta inspiegabili della ragazza, che ha portato a eliminarsi dalla comunità scolastica. La ragazza reagiva male a qualsiasi cambiamento dell'ambiente. Il suo ritmo di lavoro era lento. Aveva problemi a portare a termine un compito e anche a concentrarsi, il che inibiva consecutivamente la sua capacità di apprendere e ricordare le informazioni e la faceva sentire frustrata. I suoi comportamenti seguivano una strada già battuta, non riuscendo a pensare fuori dagli schemi.

Succede quando i bambini autistici sviluppano un'isoletta di abilità. La dodicenne imparava a memoria testi e favole con estrema rapidità. Ma questa capacità le rendeva molto difficile il funzionamento in nuove situazioni, perché ricreava l'intera fiaba o gli schemi d'azione, senza adattarli alle nuove circostanze.

2. Tipo di disturbo:

Disabilità intellettiva moderata, ASD (disabilità multipla)



ASD - I disturbi dello spettro autistico sono classificati come disturbi pervasivi dello sviluppo e comprendono l'autismo infantile, la sindrome di Asperger, l'autismo atipico e altri disturbi pervasivi dello sviluppo. Queste ultime categorie sono attribuite a persone che non soddisfano tutti i criteri per l'autismo, ma che presentano varie difficoltà specifiche nello stabilire relazioni con gli altri.

I bambini affetti da disturbo dello spettro autistico (ASD) spesso presentano un'evidente mancanza di interesse e di capacità di interazione, una limitata capacità di comunicazione, comportamenti ripetitivi e disagio di fronte ai cambiamenti. I bambini con questo disturbo non sono in grado di decodificare il linguaggio del corpo, le espressioni facciali o di riconoscere l'importanza dello spazio personale. I genitori e gli assistenti di bambini con autismo e altri bisogni speciali spesso lottano per comunicare e interagire con i loro figli.

L'ASD è una condizione complessa del neurosviluppo, che dura tutta la vita e la cui causa è in gran parte sconosciuta. La prevalenza dell'ASD è stata stimata tra l'1% e il 3% nei bambini e negli adolescenti. I deficit linguistici sono presenti nella maggior parte della popolazione ASD e hanno un impatto significativo sulla comunicazione e sull'interazione. Sono considerati una delle principali cause di disabilità nei bambini con ASD, che spesso necessitano di elevati livelli di supporto, il che impone non solo un elevato costo sociale, ma anche un notevole onere economico, emotivo e fisico alle famiglie (Seteropoulos et al., 2020).

Un'importante teoria sull'ASD sostiene che gli individui affetti da questa patologia trovino gli stimoli sociali meno gratificanti rispetto ai loro coetanei neurotipici, con conseguente compromissione delle abilità sociali (Chevallier et al., 2012b).

3. Contesto/tipo di terapia:

Metodo applicato: Ozobot

Questo piccolo robot è disponibile in diverse forme: il modello Bits ha solo ruote e un sensore, mentre il modello Evo, più avanzato, è dotato di connettività Bluetooth e capacità di programmazione. Utilizzando pennarelli di colori diversi per indicare le diverse direzioni, gli utenti possono disegnare percorsi da seguire e impartire comandi come rallentare, accelerare o fermarsi.

Ozobot rappresenta un modo semplice e divertente per avvicinare i bambini alla robotica e alla programmazione. Il modello più avanzato può essere programmato, ma è semplice avere un foglio di codici e disegnare i progetti su un foglio di carta con pennarelli colorati.

4. Risultati:

Tutti gli obiettivi precedentemente definiti sono stati raggiunti. La ragazza ha migliorato la comunicazione, l'interazione con gli altri, la concentrazione e la motivazione a svolgere i compiti, le abilità grafomotorie e il pensiero logico. Tutte queste abilità e competenze che la ragazza ha migliorato possono essere utilizzate sia a scuola che in un ambiente non scolastico. Possono essere trasferite anche in altre aree della vita del bambino.

Questo tipo di terapia è stata solo una forma di gioco per uno studente, e allo stesso tempo l'insegnante ha potuto raggiungere gli obiettivi definiti/assunti.



In generale, i bambini autistici sono molto disponibili a utilizzare gli Ozobot: codificano, programmano, sentono di avere una forza motrice mentre guidano il robot.

Caso di studio n. 6

Paese: Polonia

1. Profilo:

Una ragazza di quattordici anni ha partecipato al programma di intervento mediato dai pari (PMI). Si sentiva a disagio nelle nuove situazioni. Era estremamente timida e introversa, con una bassa autostima. Aveva grossi problemi a stabilire nuove relazioni e a interagire con gli altri. Era emotivamente stabile. D'altra parte, desiderava nuove relazioni.

La ragazza aveva bisogno di tempo per rispondere a una domanda. Era troppo timida per chiedere informazioni se non capiva qualcosa. Pertanto, un volontario che passa del tempo con lei deve essere molto paziente. Inoltre, non era molto creativa. Le reazioni dei suoi coetanei, che di tanto in tanto sogghignavano per i suoi limiti, la rendevano estremamente riservata. Non ha iniziato alcuna relazione. Ha una famiglia biologica felice che la sostiene pienamente.

La quattordicenne partecipante al programma di intervento mediato dai pari (PMI) aveva un talento artistico e musicale. In questo caso particolare, queste capacità non sono considerate un'isoletta di abilità, poiché sono determinate principalmente dalla pazienza e dalla perseveranza della ragazza.

2. Tipo di disturbo:

ASD - Disturbo dello spettro autistico

3. Contesto/tipo di terapia:

Metodo applicato: PMI (Volontari alla pari "Mary e Max")

Si tratta di un programma di befriending manuale per adolescenti ad alto funzionamento (a partire dai 12 anni) e adulti con ASD (che chiamiamo "partecipanti"). L'obiettivo del programma è quello di facilitare la relazione uno-a-uno tra un partecipante e un volontario, sulla base di interessi comuni e di attività ricreative comuni. L'obiettivo è fornire a una persona con ASD un'esperienza positiva e di supporto associata a un coetaneo, migliorare la sua competenza interpersonale auto-percepita e aumentare la partecipazione sociale, diminuendo così il senso di solitudine e isolamento.

Il nucleo del programma consiste in incontri settimanali uno-a-uno tra un partecipante e un volontario che prevedono varie attività condivise, pianificate e scelte da entrambe le parti. Il programma prevede incontri regolari di queste coppie (un partecipante e un volontario) per un periodo minimo di 8 mesi.

Azioni intraprese



La coppia (la quattordicenne e il volontario) ha organizzato i propri incontri regolari in ambienti extrascolastici come: il giardino botanico, lo zoo, un ristorante o un cinema. Hanno anche giocato insieme a bowling e biliardo. Camminavano anche molto. Durante queste congregazioni discutevano di qualsiasi argomento di interesse per entrambi. I partecipanti hanno socializzato con i coetanei, non solo durante gli incontri individuali, ma anche durante le riunioni di gruppo, ad esempio giocando a giochi da tavolo. Inoltre, sono stati organizzati workshop separati per i partecipanti e i volontari.

4. Risultati:

Tutti gli obiettivi precedentemente definiti sono stati raggiunti. Il cambiamento complessivo nella partecipante/ragazza autistica è stato spettacolare. La ragazza ha migliorato la comunicazione, l'interazione con gli altri, la concentrazione e la motivazione a svolgere i compiti. Ha sviluppato notevolmente le abilità sociali. Ha superato la timidezza e ha iniziato ad avviare relazioni da sola. Tutte queste abilità che la ragazza ha migliorato possono essere utilizzate sia a scuola che in un ambiente non scolastico. Possono essere trasferite anche in altri ambiti della vita della ragazza. La socializzazione nel gruppo è stata significativa per lei. L'ha aiutata a comprendere una sorta di "alterità" o stranezza/ peculiarità dei bambini e dei ragazzi con ASD. Era disposta a continuare questo esperimento e ha continuato a frequentare i coetanei anche dopo la fine del programma.

Caso di studio n. 7

Paese: Spagna

1. Profilo:

Arnau è un bambino di cinque anni che frequenta una scuola normale e la cui passione sono le automobili. È timido e poco loquace. Mostra mancanza di interesse e di capacità di interazione, nonché limitate capacità di comunicazione. Non è inoltre in grado di decodificare il linguaggio del corpo e le espressioni facciali, né di riconoscere l'importanza dello spazio personale.

Arnau è un bambino con un coefficiente intellettivo inadeguato per la sua età. Ha notevoli difficoltà a relazionarsi con le persone e a comprendere le convenzioni sociali.

Non si sente a suo agio nelle nuove situazioni, reagisce a qualsiasi cambiamento nell'ambiente e sviluppa problemi affettivi, non sa come farsi e tenersi amici e in passato è stato anche vittima di bullismo.

Arnau ha anche difficoltà di apprendimento a scuola, perché ha un modo particolare di elaborare le informazioni. Inoltre, non adatta i metodi didattici alle sue esigenze e caratteristiche.

2. Tipo di disturbo:

Disturbo dello spettro autistico (ASD) - uno dei disturbi pervasivi dello sviluppo.



Questo disturbo comprende problemi di sviluppo e alterazioni del funzionamento. Esistono diversi livelli di gravità. I sintomi dell'autismo sono:

- Deficit nell'interazione sociale. Non rispondono ai gesti e agli sguardi delle persone che li circondano. Inoltre, non cercano il contatto con le altre persone. Preferiscono giocare da soli.
- Problemi con il linguaggio verbale e fisico. Spesso non hanno un linguaggio comprensibile o ripetono le parole che sentono. Confondono anche l'ordine delle parole o le usano con un significato particolare.
- Comportamenti ripetitivi o stereotipati. Si interessano a una sola cosa in modo esagerato e inflessibile. Ad esempio: pneumatici di auto, libri rossi...
- Mostrano anche movimenti corporei stereotipati, come sbattere le mani.

L'autismo è il risultato di un'alterazione del normale sviluppo cerebrale in una fase precoce dello sviluppo fetale. Questo è causato da possibili difetti nei geni che controllano la crescita del cervello e regolano il modo in cui i neuroni comunicano tra loro.

3. Contesto/tipo di terapia:

Con l'ASD è necessario applicare un trattamento cognitivo-comportamentale come la psicoterapia.

Per facilitare questo processo, è importante conoscere il bambino nel dettaglio, analizzare i comportamenti, le credenze e i pensieri che possono essere disfunzionali e parlare con i genitori per conoscere il comportamento del bambino a casa. Poi mettere in pratica le nuove abilità cognitive e sociali. Questo può essere realizzato attraverso i pittogrammi.

I pittogrammi sono ausili grafici e materiale adattivo. Sono strumenti raccomandati per le persone con disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico e disturbo specifico del linguaggio. Si tratta infatti di un sistema di comunicazione alternativa e aumentativa, che fornisce diverse forme di espressione per parlare, facilita la comunicazione e l'accessibilità cognitiva per tutte le persone e favorisce l'inclusione delle persone con disabilità nelle aree dell'autismo, delle disabilità intellettive, dell'ignoranza del linguaggio, degli anziani, ecc.

Tutte le attività e le situazioni sono adattate alle sue esigenze con l'aiuto di ausili visivi. Questo facilita le strategie e le risorse di pratica. Per questo motivo, i pittogrammi sono adatti e appropriati per le persone autistiche, perché aiutano a migliorare le abilità sociali o l'espressione dei sentimenti. I pittogrammi possono anche sostenere il processo di comunicazione. In questo modo migliorano le difficoltà di socializzazione e le difficoltà di apprendimento a scuola.

4. Risultati:

La psicoterapia è uno strumento essenziale per lavorare con i disturbi dello spettro autistico. È un processo complicato da sviluppare e per questo motivo l'inizio è stato complicato, ma con il tempo Arnau si è adattato a questo metodo. Ciò è stato possibile grazie alla funzione dei pittogrammi. I pittogrammi hanno aiutato la



terapia ad avere successo. I bambini autistici amano molto i pittogrammi, perché li aiutano a organizzare i loro pensieri e a comunicare.

Con le disabilità lievi, è difficile vedere molti cambiamenti in poco tempo. È un processo lungo che richiede dedizione e duro lavoro. I metodi e le risorse fornite stanno migliorando il suo controllo emotivo, le abilità sociali e la comunicazione. Questo porta a un miglioramento del suo rendimento scolastico. Così, sta imparando diversi modi per sviluppare la comunicazione, migliorare l'interazione con gli altri, risolvere i problemi affettivi e le difficoltà nell'apprendimento scolastico, comprendere le convenzioni sociali.

Caso di studio n. 8

Paese: Spagna

1. Profilo:

Maria è nata con parto cesareo il 7 maggio 2002 e oggi ha undici anni. Maria è la più giovane dei suoi tre fratelli. Ha una sorella di 19 anni e una di 24 anni. Sua madre ha 50 anni e suo padre 54 anni.

A Maria è stata diagnosticata la sindrome di Down, con una disabilità del 52%. Ha caratteristiche fisiche tipiche della sua sindrome, ma non troppo pronunciate. Oltre alla disabilità, presenta patologie concomitanti come un difetto cardiaco congenito, miopia e problemi ortopedici.

Frequenta una scuola regolare e il suo quoziente sociale è buono. Non ha difficoltà a socializzare con i coetanei e gli adulti. Per quanto riguarda la sua personalità, è piuttosto testarda quando vuole ottenere qualcosa. Tuttavia, è affettuosa e sempre disposta ad aiutare.

Maria ha difficoltà ad articolarsi linguisticamente, a causa dei suoi tratti somatici.

2. Tipo di disturbo:

La Sindrome di Down è un'alterazione genetica causata dalla presenza di un cromosoma in più nella coppia cromosomica 21. Nella Sindrome di Down, nelle cellule sono presenti 47 cromosomi invece dei consueti 46. Questo difetto congenito si verifica naturalmente e si forma spontaneamente senza che sia necessario intervenire. In questi casi, vi è un'alta incidenza di difetti cardiaci congeniti di vario tipo. Oltre a frequenti infezioni delle vie respiratorie.

Le persone con sindrome di Down presentano tratti stereotipati della personalità e del comportamento. Sono obbedienti, sorridenti, di buon carattere e facili da gestire. Inoltre, a volte tendono a essere testardi e capricciosi. Tuttavia, queste caratteristiche sono generalizzate perché non esistono due persone uguali.

I bambini con sindrome di Down imparano a sedersi, a camminare e a pronunciare le prime parole più tardi rispetto alle altre persone senza questa disabilità. Il linguaggio parlato segue generalmente schemi simili a quelli degli altri bambini senza disabilità. Tuttavia, l'esordio e lo sviluppo sono più lenti. Hanno un grande



potenziale educativo, che svilupperanno in base alle loro possibilità e capacità. Tuttavia, questo processo è lento e hanno bisogno di educatori speciali per integrare il lavoro degli insegnanti in classe.

3. Contesto/tipo di terapia:

Logopedista:

A causa delle sue difficoltà nell'articolazione del linguaggio, le abbiamo consigliato un logopedista.

Maria frequenta due sessioni individuali di un'ora con il logopedista ogni settimana. Qui impara a sviluppare il suo linguaggio attraverso attività e giochi. In questo modo, migliora l'attenzione, l'imitazione, la respirazione, la discriminazione additiva, la mobilità della bocca, ecc.

Inoltre, la logopedista rappresenta un'opportunità per stimolare l'intenzione comunicativa. Fornisce strumenti e risorse per esprimere sentimenti ed emozioni. Svolge anche esercizi volti a migliorare l'articolazione dei suoni vocali e la loro espressione in parole e frasi.

Fisioterapia:

Questo metodo mira a rafforzare i muscoli per evitare i piedi piatti e le ginocchia valghe, a rafforzare l'addome e a sviluppare esercizi di igiene posturale.

Gli esercizi consistono nel lavorare sulla corretta postura mentre si è seduti, sdraiati, si gioca e si porta anche uno zaino. Allo stesso modo, gli esercizi mirano a migliorare la respirazione e la flessibilità della colonna vertebrale, a fare esercizi addominali e a rafforzare i muscoli. Questo porta a modelli di movimento anomali e a problemi ortopedici.

Inoltre, ci sono altri esercizi che non sono tipici della fisioterapia ma sono necessari. Per esempio, Maria ha imparato che quando ha finito di usare un materiale deve rimetterlo al suo posto, comportarsi in modo appropriato, essere paziente, ecc.

Laboratorio di giochi:

Le attività di questo laboratorio mirano a migliorare la comunicazione, la socializzazione e l'integrazione. Ciò è possibile attraverso giochi simbolici e basati su regole. La cooperazione viene promossa anche attraverso lo sviluppo di atteggiamenti e abilità per il lavoro di squadra e la risoluzione pacifica dei conflitti.

I partecipanti devono essere valutati in base alle loro capacità personali, agli obiettivi stabiliti e al livello di apprendimento raggiunto.

4. Risultati:

Era importante lavorare con strumenti e ausili che aiutassero Maria a sviluppare l'autonomia personale, ad allenare le abilità sociali ed emotive e a migliorare la comunicazione, l'interazione con gli altri e l'autonomia. In questo modo promuovevamo la sua indipendenza. Sulla base di queste esigenze, era necessario che le scuole adattassero il programma di studi per soddisfare le necessità specifiche di questo tipo di studente.



Dobbiamo essere sempre attenti alle sue esigenze e adattarci ad esse. Pertanto, dobbiamo essere consapevoli che Maria deve ripetere la stessa attività più volte. Questo modulo serve ad acquisire il concetto e a non chiederle di fare più di quanto sia in grado di fare. Tuttavia, non chiedetele nemmeno di fare meno.

Questo caso particolare ci mostra quanto sia importante iniziare le sessioni fin dalla nascita per evitare possibili problemi e difficili cattive abitudini.

Caso di studio n. 9

Paese: Italia

1. Profilo:

S. è un bambino di 9 anni e la sua famiglia è composta da entrambi i genitori e da due sorelle, una maggiore e una minore.

La sua competenza linguistica e comunicativa è compromessa, poiché ha un vocabolario povero e il suo discorso non è fluente.

Ci sono anche problemi familiari che rendono più complicato implementare il lavoro sulle sue difficoltà nell'ambiente familiare.

2. Tipo di disturbo:

S. ha un impianto cocleare perché è affetto da una grave sordità e durante la crescita sono stati riscontrati altri due problemi: una lieve disabilità intellettiva e un disturbo comportamentale oppositivo. La sua lieve disabilità intellettiva comporta anche difficoltà nella lettura e nella scrittura. Tutte queste caratteristiche rendono difficile per Stefan comunicare con gli altri.

3. Contesto/tipo di terapia:

L'educatore propone esercizi e attività da svolgere con l'uso del PC sia in classe che non. Questa decisione è stata presa perché l'approccio ludico a un esercizio didattico con l'uso del PC si è rivelato vincente in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Di solito, l'esercizio si basa sull'acquisizione e l'implementazione della lettura globale utilizzando le CAA. Le immagini di CAA possono essere esistenti o create sul momento.

Ad esempio, per rappresentare uno stato emotivo come la rabbia, l'educatore propone a S. di fare una faccia arrabbiata, lui scatta la foto, entrambi la guardano per decidere se va bene e poi la caricano sul PC. In questo modo la comunicazione creata è diretta, visiva e Stefan può identificarsi con essa.

Questo strumento è essenziale per S. per capire come interagire con gli altri compagni di classe e attuare una comunicazione funzionale.



4. Risultati:

L'intervento educativo mirava a implementare le competenze linguistiche e comunicative di Stefan. Questo obiettivo è stato deciso per consentire una maggiore integrazione e inclusione di Stefan all'interno della sua classe. Potendo interagire con i suoi coetanei, Stefan può acquisire maggiore autostima nelle sue capacità ed essere maggiormente stimolato a migliorare le sue abilità.

Alla base di qualsiasi intervento terapeutico/educativo deve esserci l'autodeterminazione della persona con disabilità, solo così si possono definire obiettivi comuni e strutturare un intervento personalizzato.

Con l'adozione di un approccio ludico con l'uso della tecnologia (pc, tablet, telefono, ecc.), l'educatore ha dato a Stefan la possibilità di scegliere l'attività tra quelle proposte. L'educatore ha preso questa decisione per innescare in Stefan un ragionamento sulla consapevolezza e su come può fare delle scelte per sé stesso.

Dopo questo lavoro, l'educatore ha potuto osservare un miglioramento nell'apprendimento di Stefan, nella sua capacità di svolgere compiti in modo indipendente.

Caso di studio n. 10

Paese: Italia

1. Profilo:

A. è un bambino di 9 anni, figlio unico con entrambi i genitori presenti. La diagnosi è stata ricevuta tardivamente e non è ancora stata pienamente accettata dalla famiglia.

È un bambino molto timido e a volte non è chiaro se le sue difficoltà di comunicazione siano dovute alla mancanza di comprensione della richiesta o alla paura di esporsi.

Ha anche difficoltà a scrivere, in particolare a tenere correttamente la penna o la matita, ma non è ancora stato stabilito se ci sia anche un problema di disgrafia.

2. Tipo di disturbo:

A. ha una forma lieve di autismo con un leggero ritardo cognitivo.

A. non è in grado di creare spontaneamente frasi personalizzate. Utilizza frasi standard e semplici in diversi contesti sociali in base alle richieste, ripetendole da frasi ascoltate da altre persone come in TV o in famiglia.

3. Contesto/tipo di terapia:

L'attività viene svolta nel contesto scolastico, principalmente durante i pomeriggi di doposcuola, e l'educatore ha il ruolo di supporto per i compiti. A. è in grado di svolgere alcuni compiti in autonomia, ma spesso richiede l'intervento dell'adulto come forma di conferma.



In generale, si lavora sulla motivazione di A. e sulla tecnica del rinforzo: per ogni compito eseguito correttamente da lui stesso, l'educatore dà ad A. un rinforzo, deciso insieme in precedenza. Ad esempio, la clessidra era uno strumento di rinforzo. Vedendo il passare del tempo A. è stato in grado di autogestirsi senza l'intervento di un adulto esterno.

L'educatrice basa il suo intervento sull'Analisi Applicata del Comportamento (ABA). L'ABA è un approccio scientifico spesso utilizzato negli interventi educativi per le persone con autismo.

4. Risultati:

Insieme alla famiglia di A., l'educatore ha fissato obiettivi comuni per rendere il bambino più autosufficiente e autodeterminato nel contesto della classe e per migliorare il suo rendimento scolastico, come l'autonomia nello svolgimento dei compiti e nel porre domande in modo corretto, la comprensione e la decodifica del testo, andando oltre la comprensione letterale, imparando a conversare spontaneamente e limitando la ripetizione di frasi standard, sviluppando la manualità fine nei compiti di scrittura.

L'uso di rinforzi diversi, a seconda del contesto, ha aiutato a raggiungere gli obiettivi prefissati. Nel caso di A., l'educatore utilizza il metodo ABA per migliorare il suo comportamento sociale e in generale per implementare la sua competenza comunicativa.

Grazie all'uso della tecnica del rinforzo e del metodo ABA, l'educatore ha potuto osservare A. completare un compito che non voleva nemmeno iniziare. Questo è stato possibile solo fornendogli un modello a cui fare riferimento.

Un altro risultato ottenuto da A. è stato quello di capire quando deve rispondere a una domanda invece di imitare un modello di risposta. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, l'équipe professionale e la famiglia hanno successivamente discusso ulteriori strategie di conversazione funzionale.

Caso di studio n. 11

Paese: Grecia

1. Profilo:

A F., nato il 24.12.2010, è stata diagnosticata una disabilità mentale con una percentuale basata sul test di valutazione WISC del 42% di indice di intelligenza. È stato osservato che il bambino aveva un vocabolario espressivo e percettivo molto scarso. F. era incomprensibile e aveva difficoltà a creare una struttura di frase adeguata nel suo discorso spontaneo. Inoltre, F. aveva difficoltà a pianificare le articolazioni, motivo per cui aveva problemi alle articolazioni e disfunzioni alla bocca. F. non era in grado di descrivere una persona o una situazione e di raccontare una breve storia. Anche a scuola aveva grandi difficoltà di apprendimento.

2. Tipo di disturbo:



L'intelligenza è la capacità mentale generale che coinvolge il ragionamento, la pianificazione, la risoluzione di problemi, il pensiero astratto, la comprensione di idee complesse, l'apprendimento efficiente e l'apprendimento dall'esperienza (The National Academies of Sciences, 2015) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities /AAIDD/, 2010).

Due diversi sistemi di classificazione della disabilità intellettiva (ID) utilizzati negli Stati Uniti sono quello dell'AAIDD e il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5), pubblicato dall'American Psychiatric Association. Entrambi questi sistemi classificano la gravità dell'ID in base ai livelli di supporto necessari per raggiungere il funzionamento personale ottimale di un individuo.

L'85% della popolazione con diagnosi di ID è classificato come affetto da disabilità intellettiva lieve. Gli individui con ID lieve sono più lenti in tutte le aree dello sviluppo concettuale e delle abilità sociali e di vita quotidiana. Questi individui sono in grado di apprendere abilità di vita pratica, che consentono loro di funzionare nella vita ordinaria con livelli minimi di supporto.

Le disabilità intellettive sono solitamente dovute a un ambiente povero di stimoli o possono essere il risultato sia di un ambiente povero di stimoli che di cause genetiche. Nella maggior parte dei casi, le famiglie con uno sfondo educativo e socio-economico povero sono considerate un fattore aggravante per l'ID lieve (Papachronopoulou, 2004).

3. Contesto/tipo di terapia:

Il metodo MAKATON è stato applicato per creare una corretta struttura della frase e un uso appropriato dei collegamenti.

Il metodo SIMATA è stato applicato per il miglioramento delle articolazioni e della disprassia orale con molti esercizi orali.

Altri metodi applicati:

- Toccare e dire;
- Poesie in rima;
- Canzoni.

4. Risultati:

L'obiettivo dell'approccio terapeutico era la comunicazione più efficace e funzionale del bambino, la sua precisione articolatoria e la sua comprensibilità. L'obiettivo dei trattamenti era migliorare la sequenza, il controllo preciso della produzione vocale e la corretta pronuncia delle combinazioni di fonemi per l'enunciazione di parole e frasi. L'obiettivo del programma di trattamento era la programmazione delle articolazioni con il metodo SIMATA e la disprassia orale con molti esercizi orali.



F. ha avuto un intervento terapeutico precoce e dal 05-09-17 sta svolgendo sedute logopediche personalizzate. Questo fattore gli permette di familiarizzare con il processo e di dare più energia e risultati. Quando la relazione terapeutica è stata acquisita, è entrato nello spazio con grande piacere ed è riuscito a formare una frase corretta e a fare un uso appropriato dei tempi. Ora utilizza correttamente parole multisillabiche con cluster nel discorso spontaneo e viene compreso all'80% da chi gli sta intorno. Narra e descrive cose e situazioni corrette.

Caso di studio n. 12

Paese: Grecia

1. Profilo:

A L., nato il 27/02/2013, è stato diagnosticato l'autismo all'età di 2,5 anni. Ha ripetuto la seconda classe della scuola dell'infanzia e ora frequenta la terza classe della scuola primaria tipica ottenendo il supporto costante di un'educatrice speciale. Quattro anni fa è entrato in un programma personalizzato di logopedia e terapia occupazionale. Era piuttosto introverso, aveva scatti intensi e piangeva senza motivo. Non era verbale e non indicava il gioco che voleva. Il suo gioco era piuttosto immaturo in base ai punti di riferimento della sua età e non riusciva ad adattarsi al terapeuta. Non aveva idee e non prendeva iniziative.

2. Tipo di disturbo:

ASD - Disturbo dello spettro autistico

3. Contesto/tipo di terapia:

Utilizzando il metodo MAKATON, L. ha iniziato a formare una struttura di proposte più ampia e a prendere iniziative. È stato creato un programma giornaliero con immagini TEACCH per sentirsi più sicuri nella routine.

4. Risultati:

L. sembrava un ragazzo spaventato e solo, non in grado di esprimersi e interagire. All'inizio, gli scatti d'ira interrompevano spesso l'andamento delle sedute. Per stabilire la fiducia tra L. e il terapeuta è stato necessario dedicare un tempo e uno sforzo adeguati, ed è per questo che è stato applicato il metodo dell'interazione intensa, prima di qualsiasi altro metodo.

Gli obiettivi delle prime sedute erano che il bambino si sentisse sicuro e si fidasse del terapeuta. Il metodo dell'interazione intensiva è stato somministrato per ottenere il suo interesse e per avere un migliore contatto visivo. L. ha iniziato a interagire, a emettere suoni, parole e poi frasi.

Dopo un duro lavoro, L. ha imparato come funzionano gli oggetti attraverso il gioco e i giochi di ruolo. Ha iniziato a leggere e scrivere parole, frasi e poi interi paragrafi. Anche se ha ancora grandi difficoltà di comprensione e non si rende conto dei concetti astratti, è in grado di rispondere correttamente a domande a risposta chiusa utilizzando una sola parola e molto più facilmente quando queste sono abbinate a gesti.



Infine, a scuola interagisce molto meglio con le persone e i bambini, ma sempre guidato da uno specialista, da un genitore o da un accompagnatore.

7. Conclusioni

Autism spectrum disorder (ASD) is a developmental disability caused by differences in the brain. Some people with ASD have a known difference, such as a genetic condition. Other causes are not yet known. Scientists believe there are multiple causes of ASD that act together to change the most common ways people develop.

Intellectual disability (or ID) is a term used when a person has certain limitations in cognitive functioning and skills, including communication, social and self-care skills. It can be caused by injury, disease, or a problem in the brain. These limitations can cause a child to develop and learn more slowly or differently than a typically developing child.

While the causes of intellectual disability can be explained in most cases (genetic conditions, complications during pregnancy, problems during birth, diseases or toxic exposure), we still have much to learn about the causes of ASD and how they impact these people.

People with ASD may behave, communicate, interact, and learn in ways that are different from most other people. The abilities of people with ASD or intellectual disability can vary significantly. Some people with ASD may have advanced conversation skills whereas others may be nonverbal. Children with intellectual disabilities can learn to do many things. They may just need take more time or learn differently than other children. Regardless of the type of disability, some need a lot of help in their daily lives; others can work and live with little to no support.

Therapy services can be of great value for children with ASD or intellectual disability as remedial treatment helps to reduce stress, frustration or depression, manage sensory and overstimulation issues, develop new coping methods and improve social and interactive skills.

There is a wide variety of alternative therapies such as: psychotherapy, music and occupational therapy, therapy with the support of various social robots or even a ludic approach incorporating new technologies. In most cases there is a huge need to combine a few methods for the therapy to be successful as there is no one golden mean to achieve the desired outcome. Whichever therapy will be chosen and adapted to the individual needs of a given child, it should be eagerly continued in the home environment with significant support of parents or statutory representatives. The parental presence as therapy agents, namely as a medium and support for the therapeutic process, is one of the paradoxical parameters of working with children - extensive evidence indicates that the quality of parent-child attachment is related to later socio-emotional and physical health outcomes. A very important aspect is to establish a good relationship between a therapist, a child and their parent(s), thus creating the therapeutic parent-child-therapist triangle (analogous to Britton's conceptualisation of the parent-parent-child link). If all these factors act together, they will surely contribute to the success of the therapy undertaken.

Testimonianze

“Il gioco favorisce la crescita cognitiva, amplia le competenze linguistiche, attiva i primi impulsi di apprendimento. Nei giochi di gruppo si impara anche che nella vita, come nel gioco, esistono regole sociali, scambi con altre persone e soprattutto il rispetto del proprio turno, durante il gioco come durante una conversazione. Nel campo dei disturbi specifici dell'apprendimento e dell'ADHD, il gioco si rivela uno strumento indispensabile per la scoperta e il successivo allenamento/potenziamento dei punti di forza di una persona. Scoprendo automaticamente queste capacità, si può creare un metodo di studio su misura per lo studente”.

Florian Gallo

Psicologo

Master in Psicologia dello Sviluppo Educativo

Tutor dell'apprendimento

Master in DSA e Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività





“Nel nostro intervento, l'osservazione viene utilizzata per capire se le strategie messe in atto stanno funzionando. Osserviamo la persona, il suo funzionamento, le sue prestazioni e, soprattutto, il contesto. Il punto centrale è l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) che ha la funzione di descrivere il funzionamento delle persone in relazione al loro ambiente. L'ICF utilizza l'approccio bio-psicosociale, da cui deriva il concetto che la disabilità è il risultato di barriere ambientali, sociali e culturali. È quindi compito dell'educatore lavorare sul contesto e adattarlo alle esigenze della persona con disabilità”.

Luisa Accardo

Pedagogista

Vicedirettrice area gestionale e direttore dei servizi educativi della Fondazione Istituto dei Sordi di Torino Onlus

Docente a contratto nei corsi di specializzazione per insegnanti di sostegno per conto dell'Università di Torino

Assistente alla comunicazione





“Utilizzando il metodo MAKATON e lavorando attraverso le immagini, gli studenti imparano più facilmente.

Per quanto riguarda la coltivazione delle capacità organizzative degli studenti, come ad esempio completare un'attività e passare a quella successiva, il nostro Centro utilizza il metodo TEACCH, il gioco simbolico e le storie sociali.

Le sessioni sono individuali, a meno che l'obiettivo non preveda l'interazione sociale, nel qual caso lavoriamo in piccoli gruppi di due o tre bambini, a seconda dei casi”.

Dora Kamateri, B.A., M.A

Insegnante SEN

Responsabile scientifico dei Centri di Terapie Speciali
"Centri per la Dislessia - Metodo Pavlidis" a Charilaou -
Salonicco, Grecia

Esperienza lavorativa nell'istruzione secondaria tradizionale
a supporto di studenti con disabilità in classi di inclusione.





“Le prime parole che mi vengono in mente quando mi chiedono di descrivere gli studenti con BES sono sfida, amore, forza e lotta”.

Irini Kladou

Insegnante di musica e religione per studenti SEN

Presidente dell'Associazione dei genitori

Guardiani e amici di persone con autismo a Rethymnon, Grecia

Responsabile scientifico di un centro ricreativo per bambini con ASD, Rethymnon, Creta, Grecia.

Molti anni di esperienza nell'educazione all'inclusione e nell'educazione speciale.





“Gli studenti con BES hanno bisogno innanzitutto di accettazione, comprensione e amore. La creazione di un ambiente educativo amichevole e sicuro darà loro l'opportunità di esprimersi e prosperare. Tuttavia, l'educazione all'inclusione in una scuola tradizionale per studenti con BES può prepararli meglio alle sfide della vita reale”.

Eirini Vourou

Logopedista

Logopedista dei Centri di Terapie Speciali "Dyslexia Centres – Pavlidis Method" di Toumba-Salonicco, Grecia

Lunga esperienza lavorativa con studenti con ASD, difficoltà di apprendimento, dislessia, ritardo mentale, ADHD e altro.





“Il rapporto con il bambino viene prima di tutto. Non importa da quale ambiente provengano. Se non ho un legame con loro, non potrò ottenere nulla. La qualità della collaborazione con i genitori varia, a seconda dello stadio mentale in cui si trovano. Soprattutto dipende dal livello di accettazione della disabilità del figlio. Sappiamo che i bambini provengono da contesti diversi. Noi, come insegnanti, lavoriamo con il bambino. Se non abbiamo un buon rapporto con lui, nonostante un ottimo rapporto con la famiglia, non potremo fare nulla. Il bambino viene prima di tutto.

I genitori devono essere educati, ma devono essere consapevoli che si tratta di un processo a lungo termine”.

Monika

Insegnante

Lavora con studenti con autismo e disabilità da 18 anni e in una scuola speciale da 5 anni. In precedenza ha lavorato per 13 anni come terapeuta.



“È importante far capire ai genitori che la scuola o gli insegnanti sono qui e ora - solo per un po'. Sono loro che passano tutta la vita con i loro figli. Se non continuano a seguire i metodi proposti dalla scuola, non riusciranno a superare certi problemi”.

Aneta Rosiak

Insegnante

Lavora in una scuola speciale da circa 11-12 anni e con bambini autistici con disabilità moderate e gravi da circa 5 anni.





“La sfida più grande per noi sono i bambini stessi. Ci sono bambini che hanno comportamenti estremamente invasivi e difficili. Dobbiamo capire come gestirli e quali decisioni educative prendere per seguire la direzione più appropriata”.

Katarzyna Wojciech

Insegnante

Ha 24 anni di esperienza lavorativa e, di fatto, ha sempre lavorato in una scuola speciale. Per 3 anni ha lavorato con bambini affetti da autismo nelle classi 1-3.





“Credo che nessuno comprenda gli sforzi compiuti dagli educatori per i bisogni speciali per raggiungere l'inclusività in tutti i settori”.

Maria Psilolichnou

Fisioterapista/ Educatore per bisogni speciali

- Lavora ad Agios Spyridona da 1 anno.
- Ha completato diverse specializzazioni per bambini affetti da autismo.
- Collabora principalmente con bambini di età compresa tra i 3 e i 21 anni.



“Questi individui, in particolare i bambini affetti da autismo, hanno bisogno di variazioni rapide e veloci per catturare la loro attenzione. Se si annoiano, li avete persi”.

Maria Georgiou

*Psicologo della salute/ Responsabile presso Iliaktida
Zois*

- Si è interessata ai disturbi dello spettro autistico fin dall'inizio dei suoi studi.
- Da due anni lavora presso l'Iliaktida Zois, una scuola di educazione speciale.



“Il più grande vantaggio di lavorare in una scuola inclusiva è che tutto il personale che vi lavora è composto da professionisti specializzati, per i bambini con autismo”.

Christos Pilakoutas

Logopedista

- Ha lavorato nel settore privato per 3 anni.
- È passato al settore pubblico e da 2 anni lavora presso l'Ayios Spyridonas.
- Collabora con bambini di età compresa tra i 3 e i 21 anni.





“I fattori essenziali per il successo della terapia sono, in primo luogo, dice Alejandro, la necessità di avere un'ampia conoscenza della storia del bambino. In secondo luogo, si deve creare un legame tra il terapeuta e il paziente, che permetterà una maggiore aderenza al trattamento. Valutazioni periodiche aiuteranno a sapere se si stanno applicando le strategie più appropriate. Inoltre, bisogna stabilire una comunicazione fluida”.

Alejandro Ponce Gómez

Psicologo





“Tutti concordano sul fatto che i rapporti di forza nelle scuole devono diminuire per ricevere un'istruzione di qualità. In una classe in cui ci sono tre o quattro studenti con esigenze diverse e un solo insegnante, è molto difficile concentrarsi e far acquisire agli studenti i contenuti necessari per raggiungere gli obiettivi. Questo è il timore generale quando si parla degli aspetti influenzati dal lavoro con persone con bisogni educativi speciali. Sono preoccupati per l'attenzione e la concentrazione degli studenti durante l'apprendimento”.

“L'obiettivo di tutti i professionisti dell'educazione è garantire che tutti gli studenti raggiungano progressi personali e accademici adeguati alle loro caratteristiche e capacità in un clima di convivenza e rispetto reciproco. Per questo motivo è necessario un coordinamento tra gli insegnanti o i professionisti esterni e l'alunno”.

Dal focus group di Open Europe





Fonti

- *aaidd.* (2010). Retrieved from American Assosiation on Intellectual and Developmental disabilities: <https://www.aaid.org/news-policy/news/releases/2010/09/01/the-aaid-definition-of-intellectual-disability-is-cited-in-ssa-s-proposed-revision-of-medical-criteria-for-evaluating-mental-disorders>;
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* (5th edn.). Arlington VA: American Psychiatric Association;
- Anon., 2022. *Progetto Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico* [Online] Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5613_0_file.pdf [Accessed 27 June 2022];
- Autism Spectrum Australia (Aspect). (2012). *We belong: Investigating the experiences, aspirations and needs of adults with Asperger's disorder and high functioning autism.* Sydney: Autism Spectrum Australia;
- Autyzm Baza Wiedzy: objawy, przyczyny, terapia, diagnoza | Polski Autyzm (<https://polskiautyzm.pl/>);
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;
- Bradley, R. (2016). "Why single me out?" Peer mentoring, autism and inclusion in mainstream secondary schools. *British Journal of Special Education*;
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*;
- Caballero, D. S., Pablo Gutiérrez de Álamo FollowonTwitter!function(d, s, & Aldana, C. (2020, March 5). "Todos los Alumnos Deben Estar en Centros Ordinarios, Con Los Recursos Necesarios". El Diario de la Educación. Retrieved from [https://eldiariodelaeducacion.com/2020/03/05/todos-los-alumnos-deben-estar-en-centros-ordinarios-con-los-recursos-necesarios/#:~:text=Carme%20Fern%C3%A1ndez%2C%20directora%20de%20la%20Fundaci%C3%B3n%20Gerard%20es,no%20vulnera%20los%20derechos%20humanos%20de%20ning%C3%BAAn%20caval%20BB](https://eldiariodelaeducacion.com/2020/03/05/todos-los-alumnos-deben-estar-en-centros-ordinarios-con-los-recursos-necesarios/#:~:text=Carme%20Fern%C3%A1ndez%2C%20directora%20de%20la%20Fundaci%C3%B3n%20Gerard%20es,no%20vulnera%20los%20derechos%20humanos%20de%20ning%C3%BAAn%20caval%20BB;);
- Chan, J. M., Lang, R., Rispoli, M., O'Reilly, M., Sigafoos, J., & Cole, H. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*;
- Chang, Y. C., & Locke, J. (2016). A systematic review of peer-mediated interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*;



- Christina S. Lappa & Constantinos N. Mantzikos. (2021). ARE GREEK SPECIAL EDUCATION TEACHERS IN FAVOUR OF THE INCLUSION OF PUPILS WITH INTELLECTUAL DISABILITY? AN ONLINE SURVEY. *European Journal of Special Education Research*;
- Confederación Autismo España. (2022, May 23). Retrieved from <http://www.autismo.org.es/actualidad/articulo/el-alumnado-con-autismo-continua-aumentando-por-decimo-ano-consecutivo>;
- Istat, 2020. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/archivio/238308> [Accessed 27 June 2022];
- Istat, 2021. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ - ANNO SCOLASTICO 2020-2021* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/files/2022/01/REPORT-ALUNNI-CON-DISABILITA.pdf> [Accessed 27 June 2022];
- Istat, 2021. *L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ - ANNO SCOLASTICO 2020-2021* [Online] Available at: <https://www.istat.it/it/archivio/265364> [Accessed 27 June 2022];
- Koumoula, A., Tsironi, V., Stamouli, V., Bardani, I., Siapati, S., Graham, A., ... von Aster, M. (2004). An epidemiological study of number processing and mental calculation in Greek schoolchildren. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 377–388;
- Laurie, C (2022). Ten simple sensory strategies for autistic children (<https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/professional-practice/sensory-strategies>);
- Medicialia, 2013. *Psicologia- ADHD: una questione di numeri. Epidemiologia del Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività* [Online] Available at: <https://www.medicialia.it/minforma/psicologia/1670-adhd-una-questione-di-numeri-epidemiologia-del-disturbo-da-deficit-dell-attenzione-e-iperattivita.html> [Accessed 27 June 2022];
- Ministero della Salute, 2022. *Home / Autismo* [Online] Available at: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=vuoto> [Accessed 27 June 2022];
- Ministero dell'Istruzione, 2019. *I principali dati relativi agli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) - Anno Scolastico 2017/2018*. [Online] Available at: <https://miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+DSA+;>
- NGSa-Associazione Nazionale Genitori per Sone con Autismo, n.d. *I numeri* [Online] Available at: <http://angsa.it/autismo/numeri/#:~:text=In%20Italia%2C%20tenendo%20conto%20di,famiglie%20interessate%20direttamente%20dall'autismo> [Accessed 27 June 2022];
- Orsmond, G. I., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*;
- Papachronopoulou, S. (2004). *Kids and teenagers with special needs and abilities*. Athens: Atrapos;
- Płatos, M., Goćłowska, K., Wojaczek, K., Woźniak-Rekucka, P., Zawisny, A., & Pisula, E. (2016). Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w świetle sondażu ogólnopolskiego. In M. Płatos

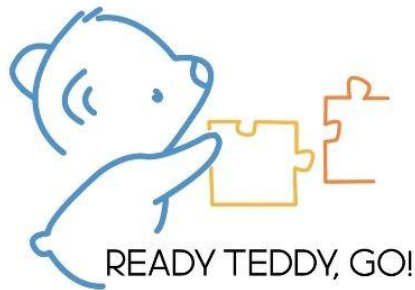


(Ed.), *Ogólnopolski Spis Autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce* (pp. 64–66). Warszawa: Stowarzyszenie Innowacji Społecznych 'May i Max';

- Seretopoulos K., Lamnisis D., Giannakou K., *The epidemiology of autism spectrum disorder*, Department of Health Sciences, School of Sciences, European University Cyprus, Nicosia, Cyprus, *Archives of Hellenic Medicine* 2020, 37(2): 169–180;
- The National Academies of Sciences, E. a. (2015). *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*. Washington (DC).

Risorse Internet:

- <https://AutismSpeaks.org/Family-Services/Tool-Kits/100-Day-Kit>;
- <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis>;
- <https://AutismSpeaks.org/Family-Services/Tool-Kits>;
- <https://AutismSpeaksWalk.org>;
- <https://childmind.org/article/sharing-an-autism-diagnosis-with-family-and-friends/>;
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/autismo>;
- <https://www.edf-feph.org/education-policy/>;
- <https://www.equipadn.com/es/casos-reales/arnau-tea/>;
- <https://en.famagusta.news/news/2-17/>;
- https://www.gvsu.edu/cms4/asset/7E70FBB5-0BBC-EF4C-A56CBB9121AECA7F/7_things_about_ozobots.pdf;
- <https://www.inclusion-europe.eu/education/>;
- <https://ijim.org/>;
- <https://niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=78>;
- http://www.ponceleon.org/logopedia/index.php?option=com_content&view=article&id=110;
- https://www.roboticsbusinessreview.com/rbr/podcast_robots_revolutionizing_autism_therapy/;
- https://www.roboticsbusinessreview.com/rbr/how_buddy_is_helping_autistic_children/;
- <https://www.sindromedown.net/sindrome-down/>;
- <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4679/TFG-L264.pdf;jsessionid=E34A477765F6212F107F2ED590A643A6?sequence=1>;
- <https://www.webmd.com/brain/autism/therapies-to-help-with-autism>;
- <https://wolontariatkolezenski.pl/badania/>;
- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/autism-rates-by-country>;
- <http://www.verticespsicologos.com/metodologias-terapeuticas/lasroz-as-majadahonda-pozuelo-torrelodones-boadilla-galapagar-villalba-elescorial-madrid>;
- <https://www.youtube.com/watch?v=7USd8plnPE>.



PROJECT INFORMATION

PROJECT ACRONYM:	RTG
PROJECT TITLE:	READY, TEDDY, GO!
PROJECT NUMBER:	2021-1-PL01-KA220-SCH-000027809
SUB-PROGRAM OR KA:	SCHOOL EDUCATION
WEBSITE:	https://www.readyteddygo.eu



Lodz University
of Technology



ISTITUTO DEI SORDI
DI TORINO



Emphasys
CENTRE

VILNIAUS VILTIS
Sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija



Associació Programes Educatius
OPEN EUROPE

