



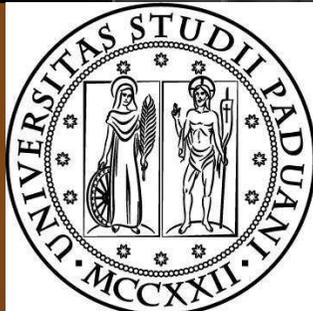
<http://www.mammedomani.it/gravidanza/articoli/3748-a-fine-giugno-arriva-il-test-del-sangue-per-la-sindrome-di-down.html>

Dal libro "La sindrome di Down. Sviluppo psicologico e integrazione dalla nascita all'età senile"
Di Renzo Vianello, capitolo 6.

Prevenzione, educazione, abilitazione e integrazione



<http://www.notizieprovita.it/voce-della-scienza/una-stima-dei-bimbi-con-sindrome-di-down-abortiti-in-italia-nel-2009/>



Università degli Studi di Padova
Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione
Corso di Disabilità Cognitive
Prof. Renzo Vianello
Anno Accademico 2014-2015

<http://30giorninews.com/bimba-affetta-da-sindrome-di-down-privata-del-suo-insegnate-di-sostegno-lettera-dei-genitori/15015/>



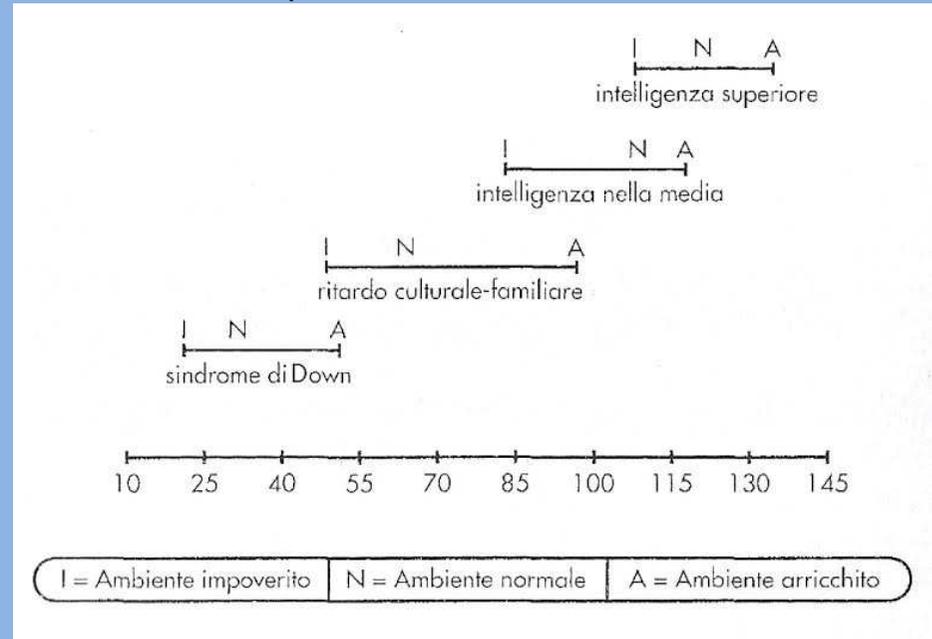
<http://www.equitalia.it/attivita-a-cavallo-rivolta-al-soggetti-down/>

Power point curato da:
Angione Denise
Bolzonella Martina
Cavinato Giada
Pelliccia Micol

G. S. Baroff

L'ambiente, arricchito o impoverito, influenza lo sviluppo intellettuale.

Ambiente: I = impoverito N = normale A = arricchito



Sindrome di Down + ambiente arricchito → Q. I. 35 - 50

che si traduce nell'acquisizione delle abilità di **lettura, scrittura** e **risoluzione di problemi aritmetici** a livello di scuola elementare.

Come possiamo fornire al bambino un *ambiente arricchito*?

Tramite una buona:

✓ *Prevenzione*

✓ *Abilitazione*

✓ *Educazione*

✓ *Integrazione
sociale*

Prevenzione

❖ Per prevenzione intendiamo, oltre a tutto ciò che può essere fatto in campo medico per evitare conseguenze negative, soprattutto un **atteggiamento mentale** esteso in tutti i contesti.

Riportiamo alcuni esempi di interventi di prevenzione in ambito medico:

- ✓ Verificare che non ci sia stata assenza di ossigenazione al cervello al momento del parto;
- ✓ controllare la presenza di esigenze alimentari particolari (fenilchetonuria).

Quando fare prevenzione?

- ✓ *Prima del concepimento*
- ✓ *Durante la gravidanza*
- ✓ *Nei primi anni di vita*

Prima del concepimento

- ❖ Deve esserci consapevolezza che con l'avanzare dell'età dei genitori aumentano i rischi di avere un figlio con disabilità.

Incidenza

1 su 1450

1 su 550

1 su 280

1 su 100

1 su 28

*Età
materna*

21 anni

33 anni

36 anni

40 anni

45 anni

Durante la gravidanza

❖ **Avere informazioni sulla salute del bambino durante la gestazione permette cure perinatali tempestive e più adeguate!**

Settimana di gestazione

Esame clinico

10° - 11° settimana

Villocentesi:
prelievo di villi coriali

15° - 20° settimana

Tri-test:
prelievo del sangue materno per valutare i livelli di Beta CHG, Estradiolo e Alfafetoproteina

16° - 17° settimana

Amniocentesi:
prelievo di liquido amniotico

Primi anni di vita

❖ **Cruciali sono vari accertamenti per verificare la salute del neonato grazie all'aiuto di personale esperto. La figura del *PEDIATRA* diventa fondamentale in quanto coordina le visite specialistiche necessarie.**

- ✓ Screening neonatale e funzionamento della tiroide
- ✓ Esame del cariotipo
- ✓ Controllo ematologico, nello specifico dei globuli rossi
- ✓ Visita cardiologica
- ✓ Visita oculistica
- ✓ Visita otorinolaringoiatrica per valutare l'udito
- ✓ Visita ortopedica (dopo i 6 mesi)
- ✓ Visita dentistica (dopo il 2°anno)
- ✓ Valutazione dell'apparato digerente

- ❖ Modalità adeguate di educazione e trattamento hanno anche finalità **preventive**. I bambini con sindrome di Down, come tutti, hanno bisogno del giusto equilibrio tra apprendimento e attività ludiche.
- ❖ Di conseguenza tra educazione, prevenzione e trattamento esiste un **rapporto di sistema**; ognuna sostiene ed è sostenuta dalle altre, in un'interazione continua.

Attività fisica

Attività lavorative



Attività cognitive

Attività sociali

Interventi precoci

Motto

Prima si interviene
meglio è!

Evidenze
empiriche

Risultati inferiori alle
aspettative!

Ricerche

- ✓ *Progetto EDGE*
- ✓ *Ricerca di Cunningham*
- ✓ *Studio della Ferri*
- ✓ *Ricerca di Cecchini*

Progetto EDGE

Obiettivo

stimolare lo sviluppo comunicativo attraverso un'interazione positiva genitore-bambino.

Risultati

nessuna differenza significativa nella concettualizzazione e nel linguaggio espressivo.

Ricerca di Cunningham

Obiettivo

utilizzare interventi precoci che differiscono per età di inizio, intensità, frequenza delle visite e gruppo di appartenenza per stimolare lo sviluppo.

Risultati

modifiche sullo sviluppo motorio e cognitivo **solo** a breve termine.

Ferrí

Ipotesi

Un intervento precoce e della durata di due anni influenza lo sviluppo.

Risultati

Influenze solo nell'area della socializzazione.

Cecchini

Ipotesi

Un livello di scolarizzazione, di classe sociale e di atteggiamento educativo migliore dei genitori porta livelli di Q. I. più alti nei figli con Sindrome di Down.

Risultati

Q. I. più alti della media dei bambini con Sindrome di Down

Per un corretto sviluppo sono quindi importanti

- ✓ Buona interazione madre - bambino;
- ✓ Buona integrazione sociale del piccolo;
- ✓ Interventi **personalizzati** che durino tutta la vita.



<http://www.notizieprovita.it/filosofia-e-morale/la-mia-vita-piena-letizia>

In famiglia

è il *luogo privilegiato di educazione e integrazione*

Rispetto a **genitori** che hanno figli con altre disabilità intellettive, quelli che hanno un **figlio con sindrome di Down**:

❖ **Provano meno stress**

❖ Sono **più soddisfatti** nella percezione dell'aiuto ricevuto a **livello sociale**

(Krauss et al., 1989; Dykens et al., 2000)



<http://www.uccronline.it/2013/10/13/e-buona-leugenetica-contro-i-bambini-down/>



<http://www.tuttasalute.net/7417/sindrome-di-down-e-morbo-di-parkinson-crescono-difficolta-e-solitudine.html>

Da una *ricerca italiana*, condotta su 311 genitori di famiglie con figli affetti da **sindrome di Down** (39 famiglie), **sindrome di Williams** (41), **sindrome X-fragile** (42) e **senza alcuna disabilità** (40); con età compresa tra 1 e 29 anni:

I genitori con figli con sindrome di Down,

rispetto a quelli con figli con sindrome di Williams e con X fragile:

❖ **Percepiscono meno stress e meno pessimismo**

(sfera problemi familiari, pessimismo, caratteristiche figlio disabile; Q.R.S-G.F.D)

❖ **Mostrano migliore adattabilità** alla patologia e alla sua gestione (stile educativo comprensivo e democratico, flessibilità ruoli/regole, locus of control esterno; P.L.O.C)

❖ **Costruiscono un ambiente più sereno e più fiducioso**, si sentono più **competenti e responsabili** per i loro figli.

Differiscono dal gruppo di controllo dei normodotati solo per

❖ Sensazione di essere **maggiormente condizionati** dai figli

❖ Non esistono **differenze tra madri e padri** che si sentono coinvolti, condizionati, stressati allo stesso modo → **maggiore coesione** → **maggiore corresponsabilizzazione educativa**

(Vianello, Bonati, Lanfranchi e Moalli, 2003)

Il momento della diagnosi

Fin dai primi giorni di vita (o prima)

Molteplici sono le **reazioni immediate**,
che dipendono da:

- conoscenza della sindrome;
- tendenza persona a manifestare le proprie emozioni;
- gioco delle parti fra moglie e marito;
- età del padre ed età della madre;
- professione e cultura personale;
- condizione economica familiare.

In ogni caso: **reazioni molto intense e spesso
“sconvolgenti”**



↙ *Ristrutturare la propria vita*

Bisogno di **ripensare e riparlare** di questo evento più volte

→ **IMPORTANZA del CONTESTO DI COUNSELLING**



che dia un sostegno che permetta anche
di **utilizzare in modo coerente le energie a
disposizione per un maggior benessere del figlio**

L'interazione sociale nei primi anni di vita :

Ha molto in comune con quella per gli altri bambini (tempi diversi)

(0-4 MESI) →

- Adattarsi alle richieste del bambino, comprendendo **esigenze e ritmi**;
- nel rapporto sociale il bambino soddisfa la propria **motivazione a conoscere**.

(3-5 MESI) →

- Il bambino progredisce nella capacità di prestare **attenzione al mondo esterno** (in particolare alle altre **persone**);
- importanza **regolazione attenzione congiunta** e **sensibilità** nelle situazioni faccia a faccia;
- stabilire e mantenere in modo armonico i **contatti reciproci** con il bambino.

(6-12
MESI) →

- Focalizzazione sulle **attività** che il bambino compie sugli **oggetti**;
- capacità di riconoscere le **persone familiari** sulle quali fonderà poi il proprio legame di attaccamento.

(2-3 ANNI) →

- Le azioni sono sempre più **intenzionali**;
- l'adulto deve mostrare disponibilità a **prestare attenzione ai segnali** del bambino e mostrare iniziativa **nell'avviare interazioni ricche**.

DOPO
3 ANNI →

- Uso del pensiero → **prime frasi**;
- il comportamento è guidato dalle **richieste verbali** dell'adulto → dal **linguaggio interiorizzato** del bambino (normale comportamento oppositorio)

Interventi educativi da parte dei genitori

PRIMI SEI ANNI →



<http://www.notizieprovita.it/economia-e-vita/non-e-nato-il-bimbo-immaginario-e-andrea-il-mio-figlio-down-con-cui-e-iniziata-unavventura-imprevista/>

Esistono molte **guide per i genitori**; di norma vengono fornite indicazioni relativamente a:

- Autonomia alimentare e buone abitudini a tavola;
- uso del pannolino e uso del gabinetto;
- igiene personale;
- riposare e dormire;
- vestirsi autonomamente.

6-11 ANNI →



<http://www.sindrome-down.it/index.php?id=242>

- Sempre più evidenti le discrepanze tra **età cronologica, sviluppo mentale e sviluppo comportamentale** → Temi educativi fondamentali sono quindi molto simili a quelli che **normalmente** coinvolgono un bambino di **3-6 anni**.
- Cruciale **collaborazione tra scuola e famiglia**; i genitori devono avere ben presente la realtà scolastica del figlio per poter meglio distribuire le proprie energie.

NELL'ADOLESCENZA



Compiti di sviluppo:

1 - Conoscere il proprio corpo ed accettarlo

Bisogno di essere sostenuti nel capire cosa sta succedendo, aiutarli nell'**avere cura del proprio corpo e del proprio abbigliamento** favorendo al massimo l'**autonomia personale**.

2 - Saper gestire socialmente il proprio ruolo di genere

3 - Saper gestire le problematiche legate alla sessualità

Esempio: **masturbazione** da scoraggiare in pubblico ma accettata nell'intimità.

4 - Conseguimento dell'autonomia psicologica dagli adulti

Autonomia raggiungibile più limitata ma anche la conflittualità figli-genitori è minore.

Obiettivo educativo primario è **favorire il massimo** possibile di **autonomia** (a volte questo, per essere accettato dai genitori che hanno paura di "correre troppi rischi", richiede un **counselling psicologico**).

Cinque aree cruciali di autonomia esterna: **comunicazione, orientamento, comportamento stradale, uso del denaro, uso dei negozi e dei servizi.**

(Contardi, 2001)

5 - Progressiva definizione di una "filosofia di vita"

Non ostacolare le **scelte personali** e le **prese di posizione**. Con l'adolescenza cambiano gli interessi e si ha sempre maggiore voglia di **uscire con gli amici**, questo processo va favorito poiché promuove un' **autonomizzazione dai genitori**.



http://www.diredonna.it/wp-content/uploads/2011/03/ragazza_con_la_sindrome_di_down.jpg



<https://www.youtube.com/watch?v=MlpsGADGDIA>



<http://www.nuovadelsud.it/potenza-e-provincia/potenza-e-provincia-news/citta/4336-potenza-educatori-e-ragazzi-afetti-da-sindrome-di-down-aprono-una-pucceria.html>

ADULTO



- Da favorire le situazioni in cui **più persone disabili** condividono lo **stesso appartamento** (aiutati da educatori);
- importante avere un'**occupazione lavorativa** e una **sociale extralavorativa** (parrocchia, volontariato);
- da accogliere **rapporti di coppia** dove soddisfare i bisogni di intimità di coppia (oltre che bisogni sessuali);
- maggiori rischi di **morbo di Alzheimer**.



<http://www.notizievangeliiche.com/lamore-e-la-ricerca-per-affetti-da-sindrome-di-down-fanno-passi-avanti/>



<http://www.superando.it/2011/11/04/le-persone-con-sindrome-di-down-e-il-mondo-del-lavoro-2/>



<http://www.superando.it/2011/10/13/le-persone-con-sindrome-di-down-e-il-mondo-del-lavoro/>

A scuola

In Asilo Nido e nella Scuola dell'infanzia

PRIMO ANNO DI VITA →

- Le **interazioni tra coetanei** sono simili in tutti i bambini e prevedono: scambi di sorrisi, di contatto fisico, di vocalizzi; hanno durata limitata nel tempo. Le interazioni **dapprima negative** (es. togliere un giocattolo) **diventano** con il tempo sempre **più positive** (es. offrire un giocattolo). → Anche per i bambini con **sindrome di Down** la modalità di interazione è la **stessa** ma a differenza dei bambini con sviluppo tipico, è **in ritardo**.

2-3 ANNI →

- Le **interazioni tra coetanei** diventano **più ricche**;
- dal *terzo anno* diventano frequenti le **attività imitative e cooperative** e, se sostenuti, si rivelano capaci di **giochi sociali simbolici**.

3-6 ANNI →



http://www.sindrome_down.it/index.php?id=259

- la **comunicazione verbale** inizia a svolgere **una funzione comunicativa**;
- una capacità critica che si manifesta a quest'età è **il disegno**: i bambini con sindrome di Down hanno difficoltà in tale abilità e questo può minare la loro **autostima**; è perciò utile **l'intervento dell'adulto** che deve guidare il bambino nel disegno.



È possibile far frequentare **un anno in più l'Asilo Nido e/o la Scuola dell'infanzia** ai bambini con sindrome di Down anche facendo in modo che essi instaurino **rapparti con** quelli che poi saranno i loro **compagni futuri**.

Gli **obiettivi educativi** da raggiungere in questi anni riguardano soprattutto:

- *l'autonomia (tenersi pulito, collaborare nel mangiare, nel vestirsi ...);*
- *lo sviluppo comunicativo e sociale.*

Nella scuola primaria e secondaria

Se i bambini hanno **prolungato** la frequenza nell'Asilo Nido e/o nella Scuola dell'infanzia, l'inserimento nella scuola primaria avverrà **qualche anno in ritardo** rispetto all'età dei bambini con sviluppo tipico.

3 bambini con sindrome di Down su 4 (74%) hanno iniziato la scuola elementare a:

- 7 (51%),
- 8 (17%)
- e 9 (6%) anni.

(Gherardini e Nocera; 2000)



Risulta essere **accettato ed efficace** l'inserimento nelle scuole “comuni”, mentre viene escluso l'inserimento nelle scuole speciali.

Gli insegnanti sono favorevoli all'inserimento nelle scuole di alunni con sindrome di Down?

Ricerca condotta tramite intervista strutturata,
su 40 insegnanti → 20 con esperienza di inserimento e 20 senza esperienza.

IPOTESI → gli insegnanti **con esperienza diretta** di inserimento hanno un **atteggiamento migliore** rispetto agli insegnanti senza esperienza.

Accettazione dell'inserimento

→

il **95%** degli insegnanti **con esperienza** e il **75%** di quelli **senza esperienza** hanno **accettato senza esitazione** l'inserimento di alunni con sindrome di Down.
(L'inserimento di alunni con sindrome di Down è accettato più facilmente rispetto a quello di alunni con altre disabilità intellettive)

Importanza della socializzazione →

entrambi i gruppi di insegnanti attribuiscono **più importanza alla socializzazione** che all'apprendimento.

Scuole speciali →

l'**85%** degli insegnanti in **entrambi i gruppi** era **contrario** alle scuole speciali.
(Percentuali più basse con alunni con altre disabilità intellettive)

Comportamenti socialmente non accettabili →

gli insegnanti **senza esperienza** si **aspettano** molti **più** comportamenti **socialmente non accettabili** rispetto agli insegnanti con esperienza.

Condizione della classe →

nella gestione della classe gli insegnanti **senza esperienza** mostrano **più timore** rispetto agli insegnanti con esperienza.

La **mancaza di esperienza**, dunque, fa **sopravvalutare le difficoltà** che un insegnante può incontrare nell'inserimento di un alunno con sindrome di Down; **tuttavia** l'inserimento degli alunni con sindrome di Down nelle classi normali è **favorevolmente accettato**.

Inserimento in classe

L'inserimento di alunni con sindrome di Down richiede una **riorganizzazione della didattica**:

- tali alunni possono essere seguiti da un **insegnante di sostegno** che però deve **collaborare** attivamente con gli altri **insegnanti**;
- l'**insegnamento** deve essere **diverso**, in base alle capacità del singolo, ma le **tematiche** trattate devono essere **le stesse** sia per gli alunni con sindrome di Down sia per gli alunni con sviluppo tipico;
- l'apprendimento è **favorito** dal **lavoro in piccoli gruppi**.

Anche i **genitori** sono favorevoli all'inserimento di alunni con sindrome di Down:



importanza dell'**esperienza diretta**



Genitori che avevano precedentemente vissuto l'inserimento di **alunni con sindrome di Down nelle classi dei propri figli** accettano e consigliano futuri inserimenti.

(Brolli, Moalli e Vianello; 2006)

Leggere e scrivere

Sestili, Moalli e Vianello (2005) → 10 ragazzi con sindrome di Down frequentanti la **seconda** e la **terza media**, sottoposti a diversi compiti per la valutazione del pensiero logico, di lettura e comprensione del testo, di scrittura, abilità numeriche e calcolo.

Letture:

3 ragazzi non leggono o leggono singole lettere (**EM: 4.3**)

4 ragazzi leggono a livello di **prima primaria** ma con numerosi errori

2 ragazzi leggono e comprendono a livello di **terza o quarta primaria**

1 ragazzo legge e comprende a livello di **quarta o quinta primaria**

Scrittura:

3 ragazzi che non leggono non sanno neanche scrivere

3 scrivono sotto dettatura brani di **prima primaria** ma con molti errori.

4 scrivono a livello di **prima o seconda primaria**



<http://www.sindrome-down.it/index.php?id=225>



<http://www.sindrome-down.it/index.php?id=256>

- Per l'apprendimento di queste abilità è però necessaria un **età mentale di 5 anni**
- Possibile l'**apprendimento** della **lettura** e della **scrittura** nella sindrome di Down;
- Le **prestazioni raggiunte** risultano essere **inferiori rispetto** a quelle dei **normodotati**;
- Il **livello raggiungibile** è paragonabile a quello di **prima o seconda primaria**;
- Molta **variabilità** dovuta alla **specificità del caso**;
- Le **prestazioni** nella **scrittura** sono **inferiori** rispetto a quelli della **lettura**;
- In entrambe le abilità gli **errori** sono **più frequenti** rispetto a quelli dei normodotati che si trovano nello stesso livello;
- Queste abilità sono fortemente influenzate dal ritardo dello sviluppo cognitivo e di quello linguistico.

Un'altra variabile significativa è il livello di **competenze lessicali**.

Apprendimento possibile da **EM di pensiero logico di 4;6-5,0**.

Aritmetica e matematica

Poche ricerche. Risultati non chiari.



Rynders (1999) → le prestazioni in **aritmetica** a qualsiasi età non superano quelle raggiungibili a **fine della seconda primaria**.

Prestazioni **inferiori** rispetto alla **lettura** e alla **scrittura**.

Sestili, Moalli e Vianello (2005) → 10 ragazzi con sindrome di Down

- 4 ragazzi hanno **competenze inferiori** a quelli dei bambini normodotati all'**inizio della scuola primaria**;
- 3 ragazzi dimostrano **competenze intermedie** della **prima primaria**;
- 3 ragazzi dimostrano **competenze finali** della **prima primaria**.

2 tipi di intervento:

1- **apprendimento aritmetico e matematico in coerenza con le capacità mentali** dell'individuo.
(Apprendimento solido e duraturo)

2- **aritmetica pratica**: per l'**adattamento** dell'individuo è **utile l'apprendimento matematico e pratico** anche in assenza delle competenze concettuali necessarie.

<http://www.youtube.com/watch?v=0lj3Yg1TbA8>

Abilitazione →

Nel team AUSL o centro privato,
ci deve essere una
COMPETENZA EDUCATIVA,
ruolo che è solitamente svolto
dal **co-responsabile**

- Gli interventi sulle persone con sindrome di Down e le loro famiglie dovrebbero prevedere **incontri con la famiglia e il bambino** fino a **6 anni**, almeno due volte annue e un incontro annuale per **età superiori**.
- Questi dovrebbero anche monitorare annualmente lo **SVILUPPO** del bambino.

ABILITÀ MOTORIE	N MEDIA	N 80%	SDg MEDIA	SDg 80%	SDa MEDIA	SDa 80%
Seduto con appoggio tiene la testa eretta	3	1-4	5	3-9	4	3-8
Rotola (da pancia in giù a pancia in su e viceversa)	5	3-8	8	5-12	7	4-10
Si muove carponi	6	4-9	16	11-30	14	11-22
Sta seduto da solo, senza appoggio, per breve tempo	7	5-9	9	6-16	8	6-15
Sta in piedi appoggiato ad un sostegno	8	6-10	15	10-30	12	9-24
Sta in piedi da solo senza appoggio	11	9-14	18	13-36	15	13-30
Cammina da solo senza aiuto	12	10-16	20	16-48	18	15-30
Sale le scale da solo	21	18-24	36	30-42	30	28-36
Scende le scale da solo	27	24-30	42	39-48	36	34-42

Dati

- In questa tabella si pongono a confronto gli **sviluppi motori** di bambini con sindrome di Down e quelli relativi ai normodotati
- Il confronto tra **bambini Down** considerati in generale e quelli su cui è stato fatto un **intervento abilitativo**

Obiettivo:

Si vogliono osservare gli **effetti positivi** che i bambini con sindrome di Down hanno dopo un **intervento abilitativo** postogli

Risultati:

- Dalla tabella si nota che ci sono **pochi** bambini che usufruiscono di questo intervento
- Chi beneficia di più di questo intervento sono coloro che hanno un grado di **ritardo mentale gravissimo**
- I bambini con sindrome di Down traggono **maggior beneficio** da **sedute fisioterapiche e di psicomotricità** perché sono ipotonicici.

Interventi per il potenziamento delle capacità comunicative e linguistiche

Ci sono **pochi interventi** nella **realità italiana prelinguistici precoci** per questi bambini; i programmi che vengono attuati sono:

- *Intervento per la fonologia* → con la produzione di 30-40 parole (tra il **terzo e quarto anno di vita**) si attua un programma non invasivo e rispettoso delle componenti emotive e motivazionali. Corrisponde all'aiutare a migliorare la propria attenzione rispetto ai **suoni produttivi e recettivi** della lingua; c'è inoltre un incoraggiamento dei **suoni prodotti intenzionalmente, a comando e per imitazione**.
- *Intervento per il lessico e morfosintassi* → interventi **cognitivo-linguistici** per il potenziamento della **memoria a breve termine e di lavoro** con compiti di medio e alto controllo.
- *Intervento di pragmatica* → i bambini con sindrome di Down devono essere aiutati ad **adattare il proprio discorso**, povero o ricco che sia, ai diversi contesti ed interlocutori. Esempio: *distinguere quando salutare con ciao, buongiorno o buonasera*.

Interventi per il potenziamento delle capacità cognitive

Se le capacità di una persona con sindrome di Down a **livello cognitivo** vengono **potenziate**, possono permettere una **migliore qualità della vita**. I **genitori** stessi possono potenziare il loro figlio a livello cognitivo ricevendo **aiuto** per affrontare e accettare la situazione, nella **conoscenza diretta** del bambino con osservazione e linee guida di aiuto, riflettendo sulle **modalità educative adeguate** aiutandoli **all'approccio autonomo**, nello **sviluppo motorio** e nella **comunicazione linguistica**, inserendoli **all'asilo nido**. Per il potenziamento dello sviluppo cognitivo e del pensiero si può usare il *progetto MS* (test di valutazione e materiale per migliorare competenze nella comprensione delle corrispondenze e delle funzioni, di nozioni temporali spaziali, di simmetria e rotazione)

Training :

L'attuazione del training sul bambino con sindrome di Down per migliorare le sue capacità, corrisponde a:

- Sedute brevi, numerose e distanziate nel tempo
- In ogni seduta il bambino prende contatto con il materiale
- Andare avanti con gli incontri solo se il bambino presenta motivazione intrinseca
- L'abilitatore cognitivo deve proporre "sfide ottimali"
- Nel bambino si deve favorire un atteggiamento metodico
- Espressioni verbali brevi come: "se...allora"
- Prendere coscienza di come si opera
- Imparare a gestire la situazione
- Chiudere le sedute in cui il bambino o il ragazzo fornisce risposte corrette

Integrazione sociale extrascolastica e extralavorativa:



Integrazione sociale

familiare

scolastica

I comuni intorno al 1970 organizzano **centri estivi o soggiorni climatici** per bambini sia con disabilità che non e per i primi corrispondono a buone occasioni per socializzare

Agli inizi degli anni '70 non sempre ciò succedeva perché a volte i genitori andavano a riprendersi i figli nei centri estivi. Con il passare del tempo invece le cose erano incominciate a **cambiare**.

Occasione anche per i **genitori** di riprendersi la loro identità e vivere il rapporto di coppia sereno.

Con la [legge 104 del 5 Febbraio 1992](#) definita "*Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e diritti delle persone handicappate*", si **rimuovono ostacoli anche** per l'esercizio di attività **sportive, turistiche e ricreative**.

Formazione professionale e lavoro

- In **ambito lavorativo**, per i ragazzi con sindrome di Down, la realtà italiana è impegnativa: **dopo la terza superiore di primo grado** non ci sono abbastanza scuole che permettano di formarsi professionalmente, così i genitori sono portati ad inserirli anche nei licei.



**POCA SENSIBILITÀ AL
PROBLEMA DELL'INTEGRAZIONE**

Sarebbe necessario **per integrarli professionalmente**:

- programmi di formazione mirati, condivisi da genitori e datori di lavoro;
- insegnanti e operatori in azienda che favoriscano l'integrazione.

Le persone con sindrome di Down **amano sentirsi utili** e possono essere inseriti in settori agricoli, artigianali e commerciali, richiedenti capacità cognitive al loro livello.

Opportunità residenziali e vita autonoma da adulti

Esistono:

- *centri residenziali* = per persone con autonomia media, in cui per ogni persona disabile c'è un operatore che la aiuta;
- *comunità alloggio* = numero limitato di persone disabili (da 5 a 8, ad esempio) con un massimo di 4 operatori e personale per faccende domestiche;
- *case famiglia* = accettano pochi ospiti e sono gestite da persone che vi abitano stabilmente;
- *appartamenti per pochi* = poche persone con sindrome di Down con autonomia, con aiuto limitato di operatori sociosanitari e domestici.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE !!!

ho un cromosoma
più di te