

le disabilità motorie e sensoriali

Elena Bortolotti

Le principali disabilità

Possiamo suddividere i portatori di disabilità in quattro categorie fondamentali:

- **portatori di disabilità sensoriale** riguardano i sensi (vista, udito, ma anche tatto, gusto, olfatto)
- **portatori di disabilità motorie** riguardano la motricità e l'efficienza degli organi delle parti del corpo deputati al movimento
- **portatori di disabilità intellettive** riguardano carenze a livello intellettuale, di apprendimento, di vita autonoma
- **portatori di disabilità psichica** riguardano i problemi psichici e relazionali (psicosi) e i problemi psicologici (nevrosi gravi e invalidanti)

Le principali disabilità

Inoltre

- **Pluridisabilità** condizione di presenza di più deficit, di più limitazioni compresenti nella stessa persona
- **Disabilità acquisite** una condizione di riduzione di abilità, che la persona possedeva, in seguito ad una modificazione dello stato di salute
- **Invecchiamento**

Disabilità motoria

La **disabilità motoria** comprende un'ampia varietà di condizioni il movimento può essere danneggiato in uno degli aspetti che lo caratterizzano e precisamente: il **tono muscolare**, la **postura**, la **coordinazione** e la **prassia**

- **tono muscolare** si riferisce all'attività del muscolo che si mantiene e si adatta ai bisogni delle azioni da svolgere che si realizzano grazie alle cellule nervose che innervano il muscolo
- **postura** corrisponde all'atteggiamento spaziale assunto dal corpo umano in seguito a una distribuzione differenziata del tono muscolare dipendente dalla personalità, dallo stato d'animo, dal sesso, dall'età e da eventuali patologie
- **coordinazione**, indica la capacità di eseguire un movimento, controllandolo e regolandolo in base alle necessità
- **prassia** è l'abilità di compiere correttamente gesti coordinati e diretti al perseguimento di uno scopo

Disabilità motorie

Classificazione in base alla localizzazione del danno

- danno periferico (ovvero a carico degli apparati esecutori dei movimenti, es. sindrome di Duchenne)
- danno centrale (sistema nervoso centrale = cervello + midollo spinale)
 - a) Lesione non specificatamente localizzata nelle aree motorie (danno aspecifico) di solito accompagnato da RM
 - b) Lesione specificatamente localizzata nelle aree motorie (es. Paralisi Cerebrale Infantile, spina bifida)

Le principali difficoltà motorie derivate da un danno organico evidente delle vie motorie sono: le **paralisi cerebrali infantili** e le **encefalopatie**

La **paralisi cerebrale spastica infantile**,

interessa 1 bambino su 500, è dovuta a un danno irreversibile del sistema nervoso centrale verificatosi in periodo prenatale, perinatale o neonatale

il grado di infermità è assai vario e può manifestarsi con una discreta spasticità che ostacola appena il cammino fino alle grandi retroazioni che rendono impossibile qualsiasi motricità

a seconda della localizzazione delle alterazioni, si parla di:

monoplegia quando la lesione interessa un solo arto; **emiplegia** quando è colpita la metà del corpo; **diplegia** o **malattia di Little** quando sono interessati due arti; **tetraplegia** quando l'infermità riguarda tutti e quattro gli arti.

Le **encefalopatie** sono un gruppo di affezioni sia di origine genetica (anomalie cromosomiche, genetiche, ereditarie) sia di origine acquisita all'inizio della gravidanza (**embriopatia**) o più tardiva (**fetopatia**).

I sintomi motori comuni a tutti i tipi di encefalopatie sono: il tremore, od oscillazioni ritmiche di una parte del corpo causate dall'azione alternata di gruppi muscolari tra loro antagonisti;

l'atrofia muscolare che indica la perdita di forma, tonicità e funzione di alcuni gruppi muscolari;

la mioclonia che è una breve e involontaria contrazione di un muscolo o di un gruppo di muscoli non sempre patologica (come nel caso del singhiozzo) a meno che non sia persistente.

Patologie delle condotte motorie che non presentano evidenti danni organici: **impaccio motorio**, **disprassie**, disgrafia, **tic nervosi** ..,

Per **impaccio motorio** si intende una serie di gesti goffi e pesanti o un'impossibilità a ottenere un rilassamento muscolare attivo
difficile rintracciare le cause eziologiche

qualche studioso pensa a un'origine organica che implica un arresto dello sviluppo del sistema piramidale, altre autorevoli testimonianze riconducono la goffaggine dei gesti a un significato nevrotico e a un'emotività invasiva

la **disgrafia**, comporta una qualità della scrittura insufficiente in assenza di deficit neurologico o intellettuale, mostra spesso la presenza di disordini dell'organizzazione motoria (impaccio motorio, disprassia e instabilità) e disordini spazio-temporali caratterizzati da disturbi nella coordinazione del gesto.

Disabilità visiva

I principali problemi legati alla visione Definizione e terminologia

visione “normale” fa riferimento

a 20/20 di acuità visiva binoculare

con un campo visivo a 170° in tutti e due gli occhi (esso corrisponde all'ampiezza della scena visibile quando lo sguardo è fisso su un punto dello spazio)

Gli errori di rifrazione (miopia, astigmatismo...) che si possono correggere chirurgicamente o ricorrendo all'utilizzo di occhiali e lenti, rientrano nella definizione di “visione normale”

Definizione e terminologia

Cecità

Condizione fisica e sensoriale caratterizzata dall'assenza della capacità visiva intesa come funzione cerebrale attiva. Può essere congenita o acquisita

Ipovisione

Insieme eterogeneo di riduzioni gravi della funzione visiva che non possono essere eliminate per mezzo di lenti correttive, interventi chirurgici o terapie

La definizione del termine cecità varia a seconda dei criteri di classificazione e i parametri di riferimento adottati
Il grado di minorazione visiva può variare

cecità totale

impossibilità di percepire qualsiasi stimolo visivo

cecità legale

residuo visivo inferiore ad un minimum prestabilito

Parametri della funzionalità visiva

I deficit visivi vanno quindi dalla cecità alla presenza di diversi gradi di capacità visiva che può dipendere dall'interazione di più fattori:

1 - **Acuità visiva** residua (*visus* misurato in decimi)

2 - Percezione del **Contrasto cromatico**

3 - Caratteristiche del **Campo visivo** residuo (porzione di spazio sul piano orizzontale e verticale che l'occhio può abbracciare)

Deficit visivi

- Riduzione dell'acuità (ambliopia)
- Riduzione del campo visivo (emianopsia, scotomi)



Gravità

Dipende dalla variabilità individuale nella possibilità di usare il residuo visivo e di utilizzo di ausili esterni

Variabilità individuale è in funzione di diversi fattori:

Gravità del danno

Epoca di insorgenza

Fattori personali (età, stato di salute...)

Fattori ambientali (accettazione dei familiari, richieste ambientali)

Sviluppo del non vedente

Aree blind specific

aree di sviluppo direttamente colpite da cecità

Aree di coordinazione visuo-motoria

Abilità locomotorie e abilità di motricità fine

Non completamente compensabili

Aree blind non specific

aree di sviluppo influenzate in

modo indiretto dal problema visivo

**Sviluppo del controllo posturale, sociale-emotivo e
linguistico**

completamente compensabili

Linee di intervento

L'educazione per il b. non vedente è fondamentale, fin dai primi giorni di vita

Le linee di sviluppo dovranno considerare:

la motricità (es. camminare, correre ...)

la vicarianza sensoriale: capacità di conoscere a partire dai livelli senso-percettivi alternativi (udito, tatto, olfatto e gusto) fino ai più complessi livelli dell'astrazione e della generalizzazione.

Fondamentale

imparare a mettersi in relazione con l'ambiente,

a cogliere gli indizi significativi,

a prestare attenzione a suoni, voci, rumori, a riconoscere le voci più familiari,

a camminare orientandosi nello spazio,

ad agire con gli oggetti, a parlare, a giocare, a vestirsi, a trattare correttamente con sé e con l'ambiente.

Linee di intervento

fondamentale

l'orientamento nello spazio (per acquisire coscienza dell'ambiente)

la scoperta dello spazio inizia con la scoperta del proprio corpo e procede poi con la scoperta degli oggetti, delle persone e delle loro collocazioni nell'ambiente.

Il bambino non vedente andrà guidato a piccoli passi nella scoperta del proprio ambiente, dovrà conoscerlo, imparare a immaginarlo e rappresentarlo, rappresentandosi anche i movimenti che in esso avvengono.

Disabilità uditiva

La diminuzione dell'udito viene definita **ipoacusia**, la perdita uditiva può essere da lieve a gravissima.

Si definisce invece **anacusia** la sordità, intesa come assenza di sensibilità uditiva, a livello monolaterale,

si definisce invece **cofosi** la stessa condizione clinica a livello bilaterale.

Disabilità uditiva

VARIABILI

grado di ipoacusia

epoca di insorgenza del disturbo sensoriale

possibilità utilizzo protesi acustica

Colui che lavora con il sordo deve avere la più ampia conoscenza possibile degli strumenti di comunicazione

utile compenso è rappresentato dal supporto e dal potenziamento dei segnali informativi sul piano visivo

le difficoltà

sordità profonda bilaterale insorta nei primi due anni di vita (sordità prelinguistica) e non impiantati precocemente, incorrono in problemi di apprendimento scolastico, legati alla limitata competenza linguistica sviluppata

fondamentale intervenire nell'età critica per lo sviluppo del linguaggio, per distinguere acusticamente i diversi suoni (fonemi) della lingua verbale;

il deficit interpretativo nella forma e nel contenuto del parlato porta a costruire e produrre una lingua verbale limitata e deformata sul piano fonologico-articolatorio, morfologico, sintattico, lessicale, semantico e pragmatico.

Inserimento

l'inserimento di un soggetto con deficit uditivo grave
deve tener presente lo sviluppo di diversi canali

la comunicazione orale,
comunicazione basata sull'uso della vista
il computer può diventare uno strumento in
più per la comunicazione