

CORSO ASSISTENTI SPECIALIZZATI

Relazione dott. Francesco Rinaldi

Premessa

L'approccio verso la disabilità sta evolvendo da una visione assistenzialistica sia nell'ambito medico che sociale, ad una decisamente più dinamica che prevede l'interazione di tutti i soggetti coinvolti nella definizione e nel perseguimento degli obiettivi. Appare evidente come interventi settoriali diano risultati frammentari e non permettano di raggiungere lo scopo essenziale di qualsiasi progetto sulla disabilità, la *maggior autonomia sociale possibile*.

Il tutto è finalizzato al permettere al disabile, compatibilmente con i propri limiti, di essere in contatto con il proprio tessuto sociale, limitando il ruolo dell'adulto "mediatore" (familiare, educatore).

Questi concetti, apparentemente banali, sono "rivoluzionari" e necessitano di un rimodellamento dell'offerta dei servizi sanitari, scolastici e sociali. Non più interventi e progetti limitati al solo contesto di terapia o scolastico, ma, in particolare il secondo, come ponte per proiettare il disabile nel proprio territorio.

In quest'ottica assume rilevanza particolare la famiglia che deve essere l'elemento cardine intorno a cui ruota la progettualità: da soggetto passivo cui gli specialisti dicono cosa fare o non fare, a soggetto attivo che collabora alla definizione ed al perseguimento degli obiettivi. Non c'è alcuno che conosca il bambino più dei genitori, non c'è alcuno che conosca le problematiche della disabilità più dei genitori, non c'è alcuno più esperto dei genitori.

Certamente seguire un tale orientamento non è semplice e comporta non solo una revisione delle strategie sanitarie e scolastiche, ma soprattutto una revisione del proprio modo di operare, cioè un cambiamento dell'approccio psicologico degli operatori e dei genitori stessi, dovendo i primi contenere la propria onnipotenza di "esperti" ed i secondi contenere l'atteggiamento di delega con le relative rivendicazioni.

Questo percorso di valorizzazione del ruolo dei genitori e di proiezione sul territorio è stato fatto proprio dall'"*Accordo-quadro di programma provinciale per la integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap*" per gli anni 2004 – 2009.

Riporto nel dettaglio alcuni stralci della premessa del suddetto Accordo di programma.

- Paragrafo 2. "*La famiglia della persona "Alunno in situazione di handicap".*

Alla centralità della persona si accompagna quella della sua famiglia. Essa rappresenta il primo e più importante agente educativo-abilitativo-riabilitativo con il quale le istituzioni ed i loro operatori devono saper costruire un rapporto di collaborazione e di "alleanza terapeutica". La famiglia, più di qualsiasi altro, sa cosa vuol dire occuparsi quotidianamente di una persona in situazione di handicap, ne condivide i bisogni e le limitazioni; essa deve costituire il soggetto privilegiato delle attenzioni e dell'aiuto sia da parte della scuola come dei servizi sociali e sanitari. Questo significa che per qualsiasi progettualità nei confronti della persona/alunno in situazione di handicap è necessario acquisire il consenso reale e la fattiva collaborazione da parte della sua famiglia".

- Paragrafo 3. *“L’integrazione scolastica in funzione della integrazione sociale e della qualità della vita della persona “alunno in situazione di handicap”.*

Il concetto di integrazione scolastica, e non già di semplice inserimento o adattamento scolastico, presuppone e si correla a quello più ampio di integrazione sociale. L’azione volta a promuovere una funzionale integrazione scolastica rappresenta una parte e non il tutto, essa non risolve ed esaurisce i bisogni di integrazione sociale che proprio una esperienza scolastica positiva rende ancor più evidenti e dominanti. Lavorare per una effettiva integrazione scolastica dell’alunno in situazione di handicap è utile ed efficace se parallelamente si opera per la sua più complessiva integrazione sociale. L’integrazione sociale costituisce la condizione necessaria e sufficiente per la qualità della vita di chiunque e, quindi, anche di una persona in situazione di handicap; ad essa ed al suo miglioramento deve essere finalizzata la integrazione scolastica”.

- Paragrafo 4. *“Il progetto complessivo di intervento per la persona in situazione di handicap.*

Per attuare correttamente quanto affermato con l’alunno in situazione di handicap e/o con la sua famiglia è necessario operare in termini di “progetto complessivo di intervento integrato” tra tutte le realtà, istituzionali e non, che a vario titolo sono coinvolte.... Da quanto esposto ne consegue che per la persona in situazione di handicap la scuola rappresenta un momento certamente importante e significativo ai fini della sua crescita educativa e sociale, un passaggio cruciale il cui esito potrà essere determinante agli effetti delle sue possibilità/condizioni di vita successiva, ma un periodo della sua vita, non la sua vita. È allora necessario passare da una impostazione orientata sul “passato” e/o sul “presente” degli alunni in situazione di handicap, in cui si presta forse troppa attenzione alle cause ed alle contingenze della loro condizione, alla osservazione/rilevazione di tutti i problemi e difficoltà che essa comporta, ad una orientata, invece, verso il loro “futuro”, guardando ai loro possibili traguardi, a ciò che è loro veramente utile per raggiungerli, evitando in primo luogo di amplificare la situazione di svantaggio anziché ridurla. Passare da una risposta organizzativa di tipo “assistenziale” volta a “contenere/sedare” i problemi generati dalla presenza dell’alunno in situazione di handicap, ad una risposta organizzativa di tipo “educativo” volta a promuovere condizioni utili per “esprimere/soddisfare” i bisogni emotivo-relazionali connessi alla integrazione scolastica dell’alunno in situazione di handicap.

L’assistente specializzata

Nel passato esisteva la figura della “assistente ad personam” che evidentemente aveva il compito di assistere quella determinata persona. Con la Circolare del 30 novembre 2001, prot. n. 3390, del Ministero della Pubblica Istruzione, Dipartimento per i Servizi nel territorio, avente per oggetto “Assistenza di base agli alunni in situazione di handicap”, le competenze dell’assistente ad personam sono state suddivise in:

- assistenza di base, di competenza della scuola, cui è delegata la funzione di offrire supporto e assistenza per gli alunni disabili non in grado di esercitare le proprie autonomie personali (in particolare l'igiene).
- Assistente specializzata, di competenza dei Comuni, che ha il compito di collaborare al percorso educativo dell'alunno in situazione di handicap.
Più precisamente l'allegato 2 dell'Accordo di programma, "*Personale assistente per l'autonomia e la comunicazione agli alunni in difficoltà*" recita: " ... *Le mansioni dell'assistente sono finalizzate all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni in situazione di handicap iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado, statali, comunali, paritarie, nonché all'effettiva integrazione scolastica e sociale degli stessi. Detto operatore, nel limite delle proprie competenze e sotto la diretta responsabilità didattica dei docenti, collabora con gli insegnanti ed il personale della scuola per l'effettiva partecipazione dell'alunno a tutte le attività scolastiche, ricreative e formative. Partecipa alle attività di programmazione e di verifica con gli insegnanti, con i referenti delle strutture sanitarie e con i servizi territoriali. Partecipa alla stesura del piano educativo individualizzato contribuendo, secondo le proprie competenze, all'individuazione delle potenzialità, degli obiettivi, delle strategie/metodologie, dei momenti di verifica....*"

Dal testo appena riportato, si rileva immediatamente una incongruità tra quanto esplicitato e la denominazione "assistente specializzata".

È evidente che il termine "assistente" risulta fuorviante, avendo implicito nella sua definizione l'ottica obsoleta sottoposta a critica nella premessa. È auspicabile che in fase di ridefinizione dell'Accordo di programma, si corregga la denominazione introducendo il termine "educatore".

L'approccio educativo è straordinario. Da interventi centrati sul bambino disabile, tesi ad assisterlo/proteggerlo e fini a sé stessi, si passa ad un intervento sull'ambiente teso a determinare le condizioni per cui l'alunno sviluppi le sue competenze relazionali e sociali. Ci deve essere un adattamento reciproco: da una parte il bambino deve adattarsi all'ambiente scolastico, dall'altra quest'ultimo deve adattarsi al bambino non, evidentemente, nell'ottica sostitutiva/assistenziale, ma di quel "tanto" che gli permetta, progressivamente, di evolvere.

Quindi da una situazione statica, ancora una volta fine a sé stessa, ad una dinamica che implica acquisizione di autonomie. Due esempi:

1. Situazione: soddisfazione dei bisogni primari (mangiare, bere) in bambino piccolo non comunicante.

- a. Approccio assistenziale: in quanto il bambino non comunica è compito dell'adulto soddisfarne i bisogni. Quindi l'adulto, in momenti definiti, gli somministra da bere. Due possibili conseguenze: 1. il bimbo beve: quindi aveva sete e per fortuna che gli è stata data l'acqua, altrimenti avrebbe sofferto; 2. il bimbo non beve (e spesso deve lottare per esercitare il suo diritto a non avere sete in quel momento deciso dall'altro: stringere le labbra, sputare l'acqua, ecc.): è proprio testardo! Quindi si rimanda un nuovo tentativo ad un tempo successivo.

In ogni caso, non è in gioco solo il bere, ma l'*anticipo del bisogno*, cioè l'adulto decide se e quando ci deve essere il bisogno. Ciò è decisamente castrante per le già ridottissime capacità comunicative di questo gruppo di bambini: *la comunicazione nasce dal bisogno*. Evidente il circolo vizioso: bambino non comunica – anticipo dei bisogni – bambino non comunica. Inoltre, un'altra grave conseguenza è la non attesa di una comunicazione da parte dell'adulto, cioè, e non solo per i bisogni primari, quel bambino non

è ritenuto degno di essere un soggetto ed in ultima analisi un individuo, ma un oggetto senza volontà, desideri, capacità di scelta, ecc.

- b. Approccio educativo: il bambino deve essere portato a comunicare in qualsiasi modo i suoi bisogni. Quindi l'adulto ne osserva i comportamenti ed in particolare il pianto. Nelle fasi iniziali procede per tentativi nell'individuare il bisogno di quel momento, poi, con opportuni stimoli e con l'osservazione dei comportamenti, cerca di cogliere sfumature specifiche di pianto e/o di comportamento per quel determinato bisogno. Lentamente e progressivamente si può arrivare ad ottenere una comunicazione specifica (uno sguardo, un gesto, un vocalizzo) e quindi soddisfare il bisogno allorché è messa in atto.

Il bambino allora acquisisce dignità e l'adulto, partito dai bisogni primari, lo stimola a trovare strategie comunicative per i desideri e gli interessi in quanto sa che ciò è possibile.

- 2. Situazione: contesto comunicativo sociale in adolescente non comunicante (es. il ragazzo si reca al bar con l'assistente per prendere un gelato ai gusti di cioccolato, pistacchio e panna (in qualche modo riesce a farsi capire dall'adulto conosciuto). Si siedono al tavolino ed arriva la cameriera.

- a. Approccio assistenziale: in base alle caratteristiche fisiche del ragazzo (come appare), la cameriera può bypassarlo rivolgendosi direttamente all'adulto che ovviamente ordina il gelato, oppure rivolgersi al ragazzo (se l'aspetto fisico la inganna circa le sue capacità comunicative) e "capita" la situazione, riferirsi rapidamente all'altro. Altra possibilità, la cameriera cerca in qualche modo di porsi verso il ragazzo, ma interviene immediatamente l'assistente che ne cattura l'attenzione e ordina il gelato.

Quindi si realizza una situazione in cui il disabile è estromesso o non coinvolto in una relazione comunicativa diretta con l'interlocutore, avendo l'assistente un ruolo di mediatore che in effetti tale non è, essendo piuttosto di esclusione da possibili relazioni.

- b. Approccio educativo: il ragazzo ha svolto un percorso scolastico e familiare di sviluppo della comunicazione attraverso strategie aumentative (CA, comunicazione aumentativa) ed utilizza simboli o comunicatori vocali con messaggi preregistrati.

- i. Simboli: a casa o a scuola è stata preparata una "tabella a tema" riguardante l'andare al bar. Evidentemente sono stati inseriti il simbolo del gelato, dei relativi gusti ed altri di eventuali bisogni comunicativi che possono emergere.

Possibili dinamiche: la cameriera si rivolge al ragazzo che ne chiede l'attenzione visiva ed indica la sua scelta sulla tabella; la cameriera bypassa il ragazzo rivolgendosi all'adulto: l'adulto facilitatore/mediatore, la invita a riferirsi direttamente al ragazzo ed a guardare la tabella.

- ii. Comunicatori vocali: a casa o a scuola si concordano con il ragazzo le frasi che possono essere utili. Quindi sono registrate.

Possibili dinamiche: la cameriera si rivolge al ragazzo che attiva il comunicatore realizzando un colloquio che può essere ipotizzato in questi termini:

R: "*Buongiorno*"

C: "*Buongiorno*"

R: "*Voglio un gelato*"

C: "*Ci vuole proprio con questo caldo; che gusti vuoi?*"

R: *“Cioccolato, pistacchio e...”* (strategia per “allungare” la conversazione)

C: *“Vuoi un altro gusto?”*

R: *“Sì”*

C: *“Dimmi, cos’altro vuoi?”*

R: *“Panna”*

C: *“Ottima scelta, la nostra panna è buonissima, te lo porto subito”.*

R: *“Grazie”.*

Evidentemente se la cameriera si rivolge all’adulto, è invitata a porsi verso il ragazzo.

È palese la differenza fra i due approcci: dall’adulto assistenziale/castrante, si passa all’adulto facilitatore che mediando con l’ambiente (ovvio che all’inizio delle esperienze sociali si chieda la disponibilità all’altro; nell’esempio, la cameriera) permette al ragazzo disabile di stabilire una “sua” relazione non solo comunicativa, ma anche e soprattutto sociale.

È fondamentale l’ambiente scolastico che deve essere educato a porsi ed interagire con l’alunno disabile, l’assistente specializzata ha il gravoso compito di favorire questo avvicinamento. Purtroppo spesso è vissuta e, forse soprattutto, si vive come colei che gestisce l’alunno disabile ed in quanto tale realizza un gruppo a sé, isolato dalle infinite dinamiche che sono presenti in un ambiente sociale complesso come la scuola.

Il vivere la diade assistente/disabile isolata/isolante diventa un ostacolo per le possibili relazioni spontanee degli altri bambini (conosciamo la straordinaria potenza della spontaneità del bambino) che limitano il loro bisogno, la loro curiosità di approcciarsi al compagno. Si realizza quasi un “sequestro di persona” in cui il bambino disabile non è vissuto come componente del gruppo, anzi è sottratto al gruppo, determinando un vissuto di estraneità con conseguente esclusione dalle dinamiche.

Se ai compagni è imposto un tale vissuto, è evidente che i vari tentativi di coinvolgimento nella relazione, puntando su paternalistici discorsi di responsabilità (es.: *“dopotutto è anche un vostro compagno”*), determinano un rifiuto o il vivere come un peso, ad esempio, stare con il disabile durante l’intervallo (“ovviamente” con la presenza immancabile dell’assistente!). Se invece “crescono” con lui, lo sentono parte integrante del proprio gruppo, il senso del dovere si sviluppa spontaneamente ed altrettanto spontaneamente si organizzano nella sua gestione. In questo caso l’adulto ha il compito di stimolare e far sviluppare le modalità relazionali (per esempio: è frequente che le bambine assumano un ruolo sostitutivo, assistenziale, giocando a “fare le mamme”: è il punto di partenza su cui si innesta l’intervento dell’assistente per una sua evoluzione).

Quanto detto non è assolutamente facile. Da qui, a mio parere, l’aggettivo “specializzata”. Non solo educatore, ma è indispensabile che sia specializzato nella gestione delle dinamiche di un ambiente sociale complesso. Quindi competenze e disponibilità a gestire un grande gruppo, non il “disabile”.

Se quanto detto ha valore, allora è una evidente, banale, logica conseguenza che l’obiettivo primario di un’assistente specializzata è di determinare progressivamente un sempre minore bisogno della sua figura. Quanto più l’assistente si sente indispensabile per quel bambino, tanto più ha fallito il proprio compito, quanto più si sente inutile per quel bambino, tanto più ha avuto successo nel suo lavoro (purtroppo è ancora frequente che negli incontri l’assistente dica frasi come *“il mio bambino”*, oppure *“solo con me è bravo”*, o ancora *“con il sostegno piangeva, sono arrivata io e subito si è calmato”*; superfluo un commento).

Nelle situazioni di gravi disabilità in cui il bisogno dell’assistente specializzata accompagna il bambino per l’intero percorso della scuola dell’obbligo, è opportuno che, perlomeno nei passaggi dei cicli scolastici, cambi l’operatore.

Inevitabilmente con il tempo e la conoscenza approfondita dell'alunno disabile, si esauriscono le risorse di stimolo tendendo a prevalere l'ottica assistenziale, l'anticipo nei bisogni, una meccanicità nella relazione, il ruolo di referente assoluto di quel bambino.

Esempio: passaggio dalla scuola primaria di primo grado alla scuola di secondo grado.

1. Assistente che conosce il bambino da 5 anni in compresenza con la nuova insegnante di sostegno.

Situazione critica: il bambino piange.

L'assistente ne comprende immediatamente la causa e risponde al suo bisogno; l'insegnante di sostegno non si attiva in alcun modo operando una delega totale.

Oppure: bambino con insegnante di sostegno ed assistente impegnata in altro (è andata a fare delle fotocopie). Il bambino inizia a piangere. Reazione

dell'insegnante: correre fuori, chiamare con urgenza l'assistente per affrontare il problema. Esempio di frase: "*Presto! Giovanni sta piangendo, cosa avrà?*". Quindi, alcun tentativo di comprendere il bisogno ed in definitiva di porsi in relazione.

2. Operatori nuovi.

Stessa situazione critica, il bambino piange.

L'operatore, chiunque esso sia, si attiva per cercare di comprendere il bisogno. È molto probabile che nelle fasi iniziali di conoscenza non ci riesca ed il bambino continui a piangere. Siamo sicuri che ciò è negativo? Credo esattamente il contrario, per due motivi. Primo, nel tentare di comprendere il disagio, l'adulto si relaziona direttamente ed emotivamente con il bambino. Secondo, il bambino, non compreso nel suo disagio, si attiva nel farsi comprendere con possibilità di sviluppare modalità comunicative più evolute.

È palese la frustrazione dell'adulto verso un bambino disabile non comunicante e/o con grave ritardo cognitivo, è palese il senso di colpa per la difficoltà di comprendere il suo disagio espresso spesso da urla o pianto, è palese il disagio emotivo di dare sofferenza ad un bambino già sofferente non riuscendo a rispondere al suo bisogno. Tali vissuti sono ineludibili e devono essere gestiti, ma non devono influire sull'intervento educativo, altrimenti prevale il "poverino", cioè un atteggiamento assistenzialistico.

Un elemento critico è costituito dal come la scuola vive la figura dell'assistente specializzata. Spesso tale ruolo è interpretato letteralmente: assistente = che assiste; specializzata = per la disabilità di quel bambino. Risulta allora conseguente la purtroppo frequente delega che si opera (evidentemente in ciò è coinvolta anche l'insegnante di sostegno). Capita che questo vissuto sia espresso con naturalezza negli incontri con frasi tipo "*i miei*" (presupponendo che l'alunno disabile non sia proprio, come gli altri, ma "proprietà" esclusiva degli operatori dedicati), oppure "*i compagni sono contenti quando ci vengono a trovare (o peggio "a far visita") in classe*". Quest'ultima frase purtroppo è piuttosto frequente ed esprime appieno il problema: il bambino disabile non è vissuto come parte della classe, è un visitatore, un ospite; è una questione psicologica, di "schema mentale", non conseguenza diretta dell'essere il bambino per parte dell'orario di frequenza nell'aula di sostegno.

Ho l'impressione che la scuola valorizzi poco il suo essere in primo luogo un ambiente sociale e che proprio l'essere un ambiente sociale e non l'apprendimento sia l'offerta fondamentale per gli alunni disabili.

Quanto ho riportato in queste pagine (mi scuso di essermi limitato alla "teoria", non affrontando le specificità delle varie patologie, ma ho preferito approfondire gli aspetti generali) certamente appare "idealistico" ed in quanto tale "irrealistico". Me ne rendo conto. Credo però debba essere la strada, non sappiamo quanto perseguibile, ma perlomeno iniziamo ad imboccarla, iniziamo noi tutti: operatori sanitari, scolastici, comunali, sociali, genitori. Solo se noi tutti ci poniamo in un'ottica educativa e quindi evolutiva possiamo tentare di perseguire l'ambizioso obiettivo dell'"essere nel territorio".