

Persone affette da deficit visivi associati ad altre disabilità in Serbia

Vera Rajović*

Sommario

Nell'articolo si esamina la situazione delle persone con deficit visivi di varia gravità in Serbia, a cui risultano associate anche altre disabilità. Le questioni della scolarizzazione, dell'istituzionalizzazione e dell'accertamento sono, tra le altre, quelle che ci si dovrebbe porre per superare la discriminazione e migliorare le condizioni di apprendimento e di partecipazione alla vita sociale delle persone con deficit visivi. Vengono analizzate le problematiche relative allo screening nella fase iniziale, all'educazione, al ricorso alle tecnologie assistive, alla riabilitazione basata sulla vita in comunità, allo scopo di condurre un'analisi induttiva a partire dagli esempi della prassi, e di collegarla poi alla teoria psicologica.

L'educazione inclusiva delle persone con deficit visivi in Serbia¹

Il movimento di inclusione delle persone disabili in Serbia ha avuto inizio nel 2002 e ha determinato lo sviluppo di un modello di riabilitazione basato sulla vita nella comunità, allo scopo di rafforzare il ruolo della famiglia e di ridurre il numero dei bambini accolti negli istituti specializzati. L'inclusione rappresenta una filosofia che riguarda non solo il sistema scolastico ma anche la società intesa nella sua globalità.

L'insegnamento in una classe si basa soprattutto sul lavoro di gruppo e sul principio dell'apprendimento cooperativo, che implica il rispetto di un programma di formazione individuale, proposto ai bambini che hanno bisogno di un sostegno speciale.

L'apprendimento degli elementi fondamentali della rappresentazione spaziale e il supporto fornito dalla padronanza della postura e dei movimenti rappresentano dei traguardi estremamente importanti per i bambini scolarizzati.

Recentemente diverse scuole dell'infanzia che applicano i principi didattici propri del metodo montessoriano hanno allargato i loro programmi, avviando processi di adattamento spazio-temporale per la conquista dell'orientamento nello spazio e dell'autonomia.

A molti insegnanti è stato chiesto di formulare un parere in merito all'inclusione

* Vera Rajović è docente di Psicologia presso la Facoltà di Filosofia dell'Università di Belgrado, dove coordina il Centro per la formazione degli insegnanti.

¹ Relazione alla XXXIXèmes Journées d'étude *Quelle place pour le handicap visuel?*, Institut Les Hauts Thébaudières, Vertou, 6-8 Juin 2008, dal titolo *Un exemple de pratique en Serbie*. Traduzione di Federica Mascetti.

ed essi hanno evidenziato una situazione di sostanziale disaccordo. A tal proposito va rilevato che riveste un peso decisivo l'esperienza pregressa dei docenti con le persone disabili poiché, se un insegnante ha avuto poche esperienze con questi individui, è poco probabile che sarà favorevole all'inclusione. Inoltre esistono anche delle differenze culturali fra le aree meridionali del Paese, meno propense ad abbracciare la politica inclusiva, e quelle settentrionali, che manifestano invece un orientamento più aperto al riguardo.

Gli ostacoli all'inclusione individuati dagli insegnanti sono i seguenti:

- *Mancanza di attrezzature specifiche.* Le scuole non sono munite di strumenti tecnici e di supporti adeguati. Questo ostacolo potrebbe essere evitato se ci fossero dei rapporti di collaborazione maggiori tra le scuole pubbliche e quelle per i bambini con deficit visivi. L'unica scuola che ha un convitto per i bambini con deficit visivi dispone di un'attrezzatura rilevante, così come di specialisti competenti in materia. Un passo in avanti fondamentale potrebbe essere rappresentato non dalla sua chiusura, ma dalla sua apertura a una popolazione scolastica più ampia ed eterogenea.
- *Convinzione che l'inclusione sia troppo costosa.* Sicuramente realizzare una politica inclusiva implica dei costi non trascurabili, ma la società dovrebbe rendersi conto del fatto che sarebbe molto più dispendioso condannare le persone disabili a uno stato di dipendenza passiva e di disoccupazione per l'intero corso della loro esistenza.
- *Mancanza di competenze adeguate nell'insegnamento.* Gli insegnanti nelle scuole pubbliche non si sentono abbastanza competenti per lavorare con i bambini disabili. Di conseguenza bisognerebbe inserire nei programmi di formazione rivolti agli insegnanti sia informazioni di base sulle varie

tipologie di disabilità, sia una formazione specificamente finalizzata a realizzare pratiche inclusive basate su principi quali l'equità e il rispetto nei confronti della diversità.

- *Necessità di una specializzazione supplementare nel campo specifico del deficit in questione.* Molti insegnanti specializzati temono che l'introduzione dell'inclusione possa fargli perdere il posto di lavoro e questa paura li spinge a cercare di ottenere un impiego nelle scuole pubbliche. Ma ci si dovrebbe porre il seguente quesito: se il bambino è affetto da cecità e allo stesso tempo da ritardo mentale, a quale specialista dovrebbe rivolgersi la scuola? A un «pedagogista oligofrenico» (lo specialista per la disabilità mentale) o a un «pedagogista tiflogo» (lo specialista per la disabilità visiva)?

Questo dilemma illustra bene una delle principali conseguenze dell'adozione di un approccio esclusivamente medico nella formazione degli insegnanti specializzati: la mancata considerazione dell'approccio olistico al quale si fa riferimento nell'*ICF* (World Health Organization, 2001).

Appare estremamente significativa la testimonianza di Olivera Abadić, la direttrice della scuola per bambini pluridisabili con deficit visivi «Dragan Kovačević»:

L'inclusione è molto importante, ma anche molto costosa, perché comporta la necessità di rendere disponibili diversi strumenti tecnologicamente avanzati in tutte le scuole ordinarie. Inoltre si dovrebbero assumere degli specialisti esperti nel lavoro con le persone disabili. L'équipe pedagogica dovrebbe fornire una formazione ai docenti in materia di disabilità. Gli accessi alle scuole e i servizi sanitari dovrebbero essere appositamente attrezzati per le persone disabili, invece molte scuole in Serbia non hanno neppure i bagni. Tutto lascia pensare che non si prendano abbastanza in considerazione le difficoltà di spostamento delle persone disabili da un'aula all'altra. La situazione è anche più grave per



quanto concerne l'esistenza di dispositivi adeguati all'uso di persone disabili nelle strade, sui marciapiedi e nei mezzi di trasporto pubblici nel nostro Paese.

Non bisogna perdere di vista il fatto che le persone disabili in Serbia sono accolte in scuole speciali o integrate in classi speciali all'interno delle scuole ordinarie. In Serbia ci sono solo due scuole speciali per bambini con deficit visivi: la prima, la «Veljko Ramadanović», accoglie i bambini affetti da cecità, mentre la seconda, la «Dragan Kovačević», fornisce supporto ai soggetti ipovedenti.

I bambini con pluridisabilità possono accedere solo alle classi speciali della prima istituzione scolastica, che va incontro ai bisogni dei propri allievi offrendogli il supporto individuale di tutta un'équipe di ortofonisti, esperti in ortottica e psicomotricità e oculisti.

Allo stesso modo, ci sono un responsabile del sostegno sociale e uno psicologo che si occupano dei problemi derivanti dal contesto sociale in cui sono vissuti molti bambini, che talvolta provengono da orfanotrofi, centri di accoglienza o famiglie povere, in cui sono presenti gravi situazioni di disagio. Alcuni usufruiscono unicamente del pasto fornito dalla scuola.

Occorre dunque chiedersi quale sia la base teorica su cui poggia l'educazione inclusiva. Essa rappresenta solamente un insieme di buoni propositi oppure può assumere rilievo per tutti i bambini? Come mettere in relazione i risultati migliori della prassi pedagogica con la teoria psicologica? Quali sono i principi fondamentali di un buon progetto inclusivo? Come tradurre queste nozioni chiave in una prassi veramente efficace? Come imparare a riferirsi ad altre esperienze e a prassi più avanzate, rispettando la specificità del proprio contesto culturale? Come formare gli insegnanti e gli altri professionisti affinché siano in grado di realizzare l'inclusione di tutti i bambini con bisogni educativi speciali?

Il progetto pilota «Una scuola su misura»

Nel 2004 il gruppo di esperti dell'Istituto di psicologia della Facoltà di filosofia di Belgrado, di cui faccio parte, ha avviato il progetto «Una scuola su misura», finalizzato ad applicare il modello dell'inclusione nel contesto di due scuole pilota.

Da tutte le esperienze relative a questo progetto emerge che il cambiamento della scuola attraverso un'attenta preparazione determina il cambiamento del comportamento nei confronti sia dei bambini affetti da deficit che della politica inclusiva, migliorando notevolmente quest'ultima.

La formazione degli insegnanti competenti per la realizzazione di progetti di didattica individualizzata alla portata di ciascun bambino renderebbe possibile la loro attività all'interno di una classe inclusiva. I progetti individualizzati esigono il lavoro in comune di tutta l'équipe pedagogica presente nella scuola, poiché viene periodicamente verificato che gli obiettivi prefissati vengano realizzati e che il loro contenuto sia pertinente.

Gli studi compiuti al riguardo evidenziano che gli studenti con disabilità fanno molti progressi nel campo della scolarizzazione ordinaria: non solo essi ottengono dei risultati migliori nei test standard, ma l'apprendimento delle abilità sociali e comunicative risulta più accentuato, l'interazione con i compagni appare maggiore, il raggiungimento degli obiettivi dei programmi individuali è più significativo.

Le stesse fonti dimostrano che i bambini integrati in un sistema ordinario sono più predisposti ad accettare e rispettare le differenze; inoltre essi manifestano una maggiore autostima e la capacità di instaurare legami di amicizia più forti e sinceri. Gli alunni senza difficoltà ma con competenze di

apprendimento minori traggono essi stessi beneficio da attività concepite per adattare il programma d'insegnamento ai bisogni specifici degli studenti con deficit visivi.

Purtroppo, però, va rilevato che, una volta usciti da queste scuole, questi bambini possono continuare il loro percorso di formazione in un numero limitato di campi, come ad esempio musica, fisioterapia, telefonia e telecomunicazioni. In Serbia è presente una sola scuola di medicina con una classe speciale che accoglie studenti in fisioterapia con deficit visivi.

La storia sui «pluridisabili» è una storia sulla «cerchia» di privazioni

In Serbia appare prevalente un approccio medico alle disabilità, che spiega bene le motivazioni per le quali più dell'80% delle persone «pluridisabili», invece di essere integrate in un percorso educativo ordinario, resta confinato in istituti speciali, in cui erano accolti, nel 2002, 1.345 bambini, come emerge dai dati statistici ufficiali.

Attualmente in Serbia ci sono sei istituti residenziali destinati ai bambini con disabilità. Di conseguenza, una volta inserito in un sistema chiuso così rigido, il bambino ci resta fino all'età adulta, quando gli viene offerta la possibilità di sperimentare un numero limitatissimo di percorsi lavorativi concreti. I servizi offerti da questi istituti evidenziano delle gravi mancanze:

1. Gli insegnanti non possiedono una formazione pedagogica adeguata per lavorare con i bambini con disabilità e il loro percorso professionale è basato prevalentemente sul modello medico di deficit, che risulta ormai superato.
2. Vi sono possibilità molto limitate di procurare a questi bambini una formazione

di base, di fornire loro stimoli positivi, una terapia valida, delle condizioni igieniche e dei pasti adeguati.

3. Vengono attivati dei programmi generali standard, senza prendere in considerazione i bisogni effettivi e le capacità di ogni singolo bambino.
4. La ripartizione in gruppi risulta spesso inadeguata e i bambini a volte sono costretti a condividere persino i dormitori con gli adulti.
5. I programmi educativi non contribuiscono allo sviluppo dei bambini residenti, perché essi sono considerati soggetti «non educabili».

Di conseguenza, i bambini restano confinati negli istituti molto più del necessario e, dopo esserne usciti, possono usufruire di scarse possibilità concrete di alloggio e di attività lavorative che permettano loro di integrarsi efficacemente nella società.

La situazione e la prassi correnti in questi istituti residenziali determinano inevitabilmente la stigmatizzazione degli utenti: ciò si riflette nell'accoglienza un po' reticente a cui sono soggetti dopo essere tornati nelle loro famiglia e nel loro contesto di provenienza. L'aspetto più problematico è rappresentato dal fatto che essi non sono sicuramente preparati a condurre una vita indipendente, con gravi ripercussioni sulla qualità della loro esistenza.

Per sviluppare forme alternative di cura vicine alle esigenze dei soggetti «pluridisabili», il governo serbo ha lanciato il programma *Trasformazione delle istituzioni di protezione sociale*, che prevede:

- supporto finanziario più accentuato alla famiglia biologica, sostegno alle associazioni di genitori e alle ludoteche presenti nella comunità locale, creazione di programmi di stimolazione destinati soprattutto ai bambini più piccoli;

- sviluppo dei programmi di accoglienza in famiglie affidatarie come alternativa al disagio sociale che porta alla marginalità, con un supporto psico-sociale permanente;
- spostamento dei residenti adulti dai loro istituti;
- ritorno alla vita in comune in alloggi in cui possono usufruire di un adeguato sostegno.

Anche se dovrebbe essere *in primis* lo Stato ad assumersi la responsabilità della cura dei bambini affetti da disabilità di vario tipo, il modello esistente in Serbia riversa tutte le responsabilità sulla famiglia, che risulta di fatto totalmente abbandonata a se stessa.

Il modello attualmente presente in Serbia risulta poco efficiente, sia sotto il profilo economico che dal punto di vista psicologico, visto che la collocazione negli istituti specializzati dei bambini disabili produce non solo un incremento dei costi per lo Stato ma anche sentimenti di deprivazione e inadeguatezza nei familiari.

Se il bambino, supportato dai suoi genitori fin dalla nascita, improvvisamente in seguito al loro decesso passa a una forma di collocamento in una struttura chiusa come quella rappresentata dall'istituto, risulta soggetto a ulteriori dinamiche di emarginazione. Nel caso in cui siano, invece, dei fratelli o delle sorelle a doversi occupare delle persone disabili, ciò avrà delle gravi ripercussioni sulla loro esistenza. Il modello serbo rende dunque l'individuo deprivato e dipendente dagli altri.

Un modello alternativo dovrebbe conferire allo Stato la responsabilità di fornire alle famiglie diversi programmi di sostegno, per consentire ai bambini disabili di crescere apprendendo delle strategie di compensazione che gli permetterebbero di acquisire il maggior grado di autonomia possibile una volta divenuti adulti. Inoltre, una forma di accompagnamento efficace si realizzerebbe elaborando programmi finalizzati a garantire

l'indipendenza materiale (ad esempio, attraverso alloggi individuali) includenti servizi rivolti agli individui con bisogni specifici.

L'accettazione e lo sviluppo delle possibilità e delle alternative sopramenzionate fanno parte di un processo che potrebbe progressivamente portare alla scomparsa delle grandi istituzioni in cui attualmente sono confinate le persone disabili: questa appare come una necessità, visto che le condizioni presenti in questi istituti sono veramente disumane, dal momento che, fra l'altro, non rispettano il diritto delle persone disabili alla libera espressione della propria individualità.

Secondo i dati statistici, nel 2001 in Serbia c'erano circa 3.000 bambini disabili nei centri di accoglienza e di assistenza pubblica. Tutti questi soggetti hanno bisogno di nuovi domicili, di supporto materiale, di aiuto nel processo di adattamento ai cambiamenti, di programmi educativi volti a contenere gli effetti dell'educazione inappropriata ricevuta negli istituti, di assistenza concreta durante il loro sviluppo successivo.

Occorre effettuare degli investimenti non solo materiali ma anche relativi alle conoscenze ed essere sempre alla ricerca di nuove possibilità e soluzioni, allo scopo di migliorare la situazione attuale. Bisogna portare avanti delle iniziative di ampia portata per fare in modo che le persone disabili possano vivere come gli individui normodotati.

Perche gli istituti di tipo residenziale dovrebbero essere chiusi?

Il bisogno di acquisire delle nuove conoscenze è una caratteristica intrinseca degli esseri umani, che manifestano il bisogno di apprendere per tutta la vita. Anche i bambini con deficit possono sviluppare capacità notevoli, se gli viene data la possibilità di

interagire con un contesto sociale aperto ed eterogeneo. Di conseguenza il loro sviluppo si fermerà quando non avranno più accesso a questo ambiente ricco di stimoli, che li priverà inevitabilmente della possibilità di imparare.

Come per la sopravvivenza biologica il bambino necessita di moltissime sostanze nutritive, così per la sua sopravvivenza psicologica ha bisogno di interagire con una varietà di individui facenti parte del suo contesto di vita, di essere soggetto a continui esami da parte dell'équipe pedagogica, di acquisire nuove abilità e di consolidare quelle che ha già appreso.

L'insufficienza di «nutrimento» per la mente arresta lo sviluppo e, siccome non si può vivere senza svilupparsi e apprendere, non sorprende che la durata della vita delle persone confinate negli istituti sia mediamente più breve rispetto a quella delle persone che vivono in un contesto sociale più stimolante. Anche se fattori biologici sfavorevoli apportano il loro contributo, l'assenza di «cibo biologico», di apprendimento, di scambi emotivi, di interazioni con altri individui rappresenta un grave ostacolo per il corretto sviluppo psichico della persona.

Presentazione dell'adattamento del test di Stanford-Kohs

La storia della psicologia ha visto lo sviluppo di molte ricerche sull'intelligenza e sugli strumenti per valutarla. All'inizio del Novecento, Alfred Binet, insieme a Simon, ha elaborato i primi test per valutare l'intelligenza con prove differenziate a seconda dell'età (Elkind, 1969), definendo quest'ultima come la capacità di risolvere differenti tipi di problemi e di compiti attraverso l'azione, l'immagine o servendosi della rappresentazione simbolica.

A sua volta, David Wechsler² ha ripartito le forme di manifestazione dell'intelligenza in verbale, non verbale e sociale, che dovrebbe essere quella che si realizza nel senso più ampio del termine.

La teoria della Gestalt, insistendo sull'importanza del «tutto», ha sviluppato gli strumenti per misurare l'intelligenza tramite metodi non verbali. Questa scoperta ha avuto delle importanti ripercussioni soprattutto per le persone disabili con problemi del linguaggio, della lettura, della comunicazione, dell'udito, ecc. D'altra parte, quando i soggetti non vedenti fanno prova di qualche «verbalismo» come base empirica a partire dalla quale possono sviluppare nozioni importanti sul mondo circostante, occorre anche valutare le loro capacità di performance, per comprendere come percepiscono e sperimentano le nozioni relative allo spazio e il rapporto con esso, se sono in grado di servirsi del loro QI come potenziale intellettuale generale, ecc.

Quando si arriva alla valutazione delle persone disabili utilizzando dei test standard, si può adottare uno dei seguenti approcci (Mittler, 1974):

1. Si può usare la versione originale del test omettendo le parti che non sono applicabili in un caso particolare, per la presenza di un certo tipo di disabilità. Questo significa che, quando si fa riferimento a soggetti con disabilità visiva, si deve omettere, ad esempio, il disegno del cerchio oppure la raffigurazione di un'immagine. Tuttavia operando in questo modo i risultati non risultano del tutto affidabili.

² La *Wechsler Adult Intelligence Scale / WAIS* è il più noto test d'intelligenza utilizzato in età adulta applicabile a partire dal sedicesimo anno di età. Pubblicata nel 1955, è frutto di una revisione dell'originale *Forma I della Scala d'Intelligenza Wechsler-Bellevue* (1939). Nel 1981, dopo la morte di David Wechsler, ne è stata pubblicata un'ulteriore revisione: la *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*.

2. Le parti omesse possono essere sostituite con nuove prove che si rapportano alle stesse capacità. In questo caso, l'affidabilità del test è meno minacciata, ma il senso delle prove sostituite dovrebbe essere sottoposto a un attento esame di validità.
3. Si potrebbero progettare delle nuove tecniche concernenti la «specificità» della disabilità. La nozione di «specificità» si esplica attraverso l'idea di inclusione e di previsione del funzionamento delle persone disabili inserite in contesti abituali.

Nel 1977, ho adattato al contesto serbo il test di Stanford-Kohs per utilizzarlo nella valutazione dell'intelligenza dei bambini non vedenti in Jugoslavia e ho determinato le norme statistiche del test per i bambini di età compresa fra gli 8 e gli 11 anni. Il test di Stanford-Kohs è un test appropriato all'attività manuale e all'elaborazione tattile. I colori del test originale sono stati sostituiti dalla consistenza liscia/ruvida.

L'autore dell'adattamento originale è la psicologa giapponese Owahki (1960, in Suinn e Dauterman, 1966). I colori del test di Stanford-Kohs sono stati sostituiti dalle diverse tessiture della superficie del modello e dei cubi. L'adattamento fatto da Owahki è conosciuto come «test d'attitudine intellettuale non verbale dei ciechi» (Suinn e Dauterman, 1966).

Poiché il test di Stanford-Kohs, pur essendo prima di tutto un test di attitudine intellettuale, conferisce grande rilevanza al fattore spaziale, ne deriva una scarsa applicabilità nella valutazione dei problemi psicologici e relativi alla comunicazione (Hatwell, 1966). Sono molte le ragioni che portano a concludere che il suo adattamento alla percezione tattile accresca l'interferenza del fattore spaziale e aggiunga un elemento di abilità manuale molto più rilevante che in un test di attitudine visiva.

Le buone probabilità di successo del test di Owahki-Kohs dipendono dal fatto che la sua realizzazione richiede meno tempo rispetto all'*Haptic Intelligence Scale / HIS* (Rajović, 1986b). La maggior parte delle persone testate sono estremamente motivate e questo test crea un contesto vantaggioso per le osservazioni qualitative. È così che il test di Owahki-Kohs è stato standardizzato a favore dei ciechi a più riprese. Negli Stati Uniti, il test è stato standardizzato per i bambini e gli adulti ciechi all'Università di Stanford nel 1966 (Suinn e Dauterman, 1966). Gli autori di questa standardizzazione rimproverano alla versione giapponese del test di non riservare abbastanza spazio all'elaborazione tattile. Poiché è soprattutto la percezione delle diagonali a porre dei problemi, essi semplificano il materiale riducendolo in due consistenze: ruvida e liscia. È con questo materiale che essi hanno effettuato la standardizzazione per i soggetti non vedenti degli Stati Uniti. L'affidabilità del test appare molto buona.

Nella Repubblica Ceca si è fatta ancora una prova di standardizzazione del test Owahki-Kohs, destinata a un gruppo di 38 adolescenti di 17 anni. Il test ha dimostrato un progresso nell'utilizzo in pressoché tutti i soggetti esaminati. La modifica del test originale permette di valutare le attitudini mentali delle persone non vedenti. Essa comprende ugualmente dei suggerimenti per il perfezionamento del test Owahki-Kohs adattato.

La standardizzazione del test in Serbia è stata effettuata su un gruppo di 80 bambini non vedenti di età compresa fra gli 8 e gli 11 anni, venuti da centri per bambini ciechi di Zemun, Zagabria e Sarajevo, inclusi tutti i bambini dell'area linguistica serbo-croata, integrati nel sistema di scolarizzazione dell'epoca. I bambini sono stati ripartiti in quattro sottogruppi, a seconda della gravità del deficit visivo presente.

Il test si è dimostrato valido, applicato su questa fascia d'età. Dato che il tasso di riuscita è stato più importante nei bambini ipovedenti che nei bambini ciechi, abbiamo elaborato delle norme di valutazione differenti per questi due gruppi. Non ci sono grandi differenze tra il tasso di riuscita dei soggetti di sesso femminile e maschile, anche se le bambine hanno ottenuto generalmente dei risultati migliori.

L'affidabilità del test, valutata su un campione di 500 soggetti, è risultata piuttosto elevata. Esso appare dunque estremamente valido in rapporto ad altri test che valutano l'attitudine intellettuale, persino in rapporto alla riuscita scolastica stimata empiricamente. A parte l'attitudine intellettuale generale, il test mette alla prova anche la discriminazione tattile, che risulta molto difficile da controllare: questo rappresenta uno degli aspetti negativi del test.

Le analisi statistiche hanno dimostrato che il test di Kohs è più difficile per i soggetti ciechi che per quelli ipovedenti, anche se esso ha subito un adeguamento relativo all'esecuzione del lavoro tattile. Ugualmente, esso è più difficile per i ciechi totali dalla nascita che per le persone con una cecità acquisita nel corso della vita; inoltre è più facile per le persone più anziane che per i più giovani, e questo indica la sua discriminazione secondo fasce d'età.

È indispensabile andare ancora più lontano nella concezione e nella standardizzazione di questo test, perché ciò permetterà di identificare i veri bisogni dei bambini in materia di sostegno specializzato.

Conclusioni

La diffusione della politica per l'inclusione ha determinato un cambiamento nel ruolo degli psicologi che non lavorano negli istituti

di tipo residenziale. Deve essere allora il coordinatore dell'équipe a procedere a una valutazione multidimensionale, contestuale e dinamica in funzione di un processo decisionale che tenga conto del «miglior interesse del bambino», così come stabilito nella Convenzione sui diritti del bambino, firmata nel 1990 nell'ex Jugoslavia, di cui la Serbia ha ereditato la ratifica (*Bambini di oggi, bambini di domani*, 2000).

Su richiesta dell'UNICEF, stiamo lavorando con un'équipe di esperti al progetto *Assessment for social inclusion* («Valutazione per l'inclusione sociale»), che risulta inserito nel più vasto *Social inclusion of children with disabilities* («Inclusione sociale di bambini con disabilità»). Questo lavoro ci ha portato a esaminare le differenti nozioni teoriche della psicologia: *modello, approccio, paradigma, principi... e teoria*, un insieme che consiste ed è strutturato da formulazioni che spiegano un fenomeno psicologico o una classe di fenomeni.

Uno psicologo professionista responsabile dovrebbe chiedersi: «Che cos'è utile qui e ora? Come posso integrare tutte le mie conoscenze e competenze per aiutare nel miglior modo possibile i miei pazienti?»; egli dovrebbe sviluppare le seguenti competenze:

- capacità di lavorare in gruppo;
- adozione di un approccio olistico;
- attitudine a comunicare in modo efficace (ascolto attivo, riflessione, sostegno, accettazione, ecc.);
- rispetto dei valori dell'inclusione;
- sostegno nei confronti delle persone disabili;
- rispetto del soggetto disabile come persona competente e responsabile, capace di prendere delle decisioni relative all'intero corso della sua esistenza.

Dovrebbe inoltre possedere conoscenze concernenti la disabilità che riguardino i seguenti approcci e teorie:

- le ipotesi sulla natura socio-culturale dello sviluppo mentale di Vygotskij (2011), tenendo conto anche degli sviluppi elaborati dai suoi successori;
- teoria sui sistemi di sostegno psicologico di Bronfenbrenner (1998) e sull'ecologia dello sviluppo umano;
- modello socio-inclusivo;
- approccio sistemico alla famiglia;
- terapia incentrata sul cliente di Carl Rogers (2000);
- analisi transazionale.

Inoltre sono fondamentali le prospettive del movimento per i diritti dell'uomo: riteniamo, infatti, che tutti i Paesi firmatari della *Convenzione dei diritti dell'uomo e del bambino* delle Nazioni Unite siano obbligati, moralmente e giuridicamente, a rendere effettive le condizioni per garantire la realizzazione di questi diritti.

Nel nostro Paese, questo si deve tradurre nella lotta contro tutte le forme di segregazione e nel sostegno al processo di decentralizzazione dei servizi, che devono essere finalizzati a garantire una maggiore accessibilità alle persone che necessitano di una *Community Based Rehabilitation* («riabilitazione su base comunitaria»).

Le Convenzioni sopramenzionate delle Nazioni Unite dovrebbero promuovere l'uguaglianza sociale. Il nostro Paese risulta firmatario di queste convenzioni ma solamente a titolo dichiarativo, visto che i soli diritti compresi nel sistema della protezione sociale sono il diritto al sostegno sociale e alle cure previste per delle categorie specifiche (a seconda del grado di disabilità) e il diritto all'alloggio negli istituti di protezione sociale.

Bibliografia

- Bronfenbrenner U. (1998), *Ekologija ljudskog razvoja*, trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, il Mulino, 1986.
- Elkind D. (1969), *Piagetian and psychometric conceptions of intelligence*, «Harvard Educational Review», vol. 39, n. 2, pp. 319-337.
- Hatwell Y. (1966), *Privation sensorielle et intelligence*, Paris, Presses Universitaire de France.
- Inhelder B. (1963), *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Lowenfeld B. (1981), *On blindness and blind people. Selected papers*, New York, American Foundation for the Blind.
- Mittler P. (1974), *The psychological assessment of mental and physical handicaps*, London, Tavistock Publications.
- Piaget J. (1947), *La psychologie de l'intelligence*, Paris, Colin.
- Reid J.M.V. (2002), *Testing nonverbal intelligence of working-age visually impaired adults: Evaluation of the Adapted Kohs Block Design Test*, «Journal of Visual Impairment & Blindness», August 2002.
- UNICEF (2000), *Deca danas za decu sutra. Agenda za budućnost / Children of Today for Children of Tomorrow – Agenda for Future*, Unicef, www.cpd.org.yu.
- Rajović V. (1986a), *Ispitivanja intelektualnih sposobnosti slepih*, «Psihologija», vol. XIX, nn. 3-4, pp. 120-128.
- Rajović V. (1986b), *Standardizacija Stanford-Kos testa za slepu decu uzrasta 8-11 godina*, reprint u zborniku Istrazivanja u Pedagoskoj Psihologiji, Beograd.
- Rajović V. (2004), *Psiho-socijalne determinante razvoja i učenja mentalno retardirane dece*, Institut za Psihologiju Filozofskog Fakulteta u Beogradu.
- Rajović V. e Stanimirović D. (2006), *Odgovornost prema profesiji i klijentu, u tematskom zborniku*, «Primenjena Psihologija», Filozofski Fakultet u Nišu.
- Rogers C.R. (2000), *La terapia centrata sul cliente*, Firenze, Psycho.
- Suinn R. e Dauterman W. (1966), *Manual for the Stanford-Kohs block design test for the blind*, Stanford University, School of Medicine.
- Vygotskij L. (1972), *Immaginazione e creatività nell'età infantile*, Roma, Editori Riuniti.
- Vygotskij L. (2006), *Psicologia pedagogica. Attenzione, memoria e pensiero*, Trento, Erickson.

- Vygotskij L. (2011), *Lo sviluppo psichico del bambino*, Roma, Editori Riuniti.
- Wechsler D. (1955), *Wechsler Adult Intelligence Scale/WAIS*, trad. it. *WAIS/Scala d'Intelligenza Wechsler per Adulti*, Firenze, OS, 1974.
- Wechsler D. (1981), *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised/WAIS-R*, trad. it. *WAIS-R/Scala d'Intelligenza Wechsler per Adulti-Riveduta*, Firenze, OS, 1997.
- Wolfsenberger W. e Thomas S. (1983), *Passing Program Analysis of Service Systems Implementation of Normalization Goals. A method of evaluating the quality of human services according to the principle of normalization*, Canadian National Institute on Mental Retardation.
- World Health Organization/WHO (2001), *ICF/International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, Switzerland, trad. it. *ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson, 2002.

Abstract

This article examines the situation of persons living in Serbia who suffer from visual impairments of varying seriousness, and which are also associated with other disabilities. The matters of education, institutionalisation and diagnosis are, among others, the issues which should be raised to overcome discrimination and to improve the learning conditions and participation in the social life of persons suffering from visual impairments. For example, the problems related to screening in the initial phase, to education, to recourse to assistive technologies, to rehabilitation based on living in a community are analysed, in order to perform an inductive analysis starting from the examples of accepted practice and then to link this to psychological theory.