



Collana  
Guide Operative

**VALUTARE I BOSOGNI EDUCATIVI  
SPECIALI:  
per una personalizzazione possibile**

---

Roberto FRANCHINI

---

Anno 2015





## SOMMARIO

---

<b>PREMESSA</b> .....	5
<b>1. COSA SONO I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI</b> .....	7
<b>2. VALUTAREI BES</b> .....	23
<b>3. PER UNA VERA PERSONALIZZAZIONE: INTEGRAZIONE O INCLUSIONE?</b> .....	43
<b>4. LINEE GUIDA SULLA PRESA IN CARICO DELL'ALUNNO DISABILE E CON BISOGNO EDUCATIVO SPECIALE</b> .....	53
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	77
<b>INDICE</b> .....	79





## PREMESSA

---

Nel 1997 l'Unesco, nel classificare i sistemi educativi, ha definito Bisogno Educativo Speciale una condizione che “si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (failing) per una varietà di ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale”.<sup>1</sup> Alla luce di questo concetto, i sistemi educativi sono chiamati ad individuare le difficoltà dei loro allievi con una sensibilità che va oltre il tradizionale accertamento della disabilità (certificazione), per aprire il campo alla valutazione di qualsiasi disturbo di funzionamento, specie nel campo delle attività di apprendimento.

Certamente lo scopo ultimo dei sistemi di Istruzione e di Formazione è quello di garantire alcuni traguardi (outcomes) descritti in termini di competenze, con riferimento sia alle competenze di base che a quelle trasversali e professionali. Il raggiungimento delle competenze riferite agli standard, tuttavia, deve essere mediato dal principio della personalizzazione, che prevede la valorizzazione delle competenze di ciascuno, attraverso l'introduzione di misure di sviluppo o recupero degli apprendimenti.

La presenza di allievi con Bisogni Educativi Speciali non fa che accentuare il peso del principio metodologico della personalizzazione, esigendo la delineazione di strumenti e itinerari ad hoc, e andando oltre alle mere dichiarazioni di principio, alla luce del motto di Don Milani: “non è giusto far parti uguali tra disuguali”.

Ma cosa sono più precisamente i Bisogni Educativi Speciali? Come si valutano? E, una volta individuati, come è possibile garantire un'autentica personalizzazione, all'interno di organismi scolastici che non sembrano avere le risorse per “fare la differenza”? Sarebbe infatti frustrante mettere in luce bisogni e richieste senza al contempo avere la capacità di rispondervi, nel nome del primato dell'educazione su ogni altra istanza (tra cui anche quella della sostenibilità e dell'efficienza).

Insomma, le questioni cruciali che verranno affrontate sono riconducibili a tre:

- I La prima, controversa e non facile da dipanare, riguarda la definizione di Bisogno Educativo Speciale, alla luce dei sistemi di classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel passaggio (non ancora pienamente conseguito in Italia) dal sistema di classificazione ICIDH al sistema ICF. C'è differenza tra il tradizionale concetto di disabilità e quello di Bisogno Educativo Speciale? Che cos'è la disabilità e che cosa il Bisogno Educativo Speciale? L'evoluzione

---

<sup>1</sup> Nostra traduzione da UNESCO, *International Standard Classification of Education*, 1997, p. 48 scaricabile al sito <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isced97-en.pdf>.

del concetto di disabilità, da un sistema di classificazione all'altro, cambia il rapporto tra i due costrutti?

- II La seconda, di più facile soluzione, è quella valutativa: come è possibile individuare un Bisogno Educativo Speciale? Chi è nella condizione migliore per valutarlo? Con quali strumenti?
- III La terza, molto più complessa e sfidante, è la seguente: una volta accertata la presenza di uno o più studenti o allievi con Bisogno Educativo Speciale, entro quale scenario educativo è realmente perseguibile il valore della personalizzazione, al di là della facile parentica pedagogica e di altrimenti sterili enunciazioni di principio?

Al termine della disamina delle tre questioni, si cercherà di fare un'operazione di sintesi, attraverso la costruzione di alcuni "quadri" tematici nei quali, partendo dalle indicazioni normative (non sempre coerenti e risolutive), trarre qualche indicazione in termini di Linee Guida alle Istituzioni Scolastiche.

## 1. Cosa sono i Bisogni Educativi Speciali (BES)

Che cosa è dunque un Bisogno Educativo Speciale? A questo proposito si ritiene di provare a fare un poco di chiarezza, a fronte di una confusione generata da affermazioni sovente contraddittorie, che si possono individuare anche nelle recenti circolari ministeriali sull'argomento<sup>2</sup>.

Per dipanare la questione si affronterà in primo luogo l'evoluzione storica del concetto di disabilità, nella transizione tra il sistema di classificazione ICIDH (International Classification of Impairment, Disease and Handicap)<sup>3</sup> al sistema ICF (International Classification of Functioning)<sup>4</sup>, entrambi autorevolmente pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; in seguito, si esamineranno due ipotesi per così dire insiemistiche, che si originano dialetticamente dal confronto tra i costrutti di disabilità e di Bisogno Educativo Speciale, appunto.

### 1.1. I sistemi di classificazione

Per comprendere bene il senso e i limiti dei manuali ICIDH e ICF, è bene partire da un'analisi semantica del termine classificazione: classificare significa assegnare a una o più classi una serie di eventi, oggetti o persone, in base ad alcuni criteri che devono essere chiariti a monte. Così, alcuni oggetti (ad esempio delle automobili) possono essere attribuiti a determinate categorie (ad esempio utilitaria, media cilindrata, top class) a partire da specifici indicatori (es. grandezza del motore o della carrozzeria). Ancora, una popolazione di una città può essere suddivisa in fasce selezionando alcuni parametri, come il reddito pro-capite o il tenore di vita.

Sia il sistema ICIDH che il sistema ICF (International Classification of Functioning) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono per l'appunto sistemi di classificazione, e non semplicemente strumenti nosografici (l'ICIDH) o una filosofia dell'uomo e del suo funzionamento (l'ICF). Pertanto, i due manuali hanno l'ambizione di distinguere la situazione di salute degli individui (o, per dirla al contrario, il loro livello di menomazione o di disabilità) in base ad alcuni criteri che di seguito verranno illustrati.

<sup>2</sup> Vedi in particolare la Direttiva Ministeriale 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica. Indicazioni operative".

<sup>3</sup> OMS, *ICIDH. Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali*, Centro lombardo per l'educazione sanitaria, Milano 1980.

<sup>4</sup> OMS, *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità*, Erickson, Trento 2001.

A questo punto è bene chiedersi perché è utile procedere a classificare oggetti o persone o, per dirla in un altro modo, a che cosa serve classificare. Per tornare agli esempi precedenti, classificare la categoria di un'automobile può servire per determinare quanto si debba pagare per assicurarla, o quanto essa incida sulla dichiarazione dei redditi di chi la possiede. Classificare la fascia di reddito di un individuo può servire a calcolare quanto debba pagare come tassazione annuale, oppure se abbia accesso oppure no a determinati diritti (ad esempio l'asilo nido o l'esenzione sanitaria).

A che cosa può servire, invece, classificare la salute e la disabilità? Anche in questo caso possiamo in primo luogo affermare che l'azione di classificare serve ad assegnare una serie di diritti che, simmetricamente, comportano per i sistemi di Welfare specifici doveri, o livelli essenziali di assistenza. Così, una persona che è affetta da una patologia ha diritto a un ricovero ospedaliero completamente gratuito (ma molto oneroso per la sanità pubblica), mentre una persona che ha una disabilità ha diritto a svariate misure educative e riabilitative, sia nell'ambito scolastico (vedi soprattutto l'attribuzione dell'insegnante di sostegno) che in quello sociosanitario.

L'ICF (come prima l'ICIDH) non è dunque in primo luogo una filosofia dell'uomo e del suo funzionamento a partire da una visione ecologica che consideri il ruolo dei fattori ambientali, come rischiano di sottolineare le "Linee Guida sull'Integrazione Scolastica degli alunni con disabilità"<sup>5</sup>, anche se la classificazione richiede certamente una visione antropologica che ne sia il fondamento. L'ICF non è nemmeno uno strumento per l'assessment e la progettazione degli interventi, anche se naturalmente esso può essere molto utile a questi scopi. L'ICF è in realtà un (anzi il) sistema che l'OMS ha messo a punto per attribuire alle persone disabili determinati diritti, che prima della sua pubblicazione venivano (e vengono tuttora) assegnati in base ad altri criteri, come si vedrà in seguito.

Così, nell'introduzione all'ICF l'OMS afferma che il sistema nasce per stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate, allo scopo da una parte di migliorare la comunicazione fra gli operatori sanitari, dall'altra di fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari, ovvero per la registrazione di quelle condizioni che devono poter accedere all'ampia gamma di trattamenti clinici, educativi e riabilitativi che fanno parte dell'offerta pubblica di servizi alla salute.

Più nello specifico, l'OMS dichiara le diverse sfere applicative del classificatore, che possono essere così riassunte:

- Statistica: raccolta e registrazione di dati per studi demografici, studi su popolazioni, costruzione di sistemi informativi.

<sup>5</sup> MIUR, Linee Guida sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, 4 agosto 2009, scaricabile dal sito [http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/istruzione/prot4274\\_09](http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/istruzione/prot4274_09).



- Ricerca: per misurare i risultati, la qualità della vita delle persone e i fattori ambientali che contribuiscono a determinarla.
- Clinica: individuazione dei bisogni clinici, educativi e riabilitativi, allo scopo di abbinare le condizioni specifiche delle persone, i bisogni che ne scaturiscono e gli interventi educativi e riabilitativi.
- Politica sociale: progettazione della previdenza sociale, dei sistemi di indennità (vedi ad esempio l'indennità legata alla non autosufficienza), la pianificazione e la realizzazione dei programmi politici.
- Educazione sociale: programmazione di curricula e miglioramento della consapevolezza e delle azioni sociali.

Insomma, gli scopi per cui l'ICF è nato vanno ben al di là di quanto affermato dalle citate Linee Guida, nelle quali si afferma che il sistema ICF è “teso a promuovere un approccio globale, attento alle potenzialità complessive, alle varie risorse del soggetto, tenendo ben presente che il contesto, personale, naturale, sociale e culturale, incide decisamente nella possibilità che tali risorse hanno di esprimersi”.

Nel mondo della scuola, più in generale, si è diffuso un approccio che tende a considerare l'ICF alla stregua di una sorta di filosofia ottimistica della persona disabile, come se il classificatore abbia lo scopo non di individuare, classificandole, le disabilità della persona, quanto invece di accertare le sue abilità, in una sorta di visione positiva, e non negativa, della persona stessa. Lo stesso termine, probabilmente un po' abusato, di “diversamente abile” va in questa direzione, mettendo in ombra la presenza di menomazioni e disabilità e focalizzandosi sulle abilità di cui la persona disabile è in possesso<sup>6</sup>.

Ora è evidente che questo approccio neutralizza il significato originario di classificazione, ovvero di operazione logica tesa a individuare una serie di criteri per stabilire chi è disabile, allo scopo di attribuirgli una serie di diritti (tra i quali, per l'appunto, l'insegnante di sostegno, o per lo meno la progettazione di un intervento educativo speciale). In questo senso, ciò che il classificatore tende a mettere in luce sono le disabilità intese come menomazioni o come limitazioni nell'attività e nella partecipazione, e non le diverse abilità. Se non si considera questo scopo, un fraintendimento del significato del classificatore potrebbe condurre, senza volerlo, al paradosso della negazione dei diritti della persona disabile, mentre contemporaneamente il sistema scolastico italiano rimane profondamente ancorato al sistema ICD, assegnando l'insegnante di sostegno soltanto alle persone che hanno una patologia.

L'unico pronunciamento legislativo italiano che considera, almeno potenzialmente, l'ICF come un sistema di classificazione della disabilità è l'Accordo Stato -

---

<sup>6</sup> Cfr. ad esempio la posizione di Claudio Imprudente, riportata da A. CANEVARO D. IANES, *Diversabilità. Storie e dialoghi nell'anno europeo delle persone disabili*, Erickson, Trento 2003: “Un nuovo biglietto da visita. Il termine disabile è un biglietto da visita che parte già male. È come se uno bussasse alla porta e vi dicesse: “Buongiorno: sono una persona non abile”. Il biglietto da visita deve cambiare: bisogna sottolineare le abilità e non le disabilità.

Regioni del 20 marzo 2008 riguardante le modalità e i criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico degli alunni con disabilità. In tale provvedimento, all'art. 2 comma 1, dal significativo titolo "Individuazione della persona disabile", si rilevano due condizioni attestanti disabilità:

- Persona la cui disabilità è riconosciuta dalla nascita o dai primi mesi di vita, in quanto la sua disabilità è conseguenza di una malattia, individuata attraverso il classificatore ICD.

– Persona che manifesta Bisogni Educativi Speciali durante il percorso di istruzione. Nel secondo caso la scuola deve mettere a punto una "relazione descrittiva dei problemi evidenziati" ma, in particolare, deve provvedere alla Diagnosi Funzionale redatta secondo i criteri alla base del modello bio-psico-sociale ICF dell'OMS, che consiste in una descrizione del quadro di funzionalità dell'alunno nei vari contesti.

Tuttavia, l'Accordo Stato-Regioni è largamente inapplicato, mentre la procedura di assegnazione degli insegnanti di sostegno rimane profondamente ancorata alla Legge 104/92, anteriore alla promulgazione, e dunque concettualmente superata, in quanto, come vedremo più oltre, costruita sul modello concettuale del sistema ICIDH, abolito dall'OMS nel 2001 proprio a seguito della pubblicazione dell'ICF.

Le circolari ministeriali riguardanti l'individuazione dei Bisogni Educativi Speciali, infine, non modificano di fatto tale assetto in quanto, pur identificando nell'ICF lo strumento per la valutazione dei BES (senza per altro chiarirne le modalità di utilizzo), distinguono in modo inesatto la disabilità (che rimane sotto il campo di applicazione della Legge 104) dai Bisogni Educativi Speciali, per i quali non vengono individuati particolari diritti, se non un richiamo ad una didattica personalizzata e al possibile utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi. La disabilità, pertanto, rimane intesa come la conseguenza di una malattia, non riuscendo con ciò a ricomprendere nel suo campo semantico qualsiasi difficoltà evolutiva, a prescindere dall'eziologia, come invece previsto dal classificatore ICF.

## 1.2. Classificare le menomazioni e le loro conseguenze. Il sistema ICD

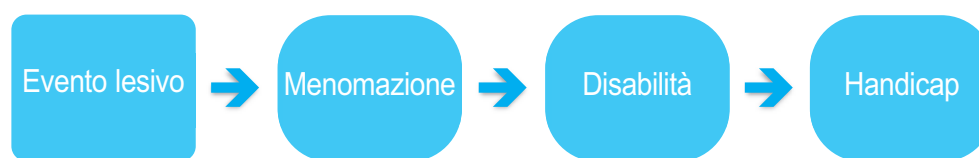
Come è noto, l'ICF non è l'unico sistema di classificazione dell'OMS, anzi: esso è l'ultimo nato, mentre una secolare tradizione ha previsto la classificazione della salute attraverso il sistema ICD (International Classification of Disease), che è infatti arrivato alla decima edizione (presto ci sarà l'undicesima). Occorre dunque comprendere la differenza concettuale tra i due sistemi, entrambi vigenti, allo scopo di chiarire ancora meglio la novità dell'ICF rispetto all'impostazione tradizionale.

È sempre l'Organizzazione Mondiale della Sanità a dirci che i due sistemi di classificazione ad oggi vigenti (l'ICD-10 e l'ICF) sono da intendersi tra loro complementari non nel senso che il secondo rappresenti la propaggine del primo (funzionamento come conseguenza della malattia), ma nel senso che "due persone con la stessa patologia possono avere un funzionamento diverso", e che pertanto la disabilità va individuata (e classificata) con criteri diversi da quelli che entrano in gioco quando si accerta la presenza di una menomazione.

In sostanza, l'individuazione di una menomazione va operata secondo criteri diagnostici che stabiliscono, in modo categoriale, la presenza o l'assenza di una malattia, sulla base di un pacchetto di indicatori. Invece, l'individuazione di una disabilità va operata secondo criteri che stabiliscono, in modo analogico e per livelli, la gravità più o meno ampia di una limitazione nelle attività indispensabili per il funzionamento tipico, a prescindere dalla presenza di una patologia. Il più recente manuale, pertanto, non intende classificare la disabilità intesa come "conseguenza della malattia", ma piuttosto il funzionamento della persona, ritenuto variabile indipendente dal fattore menomazione espressione, invece, di una congerie di componenti e domini che, in modo concorrente (complesso) influenzano il funzionamento.

Questa distinzione si riverbera anche nei contesti di utilizzo dei due classificatori: il sistema ICD va utilizzato per la diagnosi e la classificazione in ambito ospedaliero, o comunque nei sistemi di diagnosi precoce, mentre l'ICF va utilizzato per la classificazione della disabilità in ambito educativo e riabilitativo (e dunque anche in ambito scolastico).

In realtà molto prima della promulgazione del sistema ICF l'OMS aveva già individuato uno strumento di classificazione della disabilità, ovvero il già citato ICIDH, pubblicato nel 1980. Tale sistema riconduceva la salute della persona ad un impianto di classificazione a tre componenti: la menomazione o malattia, la disabilità e l'handicap.



**Figura 1:** Mappa concettuale del sistema ICIDH

Per la prima volta in un documento ufficiale la disabilità viene dunque distinta dalla menomazione, anche se ne rappresenta la conseguenza, in termini eziologici, come ben affermato graficamente dalla presenza delle frecce unidirezionali. La grande scoperta è che la salute non è da intendere semplicemente come assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico, sociale e relazionale. Ecco allora il motivo per il quale il manuale ICIDH, a lato e sullo stesso piano delle condizioni patologiche, esamina e classifica situazioni umane riconducibili alle categorie della disabilità, intesa quale danno funzionale, e dell'handicap, inteso quale svantaggio sociale ed esistenziale.

In particolare, mentre la menomazione viene definita dall'ICIDH come "un'anomalia anatomica a carico di un arto, di un organo o di un tessuto", ovvero come problematica riconducibile ad un evidente "correlato corporeo", la disabilità deve invece essere compresa quale assenza o compromissione di una qualsiasi abilità, ma in particolare di quelle che si esercitano nel campo esteso delle attività ritenute normali per l'individuo in ogni situazione di vita (prestazioni cognitive, motorie e sen-

soriali, ma ancora attività complesse quali l'accudimento della persona – igiene, abbigliamento, alimentazione – e della casa, oltre che il lavoro, la comunicazione interpersonale, etc.).

Insomma, per fare un esempio la sindrome di Down, o per meglio dire la trisomia 21, non è in realtà una disabilità, ma una menomazione, ovvero un'anomalia occorrente nel sistema cromosomi dell'individuo. Quando il clinico certifica una diagnosi di questo tipo, dunque, non sta individuando una disabilità, ma una sindrome corporea.

Se, invece, si intende classificare una disabilità occorre accertare l'esistenza di una qualsiasi limitazione funzionale che interferisce significativamente nella vita quotidiana, come accade quando una persona non è in grado di leggere o di camminare, di calcolare o di usare una forchetta.

A questo proposito, tuttavia, il manuale del 1980 non sfugge alla già richiamata impostazione per causa, presupponendo che a fondamento della situazione di disabilità ci sia la patologia, la quale pertanto è di fatto intesa quale unica sorgente, anche se non unica condizione, di impasse personale. Si tratta di una eziologia a senso unico: è comunque sempre la menomazione la causa di ogni disabilità, intesa come limitazione nelle attività indispensabili nella vita quotidiana

Ma è proprio così? Davvero l'impossibilità o comunque la difficoltà che la persona può sperimentare nell'esercitare le normali azioni della vita quotidiana, quali il comunicare, il ragionare e il muoversi, il mangiare, il vestirsi e lo scrivere dipende univocamente e presuntivamente da un danno di natura patologica? Con l'ICF questa affermazione non è più sostenibile: quante e quali situazioni, emozioni o contesti possono limitare l'uomo nell'agire, bloccando e inibendo la sua iniziativa e la sua libertà personale.

Sono infatti potenzialmente infiniti i fattori che possono ostacolare l'individuo nello sviluppo della sua personalità, limitando l'evolversi delle abilità e creando con ciò stesso disabilità. Se in molti casi la causa di un danno funzionale è la realtà sovente statica (cronica!) di una patologia, in molte altre situazioni, invece, all'origine dello svantaggio vi è un insieme dinamico di corredi genetici, influenze contestuali e assetti psicologici, come verrà chiarito dal cosiddetto modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF.

Infine nell'ICIDH l'handicap è da intendersi quale svantaggio sociale, che limita o impedisce alla persona lo svolgimento di un ruolo ritenuto normale nel contesto socioculturale cui di fatto appartiene nella concretezza del vivere quotidiano, nella dinamica interazione tra ciò che l'individuo riesce ad essere e ciò che il contesto (la famiglia, la scuola, etc.) continuamente gli chiede di diventare. Nuovamente tale componente è tuttavia intesa come ricaduta sul piano sociale della menomazione, non considerando come la situazione di emarginazione, anche qualora sia complicata dalla presenza di una patologia, si gioca in realtà molto più nei percorsi evolutivi e nelle dinamiche relazionali tra individuo e individuo (e tra individuo e società) piuttosto che nel limitato schema causale di una diagnosi clinica.

### 1.3. La Legge 104/92

La Legge 104/92 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), insieme al successivo Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Aziende Sanitarie del 1994 e al DPCM 185/2006 (Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap) costituisce tutt'ora il quadro normativo di riferimento per la classificazione della disabilità in Italia. La diagnosi funzionale, così come la "certificazione" che la precede, rimane di stretta pertinenza del medico (o comunque degli specialisti della ASL), avendo come premessa un'"anamnesi fisiologica e patologica" e una "diagnosi clinica", e interpretando la compromissione funzionale, che essa intende descrivere, come una stretta conseguenza della patologia, in termini di "prognosi", cioè di "previsione dell'evoluzione".

In particolare il DPR del 1994 descrive l'articolazione della diagnosi funzionale, che ruota essenzialmente intorno a due elementi (o, per meglio dire, intorno a due tipologie di "accertamento"):

- anamnesi fisiologica prossima o remota;
- diagnosi clinica, da una parte con riferimento all'eziologia, dall'altra formulata in modo tale da esprimere le "conseguenze funzionali" della patologia, indicando "la previsione dell'evoluzione naturale".

Nel descrivere le conseguenze funzionali della patologia la diagnosi funzionale deve tenere particolarmente conto delle "potenzialità registrabili" nei famigerati sette assi dello sviluppo:

- cognitivo,
- affettivo-relazionale,
- linguistico,
- sensoriale,
- motorio-prassico,
- neuropsicologico,
- autonomia personale e sociale.

È facile vedere come la Legge 104/92 è figlia naturale del sistema ICDIH (ora abolito): come nell'ICIDH alla menomazione segue la disabilità, in termini strettamente causali, così nell'itinerario descritto dalla Legge 104 alla certificazione della sindrome segue la diagnosi funzionale della disabilità, in termini altrettanto consequenziali. La diagnosi funzionale descritta dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento rimane essenzialmente fedele all'impianto classificatorio dell'ICIDH, all'interno del quale la disabilità, intesa come carenza/assenza di attività (o di funzione), rappresenta l'oggettivazione della malattia, secondo una sequenzialità rigida e lineare che, come tale, può essere pronosticata nei suoi percorsi di sviluppo (o sarebbe meglio dire di involuzione).

Il paradigma sotteso a questa definizione, ancora vigente, di diagnosi funzionale, è dunque quello clinico, consistendo in un ragionamento *per causam*: la patologia deriva da... (eziologia) e a sua volta è causa di... (conseguenze funzionali).

Si amplia così il divario tra le esigenze dell'istituzione educativa e scolastica, bisognosa di strumenti per progettare e valutare i suoi interventi *ad personam*, e l'istituzione sanitaria, tradizionalmente più forte e dominante, e dominata a sua volta dai paradigmi organicistici delle scienze esatte.

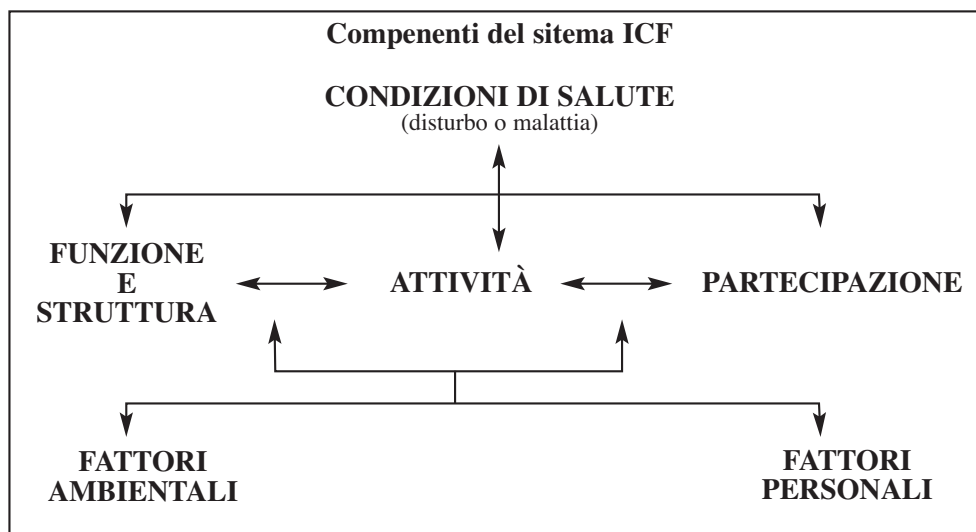
Basta identificare con certezza la patologia (secondo i canoni dei manuali diagnostici classici) per prevedere con ragionevole sufficienza quale sarà il funzionamento della persona o, per meglio dire, quali saranno gli aspetti sui quali ci si potrà attendere un funzionamento difettoso, carente o persino assente. Se uno spiraglio si intravede, esso va individuato nel Profilo Dinamico Funzionale, ove si ricorre all'espressione "potenzialità registrabili": in una sorta di proficua ambiguità, le conseguenze funzionali della malattia divengono possibilità di sviluppo, anche se naturalmente a partire da una concezione prognostica, e non educativa, della funzione.

Non è difficile comprendere come questa visione si lasci sfuggire ciò che è più importante: la persona e il suo reale funzionamento, determinato non solo dalla presenza limitante della malattia, ma anche dalla presenza/assenza di fattori ambientali facilitanti o ostacolanti, e tra questi in particolare la presenza/assenza di interventi educativi specifici, capaci di agire in modo efficace sulle competenze dell'individuo durante la sua parabola di sviluppo, e dunque condizionanti in modo ben altrimenti significativo il suo funzionamento.

#### **1.4. Classificare la disabilità e le componenti della salute: il sistema ICF**

Il sistema concettuale che ha ispirato la Legge 104/92, ovvero il classificatore ICIDH, è stato abolito con la promulgazione del sistema ICF dell'OMS. Come tale, la Legge 104 è da ritenersi superata, in particolare per quel che riguarda il punto cruciale, ovvero le modalità di individuazione (classificazione) della persona disabile, ai fini dell'attribuzione di una serie di diritti, tra i quali l'intervento educativo speciale.

La disabilità nell'ICF è da intendersi non come conseguenza di menomazione, ma come il termine ombrello che include "menomazioni, limitazione delle attività e restrizioni della partecipazione", indicando "l'aspetto negativo dell'interazione tra un individuo e i fattori contestuali dello stesso individuo". In questo modo, la definizione di disabilità copre (è un termine ombrello, appunto) tutte le cosiddette componenti della salute, ovvero le menomazioni corporee, la sfera delle attività, l'ambito della partecipazione e il ruolo multiforme dei fattori contestuali. Pertanto, la disabilità non è più riconducibile in modo univoco al solo elemento clinico (la patologia), come sua conseguenza, ma è la risultante delle interazioni complesse e bidirezionali tra più componenti, come è visibile nello schema riportato di seguito.



**Figura 2:** Mappa concettuale del sistema ICF

Rispetto al sistema ICIDH, occorre rilevare tre fondamentali novità, presenti già nella mappa concettuale:

- I termini negativi, che indicavano il danno alla persona come conseguenza di un evento lesivo, scompaiono, lasciando il posto a componenti neutre, delle quali occorre misurare il funzionamento: alla menomazione, pertanto, si sostituisce la funzionalità e la struttura corporea, alla disabilità il grado di attività, all'handicap la partecipazione sociale;
- Le frecce sono bidirezionali, evidenziando la complessità del costrutto di disabilità, risultante dall'interazione di più componenti. La logica clinica ed eziologica dell'ICIDH è dunque definitivamente superata;
- La presenza dei fattori contestuali (ambientali e personali) come determinanti del funzionamento umano.

La concezione semplice, categoriale, del concetto di disabilità è superata da una concezione complessa e multidimensionale. Allo schema clinico, che interpreta il concetto di disabilità come un costrutto di natura digitale (vale a dire disabile-sì/disabile-no: o si è in salute per una completa assenza di malattie o non lo si è, per la presenza di una o più patologie), si sostituisce una concezione funzionale, dove il concetto di disabilità si articola non solo nelle varie componenti (funzioni e strutture corporee, attività, partecipazione, fattori contestuali) ma anche, come vedremo, nella misura analogica dei livelli di gravità del disturbo di funzionamento.

L'ICF supera la visione clinica per entrare in una concezione bio-psico-sociale, all'interno della quale la disabilità va compresa come risultante complessa dell'interazione continua tra elementi biologici, ambientali e psicologici. L'equilibrio tra le tre dimensioni supera per principio il tradizionale dualismo tra visione medica e visione sociale della disabilità.

Nel passato la disabilità era infatti compresa a partire da modelli concettuali di natura medica o di natura sociale, secondo visioni largamente contrapposte tra loro. Come già esaminato, secondo il modello medico la disabilità è la conseguenza di una menomazione, che richiede assistenza medica sotto forma di trattamenti terapeutici individuali erogati da professionisti. Sia la diagnosi (o classificazione) che l'intervento sulla disabilità sono legati ai protocolli tipici della clinica, tesi a identificare le cause e ad intervenire su di esse.

Molto meno affermato, almeno nelle politiche pubbliche, era il modello sociale, che vedeva la disabilità semplicemente come risultante dell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente, o per lo meno riconduceva l'intervento semplicemente alla questione dell'integrazione sociale, potendo sottovalutare la necessità di interventi clinici e professionali.

Il sistema ICF, poiché scaturisce da una visione bio-psico-sociale del funzionamento umano, supera questo dualismo, proponendo una comprensione sintetica dei vari fattori che influiscono sulla salute (o sulla disabilità). Il prefisso "bio" richiama la componente corporea della salute, che assume rilevanza per la classificazione sotto forma di menomazione della struttura e/o della funzione corporea. Il sostantivo "sociale" evoca il ruolo determinante dei fattori ambientali e personali (come ad esempio barriere fisiche o elementi emotivi) nell'influenzare l'assetto concreto del funzionamento umano. Il prefisso "psico" indica l'elaborazione dinamica (o statica) che il singolo individuo opera sia degli elementi biologici che di quelli contestuali dentro al profilo attuale delle sue attività.

Nessuno dei tre elementi può assumere un carattere assoluto. Anche in presenza di una menomazione della struttura e/o della funzione corporea non è possibile prevedere il funzionamento concreto dell'individuo (come invece asseriva l'ICIDH), in quanto i fattori ambientali, che possono essere facilitanti o ostacolanti, insieme alla diversa capacità di elaborazione psicologica che le persone possiedono, producono di fatto funzionamenti anche radicalmente diversi: questa è la ragione per la quale l'ICF afferma che due persone con la stessa patologia possono avere un funzionamento diverso. Allo stesso tempo, è improbabile che il solo influsso dei fattori ambientali, per quanto sfavorente, possa determinare difficoltà importanti nelle attività scolastiche o della vita quotidiana, se non preesistono nell'assetto biologico della persona dei fattori predisponenti, che possono essere compresi in termini di vulnerabilità a specifici disturbi.

Per comprendere meglio il significato del modello biopsicosociale è utile fare due esempi, che illustrino in modo efficace l'interazione complessa tra le componenti del funzionamento umano.

È esperienza di tutti che il livello di abilità (o di disabilità) di due alunni con sindrome di Down può essere anche notevolmente diverso: uno di essi, infatti, potrebbe essere in grado già a otto anni di scrivere, leggere e di comunicare efficacemente i propri bisogni ed emozioni, mentre un coetaneo potrebbe avere significative difficoltà nell'esprimersi verbalmente, così come nel produrre e comprendere segni grafici. Nel passato, questa differenza di abilità veniva aprioristicamente ricondotta ad un diverso grado di gravità della menomazione corporea (in questo caso dell'anomalia genetica a carico del ventunesimo cromosoma), senza bisogno di approfondimenti diagnostici. Oggi questa



conclusione, tipica del paradigma clinico, non è affatto l'unica possibile: l'anomalia genetica riconducibile alla sindrome non deve a tutti i costi spiegare in modo pervasivo il funzionamento del bambino, ma può essere compresa, oltre che come menomazione, anche come fattore di vulnerabilità a ulteriori problematiche evolutive (come ad esempio il disturbo di scrittura, di lettura o della comunicazione), che tuttavia possono essere prevenute attraverso la predisposizione di fattori contestuali facilitanti e di interventi educativi adeguati.

Per fare un altro esempio, la presenza in un bambino di dieci anni di un disturbo di attenzione nel passato veniva ricondotta o all'esistenza di una menomazione, per altro mai accertata (a volte arbitrariamente denominata Disturbo Minimo del Cervello), o alla mancata educazione da parte del contesto familiare e scolastico. Si tratta di una vivace esemplificazione del dualismo tra modello medico e modello sociale, alla ricerca il primo di una causa clinica della disabilità, il secondo del ruolo dei fattori socioeducativi. In realtà, esistono bambini che sin dalla nascita, a causa del loro corredo biologico (con particolare riferimento alla quantità di neurotrasmettitori ereditata dai propri genitori), sono vulnerabili più di altri all'irrequietezza, alla disattenzione e persino all'aggressività: per accertarsene, è sufficiente confrontare alcuni neonati in una qualsiasi nursery ospedaliera, per accorgersi che alcuni di essi dormono sonni tranquilli e apprendono velocemente ritmi di poppata regolari, mentre altri rappresentano la disperazione dei genitori per almeno sei mesi di tempo.

Naturalmente non basta essere biologicamente vulnerabili alla disattenzione per assumere un comportamento disturbato, anche gravemente. I fattori sociali, come ad esempio il clima educativo più o meno permissivista, o la qualità dell'interazione quotidiana col genitore nei primi mesi di vita, possono essere fattori di rischio o fattori protettivi, mentre la psiche del bambino stabilizza nel tempo, elaborando gli input biologici e contestuali, un funzionamento più o meno difficoltoso nell'attenzione e nell'adesione alle regole sociali.

## **1.5. Disabilità e Bisogni Educativi Speciali**

Alla luce delle riflessioni appena concluse, è possibile affrontare la questione della definizione di Bisogno Educativo Speciale, nel confronto con il costrutto di disabilità. Per fare questo è possibile esaminare due ipotesi per così dire insiemistiche:

- i Bisogni Educativi Speciali includono la categoria di disabilità,
- i Bisogni Educativi Speciali sono disabilità o, per meglio dire, una particolare forma di disabilità che si rivela nel contesto educativo e scolastico.

### *1.5.1. I Bisogni Educativi Speciali includono la categoria di disabilità*

Questa prima affermazione si può ben individuare all'interno della già citata definizione dell'Unesco (ISCED, 1997): il concetto di Bisogno Educativo Speciale (SEN = Special Educational Needs) si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (failing) per una varietà di ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale.



**Figura 3:** Prima ipotesi insiemistica

La definizione, anteriore alla pubblicazione del sistema ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sottende la tradizionale concezione della disabilità come “conseguenza di menomazione o malattia”, così come era stabilito dal precedente classificatore dell'OMS (ICIDH, International Classification of Impairment, Disease and Handicap). In questo scenario, il concetto di BES è concettualmente più ampio rispetto a quello di disabilità, includendolo all'interno dell'insieme più vasto dei disturbi dell'apprendimento. Insomma, se la disabilità è sempre un Bisogno Educativo Speciale, non è detto che un Bisogno Educativo Speciale sia una disabilità, in quanto il disturbo di funzionamento in ambito di apprendimento potrebbe non essere conseguenza di una sindrome certificabile. Pertanto, se la disabilità, intesa come limitazione o assenza di capacità conseguente a menomazione, può essere senz'altro compresa anche come Bisogno Educativo Speciale (in quanto richiede maggior attenzione rispetto alla condizione degli studenti a sviluppo tipico), esistono poi anche disturbi di funzionamento non riconducibili ad alcuna sindrome e, come tali “al di là di quelli inclusi nella categoria di disabilità”.

La Direttiva Ministeriale del 27 Dicembre 2012 opta senz'altro per questa ipotesi. Infatti, essa afferma: “In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni (...) Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali (in altri paesi europei: Special Educational Needs). Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità; quella dei disturbi evolutivi specifici e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale”.

Questa ipotesi, che più avanti verrà criticata, non porterebbe comunque alcun pregiudizio alla pratica educativa nella scuola se tutte queste condizioni (sia la disabilità in senso stretto che i Bisogni Educativi Speciali) prevedessero una presa in carico completa ed efficace. Al contrario, la distinzione così introdotta conduce ad una conseguenza davvero poco nobile: gli studenti con disabilità, ovvero con sindrome certificabile ai sensi della Legge 104/1992, hanno diritto all'attribuzione dell'insegnante di sostegno, mentre gli studenti che hanno “solo” un BES, o per meglio dire un BES non riconducibile, dal punto di vista causale, al concetto di disabilità, non ne hanno diritto, pur essendo per loro richiamato il già prefigurato principio della personalizzazione.

Si prefigura così una sorta di doppia (o tripla) condizione, una specie di classifica dei bisogni: la disabilità rimane un bisogno di serie A, in quanto portatrice di un diritto a tutto tondo, ovvero l'assegnazione di risorse aggiuntive, mentre ad essa si aggiungono una serie di bisogni di serie B (i disturbi di apprendimento, già normati dalla Legge 170/2010, e i Bisogni Educativi Speciali), ai quali viene attribuito il diritto ad un Piano Didattico Personalizzato, senza che a tale diritto corrisponda alcuna risorsa aggiuntiva.

Come verrà chiarito più avanti, nello scenario educativo tradizionale (riconducibile all'educativo cartaceo), la mancata assegnazione di personale educativo ad hoc rischia di costringere il Piano Personalizzato entro le strette dei cosiddetti strumenti dispensativi e compensativi; questi, a loro volta, richiamano un approccio rinunciatorio, il quale, astenendosi forzosamente da interventi realmente incisivi e mirati al disturbo, si mantiene su una linea di esenzione dalla prestazione, ovvero di aggiramento del disturbo, mediante il ricorso a tecnologie sostitutive o facilitanti.

Da qui la situazione scolastica attuale, che è sovente preda, in modo sconcertante, di una specie di corsa al certificato BES (o DSA, non cambia nulla), utile in questo caso per dispensare l'allievo (o l'insegnante?) dalla progettazione di percorsi individuali impegnativi, mirati al recupero, o perlomeno al potenziamento, della prestazione oggetto di disturbo. Tutto questo mentre al contrario il primo postulato dell'educazione speciale è il seguente: in presenza di un disturbo di apprendimento (ad esempio di scrittura, o di lettura, etc.) occorre "di più della stessa cosa", ovvero bisogna leggere e scrivere di più, in modo mirato e intensivo, e non certo di meno.

#### 1.5.2. I Bisogni Educativi Speciali sono una particolare forma di disabilità

La seconda ipotesi insiemistica afferma l'inclusione del costrutto di BES entro quello, più ampio, della disabilità. A sostegno di questa ipotesi vale direttamente la nuova definizione di disabilità che l'OMS ha messo a punto in coincidenza con la pubblicazione del sistema di classificazione ICF: la disabilità è il termine ombrello che può indicare sia menomazioni nelle strutture e nelle funzioni corporee che limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione.

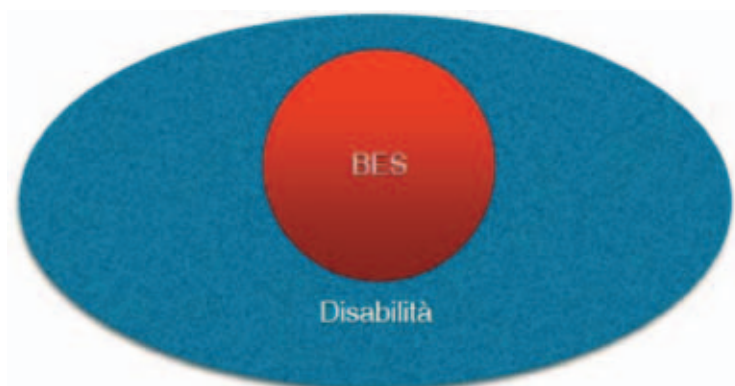


Figura 4: Seconda ipotesi insiemistica

In questo scenario il costrutto si libera dalla corrispondenza biunivoca con gli aspetti anatomici della menomazione, per indicare qualsiasi rilevante disturbo di funzionamento, a prescindere dalla causa. Infatti, due persone con la stessa menomazione possono avere un funzionamento diverso e, al contrario, due persone con un funzionamento limitato (disabilità) possono presentare o non presentare fattori corporei nella eziologia. In sintesi, la disabilità, in una visione bio-psico-sociale, indica l'aspetto negativo dell'interazione tra un individuo e i fattori contestuali dello stesso individuo.

Per individuare la disabilità occorre estrarre dal classificatore ICF una o più categorie rilevanti (per esempio il movimento dell'avanbraccio o l'attenzione, l'igiene personale o la lettura) e valutare il problema di funzionamento lungo una scala che va da 0 (nessun disturbo) a 4 (disturbo completo), attraverso possibili valori intermedi di espressione del grado di difficoltà (1, lieve; 2, medio; 3, grave).

A seconda del contesto gli utilizzatori devono estrarre le categorie rilevanti per descrivere il funzionamento essenziale della persona (e, in controllo luce, le limitazioni/restrizioni). Così, ad esempio, nel settore del mercato del lavoro la valutazione della disabilità dovrà prendere ad oggetto categorie essenziali per il funzionamento in quell'ambito, come rispondere al telefono, guidare o prendere un mezzo di trasporto. Nel settore educativo e scolastico le categorie prescelte riguarderanno invece la lettura e la scrittura, l'attenzione e la memoria, il calcolo e la comunicazione verbale.

Qui prende corpo l'ipotesi insiemistica: il BES è quella particolare forma di disabilità che, a prescindere dalla causa, si rivela in ambito educativo e di apprendimento, quando la persona in età evolutiva è coinvolta in prestazioni che costituiscono lo standard dei sistemi di istruzione (competenze, conoscenze e abilità). Alla luce del sistema ICF, è possibile affermare che in ambito evolutivo, e scolastico in particolare, il concetto di disabilità è assimilabile a quello di Bisogno Educativo Speciale (BES), o per lo meno che il concetto di BES include, superandolo, il concetto di disabilità. Secondo Dario Ianes, il Bisogno Educativo Speciale, infatti, può essere definito come "qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in funzionamento (nei vari ambiti della salute secondo il modello ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata"<sup>7</sup>.

Tutte le limitazioni importanti nelle attività essenziali per la vita quotidiana, ed in particolare tutte le difficoltà che ostacolano il funzionamento nel contesto scolastico, possono dunque essere definite come Bisogni Educativi Speciali, o anche come disabilità, nel significato che a questo termine viene dato dal sistema ICF. Il con-

---

<sup>7</sup> IANES D., *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Erickson, Trento 2005, p. 29.

cetto di BES, tuttavia, aiuta ad andare oltre quello tradizionale di disabilità (conseguenza di menomazione), risultando più equilibrato e inclusivo, e consentendo di avere attenzione ad ogni condizione di concreto svantaggio, a prescindere se essa sia o non sia riconducibile ad una sindrome definita.

### **1.6. Ricadute del concetto di Bisogno Educativo Speciale**

È evidente la potenziale ricaduta del concetto di BES nell'ambito della presa in carico degli studenti e degli allievi con disabilità: non può più darsi una distinzione tra bisogni/diritti di serie A (disturbo di funzionamento come esito di sindrome certificabile) e bisogni/diritti di serie B (disturbo di funzionamento come svantaggio o limitazione di altra natura), in quanto entrambe queste condizioni sono riconducibili al costrutto di disabilità (o per meglio dire di BES), con pari dignità e pari diritti.

L'impostazione attuale, tuttavia, che prevede solo per gli alunni certificati (ovvero portatori di una disabilità che è conseguenza di una menomazione, nel senso tradizionale di disabilità) l'uso di risorse aggiuntive, mentre per gli alunni con Bisogno Educativo Speciale soltanto un Piano Personalizzato, non è da ritenere accettabile; questa impostazione, infatti, presuppone impropriamente una differenza tra le due condizioni di vita (Disabilità e Bisogno Educativo Speciale), non raggiungendo il piano concettuale previsto dal classificatore ICF all'interno del quale, invece, i due concetti finiscono per coprire lo stesso campo semantico, ovvero quello del disturbo del funzionamento, a prescindere dalla causa.

In questo senso la Legge 104/1992, come anche i successivi provvedimenti sulla presa in carico degli alunni con disabilità (tra cui il DPCM 185/2006, promulgato già con ICF in vigore), sono da considerarsi concettualmente superati, mentre nuovi traguardi di inclusione attendono il sistema educativo italiano, a livello normativo ma soprattutto di pratica inclusiva. Il nodo della questione consiste nel mettere a punto un sistema di riconoscimento per così dire a bassa soglia, che consenta alle agenzie educative di essere sensibili ad ogni tipo di problematica che interferisce con il funzionamento della persona, mettendo così in moto le strategie e le risorse opportune. Svincolandosi dal già più volte criticato meccanismo eziologico, il concetto di BES sembra essere utile allo scopo, risultando più ampio e sovraordinato rispetto a quello tradizionale di disabilità.

Oltre a possedere la caratteristica della sensibilità, il concetto di BES riveste inoltre anche un'altra importante proprietà, che consiste nella sua reversibilità. Mentre le etichette diagnostiche risultano per lo più essere rigide e stabili nel tempo, essendo la conseguenza di una condizione patologica, il riconoscimento di un disturbo del funzionamento inclina ad immaginare e a progettare un possibile miglioramento, essendo la premessa per interventi educativi tesi a ridurlo se non persino ad annullarlo.

Occorre infine precisare che non sempre il riconoscimento di un BES deve tradursi nella predisposizione di risorse aggiuntive (ad esempio, nella scuola, nella nomina di un insegnante specializzato): in presenza di questo automatismo, infatti, la

natura maggiormente inclusiva del BES rispetto alla certificazione medica creerebbe non pochi problemi, in tempi in cui l'utilizzo di risorse limitate sembra essere rebus tra i più complicati in assoluto. È infatti possibile pensare che ad un BES sia possibile rispondere in primo luogo secondo la logica della personalizzazione, che per principio assicura ad ogni individuo, nell'ambito delle normali risorse degli ambienti educativi, un trattamento differente, sulla scorta del Piano Educativo Personalizzato. Solo in presenza di un'intensità particolare del BES, o di una sua particolare configurazione, si rende in seguito necessario dotarsi di una specializzazione ulteriore, sino alla scelta di avvalersi della collaborazione di ulteriori competenze ed operatori.

Se questo è vero, occorre immaginare la scuola come un luogo in grado di accogliere e intervenire sui BES in modo ampio e non selettivo, con strategie diversificate e mirate alla persona: una scuola attenta non solo alle sindromi tradizionali (trisomia, autismo, PCI, etc.) ma a qualsiasi forma di cattivo funzionamento che interferisca in modo significativo con l'apprendimento delle competenze chiave.

In questo scenario educativo, sensibile ad ogni problematica di apprendimento, nascono tuttavia legittime inquietudini: come è possibile mettere in atto una presa in carico così inclusiva, in una scuola normalmente alle prese con problemi di risorse, umane e strutturali? Siamo in grado di affrontare la sfida educativa dei BES, considerando che questa condizione allarga a dismisura il numero degli studenti e degli allievi meritevoli di interventi educativi speciali?

Insomma, il sistema educativo deve dotarsi di un paradigma educativo che gli consenta di avere attenzione per un grande numero di allievi e studenti con BES, raccomandando e predisponendo un'elevata personalizzazione (Piano Individualizzato) in tutte le situazioni nelle quali l'allievo sperimenta significativi impasse nel suo percorso di apprendimento. Se si riuscirà in questo intento si otterrà un rinnovato segno della vitalità educativa e della capacità innovativa del settore scolastico in Italia.

## 2. Valutare i BES

---

Riconoscere che il sistema ICF rappresenta un modello bio-psico-sociale del funzionamento umano non significa ancora averne tratto tutte le conseguenze sul piano operativo. In ambito scolastico, tale riconoscimento ha sinora portato a due conclusioni:

- un'esortazione a riconoscere il ruolo prioritario del contesto, "i cui molteplici elementi possono essere qualificati come 'barriera', qualora ostacolino l'attività e la partecipazione della persona, o 'facilitatori', nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e partecipazione" (Linee Guida per l'Integrazione Scolastica, 2009);
- un'indicazione fornita alle Istituzioni Scolastiche Autonome per dotarsi di strumenti per la valutazione dei Bisogni Educativi Speciali (distinti dalle disabilità, così come riconosciute dall'atto della certificazione medica), ai fini della predisposizione di un Piano Personalizzato.

Come è comprensibile, in questo modo la portata riformatrice del sistema ICF viene sostanzialmente neutralizzata, in quanto da una parte ricondotta all'introduzione innovativa dei fattori contestuali (che, a ben vedere, è un aspetto per certi versi secondario), dall'altra tenuta separata, a compartimenti stagni, dalla logica clinica della certificazione medica, rimasta completamente intatta e determinante per l'attribuzione di reali diritti di educazione speciale.

L'aspetto fondamentale che non è ancora stato recepito è l'utilizzo del modello bio-psico-sociale dell'ICF come strumento di classificazione, ovvero di individuazione della disabilità, dell'importanza (gravità) della stessa in una logica per livelli, e infine dell'attribuzione di risorse e interventi speciali sulla base della classificazione così effettuata, mettendo in discussione le modalità tradizionali di certificazione.

Si tratta di passare dalla logica categoriale della diagnosi, che utilizza il verbo "essere" collegato ad una etichetta (Stefano è un disabile, in quanto appartiene ad una categoria nosografica dell'ICD) alla logica descrittiva della valutazione funzionale, che utilizza il verbo avere collegato al livello di disturbo in una prestazione (Stefano ha una lieve disabilità di lettura ed una grave disabilità nella comunicazione verbale), secondo modalità che verranno descritte in seguito. In attesa di questa fondamentale riforma dei criteri di attribuzione dei diritti, vale comunque la pena approfondire la possibilità di descrivere i disturbi del funzionamento scolastico in modo affidabile e condiviso, così da coltivare la sensibilità verso la progettazione educativa personalizzata.

## 2.1. Articolazione del sistema ICF

Definiti gli scopi complessivi del sistema ICF, entro il quadro dei sistemi di classificazione della salute dell'OMS, occorre adesso entrare nel merito del suo effettivo utilizzo: come si articola la classificazione? Tradotto nel contesto scolastico ed educativo, come si “misura” (o, per meglio dire, si “valuta”) un “bisogno educativo speciale”? A partire da quali elementi e indicatori? E con quale tipo di strumenti? Queste sono le domande alle quali ora occorre tentare una risposta. Nel farlo, è necessario mantenersi entro la prospettiva aperta dal nuovo sistema di classificazione del funzionamento e della disabilità dell'OMS, rintracciando in esso il linguaggio comune in grado di dare corpo ad una valutazione pertinente, completa ma soprattutto intersoggettiva e condivisa.

Dal nuovo classificatore apprendiamo prima di tutto quali sono le aree delle quali occorre tenere conto per effettuare la valutazione funzionale. Queste macroaree, che sono quelle che, nelle loro relazioni reciproche, definiscono la mappa concettuale descritta in precedenza (cfr. Figura 2), sono denominate componenti e vengono identificate con una lettera. Il classificatore, infatti, per individuare con rapidità ogni sua articolazione interna, utilizza un codice alfanumerico, all'interno del quale la lettera iniziale individua la componente di riferimento. Le macroaree del sistema ICF sono dunque le seguenti:

- Funzioni corporee: funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse quelle psicologiche (identificate con la lettera b, body).
- Strutture corporee: sono le parti strutturali o anatomiche del corpo (identificate con la lettera s, structure).
- Attività: è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo (identificate con la lettera d, domain).
- Partecipazione: è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita (ancora la lettera d, domain).
- Fattori ambientali: tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo e come tali hanno un impatto sul funzionamento della persona (identificate con la lettera e, environment).
- Fattori personali: sono fattori contestuali correlati all'individuo quali l'età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita e così via.

Come è deducibile dalla loro identità e definizione, le componenti non rappresentano ancora l'oggetto della classificazione, vale a dire che, per la loro genericità, non è possibile assegnare loro una valutazione, come accade invece quando si afferma che una persona ha una “disabilità grave” (valutazione della componente “attività”). Insomma, l'ICF ci ammonisce dal descrivere la persona con descrizioni troppo ampie, che finiscono per prestarsi ancora una volta alla logica categoria (es. “Stefano è un disabile grave”). Occorre al contrario mettere a punto valutazioni che individuano l'ambito specifico del disturbo (es. attenzione, memoria o lettura).

In questa logica, tutte le componenti vengono ulteriormente articolate al loro interno (fatta eccezione per i fattori personali, che non vengono descritti analitica-



mente, in quanto ritenuti troppo eterogenei). Il classificatore si arricchisce così attraverso una struttura a matrice, nella quale ogni elemento può potenzialmente contenerne altri, come una sorta di *matrioska*: come una bambola contiene altre bambole, così le componenti contengono i domini, e questi a loro volta le categorie di primo e di secondo livello. Ma andiamo per gradi.

Per cominciare, ogni componente è suddivisa in “domini”, che si definiscono come un “insieme pratico e significativo di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti e aree di vita”, in grado di rappresentare aree ben definite del funzionamento umano. Nell’utilizzo del codice alfanumerico il dominio si identifica mediante il primo numero dopo la lettera (che invece, come detto più sopra, è il segno distintivo della componente).

Per fare un esempio, la componente “Attività e Partecipazione sociale”, che è quella che riguarda più da vicino la valutazione funzionale dell’educatore e dell’insegnante, contiene nove domini (sei per Attività e tre per Partecipazione sociale), così identificati:

- d1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze
- d2 Compiti e richieste generali
- d3 Comunicazione
- d4 Mobilità
- d5 Cura della propria persona
- d6 Vita domestica
- d7 Interazioni e relazioni interpersonali
- d8 Aree di vita principali
- d9 Vita sociale, civile e di comunità

Abbiamo qui una prima, anche se ancora superficiale, indicazione per la diagnosi funzionale: essa deve avere riguardo per tutte queste “regioni” del funzionamento umano anche se, naturalmente, a seconda del contesto potrà e dovrà privilegiare l’uno o l’altro dominio, in modo funzionale all’intervento educativo specifico. Ad esempio, a scuola il dominio “d1” – Apprendimento e applicazione delle conoscenze – sarà sottoposto ad una valutazione più accurata rispetto ad altre aree pur importanti della vita dell’individuo disabile, mentre in un centro di aggregazione giovanile sarà probabilmente il dominio “d7” – Interazioni e relazioni interpersonali – a ricevere una particolare attenzione.

Occorre ora nuovamente sottolineare come la valutazione dell’attività e della partecipazione sociale sia di per sé incompleta se ad essa non si affianca una considerazione specifica dei fattori ambientali e personali. Come già detto, i fattori personali non vengono tuttavia classificati: essi non sono evidentemente riconducibili ad una griglia di lettura che possa essere universale, in quanto applicabile a tutti; per la loro valutazione l’educatore e l’insegnante hanno dunque l’onere di ricorrere ad una lettura “narrativa” del funzionamento della persona.

I fattori ambientali sono invece classificati, secondo l’articolazione prodotta dai seguenti domini:

- e1. Prodotti e tecnologia
- e2. Ambiente naturale e cambiamenti all'ambiente effettuati dall'uomo
- e3. Relazioni e sostegno sociale
- e4. Atteggiamenti
- e5. Servizi, sistemi e politiche

A questo punto occorre chiedersi: è possibile classificare i domini? È lecito individuare la gravità di un disturbo (disabilità) facendo riferimento all'apprendimento o alla vita domestica, presi nel loro insieme?

La risposta è negativa: l'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ammonisce ancora una volta dall'operare una classificazione ritenuta troppo generica, anche se situata non al macrolivello della componente, ma al livello del "dominio": questa operazione è infatti ritenuta ancora troppo superficiale, e dunque poco utile (funzionale) all'intervento educativo. In realtà all'interno di ogni dominio ci sono le categorie, che rappresentano la vera unità di classificazione, consentendo una valutazione più accurata e analitica del funzionamento.

Ad esempio, noi possiamo dichiarare l'esistenza in un soggetto autistico di una grave limitazione nel dominio "d3" ("comunicazione"), oppure descrivere Giovanni come un ragazzo con un "disturbo medio dell'apprendimento" (d1). Ma questa indicazione è davvero utile o, nella sua superficialità, non finisce per assomigliare un po' troppo ad altri tipi di affermazione, di provenienza "clinica", come ad esempio quando si dice che una persona è "autistica grave"? Cosa può suggerire questa definizione a chi deve "aver cura" della persona? Si tratta di un'espressione in grado di risultare "funzionale" all'intervento?

La valutazione deve farsi dunque maggiormente analitica, non prendendo in considerazione il dominio (che vale semplicemente come "insieme pratico e significativo di funzioni"), ma scendendo ad un livello maggiore di dettaglio, e cioè al livello delle "categorie" facenti parte del dominio stesso. Nel codice alfanumerico, le categorie hanno tre numeri dopo la lettera (di cui il primo individua il dominio di riferimento).

Ad esempio la memoria si identifica con il codice alfanumerico b144, dove 'b' rappresenta la componente (funzioni corporee) e '1' il dominio (funzioni mentali). Ancora, le cosiddette categorie di secondo livello, che rappresentano un'ulteriore specificazione di quelle di primo livello, hanno quattro numeri dopo la lettera (b1440 è la memoria a breve termine, mentre b1441 è la memoria a lungo termine).

A titolo esemplificativo osserviamo come il sistema ICF scompone in categorie il dominio della comunicazione:

Comunicare – ricevere (d310-d329)

- d310: Comunicare con – ricevere – messaggi verbali
- d315: Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali
- d3150: Comunicare con – ricevere – gesti del corpo
- d3151: Comunicare con – ricevere – segni e simboli comuni
- d3152: Comunicare con – ricevere – disegni e fotografie

- d320: Comunicare con – ricevere – messaggi nel linguaggio dei segni
- d325: Comunicare con – ricevere – messaggi scritti
- Comunicare – produrre (d330-d349)
- d330: Parlare
- d335: Produrre messaggi non verbali
- d3350: Produrre gesti con il corpo
- d3351: Produrre segni e simboli
- d3352: Produrre disegni e fotografie
- d340: Produrre messaggi nel linguaggio dei segni
- d345: Scrivere messaggi
- Comunicazione e uso di strumenti e tecniche (d350-d369)
- d350: Conversazione
- d3501: Avviare una conversazione
- d3502: Mantenere una conversazione
- d3503: Terminare una conversazione
- d3504: Conversare con una persona
- d3505: Conversare con molte persone
- d355: Discussione
- d3550: Discussione con una persona
- d3551: Discussione con molte persone
- d360: Utilizzo di strumenti e tecniche
- d3601: Usare strumenti di telecomunicazione
- d3602: Usare macchine per scrivere
- d3603: Usare tecniche di comunicazione

Pertanto, mentre la valutazione del dominio (nello specifico la “disabilità nella comunicazione”) è da ritenersi generica, la valutazione di una o più categorie risulta invece utile e pertinente, classificando la disabilità della comunicazione in modo mirato e diversificato, e al contempo individuando il suo deficit non attraverso etichette diagnostiche a larga banda, ma con delimitati accertamenti di funzione carente. La definizione di “soggetto autistico grave” cade dunque in subordine, o può al più essere utilizzata come suggerimento preliminare alla valutazione, mentre ciò che ora interessa sapere è di quali concrete limitazioni questa persona autistica è portatore, in quali forme, in quali contesti, e così via.

## 2.2. Valutare con ICF: linee di metodo

Partiamo da un'affermazione per certi aspetti sorprendente: il sistema ICF non è ancora uno strumento concreto di valutazione e classificazione, ma è un linguaggio messo a disposizione dei valutatori per costruire *checklist* e scale di valutazione. Pertanto, l'ICF richiede da parte degli utilizzatori alcune operazioni di trasformazione, volte a curvare i codici e le categorie in strumenti concreti, utilizzabili nei vari contesti e a seconda dei diversi scopi.

Per ogni categoria, infatti, l'ICF fornisce una definizione operativa (costrut-

to), quasi sempre corredata da esemplificazioni, proprio allo scopo di poter essere agevolmente trasformata in un *item* di una scala, da inserire opportunamente all'interno di strumenti di osservazione sistematica. Per fare un esempio, la categoria d3152 (Comunicare con – ricevere – disegni e fotografie) viene così definita: “Comprendere il significato rappresentato da disegni (ad es. disegni lineari, progetti grafici, dipinti, rappresentazioni tridimensionali), grafici, tabelle e fotografie, come comprendere che una linea crescente in un grafico per la misurazione dell'altezza indica che un bambino sta crescendo”. Come già descritto in precedenza, il sistema ICF utilizza un codice alfanumerico, all'interno del quale la lettera indica la componente (“b” sta per body, cioè funzioni corporee, “s” sta per structure, cioè strutture corporee, “d” sta per domain, cioè attività e partecipazione sociale, mentre “e” sta per environment, cioè fattori ambientali); il primo numero dopo la lettera indica poi il dominio di riferimento, mentre i numeri successivi valgono ad identificare le categorie, ad un livello sempre crescente di classificazione analitica.

Le categorie, si diceva, diventano oggetto di valutazione. Nell'atto valutativo concreto entra in ballo il ruolo del cosiddetto “qualificatore”: esso corrisponde a “un codice numerico che specifica l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità in quella categoria, o il grado in cui un fattore ambientale facilita od ostacola”. Più concretamente, il qualificatore esprime la modalità specifica attraverso cui le categorie di una singola componente devono essere classificate. Diverso è infatti valutare le strutture corporee, che vanno classificate in termini di cambiamenti/menomazioni, dal valutare i livelli di attività della persona che, come si vedrà in seguito, devono essere doppiamente qualificati in termini di capacità e di performance.

In ogni caso, tuttavia, il qualificatore è un codice numerico che va selezionato all'interno della medesima scala, che ha una struttura classica del tipo 0-4 (0= nessun problema; 1= lieve problema; 2= problema medio; 3= problema grave; 4= problema completo). Nel caso si stia valutando una categoria facente parte delle strutture corporee, tale scala esprimerà dunque una menomazione (es. 2= menomazione media), mentre nel caso si stia valutando una categoria facente parte delle attività e della partecipazione sociale la scala servirà a graduare la limitazione nel livello di funzione (es. 3 = limitazione grave).

Nel codice alfanumerico, il qualificatore è un numero che si situa dopo un punto, artificio grafico che vale a separare la matrice alfanumerica che rappresenta la categoria dalla singola cifra che esprime la sua valutazione. Facciamo qualche esempio:

d330.2 Limitazione media nel parlare

d3505.1 Lieve limitazione nella conversazione con molte persone

In realtà i qualificatori delle categorie facenti parte di “Attività e Partecipazione Sociale” sono due: il primo, la performance, indica “quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale”, avendo come oggetto il funzionamento della persona nel suo contesto, e quindi introducendo “l'aspetto del coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita”. Il secondo, la capacità, indica “il più alto livello probabi-

le di funzionamento che una persona può raggiungere in un momento determinato”, avendo pertanto come oggetto la prestazione “misurata in un ambiente standard e uniforme”, in un contesto decontestualizzato, si potrebbe dire. La distinzione tra capacità e performance chiama nuovamente in causa il ruolo spesso decisivo dei fattori ambientali, che possono ostacolare o facilitare la performance dell’individuo, a parità di capacità e senza incidere sulla stessa. Tale dinamica è illustrata nel diagramma e nella tabella che seguono:

Capacità	Facilitatore	Performance
Capacità articolatorie verbali non presenti. Linguaggio espressivo assente.	Tavola di comunicazione con simboli. Persona in grado di decodificare i simboli.	Performance comunicativa espressiva adeguata sui bisogni di base.
Capacità	Barriere	Performance
Capacità verbali buone. Linguaggio espressivo adeguato.	Forte ansia sociale i presenza di estranei	Performance comunicativa espressiva deficitaria sul versante della partecipazione sociale.

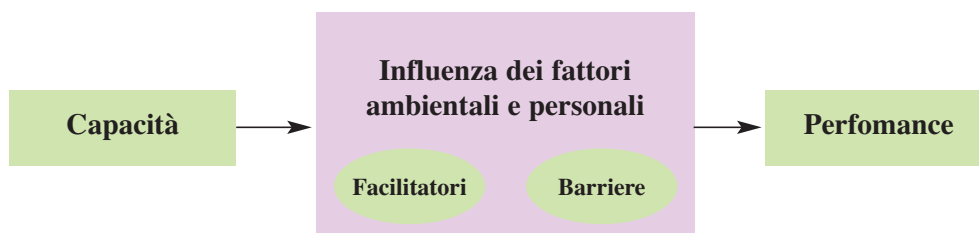


Figura 5: Ruolo dei facilitatori e delle barriere<sup>8</sup>

I fattori ambientali, d’altra parte, ricevono nel sistema ICF una loro specifica valutazione, che entra a far parte di diritto della “diagnosi funzionale”. Anche essi, dunque, hanno uno specifico qualificatore, che in particolare è un qualificatore “ambiguo”, potendo esprimere sia la positività di una facilitazione che la negatività di una barriera. Pertanto, esso deve essere specificato da un segno algebrico, nel senso che prima del codice numerico che lo indica dovrà esserci il segno “+”, qualora si tratti della valutazione di fattori che agevolano il funzionamento (facilitatori), il segno “-”, qualora invece si tratti di fattori che lo ostacolano (barriere). Facciamo al solito qualche esempio:

<sup>8</sup> IANES D., *La diagnosi funzionale secondo l’ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erickson, Trento 2004.

- e420.-2 Gli atteggiamenti degli amici costituiscono per il soggetto una barriera media
- e1251.+3 Uno strumento tecnologico per la comunicazione rappresenta per il soggetto una facilitazione alta

Riassumendo, una diagnosi funzionale coerente con il sistema ICF risulta da una valutazione accurata del livello di capacità e di performance espressi dall'individuo nei vari domini e categorie dell'attività e della partecipazione sociale, tenendo conto del ruolo determinante dei fattori ambientali, nella loro potenziale funzione di facilitazione o di ostacolo.

In realtà, naturalmente, la diagnosi funzionale si completa con una descrizione delle strutture corporee, con particolare riguardo all'eventuale esistenza di menomazioni (sempre che esse siano individuabili con certezza), oltre che con la valutazione del livello delle funzioni corporee ad esse correlate. È sempre il manuale ICF, infatti, che sottolinea l'importanza di tenere in considerazione ad un tempo sia l'aspetto anatomico sia l'aspetto fisiologico: quando viene codificata una funzione corporea, dunque, deve essere parallelamente codificata anche la struttura corrispondente, riconoscendo, laddove possibile, il fondamento biologico della carenza di funzione.

Quest'ultima parte della diagnosi funzionale dovrà essere affidata, questa sì, allo specialista nella patologia corporea considerata (ad es. lo psichiatra per le strutture e funzioni del sistema nervoso, il fisiatra per le strutture e funzioni muscolo-scheletriche e del movimento, etc.), mentre è bene ribadire che la valutazione delle attività e della partecipazione sociale coinvolge in primo luogo l'insegnante (l'educatore) e la famiglia, andando a completare un insieme di informazioni così riassumibili:

- Valutazione nelle funzioni e delle strutture corporee, con evidenza delle eventuali menomazioni e delle conseguenti necessità riabilitative;
- Valutazione delle limitazioni nelle attività e delle restrizioni nella partecipazione sociale, con riferimento alle categorie ricomprese nei domini dal d1 al d9 del sistema ICF. Come vedremo, la scelta delle categorie rilevanti e del loro livello di analiticità (categorie di primo o secondo livello) è attuata dall'insegnante o dall'educatore in funzione del contesto, delle abilità che esso richiede e anche della conoscenza della persona.
- Individuazione dell'influenza dei fattori ambientali, in termini di facilitazione o di ostacolo, attraverso l'esame della presenza/assenza delle categorie incluse nei domini da e1 a e5 del sistema ICF.

Tutte le informazioni, in un primo tempo codificate in modo distinto, devono infine confluire in un unico quadro interpretativo, costruito in base ad ipotesi di correlazione tra le varie componenti in gioco, mettendo ad esempio in relazione una limitata attività di comunicazione con una menomazione della struttura dell'eloquio, un buon livello di relazione interpersonale con la disponibilità di un adeguato presidio di natura tecnologica, insomma, dando senso e significato ai dati provenienti dalle varie fonti: il rischio che va evitato, infatti, è quello di considerare l'individuo disabile come una giustapposizione di caratteristiche, tra le quali alcune inevitabilmente deficitarie. La consi-

derazione dei singoli domini del funzionamento deve allora infine ricomporsi in una “totalità” che sia qualcosa di più della “somma tra le parti”.

### 2.3. Dal classificatore alla checklist

In precedenza i concetti di diagnosi e di classificazione sono stati accuratamente distinti per metodo e scopo: la diagnosi è un’operazione con la quale si separa chi è incluso nel termine nosografico (es. autismo) da chi non è incluso, attraverso la verifica della presenza/assenza di determinati indicatori (sintomi). Nella classificazione, invece, si descrive il livello di gravità di un disturbo, attraverso la misurazione della diversa intensità (es. in termini di frequenza, o di impatto sulla vita quotidiana) di alcuni segni che esprimono, ad esempio, una limitazione nella lettura o nella scrittura.

Pertanto, la classificazione del disturbo di lettura è un’operazione concettualmente diversa da una diagnosi di dislessia: con ICF si sceglie di non definire un individuo come dislessico (utilizzando frasi categoriali del tipo “Stefano è dislessico”), ma di descrivere il livello di disturbo che un individuo presenta in una categoria di funzionamento (es. Stefano ha un lieve disturbo nella lettura).

Per compiere questo tipo di operazione (classificazione) è necessario possedere (o costruire) strumenti di osservazione sistematica. Questi strumenti sono in realtà patrimonio consolidato delle scienze dell’educazione e della riabilitazione (ovvero della psicomatria) che già da tempo, trovandosi nella necessità di descrivere il funzionamento di persone con problematiche di disabilità o di svantaggio, per intervenire e/o per misurare gli esiti degli interventi, avevano distinto tra osservazione sistematica ed osservazione esperienziale.

L’aggettivo esperienziale è usato per caratterizzare un tipo di osservazione che non è riconducibile né alla modalità strutturata di griglie o checklist né alla immediatezza dell’osservazione casuale. Si tratta infatti di un’osservazione di tipo qualitativo che comunque è agita sotto la guida di ipotesi e di prospettive a carattere educativo.

Se l’osservazione esperienziale è operata in modo diffuso nella pratica degli insegnanti e degli educatori, rispondendo ad una logica di sguardo che, potendo essere più o meno vigile, comunque non è guidato da una sequenza stabilita di cose da osservare, l’osservazione sistematica si caratterizza invece per la presenza di una griglia predefinita di aspetti (*item*) e di indicatori che si vuole ricevano una distinta attenzione (e conseguente valutazione) da parte dell’osservatore.

Il sistema ICF fornisce un importante, oltre che ormai ufficiale, punto di riferimento per la messa a punto di griglie di osservazione: come avevamo già avuto modo di affermare, le definizioni operazionali delle singole categorie del manuale sono formulate in modo tale da essere agevolmente utilizzate come indicatori specifici, da inserire in apposite *checklist*. La preferenza assegnata ad alcuni domini rispetto ad altri è inevitabile, volendo costruire strumenti agibili, oltre che efficaci: lo stesso manuale ICF afferma che “a seconda del contesto gli utilizzatori sceglie-

ranno i codici più rilevanti per il loro obiettivo, che è quello di descrivere una particolare esperienza di salute”.

La costruzione (oppure la scelta) di uno strumento presuppone in primo luogo la selezione degli aspetti del funzionamento nei confronti dei quali si intende dirigere l'attenzione, o perché valgono a descrivere in modo efficace la particolare configurazione dell'esperienza di vita della persona disabile, o perché risultano funzionali alla progettazione educativa, anche in termini di valutazione dell'efficacia dell'intervento.

L'operatore educativo può dunque scegliere tra le 1424 categorie del sistema ICF quelle che consentono più efficacemente di conoscere, e in prospettiva di migliorare, il funzionamento della persona disabile, prediligendo pertanto le voci (item) che si ritengono almeno potenzialmente in grado di mettere in luce:

- la natura e la dimensione del deficit, anche in chiave evolutiva;
- i punti di forza e le preferenze soggettive della persona disabile;
- le aree soggette a potenziale sviluppo;
- i possibili aspetti sui quali è bene porre attenzione per il progetto individuale, anche tenendo conto degli obiettivi comuni al gruppo di riferimento (ad es. la classe, i coetanei del centro di aggregazione, etc.).

Utilizzando il sistema ICF l'insegnante o l'educatore deve essere in grado di disegnare una mappa il più completa possibile e precisa delle limitazioni del soggetto, nei vari ambiti. Egli dunque deve essere supportato nella selezione delle caratteristiche del funzionamento che possono essere ritenute importanti per la valutazione, al fine di possedere un quadro il più possibile completo, e perciò valido, dell'alunno con Bisogni Educativi Speciali.

Naturalmente la selezione delle categorie da valutare non è un'operazione per così dire neutrale ma, come si è visto, deriva, oltre che dalla considerazione dei deficit specifici, anche da una già presente intenzionalità educativa che, formulando ipotesi, specifica gli indicatori che ne potranno saggiare la validità. Come tale, qualsiasi strumento è un concentrato di teoria (o di ipotesi osservative): una volta poi che lo strumento è creato esso ha una sua ragionevole autonomia, essendo in grado di raccogliere dati e ponendo un argine, secondo i criteri stabiliti, all'arbitrio del soggetto, che non potrà più muoversi e osservare a proprio piacimento.

Al di là della maggiore o minore pertinenza delle categorie prescelte, infatti, l'utilizzo di uno strumento di osservazione ha il pregio di rendere l'operatore più cautelato, meno parziale, oltre che maggiormente predisposto ad un'attenta e sistematica programmazione e valutazione degli interventi educativi. Lo sguardo educativo, nel darsi una struttura preordinata, diviene mirato (evitando la genericità) ma anche diversificato, evitando l'errore di restringere la sua attenzione solo su alcuni settori, in genere quelli più deficitari.

È bene qui ricordare che il sistema ICF ha una configurazione multivello, in quanto alcune categorie di livello superiore includono categorie di livello inferiore. Pertanto, se l'educatore sceglie di osservare una categoria di primo livello (ad es.



b144, funzioni mnemoniche), questo tipo di scelta, di natura generale, esclude automaticamente l'inserimento delle corrispondenti categorie di secondo livello, maggiormente di dettaglio (ad es. b1440, memoria a breve termine; b1441, memoria a lungo termine, etc.). Viceversa, se l'educatore inserisce nello strumento una o più categorie di secondo livello, rende superflua l'immissione della corrispondente categoria di primo livello.

Sfogliando il classificatore ICF l'insegnante può autonomamente effettuare questa operazione, avendo una visione d'insieme dei possibili ambiti di valutazione, e potendo coscientemente scegliere le categorie che ritiene importanti nel proprio contesto (es. scuola dell'infanzia, scuola primaria, etc.) o in riferimento a quel bambino (es. alunno autistico con limitazioni nell'ambito dell'astrazione, della comunicazione e dell'interazione sociale). Le categorie selezionate dovranno essere "ordinate" entro un formato di scala di valutazione che rispetti le regole del classificatore ICF.

Per rendere più perspicuo questo tipo di operazione, che coinvolge l'iniziativa e la competenza dell'operatore educativo, mostriamo qui di seguito un esempio di selezione di categorie ICF e di conseguente costruzione di una checklist, avendo come punto di riferimento il ciclo scolastico del terzo anno della scuola media inferiore, ovvero l'ingresso al ciclo superiore:

**Dominio: d1 – APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE**

Cat	Denominazione	Spiegazione	Liv	Performance
d 130	Copiare	Imitare o mimare come una componente basilare dell'apprendere, come copiare, ripetere un'espressione facciale, un gesto, un suono o le lettere dell'alfabeto.	0	L'alunno è in grado di imitare o mimare, copiare, gesti, un testo scritto.
			1	L'alunno è in grado di imitare, copiare, ripetere un'espressione facciale, gesti, un testo scritto, per apprendere contenuti senza accuratezza (ad esempio copia dalla lavagna senza considerare il diverso spazio a disposizione).
			2	L'alunno è in grado di imitare, copiare, ripetere un'espressione facciale, un gesto, un testo scritto, solo facendo continuo riferimento al modello.
			3	L'alunno è in grado di imitare, copiare, ripetere solo modelli molto semplici (esempio una forma geometrica), facendo continuo riferimento al modello.
			4	L'alunno non è in grado di imitare o mimare, copiare, ripetere un'espressione facciale, un gesto, un suono, un testo scritto.
			5	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile

d 150	Calcolare	L'allievo è in grado di computare con numeri, attraverso l'addizione, la sottrazione, la moltiplicazione e la divisione.	0	È in grado di effettuare le 4 operazioni indipendentemente dal tipo di stimolo / contesto in cui le deve utilizzare (opera in modo corretto ed autonomo in relazione al problema / richiesta).
			1	È in grado di effettuare correttamente le 4 operazioni con numeri interi.
			2	È in grado di effettuare le 4 operazioni con l'uso autonomo di un ausilio
			3	È in grado di effettuare le 4 operazioni con l'uso mediato di un ausilio
			4	Non è in grado di operare attraverso i numeri, non avendo acquisito il concetto di numero
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile
d 175	Risoluzione di problemi	L'alunno è in grado di trovare la soluzione a problemi applicando le strategie risolutive corrette.	0	Lo studente è in grado di risolvere problemi utilizzando la corretta procedura
			1	Lo studente è in grado di risolvere problemi utilizzando un ausilio come ad esempio la risoluzione di problema analogo ad un modello già svolto in precedenza.
			2	Lo studente è in grado di risolvere problemi correttamente solo se l'insegnante lo stimola ad utilizzare un ausilio come ad esempio la risoluzione di problema già svolto in precedenza.
			3	Lo studente è in grado di risolvere problemi sotto la guida dell'insegnante che gli indica la giusta strategia da utilizzare.
			4	Lo studente non è in grado di risolvere problemi utilizzando la corretta procedura
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile
d 1661	Comprendere il linguaggio scritto	L'alunno è in grado di afferrare il significato del linguaggio scritto.	0	Lo studente è in grado di comprendere il significato di un testo scritto
			1	Lo studente è in grado di comprendere il significato di un testo scritto semplice
			2	Lo studente è in grado di comprendere il significato di un testo scritto semplice sotto la guida dell'insegnante
			3	Lo studente è in grado di comprendere il significato di un testo scritto semplice utilizzando un ausilio come ad esempio le immagini sotto la guida dell'insegnante
			4	Lo studente non è in grado di comprendere il significato di un testo scritto
			8	Non ci sono informazioni
9	Non valutabile			

d 1702	Utilizzare le abilità e le strategie generali per creare componimenti	L'alunno è in grado di adoperare parole e frasi per comunicare significati complessi ed astratti.	0	Lo studente è in grado di produrre un testo scritto corretto e chiaro
			1	Lo studente è in grado di produrre un testo scritto corretto e chiaro utilizzando un ausilio come ad esempio il dizionario
			2	Lo studente è in grado di produrre un testo scritto corretto e chiaro utilizzando un ausilio come ad esempio il dizionario e scaletta predisposta dall'insegnante
			3	Lo studente è in grado di produrre un testo scritto corretto e chiaro sotto lo stimolo dell'insegnante con domande guida
			4	Lo studente non è in grado di produrre un testo scritto
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile

**Dominio: d2 – COMPITI E RICHIESTE GENERALI**

Cat	Denominazione	Spiegazione	Liv	Performance
d 250	Controllare il proprio comportamento	L'alunno è in grado di rispettare le regole autonomamente.	0	Lo studente è in grado di rispettare le regole autonomamente
			1	Lo studente è in grado di rispettare le regole fondamentali autonomamente
			2	Lo studente è in grado di rispettare le regole fondamentali con il richiamo costante dell'insegnante
			3	Lo studente è in grado di rispettare le regole fondamentali con il richiamo costante dell'insegnante e con possibili sanzioni
			4	Lo studente non rispetta le regole
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile

**Dominio: d3 – COMUNICAZIONI**

Cat	Denominazione	Spiegazione	Liv	Performance
d 349	Comunicazione e produzione orale	L'alunno è in grado di esporre un argomento di studio	0	Lo studente è in grado di esporre un argomento di studio in modo completo usando una terminologia appropriata
			1	Lo studente è in grado di esporre un argomento di studio utilizzando un ausilio come ad esempio uno schema guida
			2	Lo studente è in grado di esporre un argomento di studio nelle linee essenziali
			3	Lo studente è in grado di esporre un argomento di studio nelle linee essenziali utilizzando un ausilio come ad esempio domande sotto la guida dell'insegnante
			4	Lo studente non è in grado di esporre un argomento di studio
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile

**Dominio: b1 – FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE**

Cat	Denominazione	Spiegazione	Liv	Performance
b 140	Funzioni dell'attenzione	L'alunno è in grado di focalizzare l'attenzione sulla spiegazione dell'insegnante per il tempo necessario.	0	Lo studente è in grado di mantenere l'attenzione adeguata per il tempo necessario
			1	Lo studente è in grado di mantenere l'attenzione adeguata per un tempo ridotto
			2	Lo studente è in grado di mantenere l'attenzione adeguata solo se costantemente richiamato dall'insegnante
			3	Lo studente è in grado di mantenere l'attenzione adeguata per un tempo ridotto solo se costantemente richiamato e stimolato dall'insegnante
			4	Lo studente non è in grado di mantenere l'attenzione adeguata per il tempo necessario
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non è valutabile
b 144	Funzioni della memoria	L'allievo è in grado di trattenere in memoria le informazioni di un messaggio	0	L'alunno è in grado di trattenere in memoria tutti gli elementi del messaggio
			1	L'alunno è in grado di trattenere in memoria gli elementi essenziali necessari alla comprensione del messaggio
			2	L'alunno è in grado di trattenere in memoria solo gli elementi ridondanti
			3	L'alunno è in grado di trattenere in memoria solo qualche elemento della comunicazione se amplificato da reiterazione, rinforzato da più stimoli (come ad esempio: scritto che accompagna ed affianca l'orale, grassetto, immagini)

			4	L'alunno non è in grado di trattenere in memoria tutti gli elementi necessari alla comprensione del messaggio
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile
b 152	Funzioni emozionali	L'alunno è in grado di controllare le proprie emozioni reagendo in modo adeguato alle varie situazioni.	0	Lo studente è in grado di controllare le proprie emozioni reagendo in modo adeguato alle varie situazioni
			1	Lo studente è in grado di controllare in parte le proprie emozioni reagendo in modo adeguato alle varie situazioni
			2	Lo studente è in grado di controllare in parte le proprie emozioni spronato dall'insegnante a riflettere sul comportamento tenuto
			3	Lo studente è in grado di controllare le proprie emozioni solo se spronato costantemente
			4	Lo studente non è in grado di controllare le proprie emozioni
			8	Non ci sono informazioni
			8	Non è valutabile

L'esempio appena mostrato offre all'insegnante e all'educatore la possibilità di fruire, in via immediata, di un esempio di scala 0-4 per ognuna delle categorie selezionate, anche se resta inteso che l'operatore è libero di modificare le modalità di rating della scala medesima, se esse si presentassero insoddisfacenti nel caso specifico. In un certo senso si può affermare che questa checklist, costruita da un gruppo di insegnanti, supera la criticata impostazione che della scala 0-4 è offerta dallo stesso classificatore ICF. Infatti, il sistema prevede per ogni categoria di attività e partecipazione l'utilizzo della medesima scala, messa a punto con criteri in gran parte quantitativi (la percentuale della limitazione):

<b>Primo Qualificatore: Performance</b> <b>Grado di restrizione della Partecipazione</b>	<b>Secondo Qualificatore: Capacità (senza assistenza)</b> <b>Grado di limitazione dell'Attività</b>
<b>0 Nessuna difficoltà</b> significa che la persona non presenta il problema.	
<b>1 Difficoltà lieve</b> significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si presentano raramente negli ultimi 30 giorni.	
<b>2 Difficoltà media</b> significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.	
<b>3 Difficoltà grave</b> significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si presentano frequentemente negli ultimi 30 giorni.	
<b>4 Difficoltà completa</b> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	
<b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.	
<b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es. b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	

- In questo modo, il classificatore corre due rischi concreti:
- il rischio di fornire un criterio di rating talmente astratto da essere utilizzabile solo per alcuni disturbi (quelli la cui valutazione può più agevolmente essere espressa con un criterio di frequenza, come ad esempio il disturbo di attenzione);
  - di non intercettare la peculiarità, qualitativamente differente, delle modalità di valutazione del disturbo per ogni tipo di categoria (gli indicatori oggetto di valutazione sono in gran parte diversi se ad esempio si valuta il disturbo di comunicazione, ovvero il disturbo di lettura o scrittura).

Al contrario, la checklist deve riportare una scala 0-4 mirata per ciascuna categoria, mediante la predisposizione di una specifica “rubrica”, la quale tenti di dare significato di volta in volta differente all’uso della scala e dei suoi livelli interni, stabilendo un criterio che, con la sua specificità, prevenga il più possibile codifiche discordanti tra i diversi osservatori. Se la codifica “0” si attribuisce ad una competenza pienamente presente (traducibile in assenza di limiti/deficit in quell’ambito) e la codifica “4” ad una difficoltà completa, che impedisce l’esecuzione di qualsiasi prestazione riconducibile alla competenza esaminata, i valori intermedi esprimono la specificità e la gravità delle difficoltà intervenienti o, al contrario, il potenziale sviluppo della competenza, consentendo una valutazione dinamica, capace di richiamare la progettazione di interventi educativi che abbiano come scopo l’aumento della funzione.

#### **2.4. L’uso della checklist a scuola: il Piano Personalizzato**

Allo stato attuale, l’utilizzo di ICF nel contesto scolastico, come si desume da alcuni orientamenti emanati dal Ministero dell’Istruzione in merito ai Bisogni Educativi Speciali (cfr. ad esempio la Direttiva del 27 dicembre 2012 riguardante “Strumenti d’intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”) può essere ricondotto semplicemente ad un’osservazione educativa, finalizzata alla stesura di un Piano Personalizzato.

In realtà, la medesima Direttiva contiene nelle premesse un’indicazione assai più promettente, dove si raccomanda di “assumere un approccio decisamente educativo, per il quale l’identificazione degli alunni con disabilità non avviene sulla base della eventuale certificazione, che certamente mantiene utilità per una serie di benefici e di garanzie, ma allo stesso tempo rischia di chiuderli in una cornice ristretta” ma sulla base di un “profilo di funzionamento e sull’analisi del contesto”. Infatti, “il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell’alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni.”

In realtà questa premessa risulta poi sostanzialmente inascoltata, in quanto l’attribuzione delle risorse educative rimane ancorata ai criteri della Legge 104/92 (e dunque del sistema ICIDH): “Tutte queste differenti problematiche (...) non vengono o possono non venir certificate ai sensi della Legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all’insegnante per il sostegno.”

Insomma, l'ICF non è utilizzato come sistema di classificazione della disabilità, e conseguente abbinamento tra bisogni ed interventi, ma semplicemente come veicolo della personalizzazione, aprendo “un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella Legge 53/2003, nella prospettiva della “presa in carico” dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno”.

In sostanza, la classificazione della disabilità è operata con l'ICD (violando le stesse indicazioni dell'OMS, che prevede l'utilizzo dell'ICD nei contesti clinici, dell'ICF nei contesti educativi e riabilitativi), mentre la valutazione dei Bisogni Educativi Speciali conduce semplicemente alla previsione di strategie educative personalizzate, che per altro potrebbero risultare sterili in assenza di una previsione di risorse educative aggiuntive. Per dirla tutta, ad un bambino con sindrome di Down che è in grado di leggere e di scrivere può “inutilmente” essere assegnato un insegnante di sostegno, mentre ad un altro bambino completamente incapace di scrivere, ma privo di sindromi certificate, tale risorsa non può essere attribuita.

Pur evidenziando i limiti dell'attuale impostazione normativa, è comunque importante il collegamento tra ICF, Bisogni Educativi Speciali e didattica personalizzata. In questa prospettiva, la diagnosi di un BES è realmente funzionale: questo aggettivo è fecondo proprio in forza della sua ambiguità semantica, che vale a connotare sia l'oggetto della diagnosi (le funzioni, appunto, e non la patologia, come affermato in modo efficace dal nuovo sistema ICF), sia lo scopo della diagnosi, che non è atto fine a se stesso, ma prelude (è funzionale) alla costruzione del progetto educativo individuale. Non un semplice elemento di conoscenza, pertanto, con scopo certificativo, quasi a sancire l'esistenza di stati, di condizioni speciali (di etichette, sul piano linguistico), ma un conoscere per progettare, una valutazione dinamica, capace di intravedere nel limite le linee evolutive di possibili cambiamenti.

L'itinerario metodologico che scaturisce dall'utilizzo di una checklist ICF conduce (“è funzionale a...”) all'intervento educativo: la conoscenza che occorre all'insegnante non è, infatti, quella che scaturisce dall'anamnesi patologica, precisa o imprecisa che sia, quanto da una diagnosi funzionale intesa, alla luce del sistema ICF, quale “misura” del funzionamento della persona, della sua attività e della sua partecipazione sociale in rapporto a molteplici fattori personali e ambientali. In questa prospettiva, come afferma l'Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008, la diagnosi funzionale include il Profilo Dinamico Funzionale, consentendo già di scorgere, di là dalla disabilità, le linee portanti di possibili evoluzioni nella funzione (come la scala 0-4, nella sua impostazione per livelli, e non per categorie, conferma anche dal punto di vista del metodo).

La checklist ICF guida lo sguardo dell'insegnante, costituendo una sorta di memoria analitica, o di zoom ottico, in grado di dirigere l'attenzione educativa verso tutte le abilità importanti nel contesto scolastico, aiutando a non appiattirsi su pallini professionali, riconducibili ad esempio alla disciplina insegnata o ad altri

pregiudizi. L'insegnante eviterà di ricondurre tutte le limitazioni alla "voglia di studiare" o alla "mancanza di metodo", ma sarà aiutato a descrivere in modo operativo l'abilità deficitaria, magari correlandola con altre difficoltà specifiche, che la checklist ha consentito di mettere in luce: così un deficit medio di attenzione potrà essere ricondotto non semplicemente ad "una scarsa attitudine alla disciplina", ma a problemi nella memoria a breve termine, o all'esistenza di fattori ambientali che costituiscono una barriera.

Inoltre, la checklist agevola il dialogo tra gli insegnanti, e tra questi e gli specialisti dell'educazione, evitando linguaggi specialistici incomprensibili (il bambino è iperattivo perché manca di capacità metacognitive), ma limitandosi alla descrizione operativa della disabilità, con l'aiuto delle categorie e delle scale 0-4. Questa capacità di comunicare in modo "narrativo" agevola anche il rapporto con la famiglia, che spesso invece è allontanata dall'utilizzo di un gergo professionale incomprensibile ai più.

Di là dal mancato uso di ICF per la classificazione della disabilità, è ben vero che l'osservazione effettuata mediante la checklist rappresenta un metodo particolarmente efficace per supportare gli insegnanti nella predisposizione del Piano Personalizzato. Infatti, costruire un progetto educativo individuale significa in primo luogo scegliere l'obiettivo (o gli obiettivi) in base alla concreta situazione dell'alunno. Questo aspetto potrà apparire scontato, ma così non è se si pensa che l'insegnante potrebbe:

- formulare l'obiettivo in modo astratto, ricorrendo ad espressioni del tipo "Giovanni imparerà a comunicare efficacemente" oppure "Caterina deve aumentare la consapevolezza di sé nell'interazione con l'ambiente";
- formulare l'obiettivo in base a selezioni aprioristiche, effettuate anche inconsciamente sulla scorta di esperienze, pallini e pregiudizi (ad esempio l'insegnante che ha studiato un metodo particolare di insegnamento/apprendimento potrebbe scegliere per tutti gli studenti un lavoro su obiettivi metacognitivi).

Certamente l'insegnante può e forse deve avere in mente alcuni obiettivi di carattere generale, riconducibili ad esempio ai traguardi di competenza previsti dallo specifico ciclo di studio dell'alunno, e che potrebbero essere individuati come "mete a lungo termine"; allo stesso tempo, per costruire un autentico Piano Personalizzato occorre individuare obiettivi a medio termine, che rispondano ad alcuni requisiti:

- devono essere formulati in modo operativo.
- devono essere congruenti con il livello attuale di capacità e di performance dell'alunno, e dunque ragionevolmente raggiungibili (ovvero devono rispondere ad una semplice domanda: quali sono gli obiettivi sui quali ci si può attendere, per questo alunno, la più alta probabilità di successo?).

Affrontare la questione sottesa a questo interrogativo aiuta l'operatore ad uscire da una certa improvvisazione che spesso può accompagnarsi alla programmazione educativa, inclinando a formulare interventi che si dirigono per lo più ad aree di apprendimento facenti parte di schemi, abitudini ed idee precostituite. La conoscenza sistematica che si è raggiunta attraverso la diagnosi funzionale deve invece potersi



tradurre nella scelta di obiettivi realmente personalizzati, cioè rispondenti a genuine linee endogene di sviluppo.

In questo senso, c'è affinità profonda tra il profilo dinamico funzionale e l'individuazione di quella che Vigotsky definiva "area di sviluppo prossimale": essa, infatti, esprime la "distanza che esiste fra il livello attuale del bambino, così come è determinato dal problem-solving autonomo ed il livello di sviluppo potenziale, così come è determinato attraverso il problem-solving sotto la guida di un adulto o in collaborazione con i propri pari più capaci".<sup>9</sup>

La celebre definizione di "area di sviluppo prossimale" richiama con grande incisività alcune coordinate fondamentali del metodo, e pertanto:

- l'esigenza di possedere una conoscenza puntuale del livello di sviluppo attuale (diagnosi funzionale), ovvero della capacità di affrontare le sfide ed i compiti in modo autonomo e con successo (problem-solving autonomo);
- l'esigenza, speculare alla prima, di accertare i confini del livello di sviluppo potenziale (profilo dinamico funzionale), onde calibrare e personalizzare l'intervento educativo.

Oltre a questo, dalla definizione si deduce anche l'altro importante principio, e cioè il collegamento tra area di sviluppo e logica dell'intervento educativo: infatti, l'area di sviluppo è composta da quelle *performances* che la persona è in grado di produrre sotto la guida di un adulto (o di un pari più competente). La presenza attiva di un adulto incentiva il soggetto ad affrontare problemi e sfide che, pur non avendo mai risolto in quei termini e fino a quel momento, cadono nella sua area di sviluppo potenziale.

La guida dell'adulto, che consente di percepire i problemi e di iniziare il processo di apprendimento, è chiamata in seguito ad attenuarsi gradualmente (*fading*), in modo da consentire progressivamente l'espressione del problem-solving autonomo, e pertanto l'acquisizione della capacità che era oggetto dell'intervento educativo. Tradotto nel linguaggio ICF, una difficoltà di scrittura di livello "3", che prevedeva l'aiuto fisico dell'insegnante, evolve verso una difficoltà di livello "2", che prevede il semplice suggerimento verbale.

La checklist ICF offre un importante aiuto anche da questo punto di vista: infatti, se la valutazione della diagnosi funzionale identifica un certo livello di difficoltà (ad esempio "medio", ovvero 2), nel Progetto Personalizzato sarà possibile indicare il livello lieve (ovvero 1) come possibile obiettivo dell'intervento educativo, descrivendo l'obiettivo stesso attraverso il linguaggio della rubrica 0-4. Per fare un esempio, se attraverso la checklist riportata in precedenza si è riscontrato un disturbo grave di lettura, l'obiettivo del Piano Personalizzato potrà essere indicato facendo uso del descrittore del livello medio del disturbo, ovvero:

d1661.2 Lo studente è in grado di comprendere il significato di un testo scritto semplice sotto la guida dell'insegnante, ma senza l'uso di alcun ausilio.

<sup>9</sup> VIGOTSKY L.S., *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Bari 1990, p. 127.

Naturalmente questo meccanismo di progressione tra i livelli descrittivi della scala 0-4 non dovrà essere utilizzato in modo rigido, in quanto la definizione dell'obiettivo potrà agevolmente essere modificata dall'insegnante: la griglia costituisce semplicemente una sorta di guida, di suggerimento operativo. L'uso della griglia, nella sua analiticità, consente in realtà una maggiore flessibilità nella progettazione del Piano Personalizzato. Per questa delicata fase potrà essere utilizzata una scheda meno strutturata, sul modello di quella riportata di seguito:

<b>PIANO PERSONALIZZATO</b>	
<b>OBIETTIVI A MEDIO TERMINE</b> (obiettivi operazionali, espressi in termini di competenze, laddove possibile congruenti con i referenziali delle figure professionali):	
<b>OBIETTIVI A BREVE TERMINE</b> (obiettivi intermedi/abilità descritti in termini di categorie ICF)	
Categoria ICF:	
Categoria ICF	
<b><i>INTERVENTI E MODALITÀ</i></b>	
Obiettivo specifico:	
Momento della giornata:	
Risorse coinvolte:	
Contesto di apprendimento:	
Descrizione attività:	
Tipologia di aiuti:	
<b>Firma responsabile del piano:</b>	
<b><i>VERIFICA INTERMEDIA</i></b>	
<b><i>VERIFICA FINALE</i></b>	

Programmare l'attività educativa senza l'improvvisazione che spesso consegue al criterio dell'urgenza dovrebbe così consentire, rallentando, di camminare più velocemente, raggiungendo gli obiettivi previsti e prevenendo al contempo quella sensazione di inutilità, quando non di impotenza, che spesso prende spazio nella sfera emotiva dell'operatore educativo.

### 3. Per una vera personalizzazione: integrazione o inclusione?

---

La definizione di Bisogno Educativo Speciale come disabilità in ambito di apprendimento, a prescindere dalla causa, e la conseguente strategia di valutazione attraverso l'uso del classificatore ICF amplificano di gran lunga l'universo delle persone che devono essere prese in carico dal sistema scolastico, all'insegna della personalizzazione.

È comprensibile come l'apertura di questo scenario possa tradursi in un senso di impotenza generalizzata: come è possibile avere attenzione ai Bisogni Educativi Speciali, quando la scuola fatica già oggi a garantire interventi specializzati al più limitato numero di alunni e studenti riconducibili al tradizionale concetto di disabilità come "conseguenza di menomazione"?

Ancora, e in positivo: come è possibile aver cura dei Bisogni Educativi Speciali superando la ristrettezza di Piani Personalizzati limitati all'uso di mere strategie dispensative e compensative, come tendono ad indicare le già citate direttive ministeriali?

In questo terzo capitolo si proverà a rintracciare una possibile risposta a questi interrogativi, alla luce di un cambio di paradigma nell'educazione speciale, che consenta il passaggio dall'approccio clinico/pietistico dell'integrazione a quello educativo (bio-psico-sociale) dell'inclusione.

#### 3.1. Dall'integrazione all'inclusione

Le tradizionali strategie di presa in carico della persona disabile in Italia sono riconducibili al concetto di *integrazione*, intesa come inserimento in aula per tutta la durata e per le medesime attività di tutti gli altri membri di pari età del gruppo classe. È innegabile il merito storico che il valore dell'integrazione ha avuto in Italia a partire dagli anni Settanta, facendo cessare una volta per tutte pratiche di segregazione e di disimpegno totale nei confronti degli alunni con disabilità, tenuti a margine del normale fluire dell'esperienza scolastica.

È forse venuto il momento di fare un bilancio di questo scenario, compulsandone i limiti e rintracciando nuove idee generative, ed evitando al contempo che un valore degeneri in ideologia (l'ideologia dell'integrazione, appunto). In generale, l'integrazione scolastica sembra poter essere ricondotta ad una mentalità clinica ed eccessivamente centrata sui diritti, potendo degenerare in pratiche assistenzialistiche. In sostanza, il meccanismo soggiacente sembra essere il seguente: sei malato (sindrome certificabile), dunque hai diritto a risorse aggiuntive, allo scopo di riuscire a stare dove stanno gli altri, facendo le stesse cose che fanno gli altri.

Se è così, l'idea guida dell'integrazione non è in realtà la personalizzazione, intesa come intervento educativo pianificato in base alle esigenze specifiche della persona, ma la parificazione, ovvero la riconduzione all'identico. O perlomeno, se di personalizzazione si tratta, essa assume connotati deboli: si tratta di progettare itinerari diversi per raggiungere le stesse mete. Il diritto della persona disabile, infatti, è quello di attingere, seppur per vie e con strumenti diversi, allo stesso patrimonio di esperienze, saperi e strumentalità degli altri alunni, mediante la stampella dell'insegnante di sostegno, che è chiamato a farsi protesi verso apprendimenti il più possibile simili a quelli previsti dal curriculum.

Insomma, l'idea di integrazione muove dalla premessa che è necessario fare spazio all'alunno disabile all'interno del contesto scolastico, lasciando poi all'intervento degli operatori di sostegno e al contatto più o meno frequente con i compagni il compito di assicurare una condizione di relativa vivibilità dell'esperienza da parte dell'alunno disabile. Come afferma l'Index for Inclusion, «il paradigma a cui fa implicitamente riferimento l'idea di integrazione è quello «assimilazionista», fondato sull'adattamento dell'alunno disabile a un'organizzazione scolastica che è strutturata fundamentalmente in funzione degli alunni «normali», e nel quale l'integrazione elabora strategie per portare l'alunno disabile a essere quanto più possibile simile agli altri»<sup>10</sup>.

In questo orizzonte, la qualità dell'integrazione è valutata in base alla capacità di colmare il varco che separa il disabile dagli alunni normali. Ora, non solo è improbabile che questo varco possa essere effettivamente colmato (con il carico di frustrazione che da ciò inevitabilmente deriva), ma soprattutto è l'idea stessa che compito del disabile sia diventare il più possibile simile a una persona normale a dover essere criticata nei suoi fondamenti e messa in discussione. Diversamente, nell'intento di offrire più ampie opportunità alle persone disabili, la scuola rischia di produrre una serie di interventi, a volte opportuni a volte insensati, senza però mai mettere effettivamente in discussione il paradigma della normalizzazione, che continua a rimanere il modello di riferimento implicito e indiscusso. Su questo fondamento, utile ma parziale, l'educazione speciale ha generato decine di metodologie e strumenti, che vanno dalle mere pratiche dispensative sino all'apprendimento cooperativo, passando attraverso i principi psico-educativi comportamentali, le strategie metacognitive e le tecniche facilitanti.

È facile comprendere come dietro a questo scenario si riveli il paradigma educativo cartaceo, con le consuete dinamiche di universalità, riproduzione e democratizzazione dei saperi, che ben si adattano al costrutto di integrazione. La presenza degli insegnanti di sostegno ha reso possibile questo connubio, compensando in mo-

<sup>10</sup> AINSCOW M. BOOTH T., L'Index per l'inclusione. Promuovere l'apprendimento e la partecipazione nella scuola, Erickson, Trento 2008, p.12. Il volume è gratuitamente scaricabile dal sito <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20Italian.pdf>.

do non sempre autentico il dramma della diversità (del disturbo) con gli standard della scuola per tutti.

Il concetto di Bisogno Educativo Speciale, tuttavia, rischia di far saltare il banco, esigendo un ripensamento generale delle strategie educative, verso il concetto di scuola inclusiva, così come è disegnato dall'Index for Inclusion. Infatti, se l'approccio dell'integrazione richiede un'interpretazione della disabilità come problema di una minoranza, a cui occorre dare opportunità uguali (o quanto meno il più possibile analoghe) a quelle degli altri alunni, la presenza di un grande numero di allievi e studenti con BES provoca un salutare terremoto, che mina le fondamenta dell'educativo cartaceo.

La legge dei grandi numeri richiede cambiamento, in questo caso dall'integrazione all'inclusione, intesa come scenario educativo che accetta la differenza come regola, e non come eccezione. Ne deriva l'esigenza di una personalizzazione come principio forte, teso a riconoscere e a dare valore ai differenti profili di sviluppo, così come a dare attenzione in modo privilegiato alle difficoltà e ai disturbi di apprendimento. La scuola inclusiva si colora dunque come un ambiente estremamente flessibile, con un curriculum altrettanto flessibile, in grado di concepire e gestire percorsi differenti verso mete eterogenee e personalizzate, entro i limiti tracciati dalle competenze chiave di cittadinanza.

Una volta fissate le competenze che, a diversi livelli, tutti devono raggiungere, la scuola fa spazio alla differenza, trovando strategie e metodi per itinerari eterogenei e fornendo la cornice entro la quale tutti gli allievi e studenti - a prescindere da abilità, genere, linguaggio, origine etnica o culturale - possono essere ugualmente valorizzati, trattati con rispetto e forniti di uguali opportunità di successo e di crescita personale. È evidente che, come afferma ancora l'Index for Inclusion, l'inclusione così intesa non riguarda solo gli alunni tradizionalmente intesi come disabili, ma investe ogni forma di esclusione, che può avere origine da differenze culturali, etniche e socioeconomiche.

### **3.2. L'educativo digitale e i BES: per una vera personalizzazione**

Gli attuali cambiamenti che l'introduzione delle tecnologie nella scuola sta provocando (o può provocare) possono probabilmente venire in soccorso, aiutando gli insegnanti a rintracciare uno scenario educativo nuovo, all'interno del quale la personalizzazione diventa concretamente possibile, a prescindere dalla presenza dell'insegnante di sostegno.

La presenza della tecnologia, ed in particolare dei dispositivi individuali (*smartphone* e *tablet*), infatti, ha fatto nascere una serie di approcci didattici<sup>11</sup> all'in-

<sup>11</sup> Vedi ad esempio le *flipped classroom*. Per un approfondimento cfr. FRANCHINI R., *The flipped classroom*, in *Rassegna CNOS. Problemi esperienze e prospettive per l'istruzione e la formazione professionale*, 1/2014, pp. 83-99.

terno dei quali il ruolo dell'insegnante cambia profondamente, da erogatore di lezioni ad animatore di ambienti di apprendimento, nei quali gli studenti agiscono e apprendono autonomamente in base ad un mandato di lavoro.

In un recente articolo<sup>12</sup> ho definito questo cambiamento come un vero e proprio slittamento di paradigma, paragonabile a quanto nel mondo dell'educazione è accaduto quando nel Cinquecento fu inventata la stampa. L'ipotesi è che ci troviamo all'interno di una epocale transizione dall'*educativo cartaceo* (con i suoi correlati di lezione, aule e libri di testo) all'*educativo digitale* (con nuovi e significativi correlati, ovvero mandati di lavoro, ricerca di fonti e produzione di oggetti di apprendimento quali *ebook*, *podcast* e *tutorial*).

Nella prospettiva aperta dal presente saggio, l'ulteriore ipotesi è che questo cambiamento di paradigma possa facilitare anche la trasformazione appena richiamata, dallo scenario dell'integrazione (e della normalizzazione) a quello dell'inclusione (e della personalizzazione).

La questione che stiamo per affrontare è dunque la seguente: il cambiamento di paradigma educativo che le tecnologie stanno provocando va a vantaggio delle strategie inclusive, oppure costituisce un'ulteriore ostacolo al successo formativo delle persone con Bisogni Educativi Speciali?

Per rispondere a questi interrogativi è utile esaminare il significato del termine "sostegno", che da più di vent'anni specifica la condizione degli insegnanti dedicati alle persone disabili. Nello scenario inclusivo dei Bisogni Educativi Speciali, chi può "sostenere" il percorso di apprendimento di un grande numero di allievi e studenti con una gamma eterogenea di difficoltà?

Nel paradigma didattico consueto, l'insegnante cosiddetto curricolare non ha il tempo per seguire nemmeno la minoranza delle persone tradizionalmente identificate come disabili, e pertanto è decisamente impensabile che egli possa occuparsi degli studenti e allievi con Bisogni Educativi Speciali. Assorbito dalla normale sequenza di lezioni, test e interrogazioni, l'insegnante di cattedra dedica poco (o al limite nessun) tempo alla relazione personale: l'educativo cartaceo lo conduce a rivolgersi alla classe intera, in un approccio a tasso relazionale debole. Parlare di personalizzazione ad un docente di storia o di matematica induce sovente sentimenti di frustrazione: mancano infatti le risorse e l'insegnante, consapevole delle difficoltà di molti suoi allievi, invoca inutilmente la presenza dell'insegnante di sostegno, o del tutor, o del codocente.

La lezione frontale, infatti, non è strumento assoggettabile alla dinamica della personalizzazione. L'insegnante accorto pensa, progetta e calibra il suo discorso (e il livello degli apprendimenti richiesti) immaginando una sorta di studente medio, in modo tale da non annoiare troppo gli allievi più dotati e non mettere troppo a disagio quelli più in difficoltà. Molti docenti, per altro, conoscono le tecniche di educazione speciale e sa-

<sup>12</sup> FRANCHINI R., *La tecnologia al servizio dell'educazione*, in Rassegna CNOS. Problemi esperienze e prospettive per l'istruzione e la formazione professionale, 3/2014, pp. 73-91.

rebbero anche in grado di progettare percorsi personalizzati, ma il loro utilizzo e la loro pianificazione risultano improbabili, se non impossibili, all'interno dell'agire didattico consueto.

È evidente che la scuola inclusiva richiede un cambiamento non riducibile all'adozione di uno strumento o di un metodo di educazione speciale. Occorre semplicemente creare le condizioni perché l'insegnante abbia tempo e opportunità per spendersi nella relazione, potendo così dare di più agli allievi con maggiori difficoltà. La questione allora diventa la seguente: è possibile liberare il docente, almeno parzialmente, dall'approccio frontale, affinché egli possa giocare in un ruolo e in attività diverse, tutte da immaginare?

L'educativo digitale si aggancia proprio qui, venendo in soccorso alla scuola inclusiva. Il nuovo paradigma richiama infatti la realizzazione di una scuola della padronanza (*mastery*), nella quale l'insegnante, maggiormente libero dall'onere di trasmettere contenuti, interagisce con gli allievi, sostenendoli nella ricerca dei saperi e nella costruzione di nuovi prodotti culturali e professionali. Lungi dall'identificarsi come una delega alla tecnologia, la classe digitale facilita e potenzia la relazione educativa tra docenti ed allievi, spostando (*flipping*) sugli allievi stessi la responsabilità del proprio percorso di apprendimento.

L'educativo digitale trasforma radicalmente il tenore delle attività che si svolgono a scuola, che consistono non più principalmente nella lezione dell'insegnante (ben sostituita, almeno in parte, da risorse *online* e *offline*, come videolezioni, tutorial, podcast, litografie e bibliografie) ma in un tempo di lavoro, di ricerca e di risoluzione di problemi, sotto la guida di un adulto esperto che è chiamato ad entrare in interazione continua con gli studenti, particolarmente quelli con BES.

### 3.3. Educativo digitale, apprendimento cooperativo e relazione forte

Grazie al potenziale messo a disposizione dalle nuove tecnologie, le classi digitali rappresentano uno strumento straordinario per aumentare il tempo di relazione tra studenti e docenti, e per riqualificare la classe, che da luogo di trasmissione dei saperi diventa ambiente costruttivo, nel quale la responsabilità dell'apprendimento si sposta dall'insegnante all'alunno, e l'identità del docente si trasforma da quella di "saggio che insegna di fronte" a quella di "guida che si mette al fianco", particolarmente agli studenti e agli allievi con BES.

Insomma, l'educativo digitale consente il perseguimento intenzionale ed efficace di due finalità variamente invocate, e bassamente perseguite, nel nostro contesto scolastico, ovvero la personalizzazione e l'autoregolazione. Negli ultimi anni, infatti, sia la parentica pedagogica sia la normativa di riferimento (vedi ad esempio le varie versioni delle Indicazioni Nazionali) hanno raccomandato la personalizzazione degli obiettivi di apprendimento, senza chiarire le modalità concrete attraverso le quali è possibile perseguirla (o, come afferma qualche insegnante arrabbiato, senza fornire le risorse per poterla realizzare).

Infatti, nell'approccio didattico tradizionale la personalizzazione è praticamente

impossibile: l'insegnante, per quanto sapiente e abile nel comunicare, non riesce a trasmettere il sapere in modo differenziato e accessibile per tutti, al punto tale che, nel tempo, personalizzazione è diventato sinonimo di codocenza (ovvero di un secondo docente che si affianca al primo, sostenendo gli studenti in difficoltà durante la lezione condotta dal collega).

Lo stesso discorso vale anche per l'autoregolazione, intesa come possibilità per lo studente di autodeterminare obiettivi, tempi e modi del proprio percorso scolastico, acquisendo una capacità autonoma di progettazione e gestione del proprio apprendimento, in maniera tale da essere in grado di accedere autonomamente, ovvero con una motivazione endogena, alle risorse per lo studio, interagendo positivamente con docenti, compagni, materiali e strumenti di studio e di lavoro, anche tecnologicamente avanzati.

La lezione frontale è, di fatto, una negazione del principio dell'autoregolazione: è l'insegnante a decidere che cosa insegnare, quando farlo, attraverso quali strumenti, etc., mentre allo studente resta il ruolo del "sedersi e ascoltare", rimanendo sotto il controllo dell'individuo adulto. Per consentire una reale autodeterminazione occorre dunque rendere asincrono l'accesso alla fonte delle informazioni (foss'anche la lezione frontale), spostando sullo studente la responsabilità di decidere che cosa, quando e come fruire di determinati contenuti.

In questo modo, le classi digitali, quasi trascinate dalla forza intrinseca della metodologia adottata, ad una profonda revisione delle stesse finalità dell'istituzione scolastica, spostando l'attenzione dalle nozioni all'imparare ad imparare, dalle conoscenze trasmesse alle competenze apprese, dai programmi ai percorsi personalizzati, dal controllo degli studenti alla promozione della loro responsabilità, dal dovere di studiare al piacere di apprendere.

Gli insegnanti stanno assumendo consapevolezza del fatto che non è conveniente "forzare ad apprendere", e che anzi nella società contemporanea il modellamento degli studenti attraverso curricula identici e votazioni premianti (o frustranti) può risultare controproducente, provocando nei giovani una sorta di disgusto verso le attività di apprendimento, sentimento le cui conseguenze possono essere profonde, durature e nefaste per molti dei nostri uomini di domani. La sfida diventa affascinante: l'apprendimento può e deve diventare un'attività piacevole (il che non vuol dire priva di fatica), autonoma e sostenuta da motivazioni interne allo studente, senza per questo perdere di efficacia, anzi!

Nelle classi digitali si cerca di eliminare questa sensazione di "imposizione" degli obiettivi scolastici: la responsabilità passa di mano e spetta allo studente stabilire il proprio percorso, trovando a scuola compagni di studio con cui condividere gli obiettivi, adulti esperti di supporto e risorse multiple per l'apprendimento. Gli insegnanti perdono il controllo sui processi (ovvero agiscono sui processi non mediante il controllo, ma mediante l'interazione e l'aiuto), mentre diventano più fermi sugli obiettivi, attraverso la messa a punto di rigorosi strumenti di valutazione, che offrono agli studenti *feedback* chiari e il più possibile immediati sugli esiti del loro lavoro. Gli studenti sono liberi di procedere con il loro passo, senza paura di sbagliare, ma avendo svariate possibilità di



ripetere, di cercare aiuto, persino di cambiare obiettivi, nel dialogo costante con l'insegnante.

Il tempo della relazione permette ai docenti di considerare più in profondità la propria vocazione di educatori: alleggerendo la responsabilità sui contenuti è più probabile che l'insegnante consolidi la propria attitudine ad ascoltare, incoraggiare, ispirare, sostenere e dare visione, creando un ambiente positivo, dove gli studenti possono agire senza stress e forzature, ovvero nelle condizioni ideali per apprendere. La scuola cessa di "forzare ad apprendere" con le armi minacciose dei voti e di altre multiformi pressioni, e prova a predisporre uno spazio e un tempo per l'esercizio dell'intelligenza.

È bene notare come nella lezione tradizionale esiste comunque una forma di relazione tra gli insegnanti e gli allievi: spesso, tuttavia, questo rapporto avviene tra il docente e gli studenti più motivati e curiosi, che sono quelli che prendono l'iniziativa nel porre domande o fare osservazioni pertinenti (mentre gli studenti in difficoltà rimangono più spesso nell'ombra, magari con il timore di fare brutta figura con una richiesta banale o un intervento poco appropriato). Nelle classi digitali, invece, l'ampio tempo laboratoriale consente di dare maggiore attenzione agli studenti in difficoltà (non è giusto fare parti uguali tra disuguali, ci ricorda ancora don Milani).

Nella lezione frontale, in quanto strumento sincrono di trasmissione simultanea di contenuti, non c'è spazio per la differenza. Nelle classi digitali tutto è asincrono! Raramente gli studenti lavorano contemporaneamente sulla stessa attività: all'inizio della lezione, l'insegnante dialoga con loro per aiutarli a scegliere il proprio mandato di lavoro, in sintonia con il proprio percorso personalizzato ma anche in collaborazione con altri studenti in condizioni simili. Al termine della preparazione, i gruppi di studenti avviano il loro apprendimento cooperativo, potendo accedere alle diverse fonti, anche attraverso i loro dispositivi mobili (smartphone, tablet), che smettono di essere i "nemici" della scuola, in quanto in realtà sono spesso molto più potenti e fruibili rispetto alle antiche tecnologie messe a disposizione dall'istituzione scolastica.

Ma non tutto è tecnologia! Per dirla tutta, la modalità asincrona di classe digitale consente anche di dimensionare l'importanza della tecnologia, evidenziando la possibilità di accedere a tutte le fonti del sapere, tra cui una ben fornita biblioteca scolastica (sia chiaro, non il trito e ritrito, oltre che anacronistico, libro di testo).

La perdita di controllo sui processi, invece, diventa un'arma fondamentale per creare in aula un'atmosfera di fiducia, della quale gli allievi hanno un bisogno estremo per maturare il desiderio di apprendere. L'impostazione tradizionale, nella quale gli studenti si siedono e ascoltano, rimanendo sotto il controllo dell'insegnante, si trasforma più o meno consciamente nella sensazione di aver bisogno di altri per crescere o, per dirla tutta, nella conferma di un'impressione spesso radicata nel cuore dei giovani, ovvero che gli adulti non diano loro sufficiente credito. Tutto questo potrebbe produrre, e di fatto spesso produce, un'atmosfera di "lavori forzati", che è il miglior modo per insegnare ai ragazzi il disgusto verso il conoscere.

La scuola deve attentamente considerare le opportunità e i rischi collegati al cosiddetto effetto Pigmalione, che fa corrispondere alla sfiducia la puerilità, alla forzatura la

ribellione. Al contrario, l'insegnante che perde il controllo, ovvero che consegna agli studenti iniziativa e fiducia, potrebbe ottenere in cambio maturità e desiderio di apprendere, anche oltre ogni aspettativa. Per fare un esempio, lo studente cosiddetto iperattivo, che normalmente approfitta della lezione frontale per attirare su di sé l'attenzione del pubblico, attraverso modalità fantasiose di distrazione e di più o meno esplicita protesta, nelle classi digitali per prima cosa perde il pubblico (in quanto i compagni non sono seduti ad ascoltare, ma coinvolti in piccoli gruppi e in attività variate); inoltre, egli potrebbe, sotto l'influsso di un'inedita fiducia, riattivare il proprio naturale, incancellabile e innato desiderio di apprendere, che potrebbe essere stato messo a tacere proprio dagli effetti delle normali interazioni (o mancate interazioni) scolastiche.

### 3.4. Cambiamenti organizzativi nella scuola inclusiva

L'Index for Inclusion sottolinea a più riprese (e aiuta a progettare/misurare) i cambiamenti organizzativi, oltre che pedagogici e didattici, richiesti per la realizzazione di una scuola inclusiva. Il modello da superare è il cosiddetto "cells and bells" (aule e campanelle), impostazione all'interno della quale sia lo spazio che il tempo dell'apprendimento sono rigorosamente controllati dall'insegnante. Al contrario, le classi digitali rappresentano una concretizzazione particolarmente efficace del principio pedagogico, prima che tecnologico, del *mobile learning*: infatti, l'allievo deve potenzialmente essere libero di accedere ad ogni contenuto, in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo, mantenendo il controllo sulle proprie attività di acquisizione di saperi e competenze e sviluppando nel tempo la capacità di costruire, in autonomia o insieme ad altri, nuovi oggetti di apprendimento, per "commerciarli" all'interno dello spazio web inteso come comunità di apprendisti.

È evidente che uno scenario di questo tipo muta profondamente il setting tradizionale dell'istituzione scolastica, richiedendo un profondo cambiamento organizzativo, a partire dagli spazi per giungere agli orari e ai tempi di apprendimento, al fine di facilitare l'interazione, l'autonomia e la responsabilità.

	Uso dello spazio	Uso del tempo	Gruppi	Posizione e normatività dell'insegnante
Tradizionale	Presenza di cattedra e banchi	Strutturato dall'insegnante Orario frammentato per discipline	Gruppo-classe in rapporto con l'insegnante	L'insegnante struttura, inizia, verifica e sorveglia
Innovativo	Spazio articolato in angoli e punti di ricerca cattedra e banchi	Il tempo è legato all'attività di ricerca degli studenti	Gruppi in libero movimento nello spazio educativo (mobile learning)	L'insegante facilita l'iniziativa dei gruppi, incoraggiando e intervenendo quando necessario

**Tabella 1:** cambiamenti organizzativi nell'educativo digitale

Nelle classi digitali lo spazio deve contribuire a spostare il focus dal docente al discente, eliminando possibili punti di frontalità (la cattedra, la lavagna e ogni altro segno che, dal punto di vista prossemico, attragga verso di sé). Nello spazio dell'aula esistono ora numerosi centri, o angoli, predisposti per un particolare tipo di lavoro, adatto ora all'uno ora all'altro gruppo di apprendimento.

In un'aula generica, abbinata a un gruppo classe, ci potrebbero essere l'angolo della ricerca, quello del computer, della scrittura o della lettura. Meglio, in un'aula specializzata, abbinata ad una singola o a un gruppo di discipline (esempio l'aula di scienze) potrebbero esserci l'angolo degli esperimenti, quello della chimica o quello per la verifica delle formule matematiche di riferimento.

Forse parlare di aula potrebbe risultare persino riduttivo: in una concezione nomadica dell'apprendimento, gli studenti potrebbero muoversi all'interno dell'intero edificio scolastico (e a volte anche al di fuori), guidati dalle istanze del proprio mandato di lavoro, ad esempio spostandosi dall'aula iniziale alla biblioteca, da questa all'aula di lingue, e così via. L'insegnante, al contempo, impara a muoversi in modo laterale, raggiungendo i gruppi di lavoro, affiancandosi in modo mirato agli studenti in difficoltà, diversificando, incoraggiando e sostenendo.

È evidente che queste prospettive mutano profondamente anche la concezione del tempo scolastico: l'orario tradizionale, infatti, è spesso frantumato in unità orarie che costringono gli studenti ad incontrare anche cinque, o persino sei docenti nell'arco della giornata, applicandosi di volta in volta a compiti anche radicalmente diversi, rendendo arduo, se non impossibile, il lavoro per progetti. All'interno della singola ora, il docente accorto si abitua ben presto a scandire un ritmo mediano, che rischia di scontentare tutti (eccetto appunto l'allievo medio). È facile intravedere come questo modo di gestire il tempo possa acuire le difficoltà dello studente con BES.

Le classi digitali richiedono come minimo blocchi da due ore, per consentire un lavoro disteso e autoregolato, ma probabilmente chiedono un più profondo ripensamento nella progettazione del tempo scuola, spostando l'onere della programmazione sugli studenti (o per meglio dire sui gruppi di studenti), che sono liberi di gestire i loro tempi in base agli obiettivi, dando priorità di volta in volta all'una o all'altra esperienza o fase di lavoro.

Non occorre ribadire, infine, il cambiamento nella gestione di altre due importanti variabili, ovvero il tipo di raggruppamento (da classe intera a gruppi cooperativi) insieme al ruolo, e alla conseguente posizione, dell'insegnante, che da erudito trasmettitore diventa sapiente guida, scendendo dalla cattedra (espressione sia reale che metaforica) e mettendosi al fianco degli studenti. Questo è forse il cambiamento più critico (e più importante) richiesto dalla scuola inclusiva (o dall'educativo digitale, il che è lo stesso): l'identità dell'operatore scolastico, che da insegnante diviene educatore, meno centrato sui contenuti e più sulla relazione, saggiamente lontano (fiducioso) dagli studenti autonomi e competenti, dinamicamente vicino (attento) agli studenti con Bisogni Educativi Speciali.



Per concludere l'educativo digitale è un cambiamento intenzionale nel modo di fare scuola, che aiuta a rimettere gli studenti al centro dell'apprendimento, senza considerarli un mero "prodotto" del fare scuola. Questa rivoluzione paradigmatica favorisce un'altra traiettoria di cambiamento, che è quella della scuola inclusiva. Forse queste due linee, apparentemente parallele, si avvicinano, sino a diventare congruenti, a disegnare una inclusiva proprio perché digitale.



## 4. Linee guida sulla presa in carico dell'alunno disabile e con Bisogno Educativo Speciale

---

### 4.1. Certificazione e assegnazione dell'insegnante di sostegno

Indicazioni normative

- Legge 05.02.1992 n. 104 (Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate):
  - Art. 3. Soggetti aventi diritto: È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.
  - Art. 4. Accertamento dell'handicap: Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.
  - Art. 13. Integrazione scolastica: Strumenti per l'integrazione che debbono essere messi a disposizione in modo coordinato dalla scuola, dagli Enti Locali e dalla ASL.
- Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap":
  - Art. 2: Individuazione dell'alunno come persona handicappata. All'indivi-

duazione dell'alunno come persona handicappata, al fine di assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica, di cui agli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992, provvede lo specialista, su segnalazione ai servizi di base, anche da parte del competente capo d'istituto, ovvero lo psicologo esperto dell'età evolutiva, in servizio presso le UU.SS.LL. o in regime di convenzione con le medesime, che riferiscono alle direzioni sanitaria ed amministrativa, per i successivi adempimenti, entro il termine di dieci giorni dalle segnalazioni.

- Legge 10 Marzo 2000, n. 62 - Norme per la parità scolastica e disposizioni sul diritto allo studio e all'istruzione", art. 1 comma 4: La parità è riconosciuta alle scuole non statali che ne fanno richiesta e che, in possesso dei seguenti requisiti, si impegnano espressamente a dare attuazione a quanto previsto dai commi 2 e 3: (...) d) l'iscrizione alla scuola per tutti gli studenti i cui genitori ne facciano richiesta, purché in possesso di un titolo di studio valido per l'iscrizione alla classe che essi intendono frequentare; e) l'applicazione delle norme vigenti in materia di inserimento di studenti con handicap o in condizioni di svantaggio.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185. Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.
  - Art. 2: Modalità e criteri. Ai fini della individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, le Aziende Sanitarie dispongono, su richiesta documentata dei genitori o degli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno medesimo, appositi accertamenti collegiali, ne rispetto di quanto previsto dagli articoli 12 e 13 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Gli accertamenti di cui al comma 1, da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta, sono documentati attraverso la redazione di un verbale di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni. Il verbale, sottoscritto dai componenti il collegio, reca l'indicazione della patologia stabilizzata o progressiva accertata con riferimento alle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nonché la specificazione dell'eventuale carattere di particolare gravità della medesima, in presenza dei presupposti previsti dal comma 3 del predetto articolo 3. Al fine di garantire la congruenza degli interventi cui gli accertamenti sono preordinati, il verbale indica l'eventuale termine di rivedibilità dell'accertamento effettuato.
- Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 riguardante modalità e criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità.
  - Art. 2 comma 1: Individuazione della persona disabile. Si rilevano due condizioni:

- Persona la cui disabilità è riconosciuta dalla nascita o dai primi mesi di vita (ICD): La documentazione e la certificazione formale contenente la diagnosi (ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), già effettuata a cura dell'Unità Multidisciplinare del Servizio Specialistico dell'Infanzia e dell'Adolescenza del SSN, nelle sue diverse articolazioni, costituisce la base per l'attivazione del percorso specifico ai fini dell'inserimento scolastico e della definizione della diagnosi funzionale. Il servizio dell'Azienda Sanitaria Locale che è responsabile della realizzazione del progetto individualizzato, all'approssimarsi dell'età scolare, accompagna la famiglia nei suoi contatti con la scuola.
- Persona che manifesta Bisogni Educativi Speciali durante il percorso di istruzione: su richiesta della famiglia, che può agire autonomamente o a seguito di accordi con la scuola, il servizio specialistico dell'Infanzia e dell'Adolescenza del SSN avvia la valutazione da parte dell'Unità Multidisciplinare. La scuola, su richiesta del servizio specialistico, redige una relazione descrittiva dei problemi evidenziati. L'Unità Multidisciplinare valuta il quadro globale e avvia la presa in carico della persona e, quando ne ravvisa la necessità, redige la certificazione formale secondo le modalità di cui al punto precedente. Tale certificazione è resa alla famiglia che la consegna alla scuola. La prima certificazione avviene, di norma, entro la conclusione del ciclo di studi della Scuola Primaria, salvo situazioni sopraggiunte che vanno opportunamente motivate.
- Ordinanza 2122/13 del Tribunale del Lazio: «Dalla disposizione in questione si evince chiaramente che il costo dell'insegnamento di sostegno è posto a carico dello Stato e giammai potrebbe essere posto dagli istituti scolastici paritari a carico dei genitori degli alunni portatori di handicap. In questa prospettiva, ove mai vi fossero dubbi interpretativi, si imporrebbe comunque una interpretazione costituzionalmente orientata della disciplina alla luce dell'art. 33, comma 4°, Costituzione, in base al quale la legge [...] deve assicurare ad esse [scuole paritarie] e ai loro alunni un trattamento scolastico equipollente a quello degli alunni di scuole statali». L'Ordinanza precisa infine che «qualora lo Stato non provveda immediatamente all'atto della richiesta al pagamento del sostegno, la scuola paritaria è comunque obbligata a fornirlo, fermo restando il suo diritto al rimborso dallo Stato di quanto ha dovuto anticipare. Ciò onde evitare che con il pagamento del sostegno a carico dell'alunno con disabilità, questi venga discriminato rispetto ai compagni con disabilità delle scuole statali che per il sostegno non debbono pagare nulla».

#### Critica

Sul versante della certificazione, la Legge 104 del 1992 parte già piuttosto male, denominando come “handicap” quello che in realtà, alla luce del sistema ICIDH-1980 dell'OMS, va definita come menomazione, ovvero “perdita o anormalità a ca-

rico di una struttura o una funzione psicologica, fisiologica o anatomica e rappresenta l'estensione di uno stato patologico. Se tale disfunzione è congenita si parla di "minorazione". Ma qui siamo meramente sul piano della definizione dei termini: rimane il fatto che da questa Legge deriva l'associazione, consolidata e immarcescibile, tra menomazione e diritto all'insegnante di sostegno, secondo la logica già critica in precedenza, e che viene pienamente sconfessata con la pubblicazione del sistema ICF, che invece riconduce l'attribuzione di diritti (mediante classificazione) alla logica del disturbo di funzionamento, a prescindere dalla causa. In effetti, non si capisce come mai un bambino Down che legge e scrive abbia di fatto più diritti, sul piano educativo e scolastico, di un bambino senza alcuna menomazione, che tuttavia non legge e non scrive.

I successivi provvedimenti, ed in particolare il DPCM 185/2006, sono addirittura incomprensibili, se si considera il fatto che l'OMS aveva già pubblicato il classificatore ICF da alcuni anni.

L'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008, seppur debole sul piano normativo (in quanto richiede un'applicazione normativa in sede di deliberazione regionale), apre uno spiraglio, consentendo alla famiglia, in rapporto con la scuola, di evidenziare con apposita "relazione" il Bisogno Educativo Speciale, che tuttavia è da sottoporre nuovamente all'autorità dell'Azienda Sanitaria Locale per eventuale certificazione e presa in carico.

Altra questione riguarda il diritto all'insegnante di sostegno degli alunni certificati che accedono alla scuola privata paritaria, ai sensi della Legge 62/2000. È certamente vero che l'Ordinanza 2122/13 del Tribunale del Lazio ha attribuito allo Stato l'onere di finanziare l'insegnante di sostegno, ma nelle more dell'intervento pubblico la scuola privata paritaria è comunque obbligata a fornire il servizio, senza alcun onere per la famiglia. È poi singolare il fatto che la medesima ordinanza ha disposto la condanna della scuola paritaria all'iscrizione dell'alunno, all'immediata fornitura del sostegno e al pagamento dei danni non patrimoniali pari a 15.000 euro, nonché alla rifusione delle spese di causa. Quando lo Stato rimborserà questa cifra?

#### Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* entro un piano di evidente libertà, sconsigliare la famiglia dall'iscrizione del bambino certificato, mostrandosi comunque disponibili ad accoglierlo. Tale atteggiamento va adeguatamente motivato dal Direttore o da suo delegato, descrivendo accuratamente la situazione normativa, e la concreta inesigibilità di questo diritto, che mette in grande difficoltà le scuole paritarie nel fornire il servizio. Eventualmente, offrire alla famiglia una serie di servizi pomeridiani di sostegno allo studio.

*Raccomandazione n. 2:* avere grande attenzione a tutte le risorse disponibili per il finanziamento della dotazione dell'insegnante di sostegno, anche mediante la stipula delle apposite convenzioni con l'Ufficio Scolastico Regionale, sulla base del D.P.R. n° 23 del 9 gennaio 2008 e del D.M. n° 84/08, in forza della quale la Di-



reazione Scolastica Regionale si impegna a fornire un contributo per il pagamento dei docenti, ivi compreso quello per le attività di sostegno, purché vi sia la documentazione (certificazione e diagnosi funzionale) relativa agli alunni con disabilità iscritti.

*Raccomandazione n. 3:* qualora siano accolti bambini con certificazione, e si sia predisposta opportunamente la dotazione dell'insegnante di sostegno, gestire l'insegnante come risorsa inclusiva per tutti gli alunni, facendo salvi al contempo i diritti del bambino con certificazione.

## 4.2. Il diritto allo studio degli alunni disabili

### Indicazioni normative

- Legge n. 104 del 05.02.1992 “Legge Quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”:
  - art.13, Comma 1: “L’integrazione scolastica si realizza... anche attraverso: a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da Enti Pubblici o privati. A tale scopo gli Enti Locali, gli organi scolastici, e le unità sanitarie locali, nell’ambito delle rispettive competenze, stipulano gli accordi di programma di cui all’art. 27 della Legge 142 dell’8/6/1990...; Comma 3) Nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando ai sensi del DPR 616 e successive modificazioni, l’obbligo per gli Enti Locali di fornire l’assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l’assegnazione di docenti specializzati”.
- Decreto Legislativo n. 112 del 31/03/98:
  - art.139, Comma 1: “Sono attribuiti alle Province, in relazione all’istruzione secondaria superiore e ai Comuni, in relazione agli altri gradi inferiori di scuola, i compiti e le funzioni concernenti; ...c) i servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio”.
- Legge 8 n. 328 del 08/11/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”:
  - Art. 14: Progetti individuali per le persone disabili. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell’ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell’istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d’intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell’interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2. Nell’ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i

servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

#### Critica

Sulla persona disabile convergono, zelantemente, una pluralità di potenziali interventi, erogati dai diversi attori della rete scolastica, sanitaria e sociale. Dalle indicazioni della Legge 328/2000 sembra che il ruolo di regia sui vari segmenti spetti al Comune di riferimento, che mette a punto il Piano Individuale. Tuttavia, questa indicazione non può che rimanere sul piano di principio, in quanto i soggetti e le fonti sono talmente distanti tra loro da non poter essere messi a sistema. Di fatto, le risorse messe a disposizione dagli Enti Locali (assistenti ad personam, operatori socioeducativi, etc.) spesso si sommano alla presenza dell'insegnante di sostegno, con due approcci spesso separati e inconciliabili, mentre gli alunni con BES rimangono privi sia dell'una che dell'altra risorsa.

#### Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* identificare nella normativa locale (a carattere regionale) sul diritto allo studio i criteri, le modalità e i tempi per accedere alle risorse previste per gli alunni disabili, partecipando ai dispositivi di bando.

*Raccomandazione n. 2:* qualora si abbia in organico, o comunque ci si avvalga sia di insegnanti specializzati che di operatori socioeducativi, far convergere entrambi i contributi all'interno di un unico Piano Educativo Individuale, steso in collaborazione tra tutte le risorse coinvolte, in collegamento con il Consiglio di Classe.

### 4.3. Diagnosi funzionale

#### Indicazioni normative

- Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap":
  - Art. 3: Diagnosi funzionale. Per diagnosi funzionale si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap, al momento in cui accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992. Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso la unità sanitaria locale o in regime di convenzione con la medesima. La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elemen-

ti clinici e psico-sociali. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi:

- a) i dati anagrafici del soggetto;
- b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc.).

La diagnosi funzionale, di cui al comma 2, si articola necessariamente nei seguenti accertamenti:

- a) l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, con particolare riferimento alla nascita (in ospedale, a casa, ecc.), nonché alle fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre alle vaccinazioni, alle malattie riferite e/o repertate, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, agli eventuali programmi terapeutici in atto, agli eventuali interventi chirurgici, alle eventuali precedenti esperienze riabilitative;
- b) diagnosi clinica, redatta dal medico specialista nella patologia segnalata (rispettivamente neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra, oculista, ecc.), come indicato nell'art. 3, comma 2: la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale.

La diagnosi funzionale, essendo finalizzata al recupero del soggetto portatore di handicap, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- a) cognitivo, esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;
  - b) affettivo-relazionale, esaminato nelle componenti: livello di autostima e rapporto con gli altri;
  - c) linguistico, esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
  - d) sensoriale, esaminato nella componente: tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;
  - e) motorio-prassico, esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;
  - f) neuropsicologico, esaminato nelle componenti: memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale;
  - g) autonomia personale e sociale.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185. "Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289".
    - Art. 2, Comma 3: 3. Gli accertamenti di cui ai commi precedenti sono propedeutici alla redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, cui provvede l'unità multidisciplinare, prevista dall'articolo 3, comma 2 del decreto del

Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, anche secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il verbale di accertamento, con l'eventuale termine di rivedibilità ed il documento relativo alla diagnosi funzionale, sono trasmessi ai genitori o agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno e da questi all'istituzione scolastica presso cui l'alunno va iscritto, ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

- Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008 riguardante modalità e criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità.
  - Art. 2, Comma 2: Diagnosi Funzionale. La Diagnosi Funzionale, predisposta ai sensi della Legge 104/1992, è l'atto di valutazione dinamica di ingresso e presa in carico, per la piena integrazione scolastica e sociale. Alla Diagnosi Funzionale provvede l'Unità Multidisciplinare presente nei servizi specialistici per l'Infanzia e l'Adolescenza del territorio di competenza. La Diagnosi Funzionale è redatta secondo i criteri alla base del modello bio-psico-sociale dell'ICF dell'OMS; e si articola nelle seguenti parti:
    - approfondimento anamnestico e clinico;
    - descrizione del quadro di funzionalità nei vari contesti;
    - definizione degli obiettivi in relazione ai possibili interventi clinici sociali ed educativi e delle idonee strategie integrate di intervento;
    - individuazione delle tipologie di competenze professionali e delle risorse strutturali necessarie per l'integrazione scolastica e sociale.

In questa nuova versione, la Diagnosi Funzionale include anche il Profilo Dinamico Funzionale e corrisponde, in coerenza con i principi dell'ICF, al Profilo di Funzionamento della Persona.

- Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, 2009.
  - I Parte, paragrafo 3: L'ICF sta penetrando nelle pratiche di diagnosi condotte dalle AA.SS.LL., che sulla base di esso elaborano la Diagnosi Funzionale. È dunque opportuno che il personale scolastico coinvolto nel processo di integrazione sia a conoscenza del modello in questione e che si diffonda sempre più un approccio culturale all'integrazione che tenga conto del nuovo orientamento volto a considerare la disabilità interconnessa ai fattori contestuali.

### Critica

La Diagnosi Funzionale riceve dalle indicazioni normative un'identità ambigua, stretta tra gli aspetti anamnestici e clinici da una parte (per altro ridondanti rispetto alla già avvenuta certificazione) e gli aspetti di funzionamento dall'altra. Aleggja ancora l'idea che tra la diagnosi clinica e il funzionamento ci sia un rapporto stretto e consequenziale, come indicato dal vecchio sistema ICIDH e invece messo in discussione dal nuovo sistema ICF (dove il funzionamento è la risultante complessa tra aspetti biologici, psicologici e sociali).

La prevalenza degli aspetti clinici, a determinare il funzionamento della perso-

na, è deducibile anche dal soggetto chiamato a stendere la Diagnosi Funzionale, ovvero l'Unità Multidisciplinare della Azienda Sanitaria, mentre non viene considerato il ruolo dell'insegnante, che in realtà è nella posizione migliore per osservare e descrivere il funzionamento del bambino nei vari ambiti (apprendimento, comunicazione, etc.).

Nell'Accordo Stato Regioni si fa un passo in avanti, indicando nell'ICF il sistema di riferimento per la stesura della Diagnosi Funzionale, ma questa indicazione rimane sostanzialmente inesa, in quanto priva di orientamenti concreti e delle necessarie misure di accompagnamento. Infatti, gli elementi che determinano la classificazione ICF (la selezione delle categorie rilevanti nei vari domini del funzionamento, l'uso dei qualificatori, etc.) non sono nemmeno citati.

Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* elaborare un proprio strumento (check list) per la Diagnosi Funzionale ai sensi del sistema ICF (vedi esempio al paragrafo 2.3.), allo scopo di avere uno strumento per descrivere in modo accurato e leggibile il funzionamento del bambino nei vari domini del funzionamento. Questo strumento, propeudeutico alla stesura del Piano Individuale, sarà probabilmente utile anche per i necessari interscambi con Azienda Sanitaria e per il dialogo con la famiglia.

*Raccomandazione n. 2:* condividere la Diagnosi Funzionale con la famiglia, se possibile chiedendo anche ai genitori di provare a usare la check list, per confrontare le due valutazioni (scuola e famiglia) e creare la base per la condivisione del Piano Educativo Individuale.

#### 4.4. Profilo Dinamico Funzionale

Indicazioni normative

- Legge n. 104 del 05/02/1992 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate":
  - Art. 12: Diritto all'educazione e all'istruzione. - All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della

persona handicappata. Alla elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali, della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.

- Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap".
  - Art. 4: Profilo dinamico funzionale. Ai sensi dell'art. 12, comma 5, della Legge n. 104 del 1992, il profilo dinamico funzionale è atto successivo alla diagnosi funzionale e indica in via prioritaria, dopo un primo periodo di inserimento scolastico, il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni). Il profilo dinamico funzionale viene redatto dall'unità multidisciplinare di cui all'art. 3, dai docenti curricolari e dagli insegnanti specializzati della scuola, che riferiscono sulla base della diretta osservazione ovvero in base all'esperienza maturata in situazioni analoghe, con la collaborazione dei familiari dell'alunno. Il profilo dinamico funzionale, sulla base dei dati riportati nella diagnosi funzionale, di cui all'articolo precedente, descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta dell'alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili. Il profilo dinamico funzionale comprende necessariamente:
    - a) la descrizione funzionale dell'alunno in relazione alle difficoltà che l'alunno dimostra di incontrare in settori di attività;
    - b) l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno a breve e medio termine, desunto dall'esame dei seguenti parametri:
      - b.1) cognitivo, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione al livello di sviluppo raggiunto (normodotazione; ritardo lieve, medio, grave; disarmonia medio grave; fase di sviluppo controllata; età mentale, ecc.) alle strategie utilizzate per la soluzione dei compiti propri della fascia di età, allo stile cognitivo, alla capacità di usare, in modo integrato, competenze diverse;
      - b.2) affettivo-relazionale, esaminato nelle potenzialità esprimibili rispetto all'area del sé, al rapporto con gli altri, alle motivazioni dei rapporti e dell'atteggiamento rispetto all'apprendimento scolastico, con i suoi diversi interlocutori;
      - b.3) comunicazionale, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alle modalità di interazione, ai contenuti prevalenti, ai mezzi privilegiati;
      - b.4) linguistico, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alla comprensione del linguaggio orale, alla produzione verbale, all'uso comunicativo del linguaggio verbale, all'uso del pensiero verbale, all'uso di linguaggi alternativi o integrativi;
      - b.5) sensoriale, esaminato, soprattutto, in riferimento alle potenzialità riferibili alla funzionalità visiva, uditiva e tattile;

- b.6) motorio-prassico, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili in ordine alla motricità globale, alla motricità fine, alle prassie semplici e complesse e alle capacità di programmazione motorie interiorizzate;
- b.7) neuropsicologico, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili riguardo alle capacità mnesiche, alla capacità intellettuale e all'organizzazione spazio-temporale;
- b.8) autonomia, esaminata con riferimento alle potenzialità esprimibili in relazione all'autonomia della persona e all'autonomia sociale;
- b.9) apprendimento, esaminato in relazione alle potenzialità esprimibili in relazione all'età prescolare, scolare (lettura, scrittura, calcolo, lettura di messaggi, lettura di istruzioni pratiche, ecc.).

In via orientativa, alla fine della seconda elementare, della quarta elementare, alla fine della seconda media, alla fine del biennio superiore e del quarto anno della scuola superiore, il personale di cui agli articoli precedenti traccia un bilancio diagnostico e prognostico finalizzato a valutare la rispondenza del profilo dinamico funzionale alle indicazioni nello stesso delineate e alla coerenza tra le successive valutazioni, fermo restando che il profilo dinamico funzionale è aggiornato, come disposto dal comma 8 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992, a conclusione della scuola materna, della scuola elementare, della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

#### Critica

Come già evidenziato nel testo dell'Accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008, una Diagnosi Funzionale correttamente intesa, ovvero che descrive il quadro di funzionamento del bambino nei vari ambiti e contesti, include anche il Profilo Dinamico Funzionale, semplificando l'itinerario farraginoso che invece distingue una Diagnosi Funzionale prevalentemente clinica da un Profilo Dinamico descrittivo, propedeutico alla stesura del Piano Individuale.

Il Profilo Dinamico Funzionale prevede finalmente il contributo dei docenti curricolari e dell'insegnante specializzato, che si trovano nella posizione migliore per osservare e valutare il livello di sviluppo attuale e potenziale dell'alunno. Così stando le cose, nel momento in cui la Diagnosi Funzionale è redatta ai sensi dell'ICF, includendo il Profilo Dinamico Funzionale, dovrà diventare sempre più chiaro il ruolo dell'insegnante nella stesura della stessa.

#### Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* ricondurre, se possibile assimilandolo, il Profilo Dinamico Funzionale alla Diagnosi Funzionale, redatta utilizzando una check list ICF (cfr. esempio al paragrafo 2.3.).

#### 4.5. Piano Educativo Individuale

##### Indicazioni normative

- Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 “Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap”.
  - Art. 5: Piano educativo individualizzato. Il Piano educativo individualizzato (indicato in seguito con il termine P.E.I.), è il documento nel quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in situazione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione, di cui ai primi quattro commi dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992. Il P.E.I. è redatto, ai sensi del comma 5 del predetto art. 12, congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla USL e/o USSL e dal personale insegnante curriculare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico, in collaborazione con i genitori o gli esercenti la potestà parentale dell'alunno. Il P.E.I. tiene presenti i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche, di cui alla lettera a), comma 1, dell'art. 13 della legge n. 104 del 1992. Nella definizione del P.E.I., i soggetti di cui al precedente comma 2, propongono, ciascuno in base alla propria esperienza pedagogica, medico-scientifica e di contatto e sulla base dei dati derivanti dalla diagnosi funzionale e dal profilo dinamico funzionale, di cui ai precedenti articoli 3 e 4, gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all'educazione, all'istruzione ed integrazione scolastica dell'alunno in situazione di handicap. Detti interventi propositivi vengono, successivamente, integrati tra di loro, in modo da giungere alla redazione conclusiva di un piano educativo che sia correlato alle disabilità dell'alunno stesso, alle sue conseguenti difficoltà e alle potenzialità dell'alunno comunque disponibili.
- Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 riguardante modalità e criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità.
  - Art. 3: Piano Educativo Individualizzato. Il Piano Educativo Individualizzato è redatto dall'intero consiglio di classe congiuntamente con gli operatori dell'Unità Multidisciplinare, gli operatori dei servizi sociali e in collaborazione con i genitori. Tale documento contiene tutte le attività educative e didattiche programmate, con relative verifiche e valutazioni. Inoltre include gli interventi di carattere riabilitativo e sociale, in modo da integrare e condividere tra loro i diversi interventi. Il Piano segnala la tipologia e la funzionalità delle esigenze complessive di risorse professionali, tecnologiche, di supporto all'autonomia scolastica, di riorganizzazione funzionale degli ambienti. Il PEI è un impegno alla collaborazione fra tutti gli operatori coinvolti per il raggiungimento degli



obiettivi indicati e condivisi. Nel corso dell'anno scolastico i soggetti responsabili del PEI attuano una verifica di medio termine sulle attività realizzate e formulano gli eventuali adeguamenti. Il PEI è rivisto e aggiornato all'inizio di ogni anno scolastico, effettuando una verifica dei progressi realizzati. Nell'ultimo anno di ogni grado di istruzione il dirigente scolastico prende gli opportuni accordi con la scuola prescelta dall'alunno con disabilità per la prosecuzione degli studi, al fine di assicurare un passaggio che garantisca continuità nella presa in carico, nella progettualità e nell'azione educativa. Nei passaggi di ciclo il PEI sarà realizzato con la collaborazione dei docenti del ciclo precedente coinvolti nelle iniziative di sostegno.

- Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, 2009.
  - I Parte, paragrafo 1. Il Profilo Dinamico Funzionale e il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) sono dunque per la Legge in questione i momenti concreti in cui si esercita il diritto all'istruzione e all'educazione dell'alunno con disabilità. Da ciò il rilievo che ha la realizzazione di tali documenti, attraverso il coinvolgimento dell'amministrazione scolastica, degli organi pubblici che hanno le finalità della cura della persona e della gestione dei servizi sociali ed anche delle famiglie. Da ciò, inoltre, l'importante previsione della loro verifica in itinere, affinché risultino sempre adeguati ai bisogni effettivi dell'alunno. Sulla base del PEI, i professionisti delle singole agenzie, ASL, Enti Locali e le Istituzioni scolastiche formulano, ciascuna per proprio conto, i rispettivi progetti personalizzati:
    - il progetto riabilitativo, a cura dell'ASL (L. n. 833/78 art 26);
    - il progetto di socializzazione, a cura degli Enti Locali (L. n. 328/00 art 14);
    - il Piano degli studi personalizzato, a cura della scuola (D.M.. 141/99, come modificato dall'art. 5, comma 2, del D.P.R. n. 81/09).

#### Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* formulare gli obiettivi del Piano Educativo Individuale in modo operativo e misurabile. Per fare questo, occorre evitare espressioni generiche del tipo “migliorare la comunicazione del bambino” oppure “potenziamento delle capacità di lettura”, utilizzando invece espressioni specifiche come ad esempio “il bambino riuscirà a comunicare a gesti i suoi bisogni di base” oppure “l'alunno riuscirà a leggere semplici testi, come ad esempio una breve filastrocca, seppure con qualche difficoltà di fluenza”.

*Raccomandazione n. 2:* se possibile, selezionare gli obiettivi del Piano Educativo Individuale all'interno delle categorie presenti nella check-list ICF e nelle relative scale 0-4. Ad esempio, se l'alunno presenta una difficoltà di livello 2 (media) nell'ambito di una categoria (es. scrittura), individuare nel descrittore del livello 1 (lieve) il possibile obiettivo di sviluppo.

*Raccomandazione n. 3:* condividere il PEI con la famiglia, chiedendo anche l'apposizione della firma come atto di corresponsabilità.

*Raccomandazione n. 4:* nel rapporto di rete con le altre agenzie che hanno in carico la persona (es. servizi sociali, Azienda Sanitaria, ente privato di riabilitazione, etc.) evitare la duplicazione di interventi, coordinando la propria programmazione con le eventuali azioni già in essere.

#### **4.6. Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e Bisogni Educativi Speciali (BES)**

Indicazioni normative

- Legge n. 170 del 8/10/2010: Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico.
  - Art. 3: Diagnosi. La diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio sanitario nazionale a legislazione vigente ed è comunicata dalla famiglia alla scuola di appartenenza dello studente. (...) Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia. È compito delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le scuole dell'infanzia, attivare, previa apposita comunicazione alle famiglie interessate, interventi tempestivi, idonei ad individuare i casi sospetti di DSA degli studenti, sulla base dei protocolli regionali di cui all'articolo 7, comma 1. L'esito di tali attività non costituisce, comunque, una diagnosi di DSA.
  - Art. 5: Misure educative e didattiche di supporto. Gli studenti con diagnosi di DSA hanno diritto a fruire di appositi provvedimenti dispensativi e compensativi di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari. Agli studenti con DSA le istituzioni scolastiche (...) garantiscono:
    - a) l'uso di una didattica individualizzata e personalizzata, con forme efficaci e flessibili di lavoro scolastico che tengano conto anche di caratteristiche peculiari dei soggetti, quali il bilinguismo, adottando una metodologia e una strategia educativa adeguate;
    - b) l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere;
    - c) per l'insegnamento delle lingue straniere, l'uso di strumenti compensativi che favoriscano la comunicazione verbale e che assicurino ritmi graduali di apprendimento, prevedendo anche, ove risulti utile, la possibilità dell'esonero.(...) Agli studenti con DSA sono garantite, durante il percorso di istruzione e di formazione scolastica e universitaria, adeguate forme di verifica e di valutazione, anche per quanto concerne gli esami di Stato e di ammissione all'università nonché gli esami universitari.

- Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012: Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica.
  - Premessa: è rilevante l'apporto, anche sul piano culturale, del modello diagnostico ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS, che considera la persona nella sua totalità, in una prospettiva bio-psico-sociale. Fondandosi sul profilo di funzionamento e sull'analisi del contesto, il modello ICF consente di individuare i Bisogni Educativi Speciali (BES) dell'alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni.
  - Par. 1: Bisogni Educativi Speciali. L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit. In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse. Nel variegato panorama delle nostre scuole la complessità delle classi diviene sempre più evidente. Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali (in altri paesi europei: Special Educational Needs). Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità; quella dei disturbi evolutivi specifici e quella dello svantaggio socio-economico, linguistico, culturale. (...) Per molti di questi profili i relativi codici nosografici sono ricompresi nelle stesse categorie dei principali Manuali Diagnostici e, in particolare, del manuale diagnostico ICD-10, che include la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e utilizzata dai Servizi Sociosanitari pubblici italiani. Tutte queste differenti problematiche, ricomprese nei disturbi evolutivi specifici, non vengono o possono non venir certificate ai sensi della legge 104/92, non dando conseguentemente diritto alle provvidenze ed alle misure previste dalla stessa legge quadro, e tra queste, all'insegnante per il sostegno. La legge 170/2010, a tal punto, rappresenta un punto di svolta poiché apre un diverso canale di cura educativa, concretizzando i principi di personalizzazione dei percorsi di studio enunciati nella legge 53/2003, nella prospettiva della "presa in carico" dell'alunno con BES da parte di ciascun docente curricolare e di tutto il team di docenti coinvolto, non solo dall'insegnante per il sostegno.
  - Par. 1.5: Adozione di strategie di intervento per i BES. Dalle considerazioni sopra esposte si evidenzia, in particolare, la necessità di elaborare un percorso individualizzato e personalizzato per alunni e studenti con bisogni educativi speciali, anche attraverso la redazione di un Piano Didattico Personalizzato, individuale o anche riferito a tutti i bambini della classe con BES, ma articolato, che serva come strumento di lavoro in itinere per gli insegnanti ed abbia la funzione di documentare alle famiglie le strategie di intervento programmate. Le scuole –

con determinazioni assunte dai Consigli di classe, risultanti dall'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e sulla base di considerazioni di carattere psicopedagogico e didattico – possono avvalersi per tutti gli alunni con bisogni educativi speciali degli strumenti compensativi e delle misure dispensative previste dalle disposizioni attuative della Legge 170/2010 (DM 5669/2011), meglio descritte nelle allegate Linee guida.

- Circolare Ministeriale 8/2013, Indicazioni Operative.
  - Strumento privilegiato è il percorso individualizzato e personalizzato, redatto in un Piano Didattico Personalizzato (PDP), che ha lo scopo di definire, monitorare e documentare – secondo un'elaborazione collegiale, corresponsabile e partecipata – le strategie di intervento più idonee e i criteri di valutazione degli apprendimenti. In questa nuova e più ampia ottica, il Piano Didattico Personalizzato non può più essere inteso come mera esplicitazione di strumenti compensativi e dispensativi per gli alunni con DSA; esso è bensì lo strumento in cui si potranno, ad esempio, includere progettazioni didattico-educative calibrate sui livelli minimi attesi per le competenze in uscita (di cui moltissimi alunni con BES, privi di qualsivoglia certificazione diagnostica, abbisognano), strumenti programmatici utili in maggior misura rispetto a compensazioni o dispense, a carattere squisitamente didattico-strumentale.
- Nota protocollo 2563 del 22 novembre 2013, Chiarimenti.
  - *Personalizzazione*: Giova forse ricordare che la personalizzazione degli apprendimenti, la valorizzazione delle diversità, nella prospettiva dello sviluppo delle potenzialità di ciascuno sono principi costituzionali del nostro ordinamento scolastico recepiti nel DPR 275/99, laddove è detto che «Nell'esercizio dell'autonomia didattica le istituzioni scolastiche ... possono adottare tutte le forme di flessibilità che ritengono opportune e tra l'altro: l'attivazione di percorsi didattici individualizzati, nel rispetto del principio generale dell'integrazione degli alunni nella classe e nel gruppo...» (art.4).
  - *Piano Didattico Personalizzato*: Al riguardo si richiama l'attenzione sulla distinzione tra ordinarie difficoltà di apprendimento, gravi difficoltà e disturbi di apprendimento. Nella quotidiana esperienza didattica si riscontrano momenti di difficoltà nel processo di apprendimento, che possono essere osservati per periodi temporanei in ciascun alunno. È dato poi riscontrare difficoltà che hanno un carattere più stabile o comunque, per le concause che le determinano, presentano un maggior grado di complessità e richiedono notevole impegno affinché siano correttamente affrontate. Il disturbo di apprendimento ha invece carattere permanente e base neurobiologica. La scuola può intervenire nella personalizzazione in tanti modi diversi, informali o strutturati, secondo i bisogni e la convenienza; pertanto la rilevazione di una mera difficoltà di apprendimento non dovrebbe indurre all'attivazione di un percorso specifico con la conseguente compilazione di un Piano Didattico Personalizzato. La Direttiva ha voluto in primo luogo fornire tutela a tutte quel-

le situazioni in cui è presente un disturbo clinicamente fondato, diagnosticabile ma non ricadente nelle previsioni della Legge 104/92 né in quelle della Legge 170/2010. In secondo luogo si sono volute ricomprendere altre situazioni che si pongono comunque oltre l'ordinaria difficoltà di apprendimento, per le quali dagli stessi insegnanti sono stati richiesti strumenti di flessibilità da impiegare nell'azione educativo-didattica. In ultima analisi, al di là delle distinzioni sopra esposte, nel caso di difficoltà non meglio specificate, soltanto qualora nell'ambito del Consiglio di classe (nelle scuole secondarie) o del team docenti (nelle scuole primarie) si concordi di valutare l'efficacia di strumenti specifici questo potrà comportare l'adozione e quindi la compilazione di un Piano Didattico Personalizzato, con eventuali strumenti compensativi e/o misure dispensative. Non è compito della scuola certificare gli alunni con bisogni educativi speciali, ma individuare quelli per i quali è opportuna e necessaria l'adozione di particolari strategie didattiche. Si ribadisce che, anche in presenza di richieste dei genitori accompagnate da diagnosi che però non hanno dato diritto alla certificazione di disabilità o di DSA, il Consiglio di classe è autonomo nel decidere se formulare o non formulare un Piano Didattico Personalizzato, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione. È quindi peculiare facoltà dei Consigli di classe o dei team docenti individuare - eventualmente anche sulla base di criteri generali stabiliti dal Collegio dei docenti - casi specifici per i quali sia utile attivare percorsi di studio individualizzati e personalizzati, formalizzati nel Piano Didattico Personalizzato, la cui validità rimane comunque circoscritta all'anno scolastico di riferimento.

- *Diagnosi, certificazione e BES*: Al riguardo, si ritiene utile fornire una precisazione di carattere terminologico. Per "certificazione" si intende un documento, con valore legale, che attesta il diritto dell'interessato ad avvalersi delle misure previste da precise disposizioni di legge - nei casi che qui interessano: dalla Legge 104/92 o dalla Legge 170/2010 - le cui procedure di rilascio ed i conseguenti diritti che ne derivano sono disciplinati dalle suddette leggi e dalla normativa di riferimento. Per "diagnosi" si intende invece un giudizio clinico, attestante la presenza di una patologia o di un disturbo, che può essere rilasciato da un medico, da uno psicologo o comunque da uno specialista iscritto negli albi delle professioni sanitarie. Pertanto, le strutture pubbliche (e quelle accreditate nel caso della Legge 170), rilasciano "certificazioni" per alunni con disabilità e con DSA. Per disturbi ed altre patologie non certificabili (disturbi del linguaggio, ritardo maturativo, ecc.), ma che hanno un fondamento clinico, si parla di "diagnosi".

#### Indicazioni critiche

Si è voluto riportare ampi brani delle indicazioni normative su DSA e BES per dare conto, in modo comparato, degli elementi di incertezza, ed anche di confusione, che

connotano tali indicazioni. Partiamo dall'ultima distinzione, di carattere marcatamente nominalista: per certificazione si intende un "documento di valore legale", mentre invece per diagnosi si intende un "giudizio clinico attestante la presenza di una patologia o di un disturbo". Ma la certificazione non ha come oggetto la presenza di una patologia o di una minorazione, appunto? Dove risiede la differenza tra i due provvedimenti? Se un disturbo è "clinicamente fondato", perché non dovrebbe essere certificabile?

La definizione di disabilità del pur citato nuovo classificatore (ICF, 2001), secondo la quale un disturbo di funzionamento è da considerare come disabilità a prescindere dalla causa, viene completamente ignorata. Di fatto la scuola sceglie di continuare a "classificare" patologie e loro conseguenze, come esplicitamente "vietato" dall'OMS per quanto riguarda i contesti educativi e riabilitativi.

Al di là delle questioni relative alle definizioni, ciò che la normativa non riesce a raggiungere è il sospirato passaggio dall'ottica burocratica garantista all'ottica educativa: rimane infatti un profondo solco di divisione tra i diritti della persona che ottiene una certificazione e i diritti della persona che ottiene "soltanto" una diagnosi di DSA oppure ancora una mera indicazione di presenza di un Bisogno Educativo Speciale. Il piano meramente clinico e il piano educativo (legato al funzionamento) rimangono giustapposti: insomma, il legislatore non riesce a prendere una decisione definitiva circa i criteri da usare per assegnare il diritto ad un'educazione speciale ed inclusiva.

Nell'incertezza, e quasi a giustificare gli esiti in fondo deludenti dei nuovi provvedimenti, viene ribadito il principio della personalizzazione, possibile anche in assenza dell'insegnante di sostegno, in quanto richiamato sia dal DPR 275/99 sull'autonomia scolastica che dalla Legge 53/2003, come a dire che il Piano Didattico Personalizzato non è strettamente riconducibile alla presenza di un insegnante specializzato. Se questo è vero, rimane tuttavia ancora più incomprensibile come tale risorsa sia assegnata ancora con il criterio della certificazione, saltando a piè pari la logica dell'effettivo funzionamento, ovvero del Bisogno Educativo concreto.

Se in effetti la personalizzazione era già resa possibile dai due provvedimenti citati, che cosa aggiunge di nuovo la normativa sui BES? In definitiva, semplicemente la possibilità di ricorrere a strumenti dispensativi e compensativi, come già operato nei confronti dei DSA. A partire da questa considerazione, si comprende meglio come possa essersi verificata la rincorsa all'attestazione dei BES, un modo semplice e sbrigativo per non prendersi carico delle difficoltà degli alunni, finendo per adottare anche nel campo dei bisogni educativi una certa logica pessimista e statica, tipica dell'approccio clinico.

La scuola italiana vuole dispensare o educare? Questa è una delle domande fondamentali alla quale dovremo rispondere nei prossimi anni. Nel frattempo occorre costruire su queste fondamenta un poco instabili, prendendo quanto da esse di buono si può trarre, cominciando dalla definizione dei Bisogni Educativi Speciali per finire con la logica della personalizzazione, da sottrarre al mero uso di strumenti dispensativi e compensativi.

Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* poiché la disabilità è tale a prescindere dalla causa, utilizzare la check list ICF per valutare il funzionamento sia degli alunni con certificazione che degli alunni privi di tale provvedimento, riconducendo entrambe le condizioni al criterio educativo del disturbo di funzionamento.

*Raccomandazione n. 2:* adottare tutte le forme di flessibilità (tempi, spazi e gruppi) che consentono alla propria istituzione scolastica di adottare forme reali di progettazione personalizzata, pur in assenza di insegnante specializzato.

*Raccomandazione n. 3:* considerare la tecnologia non come strumento compensativo, ma come veicolo di scuola inclusiva, attraverso il cambiamento di paradigma educativo, che favorisca il *passaggio a forme collaborative e costruttive di esperienza scolastica*.

*Raccomandazione n. 4:* considerare la misura dispensativa come ultima risorsa, di carattere emergenziale, di fronte ad una difficoltà di apprendimento, adottando al contempo tutte le misure educative possibili al fine di incidere realmente sul problema riscontrato.

*Raccomandazione n. 5:* valutare la possibilità di candidare la propria scuola sul territorio come organizzazione in grado di valutare e intervenire efficacemente sui Bisogni Educativi Speciali, attraverso un piano dell'offerta formativa a carattere marcatamente inclusivo. Per fare questo, sviluppare azioni di sistema volte a qualificare la propria scuola, e contemporaneamente avviare azioni di "sensibilizzazione" volte a far conoscere al territorio la propria "candidatura inclusiva".

#### 4.7. Valutazione degli apprendimenti

Indicazioni normative

- Legge n. 104 del 05/02/1992 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate":
  - Art. 16: Valutazione del rendimento e prove d'esame. Nella valutazione degli alunni handicappati da parte degli insegnanti è indicato, sulla base del piano educativo individualizzato, per quali discipline siano stati adottati particolari criteri didattici, quali attività integrative e di sostegno siano state svolte, anche in sostituzione parziale dei contenuti programmatici di alcune discipline. Nella scuola dell'obbligo sono predisposte, sulla base degli elementi conoscitivi di cui al comma 1, prove d'esame corrispondenti agli insegnamenti impartiti e idonee a valutare il progresso dell'allievo in rapporto alle sue potenzialità e ai livelli di apprendimento iniziali. Nell'ambito della scuola secondaria di secondo grado, per gli alunni handicappati sono consentite prove equipollenti e tempi più lunghi per l'effettuazione delle prove scritte o grafiche e la presenza di assistenti per l'autonomia e la comunicazione. Gli alunni handicappati sostengono le prove finalizzate alla valutazione del rendimento scolastico o allo svolgimento di esami anche universitari con l'uso degli ausili loro necessari.

- Decreto del Presidente della Repubblica - 23/07/1998 n. 323 “Regolamento recante disciplina degli esami di Stato conclusivi dei corsi di studio di istruzione secondaria superiore, a norma dell’articolo 1 della L. 10 dicembre 1997, n. 425”
  - Art. 6 - 6. Esami dei candidati con handicap. Ai fini di quanto previsto dall’articolo 16, commi 3 e 4, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, confluito nell’articolo 318 del testo unico approvato con decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, la commissione d’esame, sulla base della documentazione fornita dal consiglio di classe, relativa alle attività svolte, alle valutazioni effettuate e all’assistenza prevista per l’autonomia e la comunicazione, predispone prove equipollenti a quelle predisposte per gli altri candidati e che possono consistere nell’utilizzo di mezzi tecnici o modi diversi, ovvero nello sviluppo di contenuti culturali e professionali differenti. In ogni caso le prove equipollenti devono consentire di verificare che il candidato abbia raggiunto una preparazione culturale e professionale idonea per il rilascio del diploma attestante il superamento dell’esame. Per la predisposizione delle prove d’esame, la commissione d’esame può avvalersi di personale esperto; per il loro svolgimento la stessa si avvale, se necessario, dei medesimi operatori che hanno seguito l’alunno durante l’anno scolastico. I testi della prima e della seconda prova scritta sono trasmessi dal Ministero anche tradotti in linguaggio braille, ove vi siano candidati in situazione di forte handicap visivo. I tempi più lunghi nell’effettuazione delle prove scritte e grafiche e del colloquio, previsti dal comma 3 dell’articolo 16 della citata legge n. 104 del 1992, non possono di norma comportare un maggiore numero di giorni rispetto a quello stabilito dal calendario degli esami. In casi eccezionali, la commissione, tenuto conto della gravità dell’handicap, della relazione del consiglio di classe, delle modalità di svolgimento delle prove durante l’anno scolastico, può deliberare lo svolgimento di prove scritte equipollenti in un numero maggiore di giorni.
- Ordinanza Ministeriale Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca 21 maggio 2001, n. 90 “Norme per lo svolgimento degli scrutini e degli esami nelle scuole statali e non statali di istruzione elementare, media e secondaria superiore – Anno scolastico 2000-2001”.
  - art. 15: Valutazione degli alunni in situazione di handicap. Nei confronti degli alunni con minorazioni fisiche e sensoriali non si procede, di norma, ad alcuna valutazione differenziata; è consentito, tuttavia, l’uso di particolari strumenti didattici appositamente individuati dai docenti, al fine di accertare il livello di apprendimento non evidenziabile attraverso un colloquio o prove scritte tradizionali. Per gli alunni in situazione di handicap psichico la valutazione, per il suo carattere formativo ed educativo e per l’azione di stimolo che esercita nei confronti dell’allievo, deve comunque aver luogo. Il Consiglio di classe, in sede di valutazione periodica e finale, sulla scorta del Piano Educativo Individualizzato a suo tempo predisposto con la partecipa-



zione dei genitori nei modi e nei tempi previsti dalla C. M. 258/83, esamina gli elementi di giudizio forniti da ciascun insegnante sui livelli di apprendimento raggiunti, anche attraverso l'attività di integrazione e di sostegno, verifica i risultati complessivi rispetto agli obiettivi prefissati dal Piano Educativo Individualizzato. Ove il Consiglio di classe riscontri che l'allievo abbia raggiunto un livello di preparazione conforme agli obiettivi didattici previsti dai programmi ministeriali o, comunque, ad essi globalmente corrispondenti, decide in conformità dei precedenti artt.12 e 13. Qualora, al fine di assicurare il diritto allo studio ad alunni in situazione di handicap psichico e, eccezionalmente, fisico e sensoriale, il piano educativo individualizzato sia diversificato in funzione di obiettivi didattici e formativi non riconducibili ai programmi ministeriali, il Consiglio di classe, fermo restando l'obbligo della relazione di cui al paragrafo 8 della Circolare ministeriale n. 262 del 22 settembre 1988, valuta i risultati dell'apprendimento, con l'attribuzione di voti relativi unicamente allo svolgimento del citato piano educativo individualizzato e non ai programmi ministeriali. Tali voti hanno, pertanto, valore legale solo ai fini della prosecuzione degli studi per il perseguimento degli obiettivi del piano educativo individualizzato. I predetti alunni possono, di conseguenza, essere ammessi alla frequenza dell'anno successivo o dichiarati ripetenti anche per tre volte in forza del disposto di cui all'art. 316 del D.Lvo 16.4.1994, n. 297. In calce alla pagella degli alunni medesimi, deve essere apposta l'annotazione secondo la quale la votazione è riferita al P.E.I e non ai programmi ministeriali ed è adottata ai sensi dell'art.14 della presente Ordinanza. Gli alunni valutati in modo differenziato come sopra possono partecipare agli esami di qualifica professionale e di licenza di maestro d'arte, svolgendo prove differenziate, omogenee al percorso svolto, finalizzate all'attestazione delle competenze e delle abilità acquisite. Tale attestazione può costituire, in particolare quando il piano educativo personalizzato preveda esperienze di orientamento, di tirocinio, di stage, di inserimento lavorativo, un credito formativo spendibile nella frequenza di corsi di formazione professionale nell'ambito delle intese con le Regioni e gli Enti locali. In caso di ripetenza, il Consiglio di classe riduce ulteriormente gli obiettivi didattici del piano educativo individualizzato. Non può, comunque, essere preclusa ad un alunno in situazione di handicap fisico, psichico o sensoriale, anche se abbia sostenuto gli esami di qualifica o di licenza di maestro d'arte, conseguendo l'attestato di cui sopra, l'iscrizione e la frequenza anche per la terza volta alla stessa classe. Qualora durante il successivo anno scolastico vengano accertati livelli di apprendimento corrispondenti agli obiettivi previsti dai programmi ministeriali, il Consiglio di classe delibera in conformità dei precedenti artt. 12 e 13, senza necessità di prove di idoneità relative alle discipline dell'anno o degli anni precedenti, tenuto conto che il Consiglio medesimo possiede già tutti gli elementi di valutazione. Gli

alunni in situazione di handicap che svolgono piani educativi individualizzati differenziati, in possesso dell'attestato di credito formativo, possono iscriversi e frequentare, nel quadro dei principi generali stabiliti dall'art. 312 e seguenti del D.Lvo n. 297/1994, le classi successive, sulla base di un progetto – che può prevedere anche percorsi integrati di istruzione e formazione professionale, con la conseguente acquisizione del relativo credito formativo in attuazione del diritto allo studio costituzionalmente garantito. (...) Qualora un Consiglio di classe intenda adottare la valutazione differenziata di cui sopra, deve darne immediata notizia alla famiglia fissandole un termine per manifestare un formale assenso, in mancanza del quale la modalità valutativa proposta si intende accettata. In caso di diniego espresso, l'alunno non può essere considerato in situazione di handicap ai soli fini della valutazione, che viene effettuata ai sensi dei precedenti artt.12 e 13. Per gli alunni che seguono un Piano educativo Individualizzato differenziato, ai voti riportati nello scrutinio finale e ai punteggi assegnati in esito agli esami si aggiunge, nelle certificazioni rilasciate, l'indicazione che la votazione è riferita al P.E.I e non ai programmi ministeriali. (...) Al fine di facilitare lo svolgimento delle prove equipollenti previste dall'art.318 del D.Lvo 16.4.1994, n. 297, i Consigli di classe presentano alle Commissioni d'esame un'apposita relazione, nella quale, oltre a indicare i criteri e le attività previste al comma precedente, danno indicazioni concrete sia per l'assistenza alla persona e alle prove d'esame sia sulle modalità di svolgimento di prove equipollenti, sulla base dell'esperienza condotta a scuola durante il percorso formativo. (...) I tempi più lunghi nell'effettuazione delle prove scritte e grafiche, previsti dal terzo comma dell'art. 318 del D.Lvo n. 297/1994, riguardano le ore destinate normalmente alle prove ma non possono comportare di norma un maggior numero di giorni rispetto a quello stabilito dal calendario degli esami. I docenti di sostegno, a norma dell'art. 315, comma quinto, del D.Lvo n. 297/1994, fanno parte del Consiglio di classe e partecipano, pertanto, a pieno titolo alle operazioni di valutazione, con diritto di voto per tutti gli alunni della classe.

- Circolare Ministeriale 20 luglio 2001, n. 125. Certificazioni per gli alunni in situazione di handicap.
  - Le disposizioni vigenti in materia di scrutini nelle scuole secondarie superiori prevedono il rilascio di certificazioni di crediti formativi agli alunni in situazione di handicap che non conseguono il titolo di studio avente valore legale. (...) Al riguardo, per quanto concerne la certificazione relativa al credito formativo da rilasciare ai candidati che sostengono gli esami di Stato conclusivi dei corsi di studio di istruzione secondaria superiore, si confermano i modelli già adottati nel decorso anno scolastico. Anche per quanto concerne la certificazione relativa agli esami di qualifica professionale e di maestro d'arte sostenuti su prove differenziate da alunni disabili, i modelli

che si propongono sono già stati validamente sperimentati, nei decorsi anni da molte istituzioni scolastiche. Per altro, per le due tipologie, i modelli in questione sono stati approvati dall'Osservatorio Nazionale sull'handicap e sono allegati alla presente circolare unitamente ad una nota esplicativa. In ordine a tutti i suddetti modelli di certificazione, si ritiene utile porre in evidenza, da una parte, che essi fanno riferimento alle direttive europee sulla trasparenza delle certificazioni, e, dall'altra, che essi rispondono alla esigenza di certificare come crediti formativi i percorsi differenziati degli alunni disabili, in funzione della necessità di agevolare la frequenza dei sistemi di formazione regionale o il rientro nel sistema formativo pubblico. Nell'ottica suddetta, si sottolinea che la modulistica allegata è in grado di:

- descrivere le competenze e le capacità acquisite dall'alunno disabile, indicando anche in quale contesto tali competenze e tali capacità possono realizzarsi;
- permettere al Servizio informativo per il lavoro (SIL), all'ufficio di collocamento o ai nuovi uffici per l'impiego di leggere le competenze e le capacità conseguite dall'alunno disabile e di avere quindi la possibilità di offrire un lavoro il più rispondente possibile alle reali capacità dell'alunno;
- fornire al datore di lavoro informazioni chiare e univoche sulle capacità possedute dall'alunno disabile e su come tali capacità possono esplicarsi;
- essere compilata anche per gli alunni disabili definiti "gravi" perché possono fornire informazioni anche per la scelta e l'inserimento in una situazione protetta.

#### Indicazioni critiche

Anche per quanto riguarda la valutazione si è in presenza di una congerie di indicazioni di carattere fortemente burocratico, e solo in parte educativo e didattico. Certamente, trattandosi di valutazione, ci si trova come alla resa dei conti: gli esiti del Piano Personalizzato devono essere le competenze, conoscenze e abilità per così dire standard, oppure possono (e in qualche caso debbono) essere diversi?

Nascosta tra mille altre considerazioni (la natura e la durata delle prove equipollenti, la possibilità di essere ripetenti sino a tre volte nella stessa classe, etc.), si rintraccia infine la risposta: gli obiettivi del Piano Educativo Individuale possono essere diversi da quelli previsti dai cosiddetti programmi ministeriali, prefigurandosi la possibilità di non rilasciare all'alunno il titolo legale, ma semplicemente una certificazione di competenze, ai fini sia di credito formativo che di documento utile alle successive azioni di orientamento e di mediazione al lavoro.

#### Indicazioni per l'istituzione scolastica

*Raccomandazione n. 1:* evitare forme assistenzialistiche di rilascio di titoli e qualifiche anche quando l'alunno non raggiunge i livelli minimi previsti, in nome di presunti diritti all'uguaglianza.

*Raccomandazione n. 2:* conferire dignità e valore alla certificazione di competenze, indicandola al disabile e alla sua famiglia come strumento alternativo al titolo, realmente utile all'orientamento e ai percorsi di avvicinamento al lavoro.

*Raccomandazione n. 3:* utilizzare la check list ICF come strumento di valutazione e certificazione delle competenze, collegando le categorie e gli indicatori della check list alle competenze previste dal titolo di riferimento.

*Raccomandazione n. 4:* nel caso si decida di valutare obiettivi differenti da quelli corrispondenti al titolo/qualifica, comunicare tempestivamente alla famiglia le modalità alternative di prova finale, richiedendo assenso formale.

## 5. Bibliografia

---

- AINSCOW M. - BOOTH T., *L'Index per l'inclusione. Promuovere l'apprendimento e la partecipazione nella scuola*, Erickson, Trento 2008 scaricabile dal sito <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20Italian.pdf>
- ALEXANDER B., *Going Nomadic: Mobile Learning in Higher Education*, in Educause review, 39/5, 2004
- ALLY M. (a cura di), *Mobile learning: transforming the delivery of education and training*, Athabasca University Press, Edmonton, 2009
- BERGMANN J. - SAMS A., *Flip YOUR Classroom. Reach Every Student in Every Class Every Day*, International Society for Technology in Education, 2012
- BERGMANN J., *The Flipped Class: what it is and what is not*, pubblicato su [thedailyriff.org](http://thedailyriff.org), 21 giugno 2011
- CANEVARO A. - IANES D., *Diversabilità. Storie e dialoghi nell'anno europeo delle persone disabili*, Erickson, Trento 2003
- FRANCHINI R., *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Erickson, Trento 2007
- FRANCHINI R., *Padagogia: tablet e didattica*, in Rassegna CNOS, 3/2012, pp. 84
- FRANCHINI R., *The flipped classroom*, in Rassegna CNOS, 1/2014, pp. 83-99
- FRANCHINI R., *La tecnologia al servizio dell'educazione*, in Rassegna CNOS, 3/2014, pp. 73-91
- HOURST B., *Il piacere di imparare. Idee e strumenti per un apprendimento efficace*, Erickson, Trento 2013
- IANES D., *La diagnosi funzionale secondo l'ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erickson, Trento 2004
- IANES D., *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Erickson, Trento 2005
- MIUR, *Linee Guida sull'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*, 4 agosto 2009, scaricabile dal sito [http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/istruzione/prot4274\\_09](http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/istruzione/prot4274_09)
- OMS, *ICIDH, Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali*, Centro lombardo per l'educazione sanitaria, Milano 1980
- OMS, ICF, *Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità*, Erickson, Trento 2001
- ROSHAN S., *Changing the class experience*, pubblicato su [thedailyriff.org](http://thedailyriff.org), agosto 2011
- UNESCO, *International Standard Classification of Education (ISCED)*, 29° sessione, Parigi 1997, scaricabile dal sito <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isced97-en.pdf>
- VIGOTSKY L.S., *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Bari 1990, p. 127



## INDICE

---

<b>SOMMARIO</b> .....	3
<b>PREMESSA</b> .....	5
<b>1. Cosa sono i Bisogni Educativi Speciali (BES)</b> .....	7
1.1. <i>I sistemi di classificazione</i> .....	7
1.2. <i>Classificare le menomazioni e le loro conseguenze. Il sistema ICD</i> .....	10
1.3. <i>La Legge 104/92</i> .....	13
1.4. <i>Classificare la disabilità e le componenti della salute: il sistema ICF</i> .....	14
1.5. <i>Disabilità e Bisogni Educativi Speciali</i> .....	17
1.5.1 <i>I Bisogni Educativi Speciali includono la categoria di disabilità</i> .....	17
1.5.2 <i>I Bisogni Educativi Speciali sono una particolare forma di disabilità</i> .....	19
1.6. <i>Ricadure del concetto di Bisogno Educativo Speciale</i> .....	21
<b>2. Valutare i BES</b> .....	23
2.1. <i>Articolazione del sistema ICF</i> .....	24
2.2. <i>Valutare con ICF: linee di metodo</i> .....	27
2.3. <i>Dal classificatore alla checklist</i> .....	31
2.4. <i>L'uso della checklist a scuola: il Piano Personalizzato</i> .....	38
<b>3. Per una vera personalizzazione: integrazione o inclusione?</b> .....	43
3.1. <i>Dall'integrazione all'inclusione</i> .....	43
3.2. <i>L'educativo digitale e i BES: per una vera personalizzazione</i> .....	45
3.3. <i>Educativo digitale, apprendimento cooperativo e relazione forte</i> .....	47
3.4. <i>Cambiamenti organizzativi nella scuola inclusiva</i> .....	50
<b>4. Linee guida sulla presa in carico dell'alunno disabile e con Bisogno Educativo Speciale</b> .....	53
4.1. <i>Certificazione e assegnazione dell'insegnante di sostegno</i> .....	53
4.2. <i>Certificazione e assegnazione dell'insegnante di sostegno</i> .....	53
4.3. <i>Diagnosi funzionale</i> .....	57
4.4. <i>Profilo Dinamico Funzionale</i> .....	61
4.5. <i>Piano Educativo Individuale</i> .....	64
4.6. <i>Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e Bisogni Educativi Speciali (BES)</i> .....	66
4.7. <i>Valutazione degli apprendimenti</i> .....	71
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	77

