



BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Laboratorio formativo per docenti neoassunti
a tempo indeterminato

A.S. 2023/2024

Barbara Capuano

barbaracapuano82@gmail.com



TEMATICHE TRATTATE:

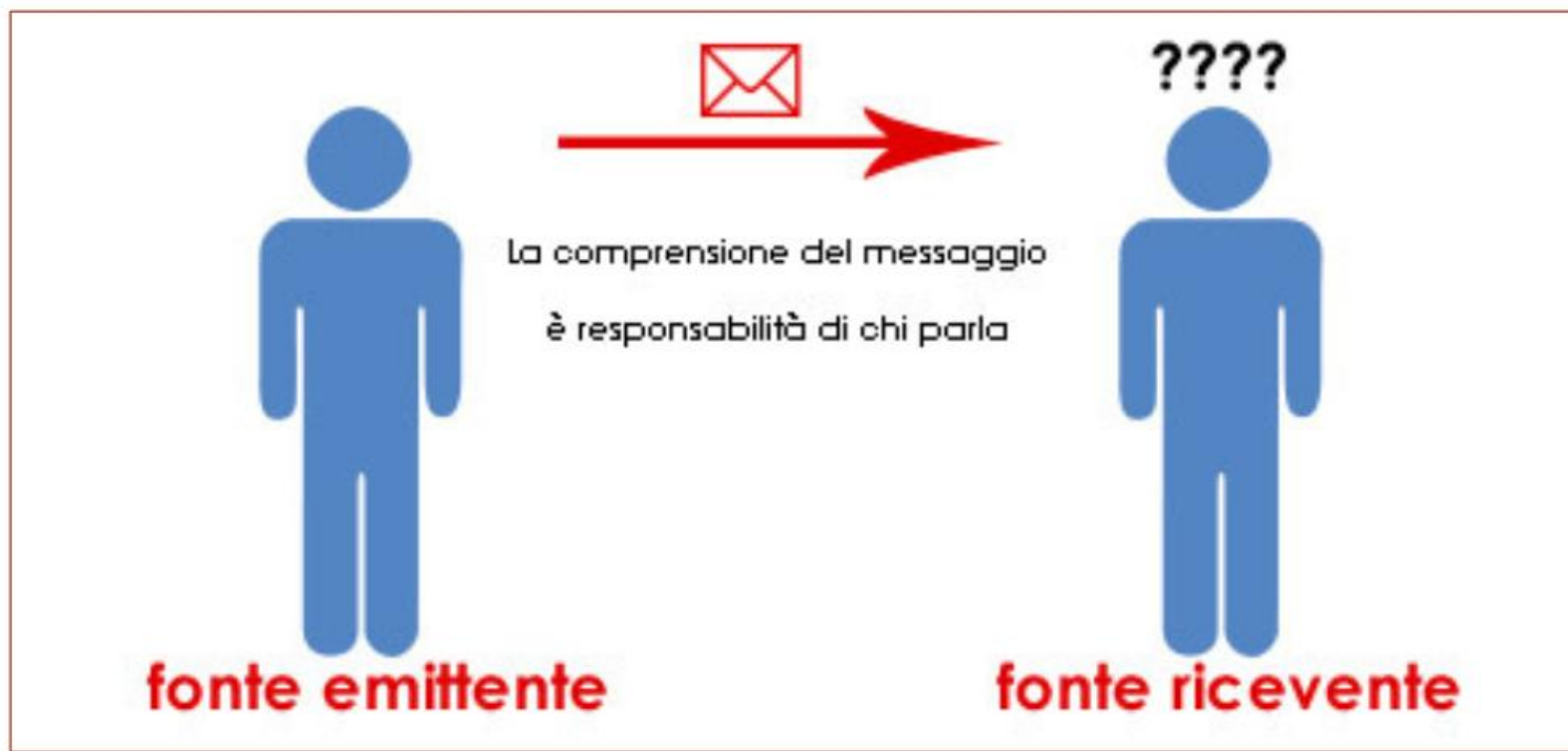
- La comunicazione
- Riferimenti normativi
- Dall'esclusione all'inclusione
- Il nuovo PEI
- I quattro pilastri della didattica inclusiva
- Le principali tipologie di disabilità
- Lettura e interpretazione della documentazione diagnostica
- La valutazione
- Laboratori

Quando perdiamo
il diritto di essere diversi,
perdiamo il privilegio
di essere liberi.

(Charles Evans Hughes)



CHI È RESPONSABILE DELLA COMUNICAZIONE?



SEI LI' DA UN' ORA E NON
HAI COMBINATO NULLA.
STUDIA!!!



SI PUO' INSEGNARE AD IMPARARE?

SONO PROPRIO UNA STUPIDA
NON SO FARE NIENTE

QUESTO COMPITO E'
IMPOSSIBILE COSA E'
SALTATO IN TESTA ALLA
MAESTRA...



FACILE!!
FACILISSIMO!!!
LO SANNO FARE I BAMBINI DI UN ANNO

MI E' RIUSCITO BENE...
MI SONO IMPEGNATO



CHE COSA HAI PENSATO?



PER MIGLIORARE LA STIMA DI SÈ

Richiamare l'attenzione sulle **capacità del bambino** creando momenti in cui lui possa mostrare i suoi talenti

Usare il "rinforzo positivo": gratificare il bambino quando mette in atto un comportamento richiesto

Evidenziare i suoi successi e non i suoi errori



PER EVITARE

non agisco perché non riesco

non riesco perché non agisco

non voglio mettermi alla prova



LA MOTIVAZIONE

MOTIVAZIONE NON E' UGUALE A FORZA DI VOLONTÀ

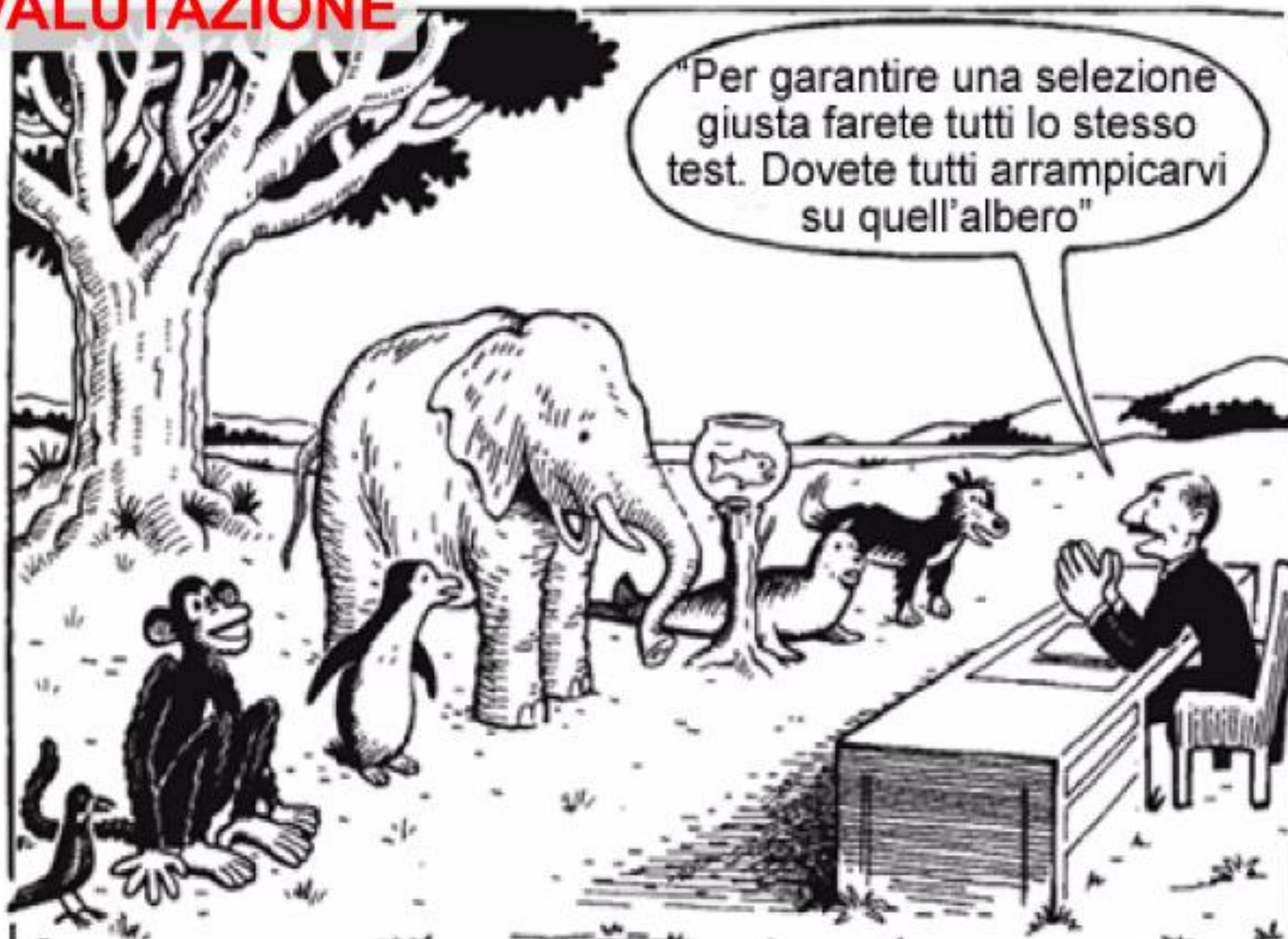
Gianluca
impegnati di
piu'



UFFA!
Ma come faccio
se non so come si fa



VALUTAZIONE





so arrampicarmi sugli alberi

so essere un buon amico

so correre veloce

so giocare a carte

so disegnare



Lo scopo di una comunicazione costruttiva, arricchente e funzionale, è il benessere psicologico dei discenti.

Secondo l'antropologo Albert Mehrabian

- il verbale rappresenta solo il 7% della comunicazione
- il 38% di essa passa attraverso il canale paraverbale: tono voce, timbro, ritmo, inflessione, volume, pause, velocità
- il 55% attraverso il canale non verbale ovvero i movimenti del corpo, del volto, degli occhi, l'atteggiamento, l'aspetto, la postura e la prossemica [Teoria delle distanze: zona intima (da 0 a 50 cm); zona personale (da 50 cm ad 1 m); zona sociale (da 1-3/4 m); zona pubblica (oltre i 4 m)].



Una comunicazione è efficace quando tutti e tre i livelli (verbale, paraverbale e non verbale) sono coinvolti e coerenti tra loro.

Nella comunicazione efficace la gestualità ha un ruolo importante, può rappresentare: un rinforzo, un'involontaria smentita, una fonte di feedback.

Per comunicare a 360° dobbiamo utilizzare tutti i sensi mediante i tre canali di accesso: uditivo, cinestetico (tattile, olfattivo e/o gustativo) e visivo.



Il silenzio è anch'esso un modo strategico di comunicare e si distingue in:

Silenzio-risorsa con funzione riflessiva, si sta in silenzio per raccogliere idee, elaborare dati e riflettere, ma può avere anche una funzione difensiva, si tace per non aggravare problemi di relazione e per poter riprendere la discussione in un momento più favorevole.

Silenzio-arma non è funzionale alla relazione, ma ha per bersaglio figure percepite come avversarie e si utilizza il silenzio nei loro confronti per indurre nell'altro sensi di colpa o per marcare l'inferiorità dell'altro.



Una comunicazione efficace, quindi, serve per entrare in contatto con l'altro, dare e ottenere fiducia, affermare, tranquillizzare, coinvolgere, affascinare, ottenere consenso, perciò serve un giusto atteggiamento fatto di:

- empatia
- ascolto
- flessibilità
- feedback
- spontaneità (la comunicazione efficace non è una strategia studiata a tavolino, uguale per tutti, dipende dalla nostra storia e dalle nostre esperienze in situazioni interattive, dipende dal soggetto, dall'altro, dal contesto).



Bisogna tener presente che **gli esseri umani imparano:**

il 10% di quello che leggono

il 20% di quello che ascoltano

il 30% di quello che vedono

il **50%** di quello che **vedono e ascoltano**

il **70%** di quello ***discutono con altri***

l' **80%** di quello che ***sperimentano***

il **95%** di quello che ***insegnano agli altri***

(studio realizzato da William Glasser)



Analizzeremo il percorso prima culturale e poi giuridico e normativo delle politiche di inclusione per le quali l'Italia è stata apripista e all'avanguardia nel panorama europeo. Intitolerei questa lezione “dall'esclusione all'inclusione” per far cogliere subito la “rivoluzione copernicana” realizzata in un 70ennio di approccio democratico, progressista, pedagogicamente avanzato che ha fatto tesoro delle concezioni di Gardner delle diverse intelligenze e delle diverse abilità che sono potenzialmente in ognuno di noi. Il termine inclusione sociale abbraccia numerosi aspetti e ambiti tra i quali l'inclusione scolastica e l'inclusione lavorativa.

Il fine ultimo dell'inclusione sociale è garantire l'inserimento di ciascun individuo all'interno della società indipendentemente dalla presenza di elementi limitanti.



Pertanto, l'inclusione sociale rappresenta la condizione in cui tutti gli individui vivono in uno **stato di equità** e di pari opportunità, indipendentemente dalla presenza di disabilità o di svantaggio socio- culturale.

Marisa Pavone (Docente di Pedagogia Speciale all'Università di Torino) sostiene che "l'essere inclusi è un modo di vivere insieme, basato sulla convinzione che **ogni individuo ha valore** e appartiene alla comunità. Così intesa, l'inclusione può avvenire non solo nella scuola, ma in molteplici ambienti: lavoro, gioco, ricreazione".



Si è passati, perciò, a una pedagogia personalistica orientata alla valorizzazione della persona e alla costruzione di progetti educativi che si fondono sull'unicità biografica e relazionale dello studente principio valido per tutti i discenti.

Ciò rende centrale l'attenzione alla diversità e riduce i rischi di omologazione e assimilazione. Infatti, **riconoscere i differenti tipi di diversità in classe, riflettere sul fatto che ciascuno di noi è simile per alcuni aspetti e contemporaneamente diverso per altri nei confronti delle persone che ha intorno, confrontarsi con queste diversità è fondamentale per la strutturazione della identità individuale e per la vitalità personale e di gruppo.**

«Non c'è nulla di più ingiusto quanto far parti uguali fra disuguali.» Don Milani



Da ciò scaturisce la necessità per la scuola di realizzare percorsi personalizzati di valorizzazione dei progetti di vita di tutti e di ciascuno come raccomandano anche le Indicazioni nazionali del 2012.

Prima di affrontare le tematiche relative all'inclusione è importante soffermarci su alcune normative che mostrano come la scuola italiana si proponga di essere una scuola inclusiva, dove cioè il Diritto all'istruzione è inteso come diritto che deve essere riconosciuto a tutti, che si fonda su valenze di tipo pedagogico e sociale che prevedono anche un approccio che può e deve essere "personalizzato".

ANNI 50-70

Negli anni 1950-60 i ragazzi diversamente abili vivevano una situazione di ragazzi “invisibili” di cui vergognarsi anche da parte delle stesse famiglie o di esclusione il che portava a relegarli nelle “classi differenziali” che accoglievano tutti i discenti con menomazioni fisiche, sensoriali o semplicemente con problemi di asocialità.



La Legge 118/71 avviava il cammino dell'inclusione

Il processo d'inserimento scolastico dei disabili nelle classi comuni



<https://www.paeseitaliapress.it/sociale/2021/04/09/50-anni-fa-la-legge-118-71-avviava-il-cammino-dellinclusione/>



Gli anni 70 vedono una vera e propria “rivoluzione culturale” che porta a sperimentare con la legge 118 del 71 l'inserimento nelle **classi comuni dei ragazzi diversamente abili** con il solo obiettivo minimo del semplice inserimento per la “socializzazione”.

Gli scopi di questa legge erano essenzialmente tre:

- 1) inseriva tra i mutilati e gli invalidi civili tutti i tipi di handicap
- 2) ammetteva nella scuola dell'obbligo normale gli allievi con disabilità (mutilati e invalidi civili), tranne in caso di gravi deficienze intellettive o menomazioni fisiche.
- 3) concedeva qualche diritto ai portatori di handicap (es. l'art. 27 stabiliva l'abolizione delle barriere architettoniche negli edifici pubblici comprese le scuole).

Questa legge non offriva soluzioni operative né finanziamenti di alcun genere.

Il *documento Falcucci* (o Commissione di studio sui problemi degli handicappati)

<http://www.storiadeisordi.it/2007/09/25/documento-della-commissione-falcucci-sugli-interventi-a-favore-degli-alunni-disabili-1975/>

La Commissione ministeriale presieduta dalla senatrice Franca Falcucci, insediata nel 1974, conferma la tendenza già in atto di abolire le classi speciali e differenziali per favorire il processo d'inserimento nella scuola normale.

Il documento elabora un **modello di scuola avanzato, globale e inclusivo** che prevede **interventi sin dalla scuola materna**.

In seguito alla formulazione di tale documento, si ebbe la costituzione **dell'Ufficio speciale handicappati** presso il Ministero e di **Gruppi di lavoro** sull'handicap presso il Provveditorato agli Studi.

Il motto del documento potrebbe essere: "**tutti a scuola in classi normali**".



Il primo documento normativo – che fece subito seguito al documento Falcucci – regolante l’inserimento degli handicappati fu la **circolare n. 227 dell’8 agosto 1975**.

In seguito alla circolare n. 227 il passaggio degli handicappati dalle scuole speciali o dalle classi differenziali alle scuole normali fu massiccio e senza provocare grossi traumi.

Seguì alla 227, la **circolare 228 del 9 settembre 1975** atta a limitare le spese da parte dello Stato chiamando in causa gli Enti locali.



Con la Legge n. 360 dell'11 maggio 1976 i ciechi hanno potuto frequentare, finalmente, la scuola di tutti.

A migliorare questo processo di inclusione interviene la Legge 517 del 4 agosto del 77 (Legge Falcucci) che comincia a pensare alla necessità di affiancare ai docenti curricolari nella progettazione didattica anche il docente di sostegno specializzato e soprattutto di considerare l'opportunità di un percorso didattico personalizzato per gli allievi DVA

Altra novità di grande importanza è consentire l'istruzione dei bambini sordi integrandoli nelle Scuole "normali".





Vi è un'importantissima sentenza n. 215/87 della Corte Costituzionale che estende alla scuola superiore il diritto di istruzione per i disabili finora garantito solo nella scuola dell'obbligo.

Questa sentenza è fondamentale per aver dichiarato il diritto incondizionato di **integrazione degli allievi con disabilità nelle scuole superiori**, modificando (perché incostituzionale in base alla violazione degli artt. 3, 30, 31, 34 della Costituzione) la semplice “facilitazione” di frequenza degli stessi, dichiarata al comma 3 della legge 30 marzo 1971 n. 118.

La sentenza 215/87 afferma che la frequenza alle scuole superiori per i ragazzi con disabilità deve essere non semplicemente facilitata ma “assicurata” a tutti.



Se con la Legge 517/77 il docente per gli interventi di sostegno è uno **specialista**, con la **Legge 148/90** diventa **contitolare della classe** e pertanto partecipa come gli altri docenti al progetto educativo e formativo.

Non è l'insegnante dell'allievo disabile ma dell'intero gruppo-classe, ha gli stessi compiti dei colleghi, anche se viene posto in una funzione diversa.

La responsabilità dell'inclusione è sia dei docenti di sostegno sia dei curricolari sia della comunità scolastica globale. (C.M. 199/1979)

Legge 104/92

Rappresenta una tappa fondamentale perché colloca tra i diritti fondamentali della persona e del cittadino il diritto all'integrazione scolastica come obiettivo per lo sviluppo delle potenzialità della persona mediante un percorso personalizzato.

Infatti, garantisce il diritto all'educazione e all'istruzione nelle classi di scuola comune a tutti i minori con disabilità, gravi compresi.

L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere **impedito** da **difficoltà** derivanti dalla **disabilità**. Viene definita la figura del portatore di handicap come colui che presenta una minorazione fisica, psichica e sensoriale che è causa di difficoltà di apprendimento e di integrazione lavorativa o sociale; essa ne stabilisce i diritti, evidenziando tra le finalità generali che la società deve perseguire la **rimozione delle cause invalidanti**, la **promozione dell'autonomia** e la **realizzazione dell'integrazione sociale**.

L'accertamento della situazione di handicap viene operato dalle ASP (Azienda Sanitaria Provinciale) con la diagnosi funzionale (DF) a cui segue il profilo dinamico-funzionale (PDF) elaborato dall'équipe costituita dai genitori del ragazzo, da operatori scolastici e dalla ASP.

Le ASL e la scuola sono congiuntamente responsabili della coprogettazione degli interventi.

Il P.D.F. contiene la definizione delle caratteristiche fisiche, psichiche e sociali dell'allievo, delle difficoltà di apprendimento e delle possibilità di recupero. Sulla base di questo documento l'équipe predispone il Piano educativo individualizzato (P.E.I.) che delinea il percorso di apprendimento e di formazione dell'allievo; esso prevede interventi di-dattici riabilitativi, di socializzazione e di integrazione attuati sia dalla scuola che dall'extrascuola.

Inoltre, sono garantite attività di sostegno mediate l'assegnazione di docenti specializzati.

Gli Enti Locali hanno l'obbligo di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale a favore degli allievi con disabilità fisica e sensoriale.

La Legge 62/2000 estende l'integrazione scolastica degli allievi con disabilità anche alle scuole paritarie.





Legge 328/2000, Art. 14. (Progetti individuali per le persone disabili).

«Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 Legge 104/1992, 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».



IL «PROGETTO INDIVIDUALE» COMPRENDE (Legge 328/2000 art. 4)

- La 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 con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale
- Le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale
- La definizione delle potenzialità e degli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

IL DIRITTO DI TUTTI I RAGAZZI ALLA PERSONALIZZAZIONE DELL'APPRENDIMENTO

La **Legge 53 del 2003** segna il riconoscimento del diritto di tutti i ragazzi alla personalizzazione dell'apprendimento, visto che impone di riconoscere e valorizzare le diversità individuali attraverso piani di studio personalizzati per i singoli allievi, per tutti i singoli allievi, e non solo per gli allievi in situazione di handicap, perché tutti i **singoli allievi sono diversi l'uno dall'altro.**

art. 1 *“favorire la crescita e la valorizzazione della persona umana, nel rispetto dei ritmi dell'età evolutiva, delle differenze e dell'identità di ciascuno e delle scelte educative della famiglia, nel quadro della cooperazione tra scuola e genitori, in coerenza con il principio di autonomia delle istituzioni scolastiche e secondo i principi sanciti dalla Costituzione”*



I PIANI DI STUDIO PERSONALIZZATI

D. Lgs 59/2004

«Definizione delle norme generali relative alla scuola dell'infanzia e al primo ciclo dell'istruzione»

Implicano un percorso di apprendimento rapportato alle potenzialità di sviluppo dell'allievo, o del gruppo di allievi, e caratterizzato da:

- organizzazione dell'oggetto di studio in forme adeguate ai livelli di competenza effettivamente raggiunti
- programmazione di attività per successivi stadi di sviluppo
- adattabilità e flessibilità.



Il **DPCM 185/2006** (“Regolamento recante modalità e criteri per l’individuazione dell’allievo come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell’articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289”) presenta elementi innovativi rispetto alla certificazione della disabilità che per la prima volta viene scorporata dalla classificazione della persona (**soggetto con disabilità e non più persona disabile**).



La terza parte delle *"Linee guida 2009"* forniscono indicazioni su:

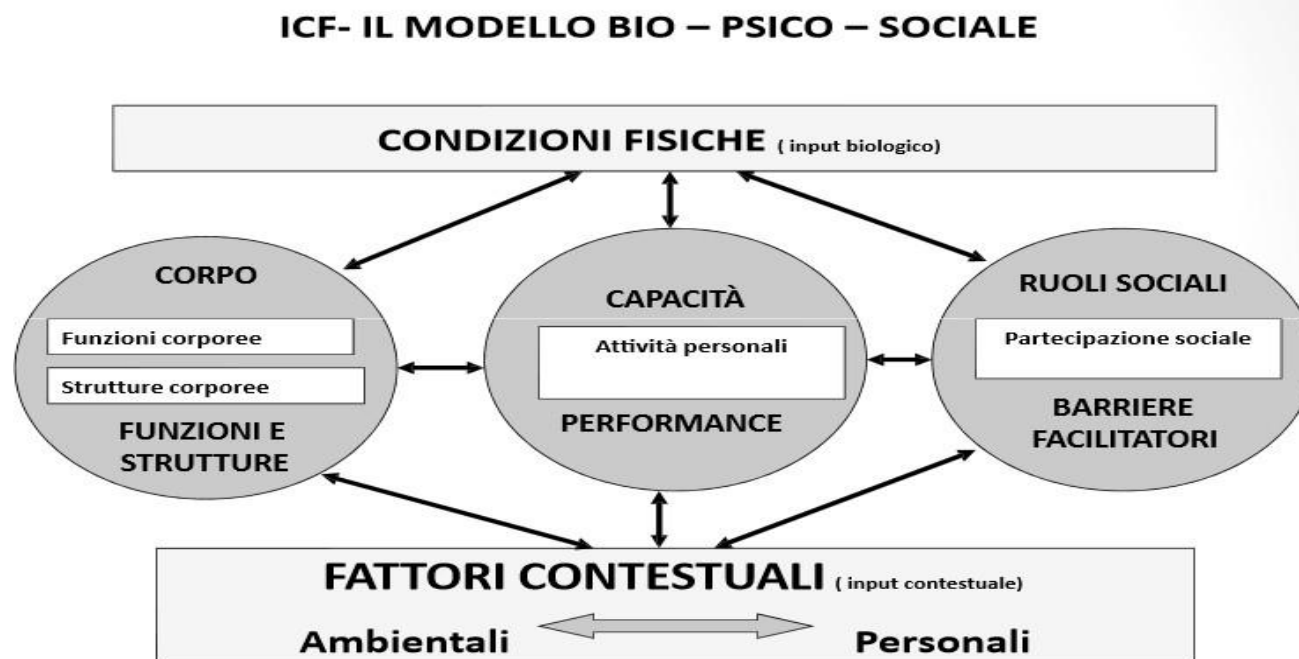
- il ruolo del Dirigente scolastico, che, essendo il garante dell'offerta formativa progettata e attuata dall'istituzione scolastica, deve esercitare, al fine della realizzazione dell'integrazione scolastica - assunta come *"valore fondativo"* del Piano dell'Offerta Formativa - una *"leadership gestionale e relazionale"* **per la costruzione del sistema di integrazione/inclusione**. Al Dirigente, quindi, sono richieste una serie di attività di promozione, valorizzazione di progetti, di guida delle azioni connesse con le procedure di integrazione, indirizzo dell'operato dei singoli Consigli di classe/interclasse, coinvolgimento delle famiglie, raccordo con le diverse attività territoriali, attivazione di specifiche azioni di orientamento, eliminazione delle barriere architettoniche
- la corresponsabilità educativa e formativa dei docenti, i quali sono chiamati a lavorare su tre direzioni: **sul clima della classe; sulle strategie didattiche e sugli strumenti; sull'apprendimento-insegnamento.**



Infatti, è l'intera comunità scolastica che deve essere coinvolta nel processo in questione e non solo una figura professionale specifica a cui demandare in modo esclusivo il compito dell'integrazione. Il limite maggiore di tale impostazione risiede nel fatto che nelle ore in cui non è presente il docente per le attività di sostegno esiste il concreto rischio che per l'allievo con disabilità non vi sia la necessaria tutela in ordine al diritto allo studio. La logica deve essere invece sistemica, ovvero quella secondo cui il docente in questione è **“assegnato alla classe per le attività di sostegno”**, nel senso che oltre a intervenire sulla base di una preparazione specifica nelle ore in classe collabora con l'insegnante curricolare e con il Consiglio di classe affinché l'iter formativo dell'allievo possa continuare anche in sua assenza.

- il personale ATA e l'assistenza di base. Nel rammentare che le mansioni relative all'assistenza rientrano tra le funzioni aggiuntive, che richiedono l'attivazione delle procedure contrattuali, si precisa che il Dirigente scolastico deve assicurare in ogni caso il rispetto di tale diritto mediante ogni possibile forma di organizzazione del lavoro, utilizzando tutti gli strumenti previsti per la gestione delle risorse umane
- la collaborazione con le famiglie. Si ritiene necessario che i rapporti tra Istituzione scolastica e famiglia avvengano nella logica del supporto in relazione alle attività scolastiche e al processo di sviluppo dell'allievo disabile, considerando che la famiglia costituisce un punto di riferimento essenziale per la corretta inclusione scolastica dell'allievo stesso. La documentazione relativa a quest'ultimo, pertanto, deve essere sempre disponibile per la famiglia e consegnata dall'Istituzione scolastica quando richiesta.

Le stesse Linee Guida del Ministero della Pubblica Istruzione per l'integrazione scolastica degli allievi con disabilità (2009) indicano l'adozione dell'ICF «come modello di classificazione bio-psico-sociale attento all'interazione fra le capacità di funzionamento di una persona e il contesto sociale, culturale e personale in cui essa vive».





Legge 170 del 2010

A completare questo processo di integrazione degli allievi in difficoltà con la Legge 170 del 2010 e le successive linee guida del 2011 si cerca di intervenire anche per quei ragazzi con disturbi specifici di apprendimento (DSA) sottolineando l'importanza di interventi personalizzati per esaltare e valorizzare le scelte e i progetti di vita dei singoli differenziandola dalla semplice individualizzazione che si limita a riconoscere i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini.

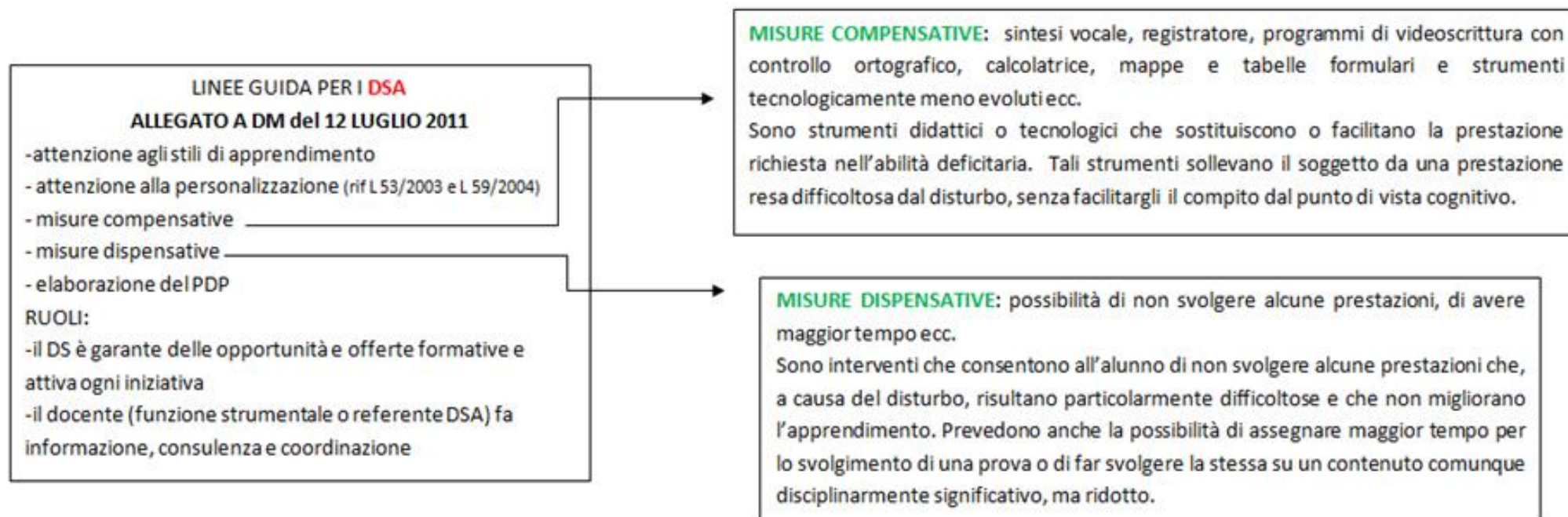
LEGGE 170/2010

Art. 1 "Riconoscimento e definizione

*di dislessia, disgrafia, disortografia,
discalculia"*



Nel Decreto n. 5669 del 12 luglio 2011, emanato in attuazione della legge 170/2010, i DSA rappresentano una questione distinta dalle problematiche dell'handicap. Il Decreto, con l'Allegato: "Linee guida", illustra in modo puntuale e articolato i percorsi didattici da privilegiare con gli allievi affetti da DSA e apre un canale di tutela del diritto allo studio diverso da quello previsto dalla L. 104/92 perché **focalizzato sulla didattica individualizzata e personalizzata, sugli strumenti compensativi, sulle misure dispensative e su adeguate forme di verifica e di valutazione.**



LE DIFFICOLTÀ DI LETTURA NEL DSA

Letture stentata e lenta

- *mancata automatizzazione*

Letture con molti errori

- *carenza del magazzino lessicale*

Difficoltà a capire/ricordare il testo letto

- *la lettura resta un compito cognitivo e
assorbe gran parte delle energie*
- ***difficoltà nella memoria di lavoro***

Scoraggiamento e rinuncia/rifiuto

- *fatica / percezione della scarsa efficacia*



Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 e C.M. n° 8 del 6 marzo 2013

L'espressione **“Bisogni Educativi Speciali”** (BES) **entra in uso in Italia** con l’emanazione della Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 “Strumenti di intervento per allievi con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica” e successiva C.M. n° 8 del 6 marzo 2013, che riprende le indicazioni UNESCO del 1977: *«il concetto di Bisogno Educativo Speciale si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli allievi che vanno male a scuola (failing) per una varietà di altre ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale. ... Se questo gruppo di bambini, più o meno ampiamente definito, avrà bisogno di un sostegno aggiuntivo, dipenderà da quanto la scuola avrà bisogno di adattare il curriculum, l’insegnamento, l’organizzazione o le risorse aggiuntive umane e/o materiali per stimolare un apprendimento efficace ed efficiente».*

CIRCOLARE N. 8 DEL 6 MARZO 2013

- I CDC decidono se fare PDP
- Nasce il GLI che elabora il PAI deliberato dal Collegio Docenti e inviato all’USR per avere le risorse di sostegno
- Rilancia l’azione dei Centri Territoriali per l’Inclusione

NOTA PROT. 01551 (27 GIU 2013) → solo chi ha 104/92 ha sostegno

NOTA PROT. 2563 (22 NOV 2013) ribadita la responsabilità del CDC per il PDP



Perciò con la Direttiva del 27/ 12/ 2012, la **C.M. n. 8 del 6 marzo 2013** e la **NOTA MIUR prot. 2563 del 22 novembre 2013** si fa un altro passo avanti decisivo per le politiche di inclusione dei ragazzi con **bisogni educativi speciali** (BES) che presentano problematicità nei processi di apprendimento per le condizioni sociali di **disagio** o per difficoltà **esistenziali**.



BISOGNI EDUCATIVI

SVILUPPARE

→ Competenze

→ Identità

→ Autostima

→ Autonomia

FISIOLOGICA INTERDIPENDENZA CON
L'ECOSISTEMA

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Quando bisogno educativo normale diventa speciale?

Quando il funzionamento di un alunno rende più difficile trovare una risposta adeguata ai suoi bisogni



BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

CHI SONO I BES?

Dalla DM del 27 dicembre 2012

“...ogni alunno, in continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta.”







INCLUSIONE SCOLASTICA

Cosa dice la normativa ?

Costituzione Italiana

art. 34 “La scuola è aperta a tutti”

Direttiva MIUR del 27 Dicembre 2012

“Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica”

C.M. n.8 del 6 marzo 2013



C.M. n.8 del 6 marzo 2013

prefigura:

Il compito doveroso dei Consigli di classe è indicare in quali altri casi sia opportuna e necessaria l'adozione di una **personalizzazione della didattica** ed eventualmente di **misure compensative o dispensative**, nella prospettiva di una presa in carico globale ed inclusiva di tutti gli alunni.



Che differenza c'è tra didattica individualizzata e didattica personalizzata?

L'individualizzazione ha lo scopo di far sì **che** certi traguardi siano raggiunti da tutti, la **personalizzazione** è finalizzata a far sì **che** ognuno sviluppi i propri personali talenti.

Nella prima gli obiettivi sono comuni, nella seconda ogni obiettivo è diverso per ciascuno.

PERSONALIZZAZIONE DEI PIANI DI STUDIO

Unico Piano di Studi

Stesse Unità di Apprendimento

Diversificazione delle strategie formative
percorsi/attività/metodi/strumenti

PERSONALIZZAZIONE

come strategia per

PROMUOVERE LE COMPETENZE INDIVIDUALI

- *“...il concetto di «personalizzazione» non possa essere confuso con quello di «formazione individuale»...*
- *L'insegnamento in questo caso non sarebbe più «personalizzato» o individualizzato, ma «individuale», e verrebbe a configurare un cammino esclusivo compiuto, come nell'antichità, con un precettore privato [...]*

ABILITARE COMPENSARE O DISPENSARE?

Intervento abilitativo

- ★ Ti insegno ad allacciare le scarpe
- ◆ Ti insegno a riconoscere lo stimolo quando ti scappa pipì
- ✧ Ti insegno a concentrarti per tempi adeguati
- ❖ Ti insegno ad eseguire un calcolo autonomamente

Intervento compensativo

- ❖ Ti compro le scarpe con lo strappo
- ◆ Ti faccio andare in bagno in orari programmati
- ✧ Programmiamo pause frequenti
- ❖ Ti do la calcolatrice

Intervento dispensativo

- ★ Ti allaccio le scarpe
- ◆ Ti metto il pannolone
- ✧ Ti do compiti brevi
- ❖ Ti do io il risultato



Nota 22 novembre 2013

...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.

...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 PDP**, avendo cura di verbalizzare le motivazioni della decisione.

COSA DOBBIAMO OSSERVARE?

In presenza di BES entrano in gioco

come risponde
al problema?



il problema
specifico



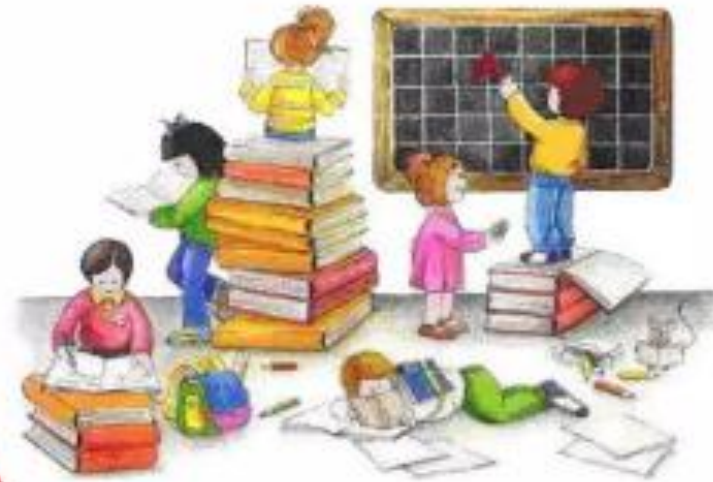
il contesto
barriera o facilitatore?



INTERESSE SUL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA

Secondo l'OMS la salute non è assenza di malattia

MA



Benessere bio-psico-sociale

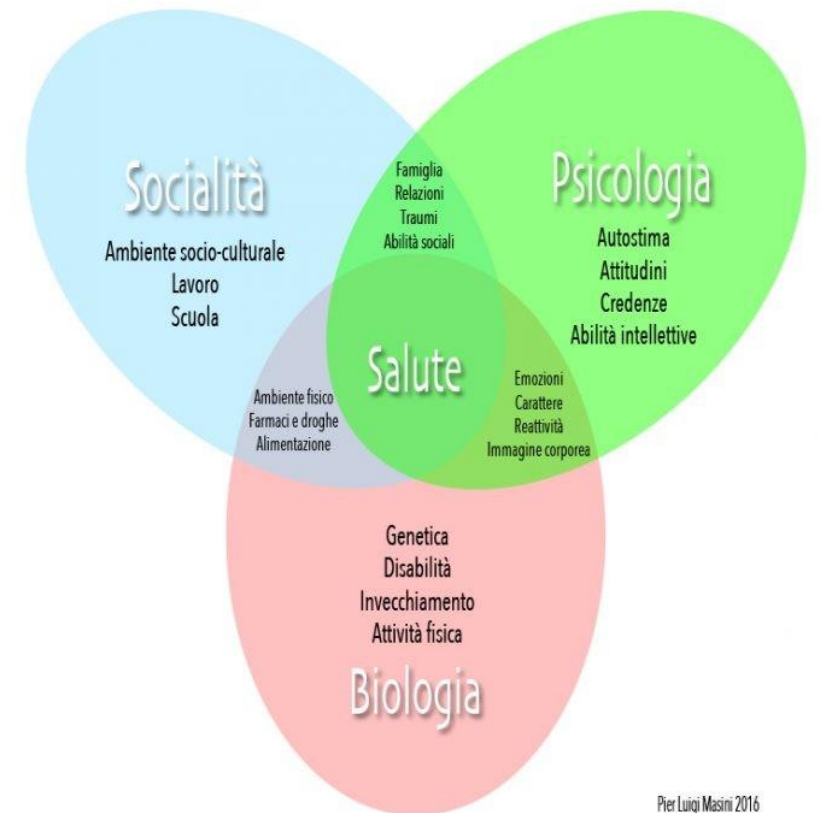
Piena realizzazione del proprio potenziale

D. Lgs. 66/2017

Il D. Lgs. 66/2017 aggiorna e razionalizza i provvedimenti vigenti in materia, tenendo conto della nuova **prospettiva nazionale e internazionale dell'inclusione scolastica**.

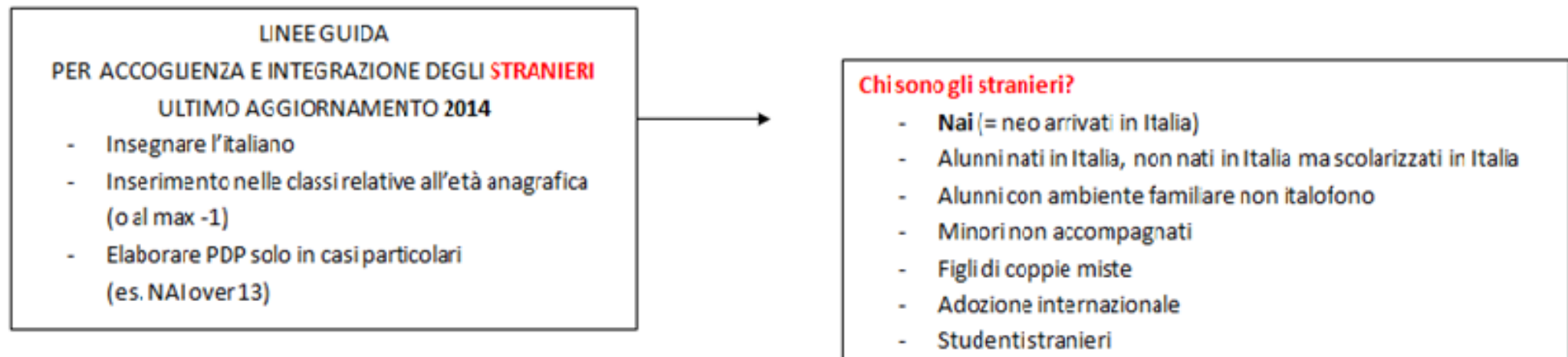
Nell'ambito della promozione dell'inclusione il Decreto interviene:

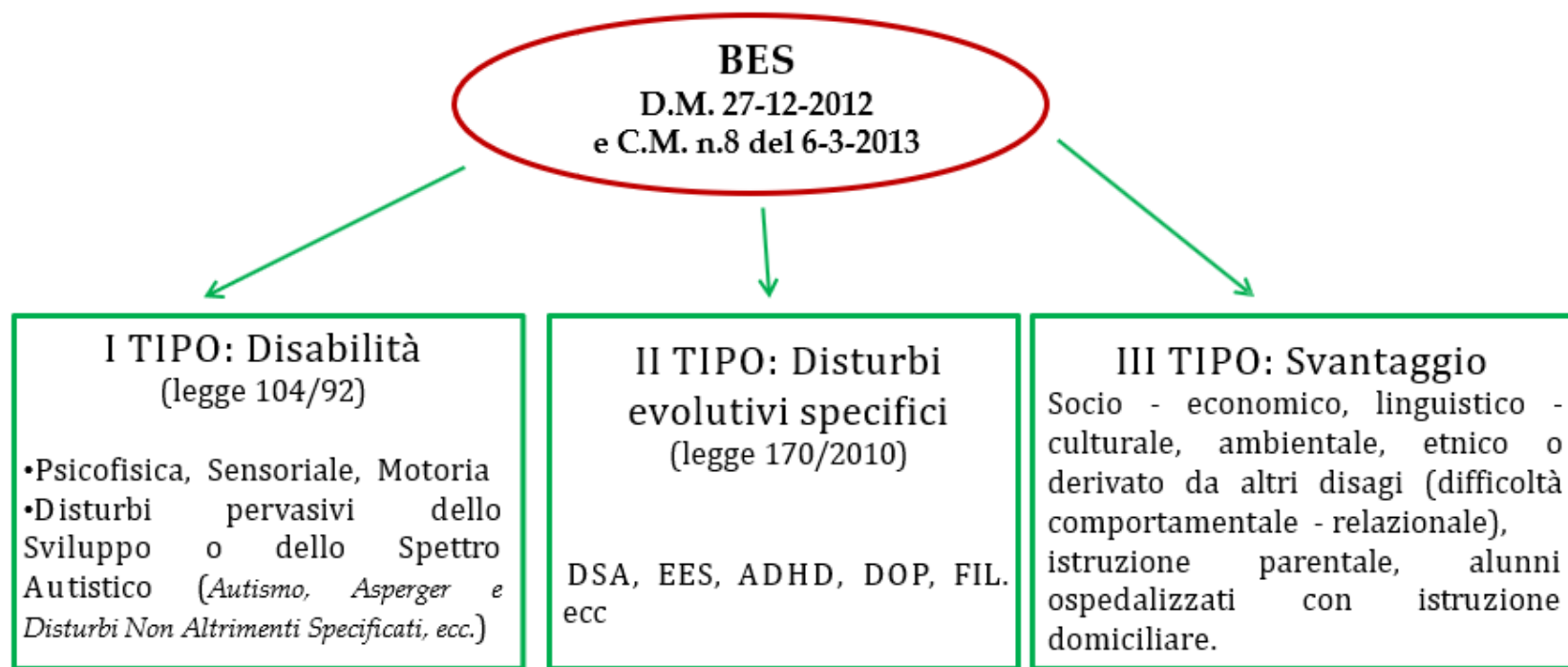
- sulla revisione delle modalità e dei criteri di certificazione introducendo la **redazione del P.E.I.** in base al modello normativo e culturale basato sul **modello bio-psico-sociale della ICF adottato dall'OMS** che pone in primo piano i **“processi di funzionamento”** della persona disabile piuttosto che la sua condizione di “carezza” o “mancanza”;
- sulla modifica della formazione iniziale degli insegnanti di sostegno;
- sull'obbligo di formazione relativa alle tematiche dell'inclusione per il personale della scuola.



Linee guida per l'accoglienza e integrazione degli stranieri - 2014

Il documento propone indicazioni aggiornate sui temi dell'orientamento scolastico, della valutazione, dell'istruzione e formazione dei giovani e degli adulti. La caratteristica distintiva del fascicolo è quella di offrire alle scuole una selezione ragionata delle soluzioni organizzative e didattiche elaborate e realizzate dalle scuole stesse, ovvero le migliori pratiche già messe in atto per l'accogliere e accompagnare in modo ottimale i sempre più numerosi ragazzi di origine non italiana che le frequentano.





INVALSI


- BES I TIPO → non vengono inclusi
- BES II TIPO/DSA → inclusi ma possono avere misure compensative
- BES III TIPO → non hanno agevolazioni e sono inclusi

ESAMI

- Ordinanza 13 (24 Aprile 2013)
- Ordinanza 37 (19 Maggio 2014)
- Nota Prot. 3587 (3 GIU 2014)

- Il CDC deve dare indicazione alla commissione d'esame.
- Solo se il CDC ha elaborato formalmente il PDP si possono avere misure compensative ma MAI dispensative.

DECRETO 62 DEL
13/04/2017





L'implementazione dell'inclusione si realizza anche mediante un'accresciuta qualificazione professionale delle commissioni mediche che accertano la condizione di disabilità. Esse, nel caso operino per persone in età evolutiva, sono composte, a partire dall'1 gennaio 2019, da:

- un medico specialista o un esperto della condizione di salute della persona
- uno specialista in neuropsichiatria infantile
- un terapeuta della riabilitazione
- un assistente sociale o un rappresentante dell'ente locale di competenza che ha in carico il soggetto.

Le altre novità introdotte riguardano l'introduzione del P.d.F. (Profilo di funzionamento) che sostituisce la D.F. e il P.D.F. Il P.d.F. deve essere aggiornato al passaggio di ogni grado di istruzione o per sopravvenute condizioni di "funzionamento" della persona e definisce le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali necessarie per l'inclusione scolastica.



Il P.d.F. viene redatto, dopo la certificazione della condizione di disabilità, dalla commissione medica con la collaborazione dei genitori e di un rappresentante dell'amministrazione (preferibilmente un docente della scuola frequentata dall'allievo) e rappresenta il documento propedeutico per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), nel quale sono definiti anche gli strumenti per lo svolgimento dell'alternanza scuola-lavoro (oggi PCTO), che confluisce nel Progetto Individuale (PI), redatto a cura dell'ente locale su richiesta e in collaborazione con la famiglia (DPR 328/2000) in base al principio della sussidiarietà verticale, attraverso politiche concrete di *governance* consapevole con un ruolo importante nei progetti di vita dei propri cittadini in difficoltà.

Il PEI è il documento che definisce anche le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali necessarie per l'inclusione scolastica.

La condivisione del progetto con la famiglia deve essere vissuto non solo come riconoscimento del diritto alla responsabilità educativa, ma per l'apporto valoriale di preziose risorse e competenze.



Il PEI viene elaborato e approvato dal GLO (Gruppo di lavoro operativo) assieme ai docenti di classe, ai genitori e all'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Si entra, così, in un'**ottica sistemica** che ridefinisce competenze familiari e istituzionali ai fini della crescita personale e del successo formativo di tutti e di ciascun allievo.



Il GLO, così come conosciuto oggi, resta operativo ed elabora e «APPROVA» il PEI insieme ai DOCENTI di CLASSE ai GENITORI e agli SPECIALISTI

Compiti:

- a) tiene conto della certificazione di disabilità e del Profilo di funzionamento
- b) individua strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie
- c) Individua le modalità didattiche e di valutazione in relazione alla programmazione individualizzata
- d) definisce gli strumenti per l'effettivo svolgimento dei PCTO



- e) definisce le modalità di coordinamento degli interventi ivi previsti e la loro interazione con il Progetto individuale
- f) è redatto all'inizio di ogni nuovo anno scolastico di riferimento ed è soggetto a verifiche periodiche nel corso dell'anno
- g) è aggiornato in presenza di nuove e sopravvenute condizioni di funzionamento della persona
- h) nel passaggio tra i gradi di istruzione, o di trasferimento fra scuole, è assicurata l'interlocuzione tra i docenti



Altra possibilità offerta dal Decreto è quella relativa all'istruzione domiciliare e prevede l'obbligo, per le istituzioni scolastiche, di individuare azioni volte a garantire il diritto all'istruzione a coloro che si trovino nell'impossibilità della frequenza scolastica per non meno di trenta giorni di lezione, anche non continuativi, a causa di gravi patologie certificate, pure attraverso progetti che possono avvalersi dell'uso delle nuove tecnologie.

Il D. Lgs. 66/2017 ha operato, quindi, una ridefinizione a tutto campo della materia dell'inclusione e, nel farlo, ha rimaneggiato l'assetto previgente, disponendo l'abrogazione e la riscrittura di numerose norme.

Per quanto riguarda invece le norme in materia di valutazione e certificazione delle competenze nel primo ciclo ed esami di Stato si fa riferimento al D. Lgs 62/2017.



Il D. Lgs 66/2017 ridisegna anche la **disciplina di accesso alla carriera di docente di sostegno nelle Scuole dell'infanzia e primaria** istituendo un Corso annuale di specializzazione in pedagogia e didattica speciale (per la Scuola secondaria di I e II grado interviene al riguardo il D. Lgs. 59/2017 sulla formazione iniziale). Inoltre, la formazione per l'inclusione è compiuta anche in servizio ed è estesa a tutto il personale scolastico, compresi gli ATA.

L'**inclusione scolastica**, inoltre, diviene **parametro** fondamentale di **valutazione delle scuole** attraverso l'utilizzo di specifici indicatori, predisposti dall'INVALSI (Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione) sentito l'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica istituito presso il MIUR. L'Osservatorio per l'inclusione scolastica è composto da tutti gli attori istituzionali coinvolti nel processo di inclusione, a completamento e garanzia del suo approccio sistemico e integrato. Tra i suoi compiti vi è il monitoraggio delle azioni per l'inclusione scolastica.



Infatti, la legge definisce in modo dettagliato ruoli e compiti spettanti a Stato, Regioni ed Enti locali nelle politiche di inclusione scolastica anche mediante il riassetto dei Gruppi di lavoro per l'inclusione.

L'art. 9 del D.Lgs. 66/2017 sostituisce integralmente l'art. 15 della L. 104/92, prevedendo una nuova governance organizzativa articolata su diversi livelli territoriali chiamati a sviluppare azioni sinergiche e coordinate.

A tal scopo, sono previsti i GLIR (**Gruppi di lavoro interistituzionali regionali**) istituiti presso ogni USR con funzione di consulenza e proposta su accordi di programma. Essi dovranno anche supportare le reti di scuole e orientare i futuri GIT (**Gruppi per l'inclusione territoriale**) che sono nati dall'1 gennaio 2019. Il loro compito consiste nel quantificare insieme al DS, per ogni ambito territoriale, le risorse da destinare al sostegno didattico in base alle proposte effettuate dalle singole scuole dopo l'analisi dei PEI, per il successivo inoltro all'USR.



Si conferma il GLI (Gruppo di Lavoro per l’Inclusione che si occupa di collaborare alle iniziative educative e di inclusione predisposte dal Piano triennale dell’offerta formativa (P.T.O.F.).

Il G.L.I. nasce con la Legge 104/1992, all’art.15, comma 2 e reiterato dall’ articolo 317 comma 2 del DPR 297/94 ove è stabilito che in ogni Istituzione scolastica debba essere attivato un gruppo di lavoro per l’integrazione scolastica che si doveva occupare esclusivamente di allievi con disabilità certificata.

Con la Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012 e la successiva Circolare Ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013 avente ad oggetto “Direttiva ministeriale 27 dicembre 2012 strumenti d’intervento per allievi con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica” la funzione del gruppo di lavoro viene estesa a tutte le problematiche relative ad allievi con Bisogni educativi speciali (B.E.S.).



Tra le misure per una scuola inclusiva, quindi, figura il **Piano per l'Inclusione** (P.A.I)., dal 2019, con la Legge 96, Piano inclusione (P.I.), che ogni Istituzione scolastica è tenuta a elaborare quale principale documento programmatico-attuativo in materia. Esso riporta, annualmente, le modalità per l'utilizzo coordinato delle risorse e gli interventi di miglioramento della qualità dell'inclusione, divenendo parte integrante del Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF).



D. Lgs n. 96 del 7 agosto 2019

Il decreto Inclusionione (D. Lgs n. 96 del 7 agosto 2019 recante Disposizioni integrative e correttive al Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, recante: «Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c) , della Legge 13 luglio 2015, n. 107») è stato pubblicato il 28 agosto 2019 nella Gazzetta Ufficiale ed è entrato in vigore il 12 settembre 2019.

Le novità introdotte sono molteplici; innanzitutto l'art. 4 del DL 96/19 modificando l'art. 5 del DL 66/2017 ha previsto una rivisitazione della composizione delle commissioni mediche per l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica: infatti saranno sempre presenti, oltre a un medico legale che presiede la Commissione, un medico specialista in pediatria o neuropsichiatria e un medico specializzato nella patologia dell'allievo.



Anche i genitori e, dove possibile, gli stessi allievi con disabilità se maggiorenni potranno partecipare al processo di attribuzione delle misure di sostegno.

L'assegnazione delle ore di sostegno, verrà decisa d'intesa con le famiglie, come anche i sussidi, gli strumenti e le metodologie di studio non saranno più elaborati in modo "standard", in base al tipo di disabilità, ma con un Piano didattico individualizzato che guarderà alle caratteristiche del singolo studente (prendendo come "modello" il famoso Progetto individuale già introdotto con la Legge 328/2000).

- Il Gruppo di lavoro operativo (GLO) per l'inclusione avrà il compito di redigere il Piano Educativo Individualizzato, compresa la proposta di quantificazione delle ore di sostegno. Novità alle superiori partecipa anche lo studente.
- Son stati, inoltre, individuati quali Centri Territoriali di Supporto (CTS), delle Istituzioni scolastiche di riferimento per la consulenza, la formazione il collegamento e il monitoraggio a supporto del processo di inclusione.



Tutte queste disposizioni sono molto importanti perché sottolineano, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come sia necessario, opportuno e doveroso che per corrette e sostanziali politiche di inclusione si debba lavorare non solo sul singolo ragazzo, ma soprattutto sul contesto di appartenenza che deve essere accogliente e capace di valorizzare le diversità.

Gradualmente, quindi, si è passati dal concetto di inserimento inteso solo come socializzazione a quello di integrazione inteso come processo del singolo per apprendere e adattarsi al mondo circostante in cui manca, però, l'idea dello scambio reciproco e infine a quello di inclusione che contiene in sé il concetto di un rapporto più equo tra la persona e l'ambiente, dove prevale il valore della capacità di tutti di includere, comprendere, accettare gli altri nella loro singolarità.





Il concetto di inclusione, quindi, coinvolge il 100% dei discenti, con l'infinita varietà delle loro differenze, con il loro diritto a una piena personalizzazione per evitare che differenze peculiari che appartengono a tutti possano essere percepite come diversità negative e quindi fonte poi di disuguaglianze, di isolamento e di espulsione.

Se l'integrazione è un processo del singolo per apprendere e adattarsi al mondo circostante, nel concetto di inclusione prevale il valore della capacità di tutti di includere, comprendere, accettare gli altri nella loro singolarità.

Si è passati così dalla disabilità ai DSA, alle varie forme di BES e finalmente a tutte le differenze e quindi oltre i BES!



IL BULLO



IL
"PERDENTE"



IL "D. A"



IL CONCENTRATO



LO STRANIERO



LA "PICCOLA"



L'INAFFERRABILE



IL
"CORPOREO"



IL
DISIMPEGNATO



L'ALIENO





Modello diagnostico ICF

La Direttiva 27/12/12 del Ministro Profumo parte proprio dall'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'allievo prescindendo da preclusive tipizzazioni.

Ogni allievo, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta.

Va quindi potenziata la cultura dell'inclusione, e ciò anche mediante un approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari, finalizzata ad una più stretta interazione tra tutte le componenti della comunità educante.

In tale ottica, assumono un valore strategico i Centri Territoriali di Supporto (CTS), che rappresentano l'interfaccia fra l'Amministrazione e le scuole e tra le scuole stesse in relazione ai Bisogni Educativi Speciali.



E' solo attraverso il lavoro sui contesti, e non soltanto sui singoli individui, che si promuove la partecipazione sociale e il coinvolgimento delle persone in difficoltà, nonostante i loro specifici problemi, come viene specificato anche dall'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità) proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2000).

L'attenzione al contesto, piuttosto che al soggetto, fornisce un'ottima base concettuale di funzionamento globale del soggetto: il funzionamento educativo-apprenditivo scaturisce dalla stretta relazione tra condizioni fisiche e fattori legati al contesto che inevitabilmente lo condizionano.

Quindi una scuola davvero inclusiva deve eliminare eventuali barriere relazionali o didattiche che potrebbero determinare o influire negativamente su forme di Bisogno Educativo Speciale, mettendo in atto strategie in grado di stimolare un apprendimento efficiente ed efficace.



Da ciò si deduce che poiché il successo dell'offerta formativa individualizzata deve avvenire in un contesto favorevole, se ciò non avviene la mancanza non dipende tanto da un deficit interno all'allievo, ma da un difetto nell'organizzazione della scuola e delle sue pratiche didattiche, definibile come “ostacoli all'apprendimento e alla partecipazione”.

Associato al concetto di BES e di inclusione vi è dunque l'idea di **didattica inclusiva**, che non è più speciale, cioè diretta solo a chi ne ha bisogno, ma ordinaria, cioè **per tutti**.



La diversità è la norma” e “i diversi non sono più diversi dagli uguali di quanto gli uguali non siano diversi tra loro”. (Lucio Cottini)

In tutte le persone, infatti, esistono carenze funzionali e carenze delle abilità relazionali, entrambe in misura diversa.

La normalità è costituita da plurime diversità, l’eterogeneità è la normalità.

Il mondo multiforme e composito di oggi ha bisogno di tutte quante le sue componenti, perché la vita è dialettica delle diversità e **senza diversità non c’è vita**, tutto altrimenti risulterebbe livellato e uniforme. La diversità, racchiusa nella ricchezza delle sue manifestazioni biologiche, culturali, estetiche, sociali, politiche, deve essere oggi considerata come un **valore assoluto e indispensabile dell’umanità**.

Il soggetto con disabilità è testimone manifesto della diversità, sia essa fisica, psichica o sensoriale.



Il diverso è un “altro”, rispetto al quale ogni soggetto è diverso: la dimensione etica della diversità, risiede nella scelta che ciascuno fa della propria vita.

Una scelta di partecipazione, di solidarietà, di immedesimazione e di empatia è una scelta di campo che si traduce in proposito educativo.

Presupposto dell'etica della diversità è la cultura dell'inclusione. In questi ultimi anni la presenza delle persone con disabilità ha dato un decisivo apporto al rinnovamento della scuola, che in questo modo ha saputo mettere in discussione se stessa, è stata in grado, tra tante difficoltà, di cercare nuovi percorsi e procedimenti, di creare una didattica inclusiva e nuovi profili professionali (dall'insegnante specializzato all'operatore psico-pedagogico).



Il ruolo del docente deve essere riconsiderato in una nuova ottica in cui l'insegnamento subisce delle trasformazioni radicali: all'allievo non possono essere impartite lezioni finalizzate all'apprendimento passivo; egli deve essere coinvolto in una **relazione di insegnamento/apprendimento circolare e reciproca**, nella quale non avverrà solo uno scambio di contenuti nozionistici, ma in cui dovranno vigere le **regole del confronto e dell'interazione**.

È necessario **spostare l'attenzione dall'insegnamento all'allievo e alla relazione**, sforzandosi di sviluppare un clima di accettazione e di fiducia: in questo modo l'ambiente educativo diventa **ambiente di apprendimento e di inclusione**, attento alla persona, nel pieno rispetto della libertà dell'essere umano, garantendo il **successo formativo di tutti, nessuno escluso**.



Nella prospettiva dell'inclusione scolastica e sociale l'individuazione dei bisogni diventa più complessa, in quanto gli stessi diventano ancora più speciali non solo in relazione al *deficit*, ma anche alle richieste che l'ambiente pone a ogni soggetto.

Quando ci troviamo di fronte a bisogni educativi speciali vuol dire che la capacità di apprendimento di un soggetto, in uno specifico ambito o rispetto a una o più competenze, si rivela problematica arrecandogli dei danni più o meno gravi.

La problematicità può essere di tipo globale o pervasivo come nel caso del ragazzo autistico, o specifica (dislessia, disgrafia, discalculia), o settoriale (disturbi del linguaggio, del comportamento, da deficit attentivi con iperattività, da deficit motori, cognitivi), permanente o transitoria; innumerevoli possono essere le cause (organiche, psicologiche, familiari, socio-culturali).

Possono presentarsi casi di svantaggio e deprivazione sociale, diversità etniche e culturali, difficoltà familiari, difficoltà psicologiche, difficoltà di apprendimento legate all'ambiente socio-culturale di appartenenza o alle caratteristiche familiari. Possono esserne causa anche la qualità dell'istruzione scolastica e le caratteristiche del soggetto per fattori emotivo – emozionali.



La “specialità” di tali bisogni non ha un’accezione negativa né valore di diagnosi-destino in quanto rimanda a uno stato nel quale tutti, in un qualsiasi momento della propria vita, ci si può ritrovare senza per questo dover rinunciare alla personale ricerca di autonomia, di relazione e di socializzazione, di acquisizione di abilità e di competenze soprattutto sociali.

Quello di cui i discenti con bisogni educativi speciali necessitano, sono interventi individualizzati che si traducano in opportuni e adeguati piani educativi e progetti di vita, ma anche, a seconda dei casi, di particolari attenzioni psico – educative perché non sempre è una diagnosi psicologica o medica a comunicarne il bisogno. Affinché questo sia possibile, deve avvenire in un contesto di integrazione e di inclusione, in una relazione educativa che presupponga la presenza di chi questi bisogni è disposto a riconoscerli e a prendersene carico.



L'insegnante di fronte a bisogni educativi specifici o particolari deve andare oltre la "percezione"; altro è l'osservazione e l'empatia.

Deve garantire una relazione di aiuto che va ben oltre quella prettamente didattica, educativa, pedagogica.

Deve anzitutto avere fiducia nelle potenzialità di ogni singolo discente, presenti sempre in chiunque, malgrado le difficoltà, e comprendere lo scarto tra ciò che è in grado di fare da solo e ciò che riesce a fare se supportato dall'insegnante e da altre figure di riferimento, compagni di classe compresi.

Ovviamente questo può avvenire solo all'interno di un'organizzazione aperta e favorevole al riconoscimento delle diversità, alla integrazione e alla inclusione, e non certamente classificando e categorizzando i soggetti per disturbi e deficit.



Pertanto fondamentale è l'azione realizzata strategicamente sul contesto e sulla rete sociale, con l'obiettivo di migliorare le prestazioni del soggetto in questione senza la pretesa o l'illusione di risolvere il deficit, di eliminare ogni forma di dipendenza e promuovere l'autonomia, di sviluppare quelle abilità sociali che potrebbero in seguito maturare in competenze laddove si riveleranno spendibili in situazioni diverse dal contesto nel quale sono state apprese.

L'insegnante deve conoscere il discente integralmente e olisticamente per poter valorizzare le potenzialità e avere una considerazione in positivo delle sue difficoltà, e poter definire il progetto educativo costruito sui vertici dell'essere, della possibilità e del dover essere.

C'è una netta differenza tra l'individualizzazione (il dare a tutti, in modo diverso, lo stesso, che è uguale e ripetibile: obiettivi comuni) e la personalizzazione (l'aiutare ciascuno a costruire il proprio, che è unico e irripetibile: obiettivi diversi per ciascuno con l'impiego di una varietà di metodologie e strategie didattiche).



La progettazione realizzata dagli insegnanti, a partire dall'analisi della situazione di partenza, deve prevedere la definizione degli obiettivi, la selezione dei contenuti, la scelta e l'organizzazione di metodi e di attività, la scelta e l'organizzazione di materiali e di strumenti, la realizzazione dell'intervento, la valutazione.

Inoltre deve prevedere, laddove se ne presentasse la necessità, attività di consolidamento, attività di recupero, attività di approfondimento, attività di sostegno, attività compensative, attività di arricchimento, attività diversificate in relazione più che ai livelli, alle identità personali e socio-culturali dei singoli discenti.

In sintesi, è solo attraverso una programmazione individualizzata che l'insegnante può costruire la "speciale normalità", arricchendo tecnicamente la normalità delle attività tenendo conto di aspettative, obiettivi e prassi di ogni discente, ai fini dell'apprendimento e della integrazione, adattando metodi, materiali, mediatori e situazioni didattiche, valorizzando i compagni di classe, la scuola, il territorio, sulla base di specifiche domande: chi insegna? Su cosa si lavora? Come si apprende? Come si interviene sui comportamenti problematici?

In una sola parola: EDUCARE.



Occorre riflettere sulla complessità del ruolo del docente che opera con delicatezza e responsabilità su un sistema dinamico di variabili muovendosi sul piano delle risorse umane; educare un ragazzo all'interno della scuola significa considerarne la persona nella sua interezza e nel suo vissuto personale e familiare, dunque saper ricorrere a varie forme di educazione ecologica globale e integrale.

La presenza di discenti “speciali” nelle classi costituisce una preziosa “occasione” perché la scuola cambi e si ripensi come strumento di successo formativo per tutti, apportando vantaggi a tutti i discenti della classe e all'intera comunità scolastica ed extrascolastica e cercando sempre di conciliare armonicamente le esigenze didattiche di individualizzazione e quelle relazionali di socializzazione, pena nuove forme di emarginazione, impegnandosi non nel *“fare altro”* ma nel *“farlo in altro modo”* in vista della valorizzazione della *“speciale normalità”*.



Le fasi dell'inclusione

Fase 1

Acquisire informazioni sull'allievo, sul percorso didattico–educativo dell'anno scolastico precedente, chiedere al referente per l'inclusione, al team dei docenti, ai colleghi di classe; successivamente chiedere di consultare il fascicolo personale dell'allievo.

I maggiori ostacoli, spesso, dipendono dalla carente documentazione (P.D.P./P.E.I.) concernente l'allievo, dalla tardiva consegna o addirittura dalla mancanza totale della stessa, specialmente al momento dell'inizio di un nuovo ciclo scolastico.

A volte la documentazione risulta di difficile comprensione, apparendo come un semplice ricettacolo di frasi e concetti del tutto scollegati dall'operatività.

In altri casi in cui esiste una diagnosi stilata con scrupolo, manca l'indicazione di quale sia la “funzionalità” dinamica dell'allievo (cosa sa fare e in quali situazioni).



Le fasi dell'inclusione

Nel fascicolo personale dell'allievo possono essere presenti i seguenti documenti:

- P.D.P.
- Diagnosi Funzionale (D.F.)
- Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.)
- Profilo di Funzionamento (P.d.F.)
- Piano Educativo Individualizzato/personalizzato del precedente anno scolastico (P.E.I.)
- Relazione finale.

Si ricorda che tutta la documentazione contenuta nel fascicolo personale è riservata, in quanto si riferisce a dati personali sensibili tutelati dalla Legge sulla privacy (Decreto legislativo n. 196/03) pertanto non è consentito fare fotocopie o fotografare con smartphone o altri dispositivi.



Fase 2

Procedere con l'osservazione del comportamento (griglia o diario di bordo) e la valutazione degli apprendimenti dell'allievo: osservare direttamente i livelli raggiunti nelle aree dello sviluppo descritte nell'ultimo P.D.P. / P.E.I.

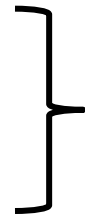
Questa osservazione servirà per redigere il nuovo P.D.P. o il nuovo P.E.I.

Per la strutturazione di un progetto di vita individualizzato (Legge 328/2000) nasce l'esigenza di saper leggere e interpretare la documentazione diagnostica:

- Diagnosi di D.S.A.

- Diagnosi Funzionale (D.F.)

- Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.)



Profilo di funzionamento (P.d.F.)

- Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.)

Diagnosi di D.S.A.

La diagnosi di [Disturbo specifico dell'apprendimento](#) può essere posta solo alla fine della seconda primaria per la lettura e scrittura, a fine terza per la [discalculia](#), per evitare falsi positivi. La cautela nel rinviare una diagnosi alla fine della seconda e terza primaria è corretta: con adeguato supporto molti bambini possono infatti recuperare e raggiungere il livello atteso per la classe.



D.F. (Diagnosi Funzionale)

È lo strumento che definisce le principali caratteristiche del funzionamento dello stato psico-fisico dell'allievo in relazione ai diversi contesti di vita. È il primo elemento su cui si costituisce il progetto di vita individuale che si declinerà negli interventi di potenziamento delle performance in ambito scolastico ed extrascolastico con la realizzazione del P.D.F. e del P.E.I.

Viene redatta dall'équipe che certifica.



P.D.F. (Profilo Dinamico Funzionale)

Il profilo dinamico funzionale è la descrizione funzionale e l'analisi dello sviluppo potenziale, sulla base di parametri, dell'allievo con certificazione.

Chi partecipa all'elaborazione del P.D.F.?

L'insegnante di sostegno, i docenti curricolari, gli operatori ASL e la famiglia.

Quando viene redatto il P.D.F.?

Nei primi mesi scolastici (in caso di una nuova certificazione); al primo e all'ultimo anno della scuola dell'infanzia, della scuola primaria, della scuola secondaria di primo grado e durante il corso di istruzione secondaria superiore (v. comma 8 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992); (sono comunque possibili verifiche intermedie).



Profilo di funzionamento (P.d.F.)

E' un documento introdotto dal decreto di revisione del *D. Lgs 66/2017*, ovvero dal *D. Lgs 96/2019*.

Nello specifico è un documento redatto successivamente all'accertamento della **condizione di disabilità dello studente** secondo i criteri di Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (I.C.F.).

La funzione del profilo di funzionamento è quella di rendere possibile la redazione del Piano Educativo Individualizzato.

Il P.d.F., entrato in vigore dall'1 gennaio 2019, **ingloba e sostituisce** la Diagnosi Funzionale (D.F.) e il Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.)

Il P.d.F. va redatto a seguito della presentazione della certificazione di disabilità da parte dei genitori, a doverlo compilare è l'unità di valutazione multidisciplinare che si compone di:

- medico specialista o esperto della condizione di salute dell'allievo
- neuropsichiatra infantile specializzato
- terapeuta della riabilitazione
- assistente sociale o rappresentante dell'Ente locale di competenza
- rappresentante dell'amministrazione scolastica (preferibilmente docente nella scuola dell'allievo)
- genitori dell'allievo D.V.A.



P.E.I. (Piano Educativo Individualizzato)

Il Piano educativo individualizzato (P.E.I.), è il documento nel quale vengono descritti gli **interventi integrati ed equilibrati** tra di loro, predisposti per l'allievo D.V.A., 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 un:

- progetto operativo interistituzionale tra operatori della scuola, dei servizi sanitari e sociali, in collaborazione con i familiari
- progetto educativo e didattico personalizzato riguardante la dimensione dell'apprendimento correlata agli aspetti riabilitativi e sociali
- progetto globale di vita che si basa sul modello dell'ICF.



Il P.E.I. contiene

- finalità e obiettivi educativi
- punti di forza
- certificazione delle competenze
- barriere e facilitatori
- ambienti di apprendimento
- organizzazione delle risorse
- verifica PEI e risorse
- PEI provvisorio
- metodologie, strumenti, tecniche e verifiche
- progetto degli A.E.C.

L'Assistente Educativo Culturale (**A.E.C.**) è una figura professionale riconosciuta da un'apposita legge (art. 13, comma 3 della Legge 104/92). Si occupa **di assistenza** a minori **con disabilità** nelle scuole dell'infanzia (scuola materna), in quelle primarie (scuola elementare) e secondarie **di 1° grado** (scuola media).



La struttura e la durata del P.E.I.

Il P.E.I. garantisce il rispetto e l'adempimento delle norme relative al diritto allo studio degli allievi con disabilità, esplicita, nel contempo:

- le modalità di sostegno didattico, compresa la proposta del numero di ore di sostegno alla classe
- le modalità di verifica, i criteri di valutazione, gli interventi di inclusione svolti dal personale docente nell'ambito della classe e in progetti specifici
- la valutazione in relazione alla programmazione individualizzata/personalizzata
- gli interventi di assistenza igienica e di base, svolti dal personale ausiliario nell'ambito del plesso scolastico
- la proposta delle risorse professionali da destinare all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione, secondo le modalità attuative e gli standard qualitativi previsti dall'Accordo di cui all'articolo 3, comma 5-bis, del decreto legislativo 66/2017.



La struttura e la durata del P.E.I.

Il documento in esame ha durata annuale con riferimento agli obiettivi educativi e didattici, nonché agli strumenti e alle strategie da adottare per realizzare un ambiente di apprendimento che promuova l'efficace traduzione delle potenzialità degli allievi con disabilità in reali competenze.

Il P.E.I. provvisorio viene redatto entro il 30 giugno dal Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (G.L.O.) coinvolgendo l'intero team dei docenti di classe, le famiglie, gli operatori sanitari.

Il P.E.I. definitivo viene redatto entro fine ottobre dal G.L.O.



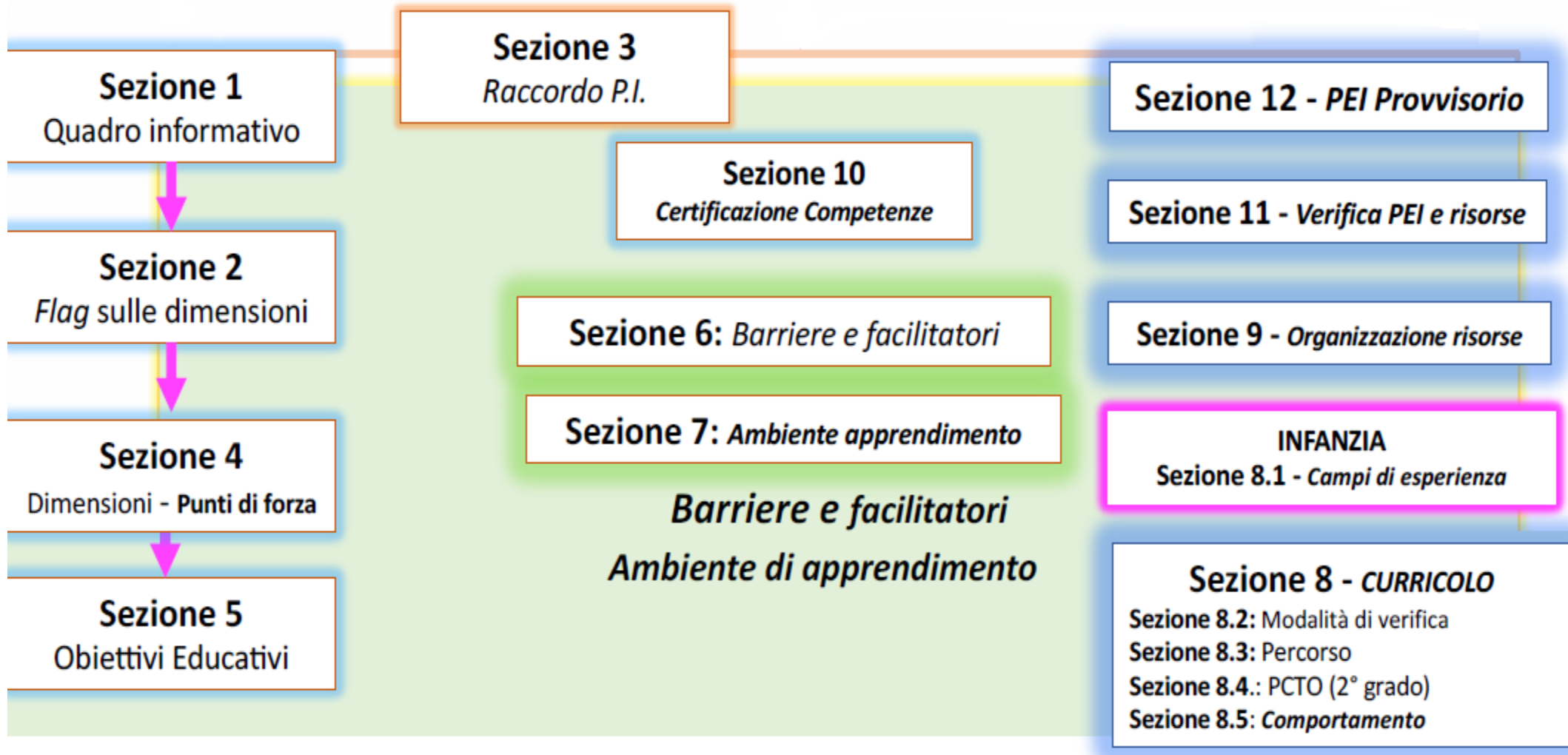
P.E.I.: documento per la continuità

Nel passaggio tra i gradi di istruzione o in caso di trasferimento, esso sarà accompagnato dall'interlocuzione tra i docenti dell'istituzione scolastica di provenienza e quelli della scuola di destinazione e, nel caso di trasferimento, sarà ridefinito sulla base delle diverse condizioni di contesto e dell'ambiente di apprendimento dell'istituzione scolastica di destinazione.

Nel modello per la scuola secondaria di secondo grado è presente uno specifico spazio dedicato alla descrizione di sé dello studente, mediante colloqui o interviste.

È prevista anche una sezione riservata ai Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO ex Alternanza Scuola Lavoro), con l'indicazione di compilare la sezione a partire dalla classe terza.

STRUTTURA DEL P.E.I.





Una didattica inclusiva si basa su quattro pilasti o elementi irrinunciabili:

1. Collaborazione: il principio dell'inclusione a scuola si concretizza solo in presenza di una forte collaborazione e co-partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nel raggiungimento di questo ambizioso traguardo. Un principio destinato al fallimento se resta solo il frutto di qualche insegnante particolarmente volenteroso impegnato a creare piccole "isole felici", dentro una scuola che alimenta altre priorità.

La scuola inclusiva è, al contrario, una *comunità* dove tutti, dirigenti, insegnanti, allievi, personale scolastico, famiglie, enti locali, servizi, diventano potenziali agenti di reali cambiamenti culturali, metodologici, didattici, organizzativi e strutturali. La collaborazione tra tutte queste figure e tra i differenti sistemi si gioca proprio sulla loro capacità *sinergica* di saper accogliere e valorizzare le differenze individuali, così come di eliminare ogni ostacolo fisico, metodologico, curricolare, sociale ed emotivo alla partecipazione sociale e all'apprendimento, senza lasciare nessuno indietro.



2. Progettazione: una didattica inclusiva è una didattica pensata, progettata e pianificata, *sin da principio*, sulla base delle variabilità individuali, capace di essere *accessibile* per *tutti* gli allievi e non solo per alcuni che appartengono a specifiche categorie (vedi allievi con disabilità, bisogni educativi speciali).

Progettare in modo inclusivo significa pensare, qualsiasi sia la disciplina scolastica o il contenuto da veicolare, a **forme di insegnamento personalizzato, multi-modale e multi-livello**, perché ogni allievo affronta l'apprendimento a livelli e modi differenti, evitando così “emergenze di percorso” che costringono, a posteriori, a modificare quanto progettato per una “classe ideale”, evitando così inutili sprechi di tempo e perdite di efficacia dell'azione didattica stessa. Una didattica mal progettata e mal condotta può correre il rischio di creare essa stessa ostacoli all'apprendimento.

La **didattica inclusiva** si prefigura, dunque, come uno **“stile” di insegnamento innovativo e flessibile** che facilita la partecipazione, la valorizzazione e il successo formativo di tutti gli allievi.

<https://www.tecnicadellascuola.it/linee-guida-per-la-certificazione-di-disabilita-pubblicato-ufficialmente-il-decreto-interministeriale-adesso-le-norme-sono-operative>



3. Efficacia: una didattica inclusiva sfida gli insegnanti a sviluppare un vasto repertorio di strategie didattiche considerate *efficaci*, non solo per allievi con bisogni speciali, ma per tutti. Ciò significa che ogni insegnante può migliorare la sua efficacia, prima di tutto conoscendo e poi utilizzando, monitorando e valutando la migliore evidenza disponibile, in modo da aiutare gli allievi a diventare anch'essi studenti più efficaci.

Numerose sono le ricerche che mostrano quanto le strategie meta-cognitive, cooperative, il rafforzamento delle competenze sociali ed emotive, nonché la creazione di un positivo clima di classe, siano essenziali ad una didattica di tipo inclusivo.

Sviluppare un ampio repertorio di strategie efficaci è indispensabile a patto che queste riflettano la conoscenza delle caratteristiche, delle necessità degli studenti e delle circostanze ambientali, nonché le conoscenze e abilità professionali e personali degli insegnanti.

4. Relazioni ed emozioni: Oltre alla dimensione dell'efficacia rispetto a scelte e azioni metodologico-didattiche da compiere, un insegnante inclusivo non può dimenticare la parte delle sue competenze relazionali ed emotive.

Numerose ricerche mostrano quanto l'atteggiamento mentale appropriato degli insegnanti, l'“esserci”, la vicinanza emotiva e la capacità di dare feedback appropriati e positivi agli studenti, siano elementi decisivi per il loro successo scolastico e la creazione di un buon clima di classe. Non passa giorno senza il quale agli insegnanti non sia chiesto di esercitare capacità di tipo relazionale (con allievi, colleghi, famiglie, etc.) ed emotivo (attenzione alla propria sfera emotiva, quella degli allievi, gestione di momenti di rabbia, etc.).

La formazione degli insegnanti rispetto alle loro abilità sociali ed emotive, in un contesto di scuola inclusiva, non può essere certamente sottovalutata. La qualità del clima della classe, fatto proprio di relazioni e vissuti emotivi, è determinante per la riuscita degli studenti, che imparano meglio quando si trovano in un ambiente emotivamente sicuro e prevedibile, che li motiva e li stimola verso obiettivi positivi e inclusivi.

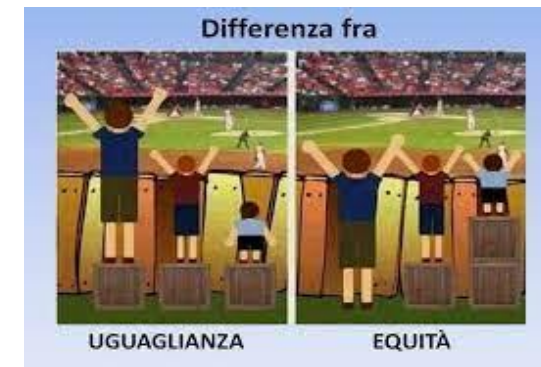
In altre parole si richiede l'implementazione dei principi della “Progettazione universale” rivisitati con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile esaltandone il potenziale inclusivo nel goal n. 4 “Garantire un’istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti”.

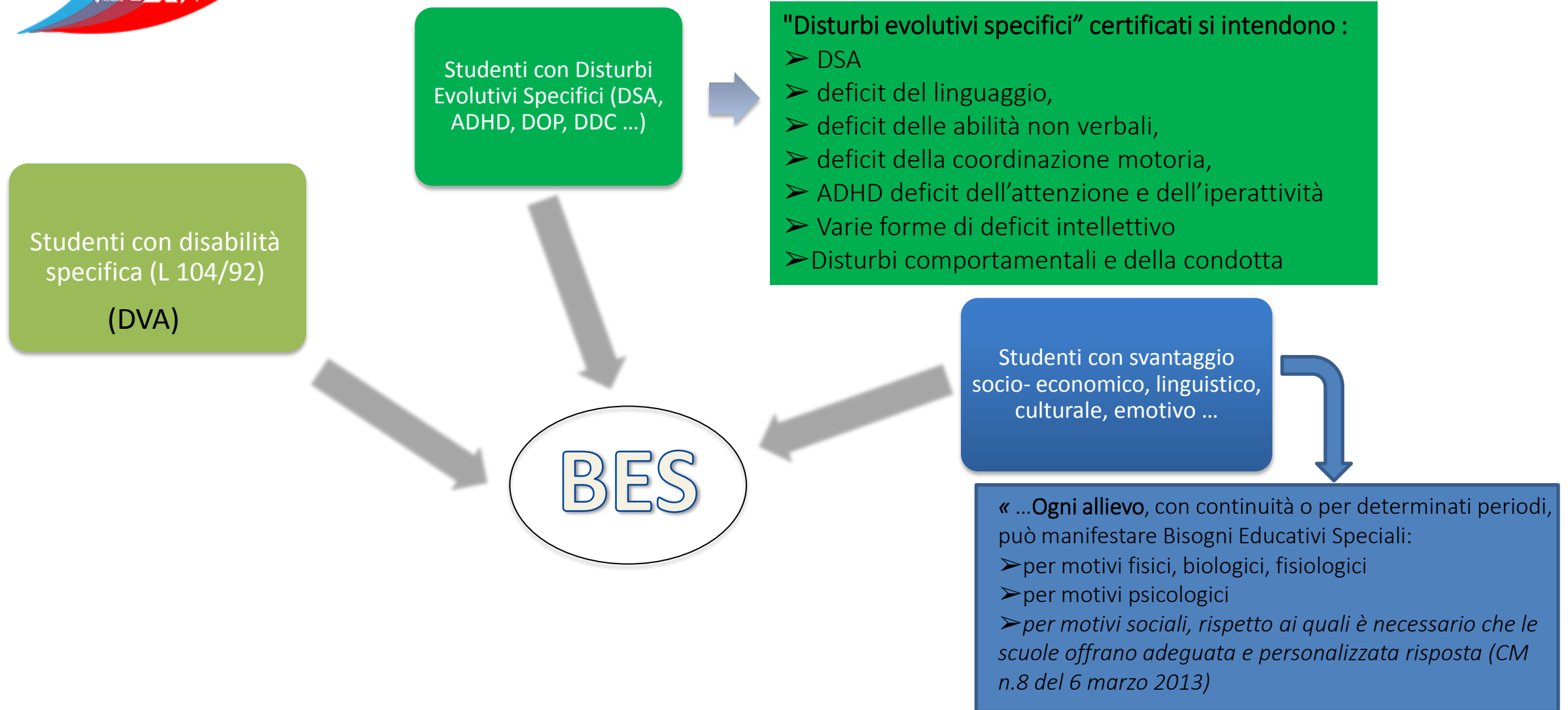
L'ambiente di apprendimento inclusivo è anche frutto di un'efficace corresponsabilità educativa; la realizzazione del processo inclusivo è, come ben noto, un obiettivo complesso e richiede un adeguato lavoro di squadra.

La presa in carica dell'allievo con disabilità deve, pertanto, essere ad ampio raggio valorizzando tutti i contributi della comunità scolastica che possono favorirla.

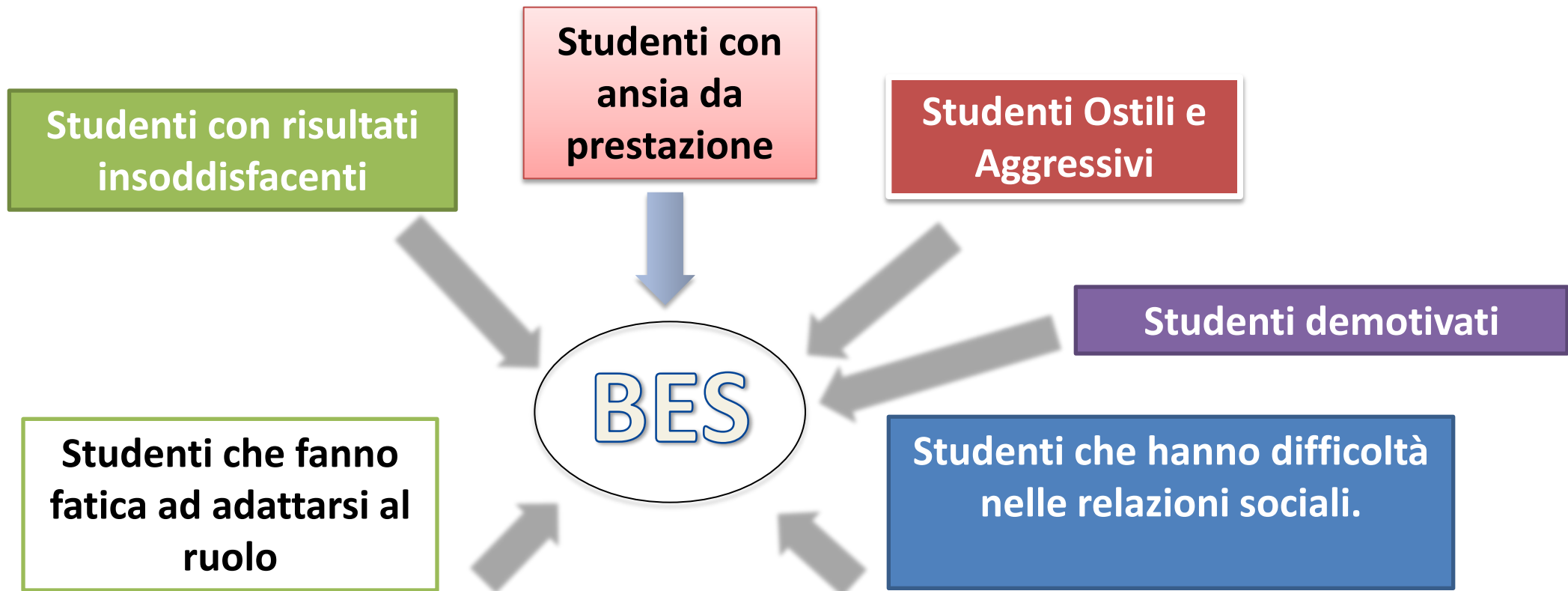
Pertanto, quali elementi vanno considerati nell'organizzazione dei percorsi didattici in senso inclusivo?

L'individuazione delle abilità e delle difficoltà degli allievi in situazione di disabilità può non essere sufficiente per poter predisporre gli obiettivi della programmazione curricolare: è necessario conoscere anche le potenzialità di sviluppo e porsi sempre in una dimensione longitudinale e orientativa.





Ma non solo ...



DSA, ADHD, DOP, DDC ...

Criteria per la diagnosi dei Disturbi Evolutivi Specifici delle abilità scolastiche

Quadro clinicamente significativo in base a:

- gravità del disturbo in termini scolastici (-2 deviazione standard)
- precedenti disturbi dello sviluppo
- problemi associati (distraibilità, disturbi della condotta, iperattività)
- risposta all'intervento



DSA, ADHD, DOP ed altri BES.

Gli allievi con DISTURBO DELL'ATTENZIONE fanno fatica a pianificare e organizzarsi

Il Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività rientra nella categoria dei Disturbi del Neurosviluppo, gruppo di condizioni che esordiscono nel periodo dello sviluppo e si caratterizzano per un deficit che causa una compromissione nel funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo.

Le caratteristiche delle attività dirette a un allievo con ADHD sono: Brevità, varietà, strutturazione.

DSA, ADHD, DOP ed altri BES.

DSA - disturbo dell'apprendimento, difficoltà di apprendimento

ADHD - disturbo da deficit di attenzione e iperattività

DOP - disturbo provocatorio oppositivo

DC - disturbo della condotta



DSA, ADHD, DOP ed altri BES.

Altri disturbi: disturbo dell'attenzione, disturbo narcisistico della personalità, disturbo antisociale della personalità, disturbo nella soluzione dei problemi, disturbo specifico del linguaggio, disturbo della comprensione del testo, disturbo dell'apprendimento non verbale, dislessia evolutiva, disgrafia, discalculia ed altri BES, ma anche disturbi collegati all'ansia generalizzata, narcisismo patologico, fobie sociali che investono sempre più le giovani età, quelle che fino al ventennio scorso erano esclusiva del periodo adolescenziale e adulto.

FIL (Funzionamento intellettivo limite): sono così definiti quei soggetti che non rientrano nei Disturbi Specifici di Apprendimento né nella categoria della disabilità intellettiva e non necessariamente in quella dello svantaggio socio-culturale e linguistico.



Prima di analizzare le principali tipologie di disabilità è opportuno soffermarci, anche, sul Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA)

Il disturbo specifico di apprendimento si presenta in genere come una difficoltà specifica isolata, in contrasto con il livello scolastico globale, in un quadro di sviluppo intellettuale normale e in assenza di deficit sensoriali.



Il Disturbo Specifico dell'Apprendimento si ha in presenza di:

- adeguate possibilità di istruzione
- ambiente socio culturale sufficientemente idoneo

e in assenza di:

- deficit neurologici
- deficit sensoriali
- disturbi relazionali primari
- deficit cognitivi.



Principali tipi di Disturbi Specifici dell'Apprendimento:

- **dislessia evolutiva**: difficoltà a effettuare una lettura ad alta voce accurata e/o fluente; scarsa abilità nella scrittura e decodifica; deficit nella componente fonologica del linguaggio inattesa in rapporto alle altre abilità cognitive e alle garanzie di un'adeguata istruzione scolastica
- **disgrafia**: è un disturbo correlato al linguaggio scritto che riguarda le abilità esecutive della scrittura. Esso si concretizza in una prestazione scadente dal punto di vista della grafia di discenti con intelligenza normale, privi di danni neurologici e di handicap percettivo o motorio
- **disortografia**: errori eccessivi rispetto all'età, alla cultura non imputabili a handicap, a condizioni di svantaggio culturale e sociale o a difficoltà emotive
- **discalculia**: è un disturbo delle abilità numeriche e aritmetiche; si manifesta in discenti di intelligenza normale che non hanno subito danni neurologici; essa può presentarsi associata a dislessia
- **disturbo specifico della comprensione**: è compromessa la capacità di comprensione e acquisizione dei concetti del testo (capacità di lettura nella norma).



Cosa pensano di lui...

- ✓ E' DISTRATTO
- ✓ DISTURBA I COMPAGNI
- ✓ NON INTERVIENE
- ✓ CHIACCHERA TROPPO
- ✓ E' SVOGLIATO
- ✓ NON RICORDA QUELLO CHE STUDIA
- ✓ SCIUPA IL MATERIALE SCOLASTICO
- ✓ NON SA ESPRIMERSI
- ✓ NON RISPETTA LE REGOLE
- ✓ INTERROMPE
- ✓ E' AGGRESSIVO
- ✓ NON ASCOLTA
- ✓ E' INTELLIGENTE, MA NON SI APPLICA

Caratteristiche dell'allievo con DSA

- LENTEZZA COMPLESSIVA (lettura, esecuzione di compiti e verifiche...)
- Errori ortografici
- Capacità di ATTENZIONE breve/distraibilità
- AFFATICAMENTO (tempi di lavoro ridotti rispetto alla media)
- Chiede spesso di uscire dalla classe durante le lezioni
- MEMORIZZAZIONE DIFFICOLTOSA di tabelline, verbi, desinenze, sequenze numeriche, giorni della settimana, mesi...
- LETTURA LENTA, INCERTA, non sempre corretta
- COMPrensione DEL TESTO INADEGUATA a causa del rapido insorgere dell'affaticamento e per la confusione fra parole simili per forma o contenuto
- presenza di molti errori in produzione, di tipo fonologico, ortografico e morfologico - grammaticale
- DIFFICOLTÀ NEL REPERIMENTO LESSICALE; vocabolario non ricco

Caratteristiche dell'allievo con DSA

- MOTRICITÀ FINE NON PERFETTA (grafia illeggibile, diff. nell'allacciarsi le scarpe, prensione della penna non corretta)
- ORGANIZZAZIONE SPAZIALE DIFETTOSA (sul foglio, orientamento interno e stradale, confusione tra destra e sinistra, movimenti impacciati)
- ORGANIZZAZIONE TEMPORALE DIFETTOSA (impara a leggere l'orologio tardi, spesso non sa in quale mese si trova)
- Spesso disturba i compagni, fa a botte o si chiude in se stesso
- SENSO DI AUTOEFFICACIA CARENTE



La tecnica utilizzata per leggere è la **lettura globale**: avete letto la parola intera nel suo insieme e non vi siete soffermati su ogni singola lettera.

Questa tecnica presuppone che la conoscenza di tutte le parole bisogna averle nel "vocabolario mentale" per riconoscerle. Non funziona con l'Inglese o con altre lingue straniere non trasparenti.

Un DSA implica un problema di Decodifica del testo.

Per ovviare alla difficoltà di lettura, è molto utile un software di sintesi vocale che vocalizza le informazioni che lo screen reader gli passa, occupandosi in generale degli aspetti fonetici.

ESEMPIO

Socdno una riccrea dlel'Unvrsetiia di
Carbmddie l'oidrne dlele lertete all
iternno di una praloa non ha
imprtzaona a ptato che la pimra e
l'ulimta saino nlela gusita psoizoine.
Anhce se le ltteere snoo msese a csao
una peonrsa può leggere l'inetra fasre
sneza poblremi.



L' allievo con DSA utilizza un diverso modo di imparare che richiede:

- la conoscenza dei DSA da parte dei docenti
- un'organizzazione scolastica flessibile
- una metodologia didattica personalizzata

Per i DSA in possesso di certificazione viene predisposto un piano didattico personalizzato (PDP).

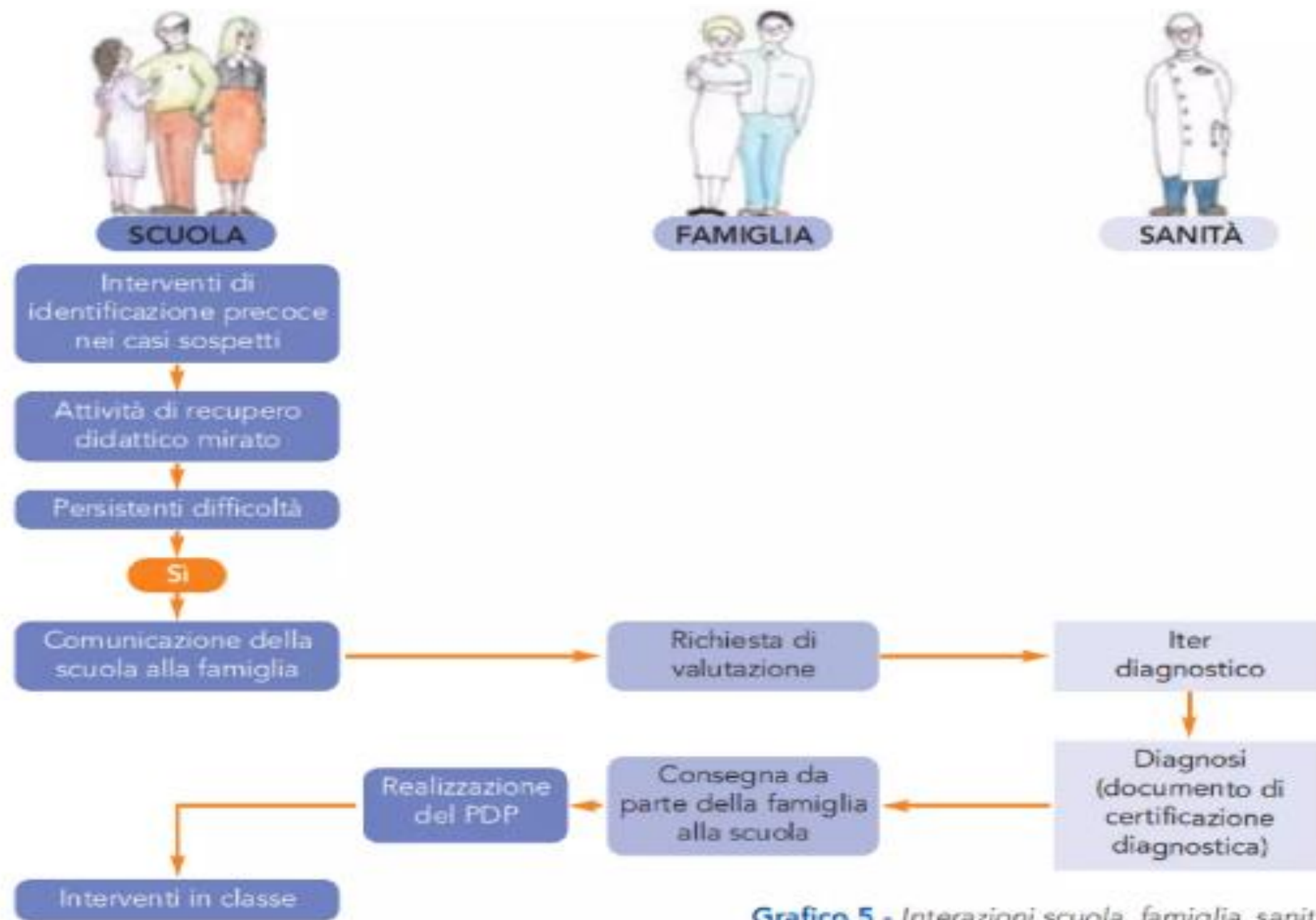


Grafico 5 - Interazioni scuola, famiglia, sanità

INDIVIDUALIZZAZIONE didattica:

differenziare strategie e strumenti per far raggiungere obiettivi comuni

PERSONALIZZAZIONE didattica:

valorizzare le capacità, le potenzialità e le aspirazioni di ogni discente

dandogli la possibilità di raggiungere obiettivi diversi ...



Caratteristiche dell'allievo che soffre di disturbi specifici della comprensione:

- una prestazione al di sotto della norma in prove specifiche che valutano la comprensione del testo
- un livello intellettivo nella norma
- nessuna situazione di svantaggio socio culturale o di carenza di istruzione che possa spiegare per se stessa la difficoltà
- nessun deficit di tipo sensoriale (visivo o uditivo) cui possa essere attribuibile il deficit di comprensione



Per poter analizzare le diagnosi degli Studenti (DVA - Legge 104/92 e DSA Legge 170/2010) è necessario introdurre la **Classificazione ICD-10**.

La ICD-10 è la decima revisione della classificazione ICD, ossia la **Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati**, proposta dall'OMS.

Sono classificate oltre 2000 malattie.

La traduzione ufficiale in lingua italiana, effettuata a cura dell'ISTAT e dell'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute, è stata pubblicata dall'Organizzazione mondiale della sanità a Ginevra nel 2000 e a Roma nel 2001.



Le differenze rispetto alla revisione precedente, denominata ICD-9, sono **l'aumento dei settori** portati da 17 a 19, e **l'utilizzo di un codice alfanumerico** in sostituzione del precedente codice numerico. Non vi è una corrispondenza tra settori e lettere dell'alfabeto, poiché alcuni capitoli ne utilizzano più di una.

Per facilitare la comprensione della diagnosi da parte dei docenti che spesso trovano scritto sulla certificazione una diagnosi essenziale senza la parte descrittiva, presentiamo un elenco dei principali codice ICD-10.

F 70 Ritardo mentale lieve	
F 71 Ritardo mentale di media gravità	
F 72 Ritardo mentale grave	
F 73 Ritardo mentale profondo	
F 80 Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio	
F 81 Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (Comprende Dislessia) (D.S.A.)	
F 82 Disturbo evolutivo specifico delle abilità motorie	
F 83 Disturbi evolutivi specifici misti	
F 84.0 Autismo Infantile	
F 84.1 Autismo atipico	
F84.2 Sindrome di Rett	
F84.3 Sindrome disintegrati va dell'infanzia di altro tipo	
F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati	
F84.5 Sindrome di Asperger	
F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione	
F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta	
F 90.8 Sindrome ipercinetiche di altro tipo	
F93 Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia	
F 94 Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza	
F95 Disturbi a tipo tic	
F 98 Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	
LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".	
F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione	
F 81.1 Disturbo specifico della scrittura	
F 81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche	
F 81.3 Disturbi misti delle abilità scolastiche	
F 81.8 Altri disturbi delle abilità scolastiche	
F 81.9 Disordine evolutivo delle abilità scolastiche non meglio specificato	

RITARDO MENTALE da F 70 a F 73

F 70 Ritardo mentale lieve

Il QI approssimativo è compreso tra 50 e 69 (negli adulti. l'età mentale è compresa tra 9 e 12 anni). Con molta probabilità, ne consegue qualche difficoltà dell'apprendimento in ambito scolastico. Molti adulti saranno capaci di lavorare, di mantenere soddisfacenti relazioni sociali e di contribuire al benessere alla società.

Include: debolezza di mente subnormalità mentale lieve

F 71 Ritardo mentale di media gravità

Il QI approssimativo è compreso tra 35 e 49 (negli adulti l'età mentale è compresa tra 6 e 9 anni). Con molta probabilità, ne conseguono marcati ritardi dello sviluppo durante l'infanzia, ma molti soggetti possono imparare a sviluppare un certo grado di indipendenza nella cura di sé e ad acquisire discrete abilità scolastiche e un'adeguata capacità di comunicare.

Gli adulti possono avere bisogno di vari livelli di supporto per vivere e lavorare in società.

F 72 Ritardo mentale grave

Il QI approssimativo è compreso tra 20 e 34 (negli adulti l'età mentale è compresa tra i 3 e i 6 anni). Con molta probabilità ne consegue un bisogno continuo di supporto.

Include: subnormalità mentale grave

F 73 Ritardo mentale profondo

Il QI è inferiore a 20 (negli adulti, l'età mentale è inferiore ai 3 anni). Ne consegue una grave limitazione nella cura di sé nella continenza, nella comunicazione e nella mobilità.

DISTURBI E SINDROMI DA ALTERATO SVILUPPO PSICOLOGICO (CODICI DA F80 A F89)

DISTURBI

F 80 Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio

definizione: Disturbi in cui l'acquisizione delle normali abilità linguistiche è compromessa sin dai primi stadi dello sviluppo. Essi non sono direttamente attribuibili ad alterazioni neurologiche o ad anomalie dei meccanismi dell'eloquio, a compromissioni sensoriali, a ritardo mentale o a fattori ambientali. I disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio sono spesso seguiti da problemi associati, come difficoltà nella lettura e nella compitazione, anomalie nelle relazioni interpersonali e disturbi emotivi e comportamentali.

F 81 Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (Comprende Dislessia) (D.S.A.)

definizione: Disturbi in cui le modalità normali di acquisizione delle capacità in questione sono compromesse sin dalle fasi iniziali dello sviluppo. Il danno non è semplicemente una conseguenza di una mancanza delle opportunità di apprendere, non è soltanto il risultato di un ritardo mentale e non è dovuta ad alcuna forma di trauma o malattia cerebrale acquisita.

F 82 Disturbo evolutivo specifico delle abilità motorie

definizione: Disturbo nel quale la principale caratteristica è una grave compromissione dello sviluppo della coordinazione motoria, che non è spiegabile interamente nei termini di un ritardo intellettivo generale o di uno specifico disturbo neurologico congenito o acquisito. Tuttavia, in molto casi, un accurato esame clinico mostra marcate immaturità nello sviluppo neurologico, come movimenti coreiformi degli arti senza appoggio, o movimenti speculari ed altri aspetti motori associati, o ancora segni di scadente coordinazione dei movimenti fini e grossolani.

inclusione: Sindrome del bambino goffo **inclusione:** Disturbo evolutivo della coordinazione **inclusione:** Disprassia evolutiva **esclusione:** anomalità dell'andatura e della mobilità(R26.-) **esclusione:** incoordinazione(R27.-), secondaria a ritardo mentale(F70-F79)

F 83 Disturbi evolutivi specifici misti

definizione: Categoria residua per i disturbi in cui è presente una mescolanza di disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio, delle capacità scolastiche e della funzione motoria, ma in cui nessun disturbo prevale in maniera tale da costituire la diagnosi principale. Tale categoria mista deve essere usata solo quando c'è una spiccata sovrapposizione tra questi specifici disturbi evolutivi, i quali sono frequentemente, ma non in ogni caso, associati ad un certo grado di deterioramento cognitivo generale. La categoria deve essere usata quando sono presenti disfunzioni che soddisfano i criteri per due o più dei disturbi delle categorie F80.-, F81.- e F82.

SINDROMI

F 84 Alterazione globale dello sviluppo psicologico

Si tratta di un gruppo di sindromi caratterizzato da anomalità qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, e da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività. Queste anomalità qualitative sono una caratteristica preminente del funzionamento dell'individuo in tutte le situazioni.

Se lo si desidera, si può utilizzare un codice aggiuntivo per specificare una condizione somatica o un ritardo mentale associati.

In questo gruppo sono compresi:

F 84.0 Autismo Infantile, F 84.1 Autismo atipico, F84.2 Sindrome di Rett, F84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo, F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati, F84.5 Sindrome di Asperger

F 84.0 Autismo Infantile

Si tratta di una sindrome definita da: (a) presenza di **una** compromissione dello sviluppo che si manifesta prima dei 3 anni, (b) un tipo caratteristico di funzionamento anormale *F80-F89 Sindromi e disturbi da alterato Sviluppo psicologico* nelle aree dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo.

In aggiunta a queste specifiche caratteristiche diagnostiche, è frequente che i bambini autistici mostrino una varietà di altri problemi non specifici, come fobie, disturbi del sonno e dell'alimentazione, carattere collerico e aggressività (autodiretta).

Sindrome autistica; Psicosi infantile; Sindrome di Kanner



LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

Esclude: psicopatia autistica (F84.5)

Uno sviluppo anormale o compromesso che si manifesta prima dei tre anni in almeno una delle seguenti aree:

- (1) comprensione o espressione del linguaggio usato nella comunicazione sociale;
- (2) sviluppo di attaccamenti sociali selettivi o di interazione sociale reciproca;
- (3) gioco funzionale o simbolico.

B. Debbono essere presenti un totale di almeno sei dei sintomi descritti nei punti (1), (2) e (3), di cui almeno due dei sintomi del punto (1) e almeno un sintomo da ciascuno dei punti (2) e (3):

(1) Compromissioni qualitative dell'interazione sociale sono presenti in almeno due delle seguenti aree:

- (a) incapacità di utilizzare adeguatamente lo sguardo faccia a faccia, l'espressione facciale, la gestualità e la postura per regolare l'interazione sociale;
- (b) incapacità a sviluppare (in modo appropriato all'età mentale e nonostante ampie opportunità) rapporti con coetanei che implicano una condivisione di interessi, attività ed emozioni;
- (c) mancanza di reciprocità socio-emozionale come dimostrato dalla mancanza di risposta alle emozioni delle altre persone; o senza accordo al contesto sociale; o debole integrazione di comportamenti sociali, emotivi e comunicativi;
- (d) mancanza di ricerca spontanea di condividere divertimenti o interessi o risultati con altre persone (ad esempio una difficoltà a mostrare o a donare ad altre persone oggetti di interesse personale).

(2) Compromissioni qualitative nella comunicazione sono presenti in almeno una delle seguenti aree:

- (a) un ritardo o una totale mancanza dello sviluppo del linguaggio verbale che non è accompagnato da un tentativo di compensazione attraverso l'uso di gesti o della mimica come modalità di comunicazione alternativa (spesso preceduto da una mancanza di lallazione comunicativa);
- (b) una relativa incapacità ad iniziare o a sostenere una conversazione (a qualsiasi livello di abilità linguistica) in cui vi sia una reciprocità alle comunicazioni dell'altra persona;
- (c) uso di un linguaggio ripetitivo e stereotipato o uso idiosincrasico di parole e di frasi;
- (d) assenza di gioco inventivo o (nei primi anni di vita) imitativo.

(3) In almeno una delle seguenti aree sono presenti modelli di comportamento, interessi e attività limitati, ripetitivi e stereotipati:

LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

- (a) una preoccupazione pervasiva per uno o più interessi limitati e stereotipati che sono anomali nel contenuto e nell'obbiettivo, o uno o più interessi che sono anomali per l'intensità e la natura circoscritta, ma non per contenuto od obbiettivi;
 - (b) adesione apparentemente compulsiva a pratiche o rituali specifici e disfunzionali
 - (c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi che implicano il battere o il torcere le mani o le dita, o movimenti complessi di tutto il corpo;
 - (d) preoccupazioni per parti di oggetti o per elementi non funzionali dei materiali di gioco (quali l'odore, la sensazione che danno al tatto, il rumore o le vibrazioni che producono).
- c. Il quadro clinico non è attribuibile ad altri tipi di sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico: disturbo evolutivo specifico della comprensione del linguaggio (F80.2) con problemi socio-emozionali secondari; disturbo reattivo dell'attaccamento (F94.1) o disturbo disinibito dell'attaccamento dell'infanzia (F94.2); ritardo mentale (F70-F72) con disordine emozionale o comportamentale associato; schizofrenia (F20.-) con esordio insolitamente precoce; e sindrome di Rett (F84.2).

F 84.1 Autismo atipico

Si tratta di una sindrome che si differenzia dall'autismo infantile sia per l'età di insorgenza sia per il mancato riscontro di tutti i tre requisiti diagnostici. Questa sottocategoria deve essere usata quando vi è una compromissione dello sviluppo che è presente solo dopo i tre anni di età e quando manca un'anormalità sufficientemente dimostrabile in una o due delle tre aree richieste per la diagnosi di autismo (cioè, interazioni sociali, comunicazione e comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo) pur in presenza delle caratteristiche anomalie nell'altra o nelle altre aree. L'autismo atipico si ha più spesso in individui gravemente ritardati e con un grave disturbo evolutivo specifico della comprensione del linguaggio.

Psicosi infantile atipica

Ritardo mentale con caratteristiche autistiche

Se lo si desidera, utilizzare codici aggiuntivi (F70-F79) per specificare il ritardo mentale.

Uno sviluppo anormale o compromesso che si rende manifesto dopo i tre anni (soddisfa i criteri per l'autismo ad eccezione dell'età di insorgenza).

B. Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale o nella comunicazione, o comportamenti, interessi e attività limitate, ripetitive e stereotipate (sono soddisfatti i criteri per l'autismo, ad eccezione del numero di aree compromesse).

C. La sindrome non soddisfa i criteri diagnostici per l'autismo (F84.0). L'autismo può essere atipico sia per l'età di esordio (F84.10) sia per la sintomatologia (F84.11); ai fini della ricerca questi due tipi vengono differenziati con una quinta cifra. Le sindromi che sono atipiche per entrambi gli aspetti debbono essere codificate come F84.12.

F84.2 Sindrome di Rett

Si tratta di una condizione, riscontrata finora solo nel sesso femminile, in cui uno sviluppo che all'inizio è apparentemente normale è seguito da una perdita parziale o completa del linguaggio e delle capacità motorie e dell'uso delle mani.

insieme con un rallentato accrescimento cranico, in genere con esordio tra i 7 e i 24 mesi. Sono caratteristici la perdita dei movimenti intenzionali delle mani, i movimenti stereotipati di torsione delle mani e l'iperventilazione. Lo sviluppo sociale e quello del gioco si arrestano, ma l'interesse sociale tende ad essere mantenuto. All'età di quattro anni iniziano a manifestarsi atassia e aprassia del tronco, seguiti frequentemente da movimenti coreoatetoidi. Conseguono quasi invariabilmente un grave deficit mentale.

A. Sono apparentemente normali il periodo prenatale e perinatale, lo sviluppo psicomotorio nei primi cinque mesi e la circonferenza cranica alla nascita.

B. Vi è un rallentamento dell'accrescimento cranico tra i cinque mesi e i quattro anni e una perdita delle capacità manuali intenzionali acquisite tra i 5 e i 30 mesi, che è associata a una concomitante disfunzione della comunicazione e a una compromissione delle interazioni sociali, e alla comparsa di un'andatura mal coordinata/instabile e/o di movimenti del tronco.

C. Vi è una grave compromissione dello sviluppo dell'espressione e della comprensione del linguaggio, accompagnata da un grave ritardo psicomotorio.

D. Sono presenti movimenti stereotipati delle mani (quali movimenti di torsione o di tipo "lavarsi le mani") che insorgono al momento della perdita dei movimenti intenzionali.

F84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo

Si tratta di una condizione definita da un periodo di sviluppo sicuramente normale, seguito da una chiara perdita delle capacità precedentemente acquisite in diverse aree, nel corso di pochi mesi. Tipicamente, si associano una generale perdita dell'interesse per l'ambiente, manierismi motori ripetitivi, compromissione simil-autistica dell'interazione e che la sindrome è dovuta a un'encefalopatia associata, ma la diagnosi deve essere posta in base alle caratteristiche del comportamento.

Demenza infantile

Psicosi disintegrativa

Sindrome di Heller

Psicosi simbiotica

Se lo si desidera, si può utilizzare un codice aggiuntivo per specificare la condizione neurologica associata.

A. Lo sviluppo è apparentemente normale fino all'età di almeno due anni. La diagnosi richiede la presenza, fino all'età di due anni o più, di normali capacità nella comunicazione, nelle relazioni sociali, nel gioco e nell'adattamento all'ambiente.

B. Vi è una chiara perdita delle capacità acquisite precedentemente all'insorgenza della sindrome. La diagnosi richiede una perdita clinicamente significativa delle abilità (non soltanto un'incapacità a utilizzarle in alcune situazioni) in almeno due delle seguenti aree:

(1) espressione o comprensione del linguaggio;



LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

- (2) gioco;
- (3) abilità sociali o adattamento all'ambiente;
- (4) controllo anale o vescicale;
- (5) abilità motorie.

C. Un funzionamento sociale qualitativamente anormale è evidente in almeno due delle seguenti aree:

- (1) compromissioni qualitative nell'interazione sociale (del tipo definito per l'autismo);
- (2) compromissioni qualitative nella comunicazione (del tipo definito per l'autismo);
- (3) modelli di comportamento, interessi e attività limitati, ripetitivi e stereotipati, comprendenti manierismi e stereotipie motorie;
- (4) una generale perdita di interesse per gli oggetti e per l'ambiente.

Il quadro non è attribuibile ad altri tipi di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico; all'afasia acquisita con epilessia (F80.6); al mutismo elettivo (F94.0); alla sindrome di Rett (F84.2); alla schizofrenia (F20.-).

F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati

È questa una sindrome mal definita di incerta validità nosologica.

La categoria è destinata ad un gruppo di bambini con grave ritardo mentale che mostrano gravi problemi di iperattività e di deficit attentivo, così come comportamenti stereotipati. Tali bambini tendono a non beneficiare di farmaci stimolanti (a differenza di quelli con QI normale) e possono presentare una grave reazione disforica (qualche volta con rallentamento psicomotorio) quando ricevono tali farmaci. Nell'adolescenza, l'iperattività tende a essere sostituita dall' ipoattività (una caratteristica che non è comune nei bambini ipercinetici con intelligenza normale). Questa sindrome si associa anche con vari deficit dello sviluppo, sia specifici sia globali. Non è chiaro fino a che punto i disturbi comportamentali siano una funzione del basso QI o di un danno organico cerebrale.



F84.5 Sindrome di Asperger

Si tratta di una sindrome di incerta validità nosologica, caratterizzata dallo stesso tipo di anomalia qualitativa dell'interazione sociale che è proprio dell'autismo, insieme a un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e di attività.

La sindrome differisce dall'autismo in primo luogo perché non vi è nessun ritardo nel linguaggio o nello sviluppo cognitivo. Questa sindrome è spesso associata a marcata goffaggine. C'è una forte tendenza a persistere nell'adolescenza e nella vita adulta. Nelle fasi precoci della vita adulta si verificano occasionalmente episodi psicotici.

Non è presente un ritardo generale clinicamente significativo nell'espressione o produzione del linguaggio o nello sviluppo cognitivo. La diagnosi richiede che l'uso di singole parole si sia sviluppato entro i primi due anni di età e che l'uso di frasi a valenza comunicativa si sia sviluppato entro i primi tre anni di età. L'autosufficienza, l'adattamento all'ambiente e la curiosità per l'ambiente nei primi tre anni debbono essere di un livello adeguato al normale sviluppo intellettuale. Tuttavia, gli stadi dello sviluppo motorio possono essere in qualche misura ritardati ed è frequente una certa goffaggine motoria (sebbene non sia una caratteristica diagnostica necessaria). Sono frequenti, ma non sono necessarie per la diagnosi, particolari abilità isolate, spesso connesse a preoccupazioni anormali.

Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale (come nell'autismo).



LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

Il soggetto presenta un interesse inusualmente intenso e circoscritto o modelli di comportamento interessi e attività limitati, stereotipati e ripetitivi (come nell'autismo; tuttavia, in questa sindrome, sono meno frequenti i manierismi motori o l'interesse per parti di oggetti o per elementi non funzionali dei materiali di gioco).

Il quadro non è attribuibile ad altri tipi di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico; alla schizofrenia simplex (F20.6); alla sindrome schizotipica (F21); alla sindrome ossessivo-compulsiva (F42.-); al disturbo di personalità anancastico (F60.S); al disturbo reattivo e disinibito dell'attaccamento dell'infanzia (rispettivamente, F94.1 e F94.2)

F 88 Altre sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico

inclusione: Agnosia evolutiva

L'**agnosia** (dal greco a-gnosis, "non conoscere") è un disturbo della percezione caratterizzato dal mancato riconoscimento di oggetti, persone, suoni, forme, odori già noti, in assenza di disturbi della memoria e in assenza di lesioni dei sistemi sensoriali elementari.

F 89 Sindromi e disturbi non specificati da alterato sviluppo psicologico

Sindromi ipercinetiche (comprende ADHD)

inclusione: Disturbo evolutivo S.A.I. (Senza Altre Indicazioni)

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza codice: F90-F98

F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

Disturbi ipercinetici

definizione: Gruppo di disturbi caratterizzato da un esordio precoce (di solito nei primi cinque anni di vita), una mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo e una tendenza a passare da un'attività all'altra senza completarne alcuna, insieme a una attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva. Possono associarsi diverse altre anomalie. I bambini ipercinetici sono spesso imprudenti e impulsivi, inclini agli incidenti e vanno incontro a problemi disciplinari per infrazioni dovute a mancanza di riflessioni piuttosto che a deliberata disobbedienza. I loro rapporti con gli adulti sono spesso socialmente disinibiti, con assenza della normale cautela e riservatezza. Essi sono impopolari presso gli altri bambini e possono diventare isolati. E' comune una compromissione cognitiva e i ritardi specifici dello sviluppo motorio e del linguaggio sono sproporzionalmente frequenti. Complicazioni secondarie includono il comportamento antisociale e la scarsa autostima.

esclusione: disturbi d'ansia(F41.-)

esclusione: disturbi dell'umore [affettivi](F30-F39)

esclusione: disturbi evolutivi globali(F84.-)

esclusione: schizofrenia(F20.-)

F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta

Disturbi della condotta

codice: F91 **definizione:** Disturbi caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di condotta antisociale, aggressiva o provocatoria. Tale comportamento deve condurre a rilevanti violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età; deve perciò essere più grave delle comuni birichinate infantili o delle ribellioni dell'adolescente e deve comportare una modalità di comportamento persistente (sei mesi o più). Manifestazioni di un disturbo della condotta possono anche essere sintomatiche di altre condizioni psichiatriche, nel qual caso si deve codificare la diagnosi di base. Esempi di comportamento su cui si può basare la diagnosi includono livelli eccessivi di violenza o spacconeria; crudeltà verso altre persone o animali; gravi danni a proprietà; piromania; furti; persistente comportamento menzognero; assenza da scuola e fughe da casa; accessi d'ira inusualmente frequenti e violenti; disobbedienza. Una qualunque di queste manifestazioni, se marcata, è sufficiente per la diagnosi, ma non lo sono gli atti antisociali isolati.

esclusione: disturbi dell'umore [affettivi](F30-F39)

esclusione: disturbi evolutivi globali(F84.-)

esclusione: schizofrenia(F20.-)

esclusione: quando associati con: disturbi emotivi(F92.-)

esclusione: quando associati con: disturbi ipercinetici(F90.1)

F 90.8 Sindrome ipercinetiche di altro tipo

F 90.9 Sindrome ipercinetica non specificata

F 92 Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale

definizione: Gruppo di disturbi caratterizzato dalla combinazione di un comportamento persistentemente aggressivo, antisociale o provocatorio con palesi e marcati sintomi di depressione, ansia o altri disturbi emozionali. Devono essere soddisfatti da un lato i criteri per i disturbi della condotta e dell'infanzia (F91.-) e dall'altro quelle per i disturbi emozionali dell'infanzia (F93.-) o le nevrosi di tipo adulto (F40-F48) o un disturbo dell'umore (F30-F39).

F93 Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia

definizione: Accentuazione notevole di alcuni aspetti dello sviluppo normale, piuttosto che fenomeni di per sé qualitativamente anormali. Il fatto che il disturbo rappresenti un'accentuazione di un aspetto dello sviluppo normale è usato come caratteristica diagnostica essenziale nel definire la differenza tra i disturbi emozionali con esordio caratteristico dell'infanzia e i disturbi nevrotici (F40-F48).

esclusione: quando associati con disturbo della condotta(F92.-)

F94 Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza

definizione: Gruppo piuttosto eterogeneo di disturbi che hanno in comune anomalità del funzionamento sociale iniziate durante il periodo dello sviluppo, ma che (a differenza dei disturbi evolutivi globali) non sono preminentemente caratterizzati da una incapacità sociale apparentemente costituzionale o da un deficit esteso a tutte le aree del funzionamento. In molti casi gravi distorsioni o privazioni ambientali giocano probabilmente un ruolo eziologico cruciale.

F95 Disturbi a tipo tic

definizione: Sindromi in cui la manifestazione predominante è rappresentata da un tipo di tic. Il tic è un movimento o una produzione vocale involontaria, rapida, ricorrente, non ritmica (di solito coinvolgente gruppi circoscritti di muscoli) che insorge improvvisamente e che non è finalizzata a nessuno scopo apparente. I tic tendono a essere vissuti come irrefrenabili, ma di solito possono essere soppressi per vari periodi di tempo, sono esacerbati dallo stress e scompaiono durante il sonno. Comuni tic motori semplici comprendono l'ammiccare, il torcere il collo, lo scrollare le spalle e il fare smorfie con la faccia. Comuni tic vocali semplici sono quelli considerati nello schiarirsi la gola, nel tossire, nell'annusare o nel fischiare. Comuni tic motori complessi sono quello consistenti nel colpire se stessi o nel saltare. Comuni tic vocali complessi sono quelli consistenti nel ripetere particolari parole, nell'usare parole socialmente inaccettabili, spesso oscene (coprolalia) e nel ripetere propri suoni o parole (palilalia).

F98 Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

definizione: Gruppo eterogeneo di disturbi che condividono l'insorgenza nell'infanzia ma per il resto differiscono in molti aspetti. Alcuni di essi rappresentano sindromi ben definite, ma altri non sono che complessi di sintomi che vanno classificati a causa della loro frequenza e associazione con una compromissione del funzionamento psico-sociale e perché essi non possono essere inclusi in altre sindromi.

esclusione: attacchi di blocco respiratorio(R06.8)

esclusione: disturbo dell'identità sessuale dell'infanzia(F64.2)

esclusione: sindrome di Kleine-Levin(G47.8)

esclusione: disturbo ossessivo-compulsivo(F42.-)

esclusione: disturbi del sonno dovuti a cause emozionali(F51.-)



LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ

LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”.

D.S.A.

F.81.0 Disturbo specifico delle lettura

La principale caratteristica di questo disturbo è una specifica e significativa compromissione nello sviluppo della capacità di lettura, che non è spiegata solamente dall'età mentale da problemi di acutezza visiva o da inadeguata istruzione scolastica. La capacità di comprensione della lettura, il riconoscimento della parola nella lettura, la capacità di leggere ad alta voce e le prestazioni nei compiti che richiedono la lettura possono essere tutti interessati. Difficoltà nella compilazione sono frequentemente associate con il disturbo specifico della lettura e spesso persistono nell' adolescenza anche dopo che qualche progresso è stato fatto nella lettura. I disturbi specifici della lettura frequentemente sono preceduti da una storia di disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio. Disturbi emozionali e comportamentali associati sono anche comuni durante il periodo dell' età scolare.

"Lettura a ritroso"

Dislessia evolutiva

Ritardo specifico della lettura

Esclude: alessia non altrimenti specificata (R48)

dislessia non altrimenti specificata (R48.0)

difficoltà acquisite della lettura secondarie a disturbo emotivo(F93.-)

Il disturbo interferisce significativamente con il profitto scolastico o con le attività quotidiane che richiedono abilità nella lettura.

Il disturbo non deriva da un difetto della vista o dell'udito o da una sindrome neurologica.

Le esperienze scolastiche rientrano nella media (ad esempio, non ci sono state gravi inadeguatezze nelle esperienze educative).

F 81.1 Disturbo specifico della scrittura

La principale caratteristica di questo disturbo è una specifica e rilevante compromissione nello sviluppo delle capacità di compitazione, in assenza di una storia di disturbo specifico della lettura e non solamente spiegata da una ridotta età mentale, da problemi di acutezza visiva o da inadeguata istruzione scolastica. L'abilità a compitare oralmente ed a trascrivere correttamente le parole sono entrambe interessate.

Ritardo specifico della compitazione (senza disturbo della lettura).

Esclude: agrafia non altrimenti specificata (R48.8) difficoltà nella compitazione:

- associate con un disturbo della lettura (F81.0)
- principalmente attribuibili ad inadeguato insegnamento (255.8)

Punteggi per l'accuratezza e la comprensione della lettura e per il calcolo nei limiti della norma (+ 2 deviazioni standard dalla media).

Non è presente una storia di significative difficoltà nella lettura.

L'esperienza scolastica è nei limiti della norma (ad esempio, non ci sono gravi insufficienze nelle esperienze educative).

Difficoltà nella compitazione sono state presenti sin dalle prime fasi di apprendimento dell'ortografia.

QI inferiore a 70, valutato con un test standardizzato somministrato individualmente.

F 81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche

Questo disturbo implica una specifica compromissione delle abilità aritmetiche che non è solamente spiegabile in base a un ritardo mentale globale o a un'istruzione scolastica inadeguata. Il deficit riguarda la padronanza delle capacità di calcolo fondamentali, come addizione, sottrazione, moltiplicazione e divisione, piuttosto che delle capacità di calcolo matematico più astratto coinvolte dell'algebra, nella trigonometria o nella geometria.

Acalculia evolutiva

Disturbo aritmetico evolutivo

Sindrome di Gerstmann evolutiva

Esclude: acalculia non altrimenti specificata (R48.8)

difficoltà aritmetiche:

- associate ad un disturbo della lettura o della compitazione (F81.3)
- dovute a inadeguato insegnamento (255.8).

Non è presente una storia di significative difficoltà nella compitazione e nella lettura.

L'esperienza scolastica è nei limiti della norma (ad esempio, non ci sono gravi insufficienze nelle esperienze educative).

F 81.3 Disturbi misti delle abilità scolastiche

Questa è una categoria residua mal definita, inadeguatamente concettualizzata (ma necessaria) comprendente i disturbi nei quali sono significativamente compromesse sia le funzioni aritmetiche sia quelle di lettura o di compitazione, ma nei quali il quadro non è solamente spiegabile come conseguenza di un ritardo mentale globale o di un'istruzione scolastica inadeguata. Essa si deve usare per i disturbi che soddisfano i criteri per F81.2 e inoltre per F81.0 o F81.1.

ESCLUDE.

- disturbo specifico delle abilità aritmetiche (F81.2)
- disturbo specifico della lettura (F81.0)
- disturbo specifico della compitazione (F81.1)

F81.8 Altri disturbi delle abilità scolastiche

F 81.9 Disordine evolutivo delle abilità scolastiche non meglio specificato

Disabilità acquisita nell'apprendimento non altrimenti specificata

Disabilità nell'apprendimento non altrimenti specificata

Disturbo nell'apprendimento non altrimenti specificato

L'uso di questa categoria deve essere per quanto possibile evitato e limitato ai disturbi non specifici nei quali c'è una significativa disabilità nell'apprendimento che non può essere spiegata soltanto con un ritardo mentale, con problemi di acutezza visiva o con un'inadeguata istruzione scolastica.

Ecco, quindi, l'importanza della lettura e interpretazione della documentazione diagnostica attraverso l'utilizzazione del modello bio-psico-sociale (ICF).

ICF e ICF-CY (rispettivamente del 2001 e del 2007) sono le nuove classificazioni dell'OMS relative alle condizioni di salute e disabilità della persona, che sostituiscono l'ICIDH-1 (OMS, 1980) nella valutazione della disabilità, accantonando il termine "handicap" lesivo della dignità personale.

La classificazione ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) del 1980 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) distingueva tra:

- **Menomazione** intesa come perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica. In questo contesto si tiene conto della DIMENSIONE ESTERIORE del fenomeno. Se tale disfunzione è congenita si parla di **minorazione.**
- **Disabilità,** ovvero qualsiasi **limitazione della capacità di agire,** naturale conseguenza a uno stato di menomazione/minorazione. In questo contesto si tiene conto della DIMENSIONE OGGETTIVA del fenomeno
- **Handicap, svantaggio sociale** vissuto da una **persona a seguito di disabilità o menomazione/minorazione.** In questo contesto si tiene conto della DIMENSIONE SOCIALE del fenomeno.



Questo significa che mentre la disabilità viene intesa come lo svantaggio che la persona presenta a livello personale, l'**handicap** rappresenta lo svantaggio sociale della persona con disabilità. L'ICIDH prevede la sequenza: Menomazione → Disabilità → Handicap, che, tuttavia, non è automatica, in quanto l'handicap può essere diretta conseguenza di una menomazione, senza la mediazione dello stato di disabilità.

Le origini della parola handicap risalgono alla descrizione di svantaggio nelle corse dei cavalli, in cui animali diversi erano caricati con pesi diversi per svantaggiarli.

Si parla di handicap per descrivere uno svantaggio, senza tenere in considerazione la condizione che si crea, quando viene detta questa parola, che può manifestare nella persona con disabilità un senso di disagio e rabbia per la sua situazione.

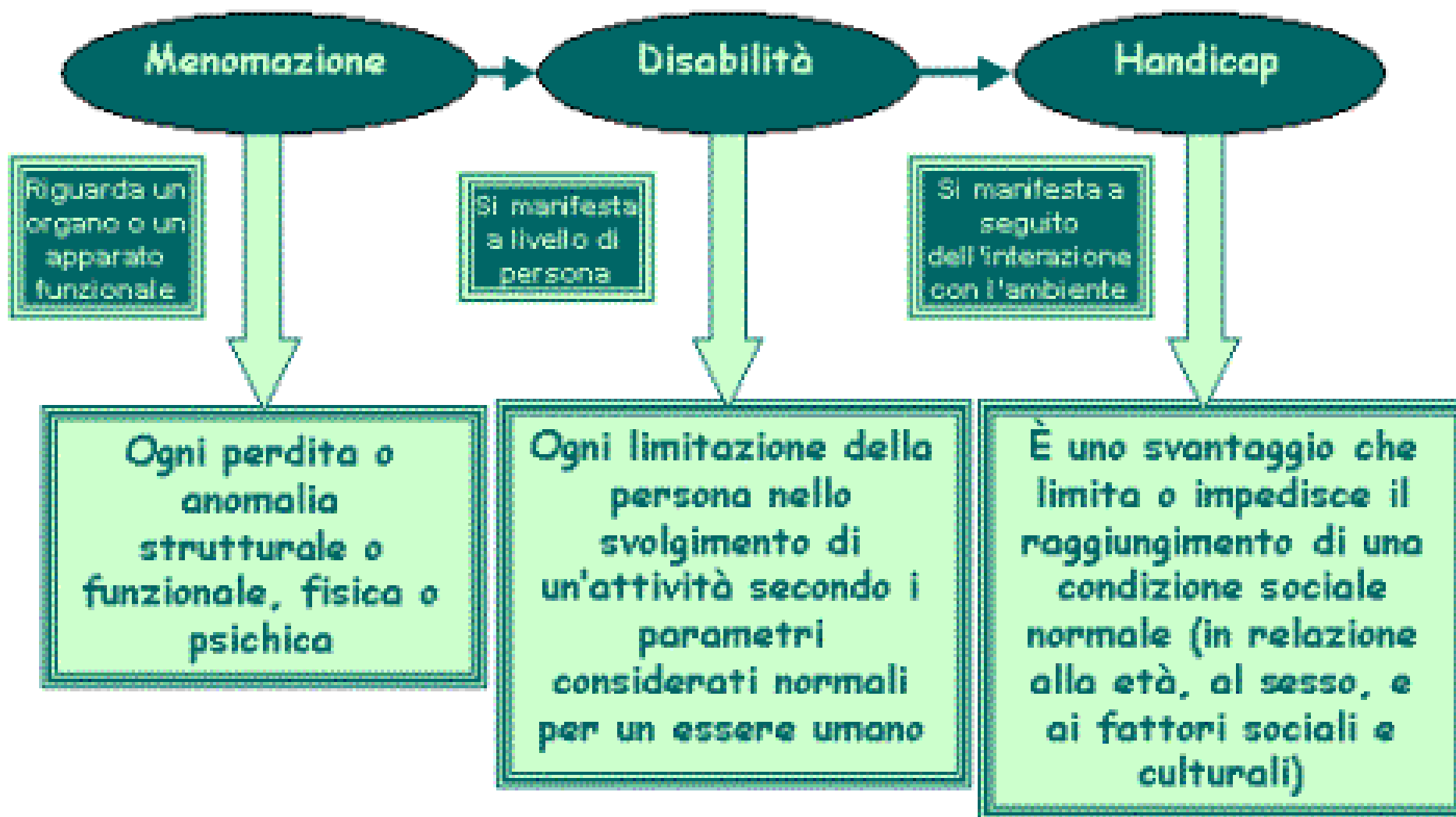
Per descrivere la situazione di una **persona con disabilità**, molto spesso il linguaggio giornalistico o televisivo usa il termine "handicap", ma questo non è ben accetto dalle persone interessate perché la persona "ha" una disabilità, non "è" una disabilità o un handicap.

La classificazione ICDH negli anni ha mostrato una serie di limitazioni:

- Non considera che la disabilità è un concetto dinamico, in quanto può anche essere solo temporanea
- È difficile stabilire un livello oltre il quale una persona può considerarsi persona con disabilità
- La sequenza può essere interrotta, nel senso che una persona può essere menomata senza avere disabilità
- Nell'ICIDH si considerano solo i fattori patologici, mentre un ruolo determinante nella limitazione o facilitazione dell'autonomia del soggetto è giocato da quelli ambientali.



Visione sequenziale del modello ICDH





L'I.C.F. o Classificazione dello stato di salute è un sistema di classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che si basa sul cosiddetto modello bio-psico-sociale della disabilità e, perciò, deriva dall'integrazione del modello "medico" e di quello "sociale", due modelli concettuali opposti tra di loro.

Il primo vede la disabilità come un problema dell'individuo, causato direttamente da malattie, traumi ecc., che necessita dunque di interventi che mirano alla cura delle condizioni che comportano la disabilità oppure a un adattamento da parte della persona.

Secondo il modello sociale, invece, la disabilità è in primo luogo creata dalla società e deriva da un problema di integrazione in quest'ultima. La disabilità, quindi, non è la caratteristica di un individuo, ma piuttosto il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale.



Negli anni 90, l'OMS ha commissionato a un gruppo di esperti di formulare la classificazione in I.C.F. tenendo conto delle limitazioni caratteristiche dell' ICIDH.

La nuova classificazione, detta I.C.F., definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo "sano" si identifica come "individuo in stato di benessere psicofisico" ribaltando, di fatto la concezione di stato di salute.

Infatti, l'ICF anche ponendosi in continuità con le classificazioni precedenti, ne rovescia la prospettiva di analisi: non viene considerata la menomazione, ma la salute, le potenzialità dell'individuo e le sue eventuali disabilità in relazione all'attività e alla partecipazione.

In sintesi, secondo l'ICF, la salute o la disabilità di una persona sono date dall'interazione di fattori individuali (biologici e psicologici) e ambientali.

I termini di menomazione e handicap sono sostituiti da attività e partecipazione sociale.

Introduce, inoltre, una classificazione dei fattori ambientali.



Nell'ottica bio-psico-sociale il focus non è più sulla malattia e sul deficit, per cui la disabilità non è intesa solo come menomazione fisica o psichica, ma fa luce sui bisogni e sull'ambiente in cui le persone sono inserite. Propone un'ottica più complessa e articolata.

In ottica educativa propone in qualche modo un vero e proprio ripensamento della didattica dell'integrazione, poiché suggerisce un valore della diversità come risorsa educativa e culturale.



La “DISABILITÁ” come risultato di un’interazione e non come uno stato ontologico

La disabilità, più che uno stato ontologico del soggetto, è “la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive”. L'intervento educativo auspicato è quello in grado di modificare quei fattori ambientali che nel *limitare* l'attività e nel *restringere* la partecipazione riducono la performance e la capacità di azione del soggetto.

Ma come si stabilisce dove termina il funzionamento normale e quello problematico?

L’insegnante e il genitore si accorgono che qualcosa non va “avvertono un disagio” che non deve essere preoccupazione per se stessi (sono infastidito dalle sue urla), ma per il bambino (mi accorgo che il fatto che urla spesso non gli permette di impegnarsi nell’apprendere e nel relazionarsi).

Il primo motore è il disagio dell’insegnante/genitore

Ma non è sufficiente!



Nel 2005, Matilde Leonardi (medico, docente universitario, editor della versione italiana I.C.F.), riferendosi al modello (antropologico) bio-psico-sociale su cui si basa l'I.C.F. propose una concezione della **salute universale ed egualitaria**, individuando la disabilità come una situazione particolare di questa: «una condizione che ognuno può sperimentare durante la propria vita». La “condizione di salute”, infatti, è la risultante dell’interazione tra aspetti biomedici e psicologici della persona (funzioni e strutture corporee), aspetti sociali (attività e tipo di partecipazione svolte nella quotidianità) e fattori di contesto (fattori ambientali e personali).



Perché è stata introdotta la classificazione ICF?

L'I.C.F. è stato introdotto perché le informazioni provenienti dalla diagnosi medica, seppur importanti e fondamentali, non sono più state giudicate sufficienti per descrivere il reale quadro funzionale di una persona.

Oltre a questo aspetto, con l'I.C.F. si è data risposta all'esigenza di avere a disposizione un linguaggio internazionale comune, che permettesse di rendere più efficace la comunicazione non solo tra i servizi della medesima area di intervento (per esempio tra le ASL, oppure tra ospedali), ma anche tra servizi di diversa competenza (per esempio tra Ospedale e ASL, oppure tra ASL e scuola o ancora tra ASL e assistente sociale del Comune).

Non è un caso che l'I.C.F. sia stato accettato come una delle Classificazioni delle Nazioni Unite; in quanto tale, costituisce lo strumento adeguato per la realizzazione di mandati internazionali a difesa dei diritti umani nonché di normative nazionali.



L'I.C.F. è una classificazione dinamica dato che non prende semplicemente in considerazione la fotografia attuale dello stato di salute dell'individuo e/o il suo grado di disabilità ma propone una serie di concetti e costrutti atti a **mostrare il cambiamento** (o le possibilità di cambiamento) nel tempo e soprattutto **l'effetto che le componenti della salute giocano una sull'altra**.

Ad esempio, la disabilità nel movimento (funzione) è valutata sia in assenza sia in presenza di ausili esterni (fattori ambientali); si valuta quindi l'effetto facilitante od ostacolante di questi sulla salute/disabilità del soggetto.

L'I.C.F. non individua delle categorie diagnostiche per incasellare i soggetti, ma offre dei costrutti organizzativi per poter meglio identificare come le varie componenti della salute del singolo interagiscono tra loro dando vita al suo funzionamento globale in un determinato contesto.

Per questo fine, la classificazione utilizza dei qualificatori che servono a indicare:

- l'entità del cambiamento attuale rispetto a un'ideale condizione di salute e l'entità della dinamicità del cambiamento dell'individuo ovvero grado della menomazione (b-funzioni corporee)
- grado della menomazione (s-strutture corporee)
- la natura della menomazione (s-strutture corporee)
- la localizzazione della menomazione (s-strutture corporee)
- grado di performance (d- attività e partecipazione)
- grado di capacità (d- attività e partecipazione)
- **l'influenza che i fattori ambientali hanno sul miglioramento (o sul peggioramento) delle possibilità dell'individuo, quindi la valenza, facilitante od ostacolante, degli stessi ovvero barriere e facilitatori.**

Ecco l'importanza, nell'ambito dell'ICF, dei fattori ambientali che, mediante la loro assenza o presenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità.



Perciò l'I.C.F. è una classificazione che ha diversi scopi e può essere utilizzata in discipline e settori diversi.

Ricapitolando, gli scopi principali sono:

- fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti a essa correlate
- stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni a essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità
- rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e in periodi diversi
- fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

Questi scopi sono interrelati fra loro, dal momento che le esigenze che sono alla base dell'I.C.F. e le sue applicazioni richiedono la creazione o la disponibilità di un sistema significativo e pratico che possa essere usato da vari operatori per una politica sanitaria, una garanzia di qualità e una valutazione dei risultati in culture diverse.



Come utilizzare l'I.C.F. a scuola?

L'utilizzo dell'I.C.F. per gli adempimenti di Legge impone agli operatori scolastici di prendere in considerazione due questioni fondamentali:

1. la conoscenza (e ovviamente la condivisione) del modello bio-psico-sociale della salute e della disabilità della persona proposto dall'OMS su cui si basano l'I.C.F.

2. la conoscenza della struttura e dell'articolazione dello "strumento I.C.F.", ovvero il tipo di scomposizione che esso opera delle condizioni di salute in **domini**, **costrutti** e **categorie** che permettono la classificazione e la valutazione del funzionamento della persona.



Come può essere definito un progetto scolastico inclusivo nell'ottica ICF?

Un progetto che preveda l'adattamento ragionevole del contesto mediante la riduzione o rimozione delle barriere e l'introduzione, mantenimento o potenziamento dei facilitatori per migliorare le performance osservate negli allievi con disabilità.



Nell'I.C.F., lo stato di salute di una persona può essere classificato con un insieme di codici attraverso i domini delle componenti della classificazione.

Il numero massimo di codici disponibile per ciascuna applicazione è di 34 al primo livello (8 codici per le funzioni corporee, 8 per le strutture corporee, 9 per le performance e 9 per le capacità) e di 362 al secondo livello.

Al terzo e al quarto livello sono disponibili fino a 1424 codici, che presi tutti insieme costituiscono la versione completa della classificazione.



Nelle applicazioni pratiche dell'I.C.F., una gamma da 3 a 18 codici può essere adeguata per descrivere un caso al secondo livello di precisione (3 cifre).

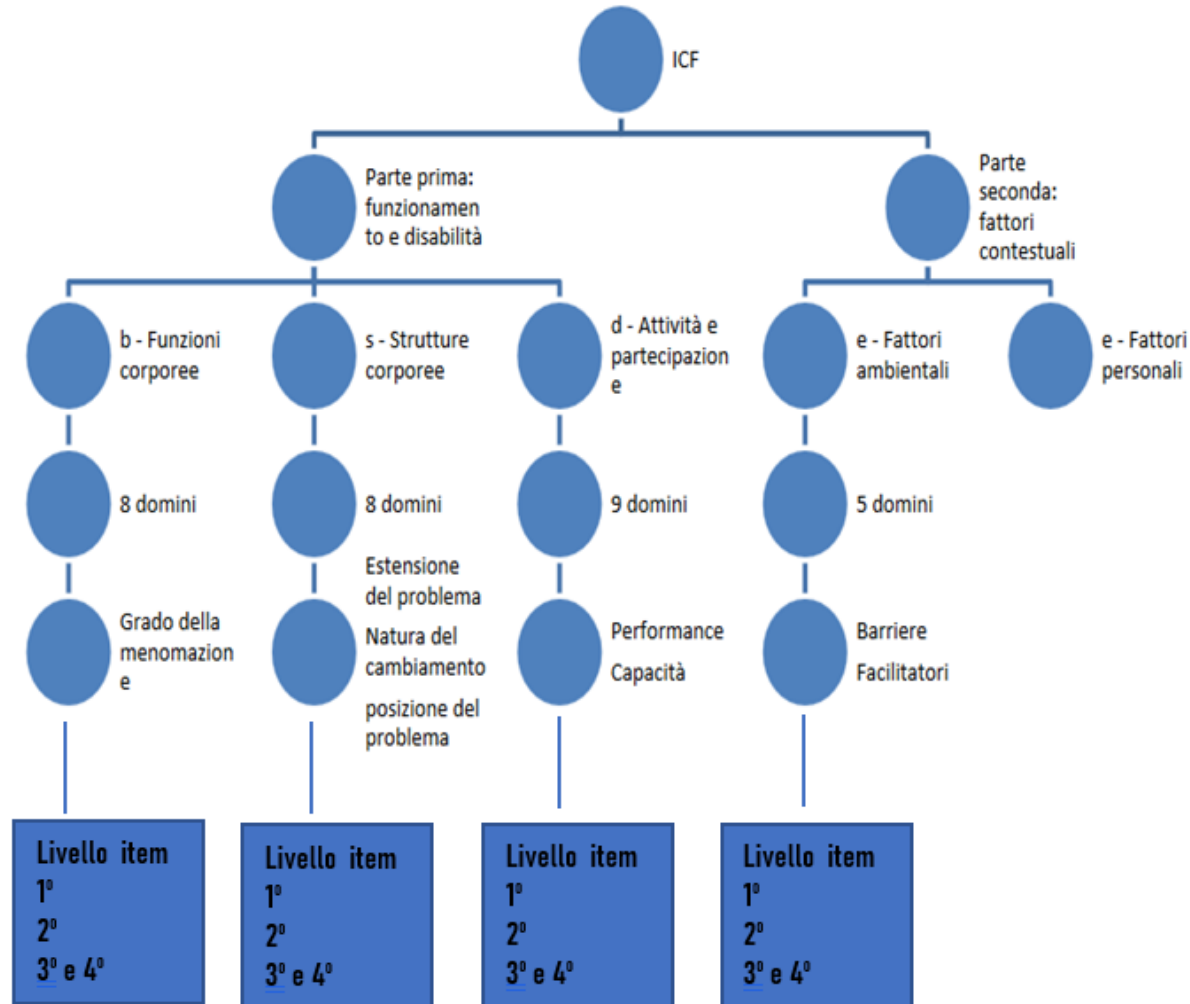
In genere la versione più dettagliata, quella a quattro livelli, è prevista per servizi specialistici (ad es. per classificare gli effetti della riabilitazione, in ambito geriatrico o nell'ambito della salute mentale), mentre la **classificazione a due livelli può essere usata per esami e per la valutazione dello stato di salute.**

I domini dovrebbero essere codificati come applicabili a uno specifico momento (come la descrizione istantanea di un incontro), che è la posizione di base. È possibile comunque anche un utilizzo prolungato nel tempo per descrivere un andamento nel tempo o un processo. Gli utilizzatori dovrebbero, inoltre, identificare il loro stile di codifica e l'unità temporale che utilizzano.

Secondo il modello bio-psico-sociale lo stato di salute dipende complessivamente da tre elementi:

- l'integrità delle funzioni e strutture corporee
- la capacità di svolgere delle attività
- la possibilità di partecipare alla vita sociale.

Struttura dell'ICF



CLASSIFICAZIONE

PARTI

COMPONENTI

COSTRUTTI/QUALIFICATORI

DOMINI E CATEGORIE A DIVERSI LIVELLI



L'I..CF. si sviluppa in due parti principali.

Parte 1. Funzionamento e disabilità

- Funzioni e strutture corporee
- Attività e partecipazione.

Parte 2. Fattori contestuali

- Fattori ambientali
- Fattori personali.

L'I.C.F. valuta **quattro differenti componenti della salute individuale:**

- le funzioni corporee, come la vista e la motricità
- le strutture corporee, come gli occhi o le braccia
- le attività di un individuo e la sua partecipazione a contesti sociali, come la lettura e la capacità di stare in classe
- i fattori ambientali, come l'ambiente naturale o quello scolastico

I fattori personali come l'età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita, l'autostima, la motivazione individuale, pur se presi in considerazione dall'I.C.F., non rientrano nello schema classificatorio in quanto non facilmente identificabili data la loro molteplicità.



Ogni componente della salute I.C.F. è associata a una lettera:

Funzioni Corporee (b)

Strutture Corporee (s)

Attività e Partecipazione (d)

Fattori Ambientali (e).

Le lettere b, s, d, e che definiscono le componenti ICF derivano dalle iniziali in inglese dei termini che le definiscono:

b – body – funzioni corporee

s – structure – strutture corporee

d – domain – attività e partecipazione

e – environment – fattori contestuali

Le componenti (b, s, d, e) vengono descritte nell'ambito di domini e categorie. Tali domini, quindi, si frammentano in blocchi che descrivono ogni singolo aspetto del funzionamento di una persona dal punto di vista biologico, psicologico e sociale. Tale costruzione così raffinata serve per associare un codice univoco a ciascuna delle possibili dimensioni del funzionamento umano.

A ciascun codice così costituito può essere poi associato un costrutto o qualificatore che rappresenterà la valutazione dello stato di salute di una persona da parte di un operatore (sanitario, sociale, educativo...).



Componenti dell'I.C.F. della Parte 1

b - Le funzioni corporee, fisiologiche o psicologiche, riguardano il funzionamento del cervello e del sistema nervoso centrale.

Si classificano in 8 domini:

- funzioni mentali
- funzioni sensoriali
- funzioni della voce e della parola
- funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio
- funzioni digestive, nutrizionali, metaboliche ed endocrinologiche
- funzioni genito – urinarie e riproduttive
- funzioni neuro – muscolo – scheletriche e correlati al movimento
- funzioni della pelle e strutture correlate.



s – Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti. Le menomazioni sono problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.

Si classificano in 8 domini:

- strutture del sistema nervoso (cervello, midollo spinale e strutture correlate)
- occhio e strutture correlate
- strutture coinvolte nella voce e nella parola
- strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio
- strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolici ed endocrini
- strutture del sistema urogenitale e di riproduzione
- strutture correlate al movimento
- pelle e strutture correlate.

In relazione a tale classificazione, una menomazione viene descritta come uno o più problemi nelle strutture o funzioni corporee, sotto forma di significativa deviazione o perdita.



d – Attività e partecipazione. La dimensione delle attività si riferisce ai comportamenti che le persone mettono in atto al fine di svolgere compiti, mansioni e azioni, mentre quella della partecipazione si riferisce al livello di coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita in relazione alla salute, alle condizioni e alle funzioni corporee, alle attività che è in grado di svolgere.

Le disabilità diventano così “limitazioni nelle attività” e l’handicap assume il significato di “restrizione alla partecipazione”.

Sebbene l' ICF-CY introduca la differenza concettuale tra la partecipazione e attività , essi sono combinati in un unico componente di attività e partecipazione e coprono gli stessi 9 domini:

- attività di apprendimento e di applicazione delle conoscenze
- compiti e richieste generali
- comunicazione
- mobilità
- cura della propria persona
- vita domestica
- interazioni e relazioni interpersonali
- aree di vita principali
- vita sociale, civile e di comunità.

Componenti dell'ICF della Parte 2 Fattori contestuali

e – I fattori contestuali

I fattori contestuali includono i fattori ambientali e i fattori personali che possono avere un impatto sull'individuo.

- Fattori ambientali si riferiscono alle caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale, agli atteggiamenti e valori propri della persona e del contesto d'appartenenza, regole e leggi.
- Fattori personali costituiscono invece il background personale della vita e dell'esistenza dell'individuo e caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della condizione di salute. Alcuni esempi possono essere il genere, l'età, la razza, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, la capacità di adattamento, il background sociale, l'educazione, la professione, le esperienze passate e attuali, lo stile del carattere. Attualmente non sono codificati come i fattori ambientali.

Una analisi di questo tipo permette di mettere in luce sia le “determinanti” individuali (caratteristiche dell'ambiente di vita della persona), sia quelle sociali.



I fattori ambientali si classificano in 5 domini:

- prodotti e tecnologia
- ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo
- relazioni e sostegno sociale
- atteggiamenti
- servizi, sistemi e politiche.

Domini

I domini sono insiemi di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti o aree della vita correlate tra loro e costituiscono i diversi capitoli e i blocchi all'interno di ciascuna componente.

Ad esempio:

Domini della componente Attività e partecipazione	
Apprendimento e applicazione delle conoscenze	Questo dominio riguarda l'apprendimento, l'applicazione delle conoscenze acquisite, il pensare, il risolvere e il prendere decisioni.
Compiti e richieste generali	Questo dominio riguarda gli aspetti generali dell'eseguire compiti singoli o articolati, organizzare la routine e affrontare lo stress. Questi item, possono essere usati in congiunzione con compiti o azioni più specifici per identificare le caratteristiche sottostanti all'esecuzione in circostanze diverse.
Comunicazione	Questo dominio riguarda le caratteristiche generali e le specifiche della comunicazione attraverso il linguaggio, i segni e i simboli, inclusi la ricezione e la produzione di messaggi, portare avanti una conversazione e usare strumenti e tecniche di comunicazione. (esclude leggere (d166), scrivere (d170) che si ritrovano nel precedente dominio)
Mobilità	Questo dominio riguarda il muoversi cambiando posizione del corpo o collocazione o spostandosi da un posto all'altro, portando, muovendo o manipolando oggetti, camminando, correndo o arrampicandosi e usando vari mezzi di trasporto.
Cura della propria persona	Questo dominio riguarda la cura di sé, lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare e bere, e prendersi cura della propria salute.
Vita domestica	Questo dominio riguarda l'adempimento di azioni e compiti domestici e quotidiani. Le aree della vita domestica includono procurarsi un posto in cui vivere, cibo, vestiario e altri beni di prima necessità, le pulizie della casa e sistemare e aver cura degli oggetti personali e di altri oggetti casalinghi, e assistere gli altri.
Interazioni e relazioni interpersonali	Questo dominio riguarda l'esecuzione delle azioni e dei compiti richiesti per le interazioni semplici e complesse con le persone (estranei, amici, parenti, membri della propria famiglia, partner e persone amate) in un modo contestuale e socialmente adeguato.
Aree di vita principali	Questo dominio riguarda lo svolgimento dei compiti e delle azioni necessari per impegnarsi nell'educazione, nel lavoro e nell'impiego e per condurre transizioni economiche.
Vita sociale e di comunità	Questo dominio riguarda le azioni e i compiti richiesti per impegnarsi nella vita sociale fuori dalla famiglia, nella comunità, in aree della vita comunitaria, sociale e civile.

I codici e il linguaggio standardizzato dell'ICF

La componente Attività e partecipazione è codificata con la lettera d. Questa si declina in 9 domini. In particolare, il terzo di essi riguarda la Comunicazione.

Il frammento di codice d3, allora, rappresenta il dominio “Comunicazione” nella componente “Attività e partecipazione”.

- ▼ D ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE
 - ▶ d1 APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE
 - ▶ d2 COMPITI E RICHIESTE GENERALI
 - ▶ d3 COMUNICAZIONE
 - ▶ d4 MOBILITA'
 - ▶ d5 CURA DELLA PROPRIA PERSONA
 - ▶ d6 VITA DOMESTICA
 - ▶ d7 INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI
 - ▶ d8 AREE DI VITA PRINCIPALI
 - ▶ d9 VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'



A sua volta, il dominio Comunicazione si frammenta in **blocchi** che descrivono ogni singolo aspetto dell'attività comunicativa di una persona.

Ad esempio, il blocco da 30 a 49 riguarda la comunicazione e la produzione.

Fissiamo quindi l'attenzione sul gruppo di codici da d330 a d349.

- ▼ d3 COMUNICAZIONE
- ▶ d310-d329 COMUNICARE - RICEVERE
- ▶ d330-d349 COMUNICARE - PRODURRE
- ▶ d350-d369 CONVERSAZIONE E USO DI STRUMENTI E TECNICHE DI COMUNICAZIONE
- d398 Comunicazione, altro specificato
- d399 Comunicazione, non specificato



Ad esempio, l'elemento 32 riguarda il Cantare. Quindi il codice d332 nel linguaggio I.C.F. indica l'attività del cantare, all'interno del dominio Comunicare-produrre che fa capo alla componente Attività e partecipazione.

- ☐ d330-d349 COMUNICARE - PRODURRE
 - ☐ d330 Parlare
 - ☐ d331 Vocalizzazione prelinguistica
 - ☐ d332 Cantare
 - ▶ d335 Produrre messaggi non verbali
 - ☐ d340 Produrre messaggi nel linguaggio dei segni
 - ☐ d345 Scrivere messaggi
 - ☐ d349 Comunicare - produrre, altro specificato e non specificato

Alcuni blocchi possono ulteriormente frammentarsi in **categorie** più fini.

Ad esempio il blocco d335 (produrre messaggi non verbali) si frammenta in ulteriori 5 voci.

Ad esempio, il codice d3351 riguarda la produzione di segni e simboli, all'interno del blocco produrre messaggi non verbali, che fa parte di Comunicare-produrre all'interno della componente attività e partecipazione.

- ▼ d330-d349 COMUNICARE - PRODURRE
 - d330 Parlare
 - d331 Vocalizzazione prelinguistica
 - d332 Cantare
 - ▶ d335 Produrre messaggi non verbali
 - d340 Produrre messaggi nel linguaggio dei segni
 - d345 Scrivere messaggi
 - d349 Comunicare - produrre, altro specificato e non specificato

- ▼ d335 Produrre messaggi non verbali
 - d3350 Produrre gesti con il corpo
 - d3351 Produrre segni e simboli
 - d3352 Produrre disegni e fotografie
 - d3358 Produrre messaggi non verbali, altro specificato
 - d3359 Produrre messaggi non verbali, non specificato



Conveniamo certamente tutti nell'affermare che la “spiegazione” di un codice è molto meno immediata rispetto alla semplice “lettura” del codice stesso.

L'obiettivo dell'I.C.F. è proprio questo:

rendere immediatamente comprensibile e interpretabile un aspetto molto specifico e complesso del funzionamento di una persona intesa come portatrice di salute. Non solo. Il codice è un elemento facilmente trasferibile da un contesto a un altro (anche da una nazione a un'altra) perché si esprime con un linguaggio neutro e standardizzato.



La valutazione nel sistema I.C.F.

Come precedentemente detto, ogni singolo aspetto del funzionamento di una persona può essere codificato in modo univoco nell'ambito della classificazione I.C.F.

La codifica in sé, tuttavia, non assume alcuno specifico significato se priva di una **valutazione** che esprima il **grado di difficoltà** che quella persona manifesta in uno specifico ambito del suo stato di salute e all'interno di una particolare interazione con l'ambiente in cui vive.

Tale valutazione, a sua volta, non è fine a se stessa, ma serve come base per la progettazione di interventi di tipo sanitario, sociale o educativo che, a partire dalla ricognizione di vincoli e risorse dell'ambiente di vita di una persona, traccino un percorso finalizzato a:

- ridurre l'impatto delle difficoltà di una persona sui suoi livelli di partecipazione sociale
- enfatizzare i punti di forza del suo stato di salute per trasformare in modo efficace le sue capacità in performance attive e funzionali nel suo ambiente di vita
- individuare in che modo le barriere ambientali, sociali e psicologiche influenzino i punti di debolezza dello suo stato di salute (rendendola, di fatto, una persona disabile in quello specifico ambiente)
- ricercare strumenti e tecniche che possono facilitare il suo percorso (sanitario, sociale, educativo ...)



La scelta dei termini capacità, performance, barriera e facilitatore non è casuale: l'I.C.F. li considera propriamente dei qualificatori che consentono di attribuire un valore, su scala numerica, che esprime il grado di difficoltà o impedimento di ogni possibile aspetto dello stato di salute di una persona (che, ricordiamo, si esprime con un codice univoco).

Più precisamente, qualificare l'informazione significa misurare l'entità della difficoltà che una persona manifesta in un determinato aspetto del suo funzionamento.

I codici I.C.F. richiedono, perciò, l'uso di uno o più qualificatori che denotano l'entità del livello di salute; ogni codice è qualificato secondo una struttura numerica che definisce la gravità della difficoltà.

Supponendo che xxxx rappresenti il codice che identifica un aspetto della salute nella classificazione I.C.F. (ad esempio, d332 – Cantare), alla fine del codice si scrive un punto e poi il qualificatore pertinente alla componente che si sta esaminando (d – Attività e partecipazione, in questo caso).



Quasi tutti i qualificatori si estendono sulla seguente scala di gravità quinaria (0-4):

xxxx.0 : nessun problema (assente, trascurabile)

xxxx.1 : problema lieve (leggero, basso)

xxxx.2 : problema medio (moderato, discreto)

xxxx.3 : problema grave (elevato, estremo)

xxxx.4 : problema completo (totale)

xxxx.8 : non specificato

xxxx.9 : non applicabile

Come anticipato, ogni componente ha uno o più qualificatori per esprimere il grado di difficoltà di un aspetto del funzionamento di una persona, che devono essere costruiti secondo una sintassi specifica, come illustrato nel seguente quadro di insieme.

PRIMA PARTE: FUNZIONAMENTO			
Componente ICF	Qualificatori		
	Numero	Posizione e sintassi	Significato
b - Funzioni corporee	1	bxxx.Q	Grado della menomazione
s - Strutture corporee	3	sxxx.Q _ _	Grado della menomazione
		sxxx._ Q _	Natura della menomazione
		sxxx._ _ Q	Localizzazione della menomazione
d - Attività e partecipazione	2	dxxx.Q _	Grado di performance
		dxxx._ Q	Grado di capacità
SECONDA PARTE: FATTORI CONTESTUALI			
Componente ICF	Qualificatori		
	Numero	Posizione	Significato
e - Fattori ambientali	2	exxx . Q	Barriera
		exxx + Q	Facilitatore



I qualificatori di ciascuna componente

Parte 1. Funzionamento e disabilità

- Funzioni e Strutture corporee.
- Attività e partecipazione.

Parte 2. Fattori contestuali

- Fattori ambientali.
- Fattori personali.



Parte 1. Funzionamento e disabilità Funzioni corporee

Esempio:

Filippo, 13 anni, si muove solo in ambienti già noti sotto la supervisione di un adulto. Non si orienta nel tempo e non conosce il nome dei giorni della settimana, la data, il susseguirsi di mesi e stagioni.

Il codice relativo alle funzioni dell'orientamento è b114 (Funzioni mentali generali relative all'accettarsi e a conoscere la propria relazione con l'oggetto, con se stessi, con gli altri, con il tempo, con il proprio ambiente e con lo spazio).

Considerata la specifica condizione di Filippo, si può ritenere grave il grado di compromissione delle funzioni di orientamento spazio-temporale. Pertanto, il codice completo di qualificatore sarà b114.3

b – FUNZIONI CORPOREE		
	Sintassi specifica	Significato
1 qualificatore	bxxx.0	nessun problema (assente, trascurabile)
	bxxx.1	problema lieve (leggero, basso)
	bxxx.2	problema medio (moderato, discreto)
	bxxx.3	problema grave (elevato, estremo)
	bxxx.4	problema completo (totale)
	bxxx.8	non specificato
	bxxx.9	non applicabile

Parte 1. Funzionamento e disabilità

Strutture corporee

Esempio:

Giorgia (12 anni) ha una malformazione congenita all'occhio sinistro che non le permette di vedere alcunché se non con fonti di luce intense. Questo è dovuto a una malformazione che ha colpito le fibre mieliniche dell'occhio sinistro. A questo si aggiunge un leggero strabismo e una dimensione dell'occhio sinistro minore rispetto a quelle dell'occhio destro. La vista con l'occhio destro risulta nei parametri normali.

Il codice ICF che descrive la Struttura del bulbo oculare è s220.____

s – STRUTTURE CORPOREE			
3 qualificatori	Estensione del problema	Sintassi specifica	Significato
		sxxx.0 __	nessun problema
		sxxx.1 __	problema lieve
		sxxx.2 __	problema medio
		sxxx.3 __	problema grave
		sxxx.4 __	problema completo
		sxxx.8 __	non specificato
	sxxx.9 __	non applicabile	
	Natura del cambiamento	Sintassi specifica	Significato
		sxxx. __ 0 _	nessun cambiamento nella struttura
		sxxx. __ 1 _	assenza totale
		sxxx. __ 2 _	assenza parziale
		sxxx. __ 3 _	parte in eccesso
		sxxx. __ 4 _	dimensioni anormali
		sxxx. __ 5 _	discontinuità
		sxxx. __ 6 _	posizione deviante
		sxxx. __ 7 _	cambiamenti qualitativi nella struttura
		sxxx. __ 8 _	non specificato
	sxxx. __ 9 _	non applicabile	
	Collocazione del problema	Sintassi specifica	Significato
		sxxx. __ 0	più di una regione
		sxxx. __ 1	destra
		sxxx. __ 2	sinistra
		sxxx. __ 3	entrambi i lati
		sxxx. __ 4	frontale
		sxxx. __ 5	dorsale
		sxxx. __ 6	prossimale
		sxxx. __ 7	distale
		sxxx. __ 8	non specificato
	sxxx. __ 9	non applicabile	



Considerata la menomazione limitata all'occhio sinistro, disfunzionale e di dimensioni anomale, Giorgia può vedere senza difficoltà solo in ambienti molto illuminati. Sebbene nel complesso la sua capacità visiva non risulti seriamente compromessa, il problema all'occhio sinistro, considerato di per sé, appare grave. Si consideri che in questa componente si deve valutare il grado di menomazione di un organo o di una funzione, e non ancora il suo impatto sui livelli di attività e partecipazione, né sul suo funzionamento globale. E' quindi possibile valutare come grave il problema oggettivo all'occhio sinistro e rimandare la valutazione dell'impatto che questo può avere sull'interazione di Giorgia con l'ambiente circostante quando si esamineranno altre componenti del suo funzionamento. Pertanto, il codice completo di valutazione potrebbe essere s220.342 (qualificatori 342 "tre quattro due" = problema grave, dimensioni anormali, sinistra).

S – STRUTTURE CORPOREE			
3 qualificatori	Estensione del problema	Sintassi specifica	Significato
		SXXX.0 __	nessun problema
		SXXX.1 __	problema lieve
		SXXX.2 __	problema medio
		SXXX.3 __	problema grave
		SXXX.4 __	problema completo
		SXXX.8 __	non specificato
	SXXX.9 __	non applicabile	
	Natura del cambiamento	Sintassi specifica	Significato
		SXXX. _ 0 _	nessun cambiamento nella struttura
		SXXX. _ 1 _	assenza totale
		SXXX. _ 2 _	assenza parziale
		SXXX. _ 3 _	parte in eccesso
		SXXX. _ 4 _	dimensioni anormali
		SXXX. _ 5 _	discontinuità
		SXXX. _ 6 _	posizione deviante
		SXXX. _ 7 _	cambiamenti qualitativi nella struttura
		SXXX. _ 8 _	non specificato
	SXXX. _ 9 _	non applicabile	
	Collocazione del problema	Sintassi specifica	Significato
		SXXX. __ 0	più di una regione
		SXXX. __ 1	destra
		SXXX. __ 2	sinistra
		SXXX. __ 3	entrambi i lati
		SXXX. __ 4	frontale
		SXXX. __ 5	dorsale
		SXXX. __ 6	prossimale
SXXX. __ 7		distale	
SXXX. __ 8		non specificato	
SXXX. __ 9	non applicabile		

Parte 1. Funzionamento e disabilità Attività e partecipazione

I qualificatori relativi alla componente Attività e partecipazione sono 2: capacità e performance. Considerata la complessità dei concetti da essi sottesi, occorre una riflessione sul loro significato, anche in riferimento a una oggettiva valutazione del grado di funzionamento.

La capacità è ciò che una persona può fare ed è una caratteristica intrinseca di quella persona. Essa quindi è indipendente dall'ambiente e descrive il funzionamento della persona in un ambiente neutro rispetto all'attività, che quindi non facilita e non ostacola. Indica il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un momento determinato in un dominio, nella componente di Attività e Partecipazione.

La capacità viene misurata in un ambiente standard e uniforme e valuta il grado di difficoltà che una persona avrebbe in una situazione standard, ovvero in assenza di facilitatori o barriere.

d – ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE			
2 qualificatori	Performance	Sintassi specifica	Significato
		dxxx.0_	nessuna difficoltà
		dxxx.1_	difficoltà lieve
		dxxx.2_	difficoltà media
		dxxx.3_	difficoltà grave
		dxxx.4_	difficoltà completa
		dxxx.8_	non specificato
		dxxx.9_	non applicabile
	Capacità	Sintassi specifica	Significato
		dxxx._0	nessuna difficoltà
		dxxx._1	difficoltà lieve
		dxxx._2	difficoltà media
		dxxx._3	difficoltà grave
		dxxx._4	difficoltà completa
dxxx._8		non specificato	
dxxx._9	non applicabile		



La performance è invece ciò che una persona effettivamente fa. Essa appare quindi come risultato dell'interazione dei fattori ambientali sul funzionamento, ed è quindi strettamente dipendente dall'ambiente.

La performance descrive quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale e reale, e quindi introduce l'aspetto del coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita. Tramite essa, è possibile valutare il grado di difficoltà incontrato dalla persona nello svolgere attività e azioni di partecipazione alla vita sociale nei suoi contesti di vita abituali con i sostegni in atto.

d – ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE			
2 qualificatori	Performance	Sintassi specifica	Significato
		dxxx.0 _	nessuna difficoltà
		dxxx.1 _	difficoltà lieve
		dxxx.2 _	difficoltà media
		dxxx.3 _	difficoltà grave
		dxxx.4 _	difficoltà completa
		dxxx.8 _	non specificato
		dxxx.9 _	non applicabile
	Capacità	Sintassi specifica	Significato
		dxxx. _ 0	nessuna difficoltà
		dxxx. _ 1	difficoltà lieve
		dxxx. _ 2	difficoltà media
		dxxx. _ 3	difficoltà grave
		dxxx. _ 4	difficoltà completa
dxxx. _ 8		non specificato	
dxxx. _ 9	non applicabile		



La discrepanza tra capacità e performance misura il sostegno in atto e si evidenziano barriere e facilitatori che incidono sui suoi funzionamenti.

Torniamo all'esempio di Giorgia, studentessa con malformazione all'occhio sinistro che le consente una vista ottimale solo in presenza di luce intensa. Supponiamo di voler valutare la sua attività di spostamento nell'ambiente scolastico (classe, corridoi, ambienti comuni...).

E' importante osservare che, in questo caso, non è possibile effettuare alcuna valutazione se non si descrive prima il tipo di ambiente in cui la sua capacità di spostamento viene posta in essere (diventando performance).

Pertanto, supponiamo (a titolo di esempio) che la classe in cui è inserita Giorgia sia esposta a nord, con poca illuminazione durante la mattinata e che le lampade a neon di cui la classe è munita siano inefficienti.

E' indubbio che la capacità di spostamento di Giorgia non dipenda (fisiologicamente) dalla menomazione al suo occhio sinistro: Giorgia è perfettamente in grado di camminare; è tuttavia vero che la possibilità di spostamento della ragazza è dipendente dall'ambiente in cui tale capacità viene posta in essere. Nello specifico, in quella classe, Giorgia si sposterà con impaccio.

d450 rappresenta, nel dominio d4 - mobilità, l'attività di Camminare (Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso o lateralmente).

Una possibile valutazione dell'attività di camminare (in quell'ambiente) potrebbe essere quindi d450.20 (qualificatori 20 = grado di performance con difficoltà media, grado di capacità senza alcuna difficoltà).

d - ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE			
2 qualificatori	Performance	Sintassi specifica	Significato
		dxxx.0 _	nessuna difficoltà
		dxxx.1 _	difficoltà lieve
		dxxx.2 _	difficoltà media
		dxxx.3 _	difficoltà grave
		dxxx.4 _	difficoltà completa
		dxxx.8 _	non specificato
	dxxx.9 _	non applicabile	
	Capacità	Sintassi specifica	Significato
		dxxx._0	nessuna difficoltà
dxxx._1		difficoltà lieve	
dxxx._2		difficoltà media	
dxxx._3		difficoltà grave	
dxxx._4		difficoltà completa	
dxxx._8		non specificato	
dxxx._9	non applicabile		



Siamo sulla buona strada per iniziare ad associare concretamente il termine disabilità a uno specifico contesto: l'esposizione dell'aula e la scarsa illuminazione sono barriere rispetto alla mobilità di Giorgia, così come potrebbe esserlo rispetto al mantenimento dell'attenzione (se la lezione avviene con l'impiego di supporti iconici ...).

Esaminiamo ancora un possibile esempio su Giorgia, e consideriamo l'attività del Guardare (d110) definita dall'ICF come utilizzare il senso della vista intenzionalmente per sperimentare stimoli visivi, come seguire visivamente un oggetto, guardare delle persone, osservare un evento sportivo, una persona o dei bambini che giocano. Tale attività è certamente alla base dell'interazione didattica, poiché gran parte degli stimoli cognitivi vengono veicolati dalla vista (leggere un testo, guardare lavagna e LIM, leggere il linguaggio gestuale e le espressioni ...). In questo caso, la menomazione all'occhio sinistro appare fortemente limitante rispetto alle sue capacità e, a maggior ragione, questo rende ancora più difficoltosa la sua performance in quella classe.

Pertanto, la valutazione dell'attività del guardare potrebbe essere d110.32 (qualificatori 32 = performance con difficoltà grave, capacità con difficoltà media).

Parte 2. Fattori contestuali

Fattori ambientali

Anche in questo caso, i termini barriera e facilitatore, più volte ripetuti all'interno di questo percorso, necessitano di una definizione rigorosa:

le **barriere sono ostacoli all'attività** e alla partecipazione della persona.

Nell'ambito dei fattori ambientali, sono degli **elementi** che, con la loro **presenza o assenza, limitano il funzionamento e creano disabilità.**

I **facilitatori** sono elementi, costrutti, strumenti che **favoriscono, sostengono l'attività** e la partecipazione.

Nell'ambito dei fattori ambientali, sono degli elementi che, mediante la loro **presenza o assenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità.** I facilitatori possono evitare che una menomazione o una limitazione delle attività divengano una restrizione della partecipazione, dato che migliorano la performance di un'azione, nonostante il problema di capacità della persona.

e – FATTORI AMBIENTALI			
2 qualificatori	Barriera	Sintassi specifica	Significato
		exxx.0 _	nessuna barriera
		exxx.1 _	barriera lieve
		exxx.2 _	barriera media
		exxx.3 _	barriera grave
		exxx.4 _	barriera completa
		exxx.8 _	barriera non specificata
	exxx.9 _	non applicabile	
	Facilitatore	Sintassi specifica	Significato
		exxx + 0	nessuna facilitatore
exxx + 1		facilitatore lieve	
exxx + 2		facilitatore medio	
exxx + 3		facilitatore sostanziale	
exxx + 4		facilitatore completo	
exxx + 8		facilitatore non specificato	
exxx + 9	non applicabile		



Continuiamo a seguire l'esempio di Giorgia, in riferimento alla difficoltà di poter seguire adeguatamente una lezione in quello specifico ambiente poco illuminato (Ricordiamo che avevamo valutato Guardare d110.32).

Dobbiamo domandarci:

- quali sono i fattori oggettivi che limitano le performance di Giorgia?
- quali elementi potrebbero migliorare la sua performance nonostante la menomazione all'occhio sinistro che è di pregiudizio per la sua capacità di guardare?

La risposta alla prima domanda è certamente la Luce, codificata con e240 nella componente Fattori ambientali. La scarsa illuminazione dell'ambiente di lavoro di Giorgia è una barriera grave rispetto alla performance di guardare (ma anche per lo spostamento). Nella fase di progettazione di un intervento educativo di Giorgia, la stringa:

d110.32	e240.3
d450.20	



Significherebbe che Giorgia non ha un problema fisiologico che le impedisce di camminare, ma che in quell'ambiente si sposta con difficoltà; d'altra parte, sempre in quell'ambiente, la già ridotta capacità visiva viene ulteriormente inficiata dalla scarsa illuminazione.

Entrambi i livelli di performance ridotti rispetto alle effettive capacità di Giorgia, sono da imputare alla scarsa intensità della luce, scarsa qualità della luce e bassi contrasti di colore che appaiono come barriera grave (e240.3)

Se supponiamo che un nuovo paio di occhiali possa ridurre il grado di menomazione all'occhio sinistro (e magari la famiglia di Giorgia non può ancora acquistarlo), potremmo indicare questo strumento come un possibile facilitatore per le sue performance.

Dove il codice e115 è relativo ai prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana.

Il facilitatore è segnalato come lieve (+1) perché le difficoltà di Giorgia sono essenzialmente legate al grado di illuminazione.

d110.32	e115 + 1
d450.20	



Supponiamo ora che l'impaccio motorio di Giorgia (e magari anche il suo strabismo e l'evidente asimmetria nelle dimensioni degli occhi) siano oggetto di scherno da parte dei compagni di classe...

In tal caso, in fase di progettazione di un intervento su Giorgia si potrebbe ritenere che:

- e330+3 Persone in posizione di autorità (insegnante) sono un facilitatore sostanziale
- e585+2 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione sono un facilitatore medio
- e425.2 Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri delle società sono invece una barriera media.



La valutazione

Riflettiamo un attimo:

quale differenza c'è tra:

- VERIFICARE
- VALUTARE
- MISURARE
- ASSEGNARE UN VOTO o UN GIUDIZIO



VERIFICARE = processo di raccolta ed analisi di prove di ciò che uno studente può sapere e saper fare, realizzato in itinere (Ad es. quando assegno un compito da svolgere).

VALUTARE consiste nel prendere atto, interpretare le prove/tracce raccolte durante la verifica e formulare un giudizio sulla base di tali prove (Ad es. quando assegno un dato valore al compito realizzato).

ASSEGNARE UN GIUDIZIO O UN VOTO significa attribuire una corrispondenza numerica alla valutazione data, a partire da uno standard di riferimento.



“Misurare e valutare non è lo stesso. ...

Valutare implica esprimere un giudizio. E nessun giudizio può mai essere oggettivo, scevro da responsabilità. Se non altro perché i criteri stessi sono frutto di una scelta, dunque di un atto più o meno discrezionale”. Ernesto Paolozzi

Nella pratica scolastica i due concetti sono sovrapposti.

Il voto decimale serve sia per misurare una singola prestazione sia per valutare più prove e lo stesso allievo, ai fini di promuoverlo o bocciarlo!

È scorretto utilizzare i medesimi criteri per due operazioni che sono assolutamente diverse!

MISURARE = misurazione oggettiva della prestazione (es. la “conta degli errori”) secondo criteri matematici

VALUTARE = apprezzamento del docente che utilizza criteri che vanno oltre l’esito puro della prestazione.

Se si vuole esprimere una “**valutazione oggettiva**” bisogna ricorrere a **prove oggettive**. Una **prova è oggettiva** quando l’esito della sua esecuzione è uno soltanto: se acquisto 10 penne al prezzo di un euro ciascuna, l’esito è indiscutibile: 10 euro. Diverso è se mi chiedo: il prezzo è alto o basso? Queste penne sono adatte al bambino? È meglio una penna cancellabile o no?

La prova test è una prova oggettiva per tutti e non dovrebbe mai essere assunta come determinante ai fini di una **valutazione complessiva**, che, invece, richiede anche altre prove, non strutturate, e l’adozione di una serie di criteri che vanno ben oltre quelli “matematici” assunti per misurare un test .



Che uno studente sia capace di **fare l'elenco di tutte le «battaglie» di Garibaldi** è un conto ... che sappia entrare nel merito della storia italiana durante l'epoca garibaldina è un'altra cosa!

Nel primo caso una prova oggettiva è sufficiente.

Nel secondo assolutamente no: occorre adottare determinati criteri ed esplicitarli.

Per questi motivi le prove oggettive, Invalsi o meno, non potranno mai essere assunte come esaustive per rilevare apprendimenti complessi.



La **VALUTAZIONE** dovrebbe essere informativa e formativa.
Servire al discente a capire cosa sa e cosa può migliorare per raggiungere il successo formativo,
... e al **docente** a regolare il suo insegnamento affinché sia efficace per tutti i suoi allievi.

QUINDI, È PARTE INTEGRANTE DEL PROCESSO DI APPRENDIMENTO.

VALUTAZIONE dell'alunno

SOMMATIVA



Serve a 'tirare le somme'
al termine di un percorso

FORMATIVA



Fornisce informazioni utilizzabili
dall'alunno e dall'insegnante durante
il percorso

AUTENTICA



Fornisce informazioni circa la
padronanza delle competenze in
contesti reali o realistici

La valutazione scolastica riguarda l'apprendimento e il comportamento degli studenti e i docenti procedono alle verifiche intermedie, periodiche e finali, coerentemente con gli obiettivi di apprendimento previsti dal PTOF della scuola, in coerenza con le Indicazioni nazionali e le linee guida specifiche per i diversi livelli.

Il decreto legislativo 62/2017 attuativo della Legge 107/2015 ha modificato il modello di valutazione della scuola del primo ciclo, senza stravolgimenti bensì nell'ottica di apportare i miglioramenti di cui, negli anni, la comunità pedagogica ha condiviso l'opportunità.

Scuola secondaria di secondo grado

Per quanto riguarda le prove d'esame e il valore delle stesse, ossia se sono o meno equipollenti, è stabilito dal consiglio di classe all'interno del Piano Educativo Individualizzato di ciascun allievo disabile certificato.

La commissione d'esame, poi, sulla base della documentazione fornita dal consiglio di classe, relativa alle attività svolte, alle modalità di valutazione e all'assistenza prevista per l'autonomia e la comunicazione, predispone una o più prove differenziate.

Se le prove differenziate hanno valore equipollente a quelle ordinarie (secondo quanto indicato nel PEI), determinano il rilascio del titolo di studio conclusivo del secondo ciclo di istruzione.

La commissione può stabilire che il candidato disabile svolga la prova in un lasso di tempo differenziato rispetto ai compagni (naturalmente più lungo, sebbene il decreto non lo specifichi).

Nel caso in cui il candidato disabile svolga prove non equipollenti a quelle ordinarie o non partecipi all'esame o non svolga una o più prove, lo stesso non consegue il titolo di studio ma un'attestazione di credito formativo. La predetta attestazione riporta gli elementi informativi relativi all'indirizzo e alla durata del corso di studi seguito, alle discipline comprese nel piano di studi e alla della durata oraria complessiva destinata a ciascuna delle valutazioni, anche parziali, riportate in sede di esame.



Va quindi potenziata **la cultura dell'inclusione**: un approccio educativo, non meramente clinico dovrebbe dar modo di individuare strategie e metodologie di intervento correlate alle esigenze educative speciali, nella prospettiva di una scuola sempre più inclusiva e accogliente, senza bisogno di ulteriori precisazioni di carattere normativo.

È sempre più urgente adottare una didattica che sia “denominatore comune” per tutti i discenti e che non lasci indietro nessuno: **una didattica inclusiva più che una didattica speciale.**

Laboratorio

1. Titolo Progetto	
2. Contestualizzazione	<p>Giustificare brevemente la scelta della situazione/problema/tema del Progetto in relazione al percorso formativo degli studenti</p> <p>Indicare il focus del progetto rispetto agli assi culturali e ai profili di indirizzo</p>
3. Destinatari	Indicare indirizzo, annualità, classe, gruppo, ...
4. Monte ore complessivo	Deve tener conto di tutte le attività progettate, anche di quelle realizzate in contesti non formali
5. Situazione/problema/tema di riferimento	Individuare un problema/bisogno da affrontare attraverso dei compiti “autentici” (di realtà) significativi e sfidanti per gli studenti, coerenti con i focus individuati.

6. Prodotto/Prodotti da realizzare	Indicare il prodotto-i/servizio che gli studenti realizzeranno
7. Competenze target	Selezionare le competenze da promuovere e riportarle dall'elenco, declinato nelle Linee guida (traguardi di apprendimento ...)
8. Saperi essenziali	Indicare i nuclei di sapere che richiedono una collaborazione pluridisciplinare
9. Insegnamenti coinvolti	Indicare gli insegnamenti di riferimento
10. Attività degli studenti	<p>Indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasi da svolgere - Contenuti essenziali delle attività - Modalità (collettive, di gruppo, personalizzate ...

11. Attività di accompagnamento dei docenti	Indicare: le attività didattiche e di supporto con le metodologie previste; i processi cognitivi principali associati alle attività degli studenti (analisi, interpretazione, argomentazione, generalizzazione, ...) e da supportare da parte dei docenti
12. Prodotti /realizzazioni in esito	Riportare una breve descrizione e le modalità di documentazione e di presentazione (a carattere multimediale)
13. Criteri per la valutazione e la certificazione dei risultati di apprendimento	Indicare: i criteri per la valutazione di prodotto e di processo le modalità operative di valutazione e gli strumenti utilizzati



Riforma della Scuola secondaria di secondo grado

https://archivio.pubblica.istruzione.it/riforma_superiori/nuovesuperiori/index.html

Linee guida per il passaggio al nuovo ordinamento Istituti Tecnici

https://www.indire.it/lucabas/lkmw_file/nuovi_tecnici/INDIC/ LINEE GUIDA TECNICI .pdf

Linee guida per il passaggio al nuovo ordinamento Istituti Professionali

https://www.indire.it/lucabas/lkmw_file/nuovi_professionali/linee_guida/ LINEE%20GUIDA%20ISTITUTI%20%20PROFESSIONALI .pdf

Linee guida per il passaggio al nuovo ordinamento Licei

https://www.indire.it/lucabas/lkmw_file/licei2010/indicazioni_nuovo_impaginato/ decreto_indicazioni_nazionali.pdf

Le nuove competenze chiave europee

<https://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/norme/2018%2006%2004%20FMDC%20nuove%20competenze%20chiave.pdf>

LAVORO DI GRUPPO

Studio di caso: Conoscere e gestire l'iperattività e la disattenzione

Studi di caso: Interventi educativi per discenti con difficoltà di comunicazione

Studi di caso: Interventi educativi per discenti con autismo

<https://www.miur.gov.it/-/decreto-ministeriale-n-153-del-1-agosto-2023>



*Il vero viaggio di scoperta non consiste nel trovare nuovi territori,
ma nel possedere altri occhi,
vedere l'universo attraverso gli occhi di un altro,
di centinaia d'altri:
di osservare il centinaio di universi che ciascuno di loro osserva,
che ciascuno di loro è.*

MARCEL PROUST

Lo scopo della scuola è quello di trasformare gli specchi in finestre. Sydney J. Harris