

*Come cambiano i bisogni: dall'integrazione degli alunni con disabilità
all'inclusione dei molti alunni con bisogni educativi speciali*

Dario Ianes

Ciò che caratterizza gli alunni con Bisogni Educativi Speciali non è una diagnosi medica o psicologica (una “certificazione”) ma una qualche situazione di difficoltà che richiede interventi individualizzati. Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali vivono una situazione particolare, che li ostacola nell'apprendimento e nello sviluppo: può essere a livello organico, biologico, oppure familiare, sociale, ambientale, contestuale. Un alunno con Bisogni Educativi Speciali può avere una lesione cerebrale grave, o la sindrome di Down, o una lieve disfunzionalità cerebrale e percettiva, o gravi conflitti familiari, o background sociale e culturale diverso o deprivato, ecc.

Queste (e altre) situazioni causano direttamente o indirettamente — grazie all'opera mediatrice di altri fattori (personali e/o contestuali) —, difficoltà, ostacoli o rallentamenti nei processi di apprendimento che dovrebbero svolgersi nei vari contesti. Queste difficoltà possono essere globali e pervasive (si pensi all'autismo) oppure più specifiche (ad esempio nella dislessia), settoriali (disturbi del linguaggio, disturbi psicologici d'ansia, ad esempio); gravi o leggere, permanenti o (speriamo) transitorie.

In questi casi i normali bisogni educativi che tutti gli alunni hanno (bisogno di sviluppare competenze, bisogno di appartenenza, di identità, di valorizzazione, di accettazione, solo per citarne alcuni) si “arricchiscono” di qualcosa di particolare, di “speciale”. Il loro bisogno normale di sviluppare competenze di autonomia, ad esempio, è complicato dal fatto che possono esserci deficit motori, cognitivi, oppure difficoltà familiari nel vivere positivamente l'autonomia e la crescita.

In questo senso il Bisogno Educativo diventa “Speciale”. Per lavorarci adeguatamente avremo dunque bisogno di competenze e risorse “speciali”, migliori, più efficaci.

Ogni insegnante sa bene, per esperienza diretta, che gli alunni che avrebbero bisogno di attenzioni più specifiche sono ben di più di quel 2-3% in possesso di certificazione medica: quelli sono soltanto la punta dell'iceberg, sotto ci sono almeno il 10-15% di alunni che hanno vari Bisogni Educativi Speciali.

Cercare e definire i Bisogni Educativi Speciali non significa certo “fabbricare” alunni diversi per poi emarginarli o discriminarli in qualche modo, anche nuovo e sottile. Significa invece rendersi bene conto delle varie difficoltà, grandi e piccole, per sapervi rispondere in modo adeguato. Non farlo, quello sì che sarebbe discriminante, sarebbe incuria. Come è discriminante dover per forza farsi fare una diagnosi medica per ottenere qualche risorsa in più. È discriminante e penoso, mortificante per le famiglie e per gli alunni stessi, quando se ne rendono conto. Non è invece un'etichetta discriminante “Bisogni Educativi Speciali”, perché è amplissima, non fa riferimento solo ad alcuni tipi di cause e non è stabile nel tempo: la si può togliere, infatti, in alcuni casi. Si potrebbe dire che ogni bambino può incontrare nella sua vita una situazione che gli crea Bisogni Educativi Speciali; dunque è una condizione che ci riguarda tutti e a cui siamo tenuti, deontologicamente e politicamente, a rispondere in modo adeguato.

Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno bisogno infatti di interventi individualizzati, tagliati accuratamente su misura della loro situazione di difficoltà e dei fattori che la originano e/o mantengono. Questi interventi possono essere ovviamente i più vari nelle modalità (molto tecnici o molto informali), nelle professionalità coinvolte, nella durata, nel grado di “mimetizzazione” all'interno delle normali attività scolastiche (in questo caso si parla di “speciale normalità”: una normalità educativa-didattica resa più ricca, più efficace dalle misure prese per rispondere ai Bisogni Educativi Speciali).

In alcuni casi questa individualizzazione prenderà la forma di un Piano educativo individualizzato-Progetto di vita, in altri sarà, ad esempio, una “semplice” e informale serie di delicatezze e attenzioni psicologiche rispetto a una situazione familiare difficile, in altri ancora potrà essere uno specifico intervento psicoeducativo nel caso di comportamenti problema.

In tutti i casi c'è comunque un qualcosa in più, c'è qualcosa di "speciale" che dovrebbe tendere a "farsi normale" il più possibile; anzi, c'è la normalità stessa delle situazioni educativo-didattiche, la grande quotidianità della vita scolastica che abbraccia tutti, che si arricchisce continuamente di quei piccoli-grandi dettagli necessari a qualche alunno, ma utili per tutti.

In questo senso la qualifica "speciale" non ci fa più pensare alle scuole speciali, segreganti ed emarginanti, ma a una buona qualità dei processi di insegnamento-apprendimento, che rende possibile una reale inclusione delle differenze e dei Bisogni Educativi Speciali.

Ma gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno diritto a risposte individualizzate? Ne hanno diritto tutti o solo una parte di essi, e cioè quelli che possono fregiarsi di una diagnosi medica "vera"? Noi crediamo che tutti gli alunni, con qualunque tipo di Bisogno Educativo Speciale, abbiano diritto a risposte adeguate alla loro situazione, perché non è giusto "far parti uguali fra disuguali", come ebbe a dire Don Milani.

Ma quando si fanno parti disuguali tra diversi dobbiamo stare attenti a chi diamo di più: qualcuno infatti vorrebbe dare di più a chi ha già di più, e di meno a chi ha (è) meno. Forse perché merita di meno? O forse perché gli alunni che hanno meno (ma più bisogni) sono molti, troppi per le risorse che la scuola ha a disposizione? È la teoria della "coperta corta", che se vuole coprire le spalle lascia fuori i piedi, e viceversa. L'amministrazione scolastica potrebbe pensare: "Con le (scarse) risorse a disposizione non posso "coprire" tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali e allora "copro" quelli tutelati dalla legge 104 del 1992, la legge quadro sull'handicap (allora si usava ancora dire handicap), quelli che possono esibire la loro bella certificazione. Naturalmente, avendo una coperta molto corta, cercherò di fare in modo che quelli da "coprire" siano il meno possibile, per cui tenterò di restringere i criteri di "certificabilità".

Ma torniamo dunque ai nostri alunni con Bisogni Educativi Speciali, diamo loro un'occhiata più da vicino.

Alunni con Bisogni Educativi Speciali CON diagnosi psicologica e/o medica

Per quanto riguarda le categorie diagnostiche principali, le classificazioni più in uso fanno riferimento al DSM-IV/Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (1996) e all'ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1992).

Ritardo mentale

Una prima categoria di Bisogni Educativi Speciali è quella del *ritardo mentale*. Le due caratteristiche fondamentali di questo disturbo sono:

- un funzionamento intellettuale generale significativamente al di sotto della media (misurabile attraverso la somministrazione di test che danno un valore di Quoziente Intellettivo);
- significative limitazioni nel comportamento dell'individuo (autonomia personale e sociale).

Il disturbo è stato suddiviso in quattro sottotipi corrispondenti al grado di compromissione intellettiva.

Ritardo mentale lieve (QI compreso tra 50-55 e 70)

Ricopre circa l'80% dei casi di ritardo mentale ed è quindi il più diffuso. I bambini con questo tipo di ritardo hanno solitamente limitazioni sensomotorie minime e nel periodo prescolare possono raggiungere discreti livelli nelle abilità sociali e di comunicazione, tanto da rendere difficile una loro precoce individuazione

Ritardo mentale medio (QI tra 35-40 e 50-55)

A questa categoria appartiene circa il 12% delle persone con ritardo mentale. Ciò che li caratterizza sono le difficoltà nei rapporti interpersonali, derivate da una scarsa comprensione delle regole sociali.

Ritardo mentale grave (QI tra 20-25 e 35-40)

Rappresenta il 7% dei casi di ritardo mentale. La maggior parte delle persone che rientrano in questa categoria presenta deficit motori di una certa entità, che indicano la presenza di un notevole danno organico e significativa compromissione delle abilità comunicative.

Ritardo mentale gravissimo (QI inferiore a 20-25)

Le persone che rientrano in questa categoria (circa l'1% dei soggetti con ritardo mentale) sono gravemente limitate nella capacità di comprendere richieste e istruzioni.

Disturbi generalizzati dello sviluppo

Una seconda categoria a cui dobbiamo fare riferimento è quella relativa ai *disturbi generalizzati dello sviluppo*. In questo caso si fa riferimento a un bambino che presenta una grave distorsione nello sviluppo di molte funzioni fondamentali, che però non può essere in alcun modo intesa come un "semplice" ritardo nel raggiungimento delle tappe evolutive, in quanto le caratteristiche comportamentali che presenta sono qualitativamente ben diverse. Praticamente tutte le aree fondamentali dello sviluppo — e in particolare il rapporto con la realtà circostante — mostrano anomalie vistose. In questa categoria diagnostica rientrano i vari disturbi dello spettro autistico.

Disturbo autistico (o autismo infantile)

Le caratteristiche generali di questa patologia sono una menomazione qualitativa (significativa per l'età cronologica) nell'interazione sociale; una menomazione qualitativa (significativa per l'età cronologica) nella comunicazione verbale e non verbale e nell'attività immaginativa; una marcata limitazione del repertorio di attività e di interessi.

In particolare, i deficit sociali si possono manifestare nella mancanza di consapevolezza dell'esistenza dei sentimenti e degli stati mentali degli altri, cosicché il soggetto può trattare l'altro come se fosse un oggetto inanimato; nell'incapacità di cercare aiuto o sollievo in modo adeguato; nell'incapacità o nella ridotta capacità di imitazione; nell'assenza o nella forte anomalia del gioco sociale e delle abilità di fare amicizia con i coetanei; in una mancanza di reciprocità socioemozionale.

I deficit comunicativi, invece, si esprimono generalmente nell'assenza — spesso anche totale — di capacità di comunicazione (anche di tipo non verbale), al punto che al soggetto possono mancare le espressioni del viso e la mimica necessarie a un minimo di espressività rivolta verso il mondo esterno.

La limitazione nel repertorio di attività e interessi, infine, si caratterizza per movimenti stereotipati del corpo; persistente interesse verso parti di oggetti (ad esempio frequenti annusamenti o manipolazione di tessuti); attaccamento eccessivo a oggetti inusuali per l'età; gravi disagi e reazioni emotive negative in occasione di cambiamenti d'ambiente o rottura di attività routinarie; un'attrazione molto marcata per azioni semplici, irrilevanti per l'età e stereotipate (ad es. far girare una rotella, giocare con uno spago, allineare oggetti).

Il disturbo esordisce per definizione entro il terzo anno di vita e il decorso è cronico, anche se alcuni di questi bambini arriveranno in età adulta a una vita sostanzialmente indipendente, caratterizzata solo da segni di goffaggine sociale e passività. Oltre il 60% di questi soggetti, invece, rimane gravemente disabile. I fattori prognostici più rilevanti a questo proposito sono il QI e le capacità di comunicazione verbale.

Disturbi dell'apprendimento

Un'ulteriore categoria diagnostica che per l'insegnante è utile è quella relativa ai già citati *disturbi dell'apprendimento*, del *linguaggio* e della *motricità*. Analizziamone le diverse tipologie.

Disturbi di sviluppo della lettura (o disturbo specifico della lettura)

Il disturbo consiste in capacità nell'apprendimento della lettura significativamente inferiori rispetto alla scolarizzazione e all'età mentale. Questo deficit interferisce negativamente con l'apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono capacità di lettura, e non è imputabile né a danni di tipo organico, né a ritardo mentale, né a un'inadeguata istruzione scolastica.

Tipicamente, in questi bambini si possono riscontrare difficoltà nel riconoscere e nel ricordare le lettere dell'alfabeto; difficoltà nell'analizzare e categorizzare i suoni; difficoltà nella fusione dei fonemi; omissioni, sostituzioni, distorsioni o addizioni di parole o parti di parole; false partenze; lunghe esitazioni o perdita del segno nel testo; inversioni di lettere o sillabe; difficoltà di riconoscimento della parola intera; difficoltà di lettura ad alta voce; difficoltà di comprensione del testo scritto.

Disturbo di sviluppo del calcolo (o disturbo specifico delle abilità aritmetiche)

Si tratta di un disturbo caratterizzato da capacità nell'apprendimento del calcolo ridotte rispetto alla scolarizzazione e all'età mentale. Questi deficit interferiscono negativamente con l'apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono capacità di calcolo, e non sono imputabili a danni organici, né agli effetti diretti di deficit visivi, uditivi o neurologici, né a patologie psichiatriche, né a un insegnamento inadeguato. Le prestazioni aritmetiche di base di questi bambini (addizione, sottrazione, moltiplicazione e divisione) risultano significativamente al di sotto del livello atteso rispetto all'età cronologica, all'intelligenza generale e alla classe frequentata.

Disturbo di sviluppo dell'espressione scritta (disgrafia)

Il disturbo è caratterizzato da ridotte capacità di scrittura — non imputabili a danni organici — rispetto alla scolarizzazione e all'età mentale, che interferiscono negativamente con l'apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono la composizione di testi scritti.

Disturbo di sviluppo dell'articolazione della parola

Si tratta di un disturbo caratterizzato da ridotte capacità di usare i suoni del discorso in modo appropriato rispetto all'età, che non siano imputabili a disturbo generalizzato di sviluppo, ritardo mentale o danni organici.

Disturbo di sviluppo del linguaggio espressivo

Il disturbo si caratterizza per ridotte capacità di linguaggio espressivo (mentre la comprensione è nei limiti della norma) rispetto ai punteggi non verbali di un test per la valutazione del QI somministrato individualmente. Queste carenze interferiscono negativamente con l'apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono l'espressione del linguaggio verbale, e non sono imputabili né a un disturbo generalizzato di sviluppo né a danni organici.

Disturbo di sviluppo nella comprensione del linguaggio

In questo caso il deficit riguarda invece il linguaggio ricettivo rispetto ai punteggi non verbali di un test per la valutazione del QI somministrato individualmente. Il disturbo si riferisce

all'incapacità di comprendere il linguaggio verbale. Tali carenze interferiscono negativamente con l'apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono la comprensione del linguaggio verbale, e non sono imputabili né a un disturbo generalizzato di sviluppo né a danni organici.

Disturbo di sviluppo della coordinazione (o disturbo evolutivo specifico della funzione motoria)

Questo disturbo è caratterizzato da capacità deficitarie, rispetto all'età cronologica e alle capacità intellettive, in tutte quelle attività che richiedono coordinazione motoria; tali carenze interferiscono negativamente con l'apprendimento scolastico (in particolare nelle prestazioni in compiti cognitivi di tipo visuospatiale) e con le attività quotidiane, e non sono imputabili a un danno organico noto.

Disturbi del comportamento

Un'altra categoria che è di fondamentale importanza conoscere per poter impostare un buon intervento educativo-didattico è quella che fa riferimento ai *disturbi del comportamento*.

La caratteristica generale che accomuna questi disturbi è la forte presenza di comportamenti problematici, che sovrasta l'eventuale compromissione di una o più funzioni mentali.

Vengono descritte tre categorie di disturbi del comportamento, quelle cioè che rivestono una maggiore rilevanza ai fini della messa a punto di un Piano educativo individualizzato: i disturbi da deficit di attenzione con iperattività, i disturbi della condotta e il disturbo oppositivo-provocatorio.

Disturbi da deficit di attenzione con iperattività

L'aspetto fondamentale che caratterizza i bambini con questo disturbo è una persistente incapacità di tenere fissa l'attenzione per un tempo adeguato all'età cronologica e un'attività motoria eccessiva e inappropriata rispetto alle circostanze. In particolare, si possono avere agitazione motoria, difficoltà a rimanere seduti anche quando le circostanze lo richiedono, facile distraibilità, difficoltà a rispettare i turni e le regole nelle situazioni di gruppo, impulsività nelle risposte, difficoltà a seguire istruzioni, a mantenere la concentrazione, a portare a termine un compito iniziato e a giocare in modo quieto, frequenti comportamenti di disturbo nei confronti dei giochi degli altri bambini, tendenza a chiacchierare in modo eccessivo rispetto alle circostanze e a non ascoltare gli altri, a perdere gli oggetti nelle attività di scuola o di casa e a impegnarsi in attività fisicamente pericolose.

Al disturbo sono spesso associati ostinazione, atteggiamenti ribelli, negativismo, prepotenza, labilità di umore, bassa tolleranza alla frustrazione, bassa autostima e esplosioni di collera. L'esordio si verifica intorno ai tre anni, anche se di solito questi bambini arrivano all'osservazione più avanti, quando i sintomi si fanno evidenti con l'entrata nel mondo della scuola.

Disturbi della condotta

Questi disturbi sono essenzialmente caratterizzati da comportamenti che violano i diritti fondamentali delle altre persone e le principali regole sociali. In generale si tratta di condotte antisociali, aggressive e provocatorie: furti, truffe, fughe da casa, menzogne, interruzioni ingiustificate della frequenza scolastica, distruzione di beni, episodi di crudeltà nei confronti di persone o di animali, comportamenti violenti.

Di solito al disturbo, che esordisce intorno alla pubertà, sono associate difficoltà di adattamento sociale e familiare, esperienze sessuali precoci, bassa resistenza alla frustrazione e bassa autostima, tendenza all'abuso di sostanze, irritabilità, ira, atteggiamenti provocatori.

Disturbo oppositivo-provocatorio

La caratteristica essenziale di questo disturbo è una modalità persistente di opposizione, di disubbidienza, di negativismo provocatorio, rivolta di solito verso i genitori, gli insegnanti e, più in generale, verso le figure che in qualche modo rappresentano l'autorità. Si tratta di manifestazioni meno gravi di quelle che caratterizzano i disturbi della condotta, in quanto non violano i diritti fondamentali degli altri e le norme fondamentali di convivenza sociale, ma sono comunque contrarie alle regole e spesso persino nocive per gli interessi dell'individuo. Il soggetto con questo disturbo litiga, perde il controllo con facilità, sfida apertamente le richieste e le regole degli adulti, fa deliberatamente cose che infastidiscono gli altri, li incolpa per i suoi errori, è suscettibile, infastidito, arrabbiato, risentito, sprezzante, vendicativo e spesso impreca o usa un linguaggio osceno.

Patologie della motricità, sensoriali, neurologiche o riferibili ad altri disturbi organici

Accanto agli alunni che soffrono dei disturbi elencati precedentemente, ve ne sono altri che presentano una situazione personale in cui si possono generare Bisogni Educativi Speciali:

- Alunni con deficit motori più o meno estesi: i casi più emblematici sono le Paralisi Cerebrali Infantili (Spasticità) e le conseguenze di traumi e lesioni midollari spinali.
- Alunni con deficit sensoriali: cecità, sordità o pluriminorazioni sensoriali (ad esempio i sordociechi).
- Alunni con disturbi neurologici: lesioni prodotte da traumi, interventi chirurgici, oppure affetti da patologie neurologiche quali l'epilessia, malformazioni congenite, incidenti neurologici connatali, malattie metaboliche e degenerative, ecc.
- Alunni con patologie organiche varie che rendono problematica la vita scolastica e l'apprendimento: immunodeficienze, patologie respiratorie, digestive, ecc.

In tutti questi casi esiste, ovviamente, una precisa diagnosi medica che individua la patologia di cui soffre l'alunno e spesso ne individua l'origine organica. La struttura corporea e alcune funzioni corporee sono compromesse, in modo transitorio o irreversibile.

Alunni con Bisogni Educativi Speciali SENZA diagnosi psicologica e/o medica

Naturalmente esistono molti alunni con Bisogni Educativi Speciali che non hanno, perché non possono averla, una diagnosi psicologica e/o medica.

Le loro difficoltà non corrispondono agli elenchi di segni/sintomi dei manuali diagnostici, la loro situazione sfugge a quei criteri scientifici, né hanno rassicuranti eziologie organiche. Ma questi alunni ci sono, hanno difficoltà e creano difficoltà. Come ormai dovrebbe essere evidente al lettore, avere un Bisogno Educativo Speciale non significa avere una diagnosi ufficiale. E senza una diagnosi ufficiale, ma con molte difficoltà reali, troviamo varie situazioni di alunni.

Un primo tipo di situazione è quello definibile "svantaggio e deprivazione sociale": alunni che sono cresciuti in situazioni familiari/sociali povere, marginali, in contesti degradati. La loro vita non è stata ricca di occasioni informali di apprendimento, almeno di apprendimento legato all'istruzione scolastica, e così questi alunni partono svantaggiati, anche se non presentano deficit intellettivi o disturbi nell'apprendimento, dal momento che il loro bagaglio di competenze cognitive, metacognitive, linguistiche, sociali, ecc. è più ridotto.

Un secondo tipo di alunni per qualche aspetto in difficoltà sono quelli con provenienza e bagaglio linguistico e culturale diverso: alunni migranti, figli di migranti, profughi, rifugiati, figli di immigrati di recente stabilizzazione, e così via. Alunni con lingua, cultura, abitudini diverse, storie talvolta complesse e dolorose alle spalle, situazioni abitative e familiari ancora oggi spesso difficili e precarie. Alcune delle difficoltà di questi alunni sono chiaramente transitorie, altre saranno più stabili.

Ci sono poi gli alunni che vivono in una famiglia difficile, e questo può voler dire multiproblematica, abusante, densa di conflitti e di dinamiche invischianti e produttrici di patologie; alcuni dei familiari possono avere patologie psichiatriche anche gravi, condotte antisociali o criminali, e così via. Altre famiglie possono invece essere centrifughe, senza regole chiare, disorganizzate, oppure rigide, oppressive, patologicamente protettive, altre ancora possono indurre valori e comportamenti divergenti rispetto all'istruzione e all'apprendimento.

Altri alunni invece portano in sé alcune difficoltà psicologiche che però non sono di gravità tale da giustificare pienamente una diagnosi di psicopatologia: alunni con autostima particolarmente bassa, oppure con stati d'ansia poco controllati, con scoppi di forte collera e scarsa tolleranza alla frustrazione, bassa motivazione intrinseca e poca curiosità, povera immagine di sé e scarse prospettive per il futuro, pochi obiettivi, pochi desideri e interessi. Alcuni con comportamenti problematici, ad esempio aggressivi o distruttivi, che non sopportano limiti, o che usano l'aggressione per prevaricare i più deboli. Non occorre ricordare la diffusione crescente e la gravità sociale del fenomeno "bullismo".

In tutti questi casi abbiamo alunni con normali capacità di apprendimento, che però sono ostacolati da una scarsa dotazione di mezzi di apprendimento (per usare un'espressione di De La Garanderie) o da risposte psicologiche e/o comportamentali eccessive e disadattanti.

Queste condizioni possono essere sfuggenti, intrecciate in modo fatalistico a considerazioni sui fattori contestuali etnici, familiari o sociali vissuti come imm modificabili; e per tutto questo è più difficile prendersene cura. C'è forse anche un fondo di fastidio, di superiorità, di sentirsi "altri" rispetto a chi è povero, violento, migrante o irritante senza il motivo giustificante di una patologia certificabile.

Leggere i Bisogni Educativi Speciali attraverso l'ICF?

I Bisogni Educativi Speciali sono molti e diversi: una scuola davvero inclusiva dovrebbe essere in grado di leggerli tutti (individuando così il reale "fabbisogno" di risorse aggiuntive) e su questa base generare la dotazione di risorse adeguata a dare le risposte necessarie. C'è però bisogno di una cornice forte che orienti questa lettura, una cornice concettuale che sia la stessa per cogliere le varie dimensioni dei bisogni "forti" e di quelli "deboli", che rischiano di non essere visibili.

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2002) è il modello concettuale utile a questa lettura, che proponiamo qui a questo scopo. È appropriato proporre la struttura concettuale dell'ICF perché questo strumento parla di salute, non di disabilità o patologie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, la situazione di una persona va letta in modo globale, da diverse prospettive, e in modo interconnesso e reciprocamente causale.

(INSERIRE QUI FIG. 1)

Crediamo che questo modello sia utile per una iniziale lettura dei Bisogni Educativi Speciali in un'ottica di salute globale, per una prima comprensione qualitativa degli "ambiti" di difficoltà di un alunno e una prima definizione dei corrispondenti "ambiti" di risorse.

La situazione di salute di una persona è la risultante globale delle reciproche influenze tra i fattori rappresentati nello schema. Condizioni fisiche e fattori contestuali agli estremi del modello: la mia dotazione biologica e l'ambiente in cui cresco, dove i fattori contestuali personali (oltre all'età, al sesso, ecc.) sono anche le dimensioni psicologiche che fanno da "sfondo interno" alle mie azioni (autostima, identità, motivazioni, ecc.). Nella grande dialettica tra queste due enormi classi di forze si trova il mio corpo, come concretamente è fatto (struttura) e come realmente funziona (funzioni). Ma il mio essere agisce con delle reali capacità (attività personali) e partecipa

socialmente (partecipazione sociale). Quando tutto questo va bene e agisce in sinergia, sarò sano, altrimenti malato, o disabile, o con Bisogni Educativi Sociali, oppure emarginato, ecc.

L'alunno che viene valutato secondo il modello ICF può evidenziare difficoltà specifiche in vari ambiti:

- *Condizioni fisiche*: malattie varie, acute o croniche, fragilità, situazioni cromosomiche particolari, lesioni, ecc.
- *Strutture corporee*: mancanza di un arto, di una parte della corteccia cerebrale, ecc.
- *Funzioni corporee*: deficit visivi, deficit motori, deficit attentivi, di memoria, ecc.
- *Attività personali*: scarse capacità di apprendimento, di applicazione delle conoscenze, di pianificazione delle azioni, di comunicazione, di autoregolazione metacognitiva, di interazione sociale, di autonomia, di cura del proprio luogo di vita, ecc.
- *Partecipazione sociale*: difficoltà a rivestire i ruoli sociali di alunno, a partecipare alle situazioni sociali più tipiche, nei vari ambienti e contesti.
- *Fattori contestuali ambientali*: famiglia problematica, cultura diversa, situazione sociale difficile, culture e atteggiamenti ostili, scarsità di servizi e risorse, ecc.
- *Fattori contestuali personali*: scarsa autostima, reazioni emozionali eccessive, scarsa motivazione, ecc.

In uno o più di questi ambiti si può generare un Bisogno Educativo Speciale specifico, che poi interagirà con gli altri ambiti, producendo la situazione globale e complessa di quest'alunno. Ovviamente, il peso dei singoli ambiti varierà da alunno ad alunno, anche all'interno di una stessa condizione biologica (non esistono infatti due alunni con Sindrome di Down uguali) o contestuale ambientale (non esistono infatti due alunni figli di immigrati senegalesi uguali).

Con il modello ICF si viene a creare dunque una sorta di griglia che ci aiuta a leggere le diverse situazioni di difficoltà degli alunni: alcune di esse saranno caratterizzate da problemi biologici, fisici e di capacità; altre da problemi contestuali ambientali, di capacità e di partecipazione; altre primariamente da fattori contestuali ambientali; altre principalmente da difficoltà di partecipazione sociale (esistono ancora situazioni di discriminazione, non dimentichiamolo!) per fattori contestuali ambientali ostili, e così via.

Come si diceva, questo modello consente una prima lettura degli ambiti e delle interconnessioni che caratterizzano un alunno con Bisogni Educativi Speciali, ma una valutazione più approfondita, funzionale alle attività individualizzate di recupero e sostegno, avrà bisogno di strumenti specifici.

Utilizzando una griglia costruita sulla base del modello concettuale dell'ICF, una scuola attenta all'individualizzazione riesce a tracciare una prima mappa generale dei bisogni, di quelle situazioni che richiedono interventi individualizzati. Alcuni di questi interventi prenderanno la forma di veri e propri Piani educativi individualizzati, altri invece potranno essere, molto più informalmente, semplici accorgimenti facilitanti, modifiche nella routine, qualche attenzione o sensibilità in più.

La scuola, sulla base dell'ICF, avrà maggiore consapevolezza del "paniere" dei suoi Bisogni Educativi Speciali, ma come potrà definire il suo reale fabbisogno di risorse aggiuntive, necessarie per le varie individualizzazioni? Per avvicinarsi il più possibile a una definizione corretta e veritiera potrebbe essere utile la seguente scheda a doppia entrata, da utilizzare per ogni alunno con Bisogni Educativi Speciali, in cui da un lato entrano le varie difficoltà/bisogni dell'alunno nei sette ambiti precedentemente illustrati e dall'altro sono indicate e valutate nel loro livello di impegno/importanza le risorse ritenute necessarie per rispondere a questi bisogni, in termini di modificazioni, aggiunte, arricchimenti, semplificazioni, sostituzioni, adattamenti, fornitura di ausili, apparecchiature, personale, conoscenze e competenze, strategie d'azione, ecc.

(INSERIRE QUI FIG. 2)

Ogni caratteristica potrà andare a creare un “fabbisogno di...” nella relativa casella di intersezione, fabbisogno che sarà pesato nella sua “gravità” e importanza sulla base della scala a 5 posizioni utilizzata per la quantificazione delle varie voci dell’ICF:

- 0 = nessun problema, la situazione (la risorsa) può rimanere così com’è per tutti gli alunni
- 1 = lieve bisogno di individualizzazione
- 2 = medio bisogno di individualizzazione
- 3 = notevole bisogno di individualizzazione
- 4 = fortissimo bisogno di una importante individualizzazione.

Le 16 categorie di risorse sono state raggruppate qualitativamente e ordinate secondo il principio di “speciale normalità”, vale a dire “prima si pensa a modificare l’offerta didattica ordinaria e solo poi, se necessario, si introducono risorse tecniche specifiche, che dovrebbero comunque integrarsi nella normalità e arricchirla”.

Categorie di risorse per l’individualizzazione

1. *Organizzazione scolastica* (tempi, routine, attività, formazione delle classi, ecc.).
2. *Gestione degli spazi e aspetti architettonici*.
3. *Partnership e alleanze extrascolastiche* (con gli operatori dei Servizi, degli Enti Locali, con le famiglie, con l’associazionismo della comunità).
4. *Necessità formative e di aggiornamento* specifico su competenze importanti per quel Bisogno.
5. *Necessità di documentazione, di scambio di esperienze, di presa di contatto con altre scuole* che hanno sperimentato situazioni analoghe.
6. *Modalità didattiche ordinarie* (modifiche).
7. *Materiale didattico ordinario* (modifiche).
8. *Didattica individuale* (in aggiunta alle precedenti e non in alternativa).
9. *Materiale didattico individuale specifico*.
10. *Interventi educativi formativi ordinari* (ed esempio attività rivolte all’autonomia per tutti gli alunni).
11. *Interventi educativi formativi individuali* (ad esempio un percorso di insegnamento-apprendimento dell’uso dei mezzi di trasporto pubblico, solo per l’alunno disabile).
12. *Interventi educativi relazionali ordinari* (ad esempio attività di alfabetizzazione socioaffettiva, o elaborazione del contratto formativo, o sviluppo di competenze interpersonali per tutti gli alunni).
13. *Interventi educativi relazionali individuali* (ad esempio un percorso di riconoscimento delle emozioni, di insegnamento-apprendimento delle capacità di autoregolare la collera, solo per l’alunno in difficoltà).
14. *Ausili o tecnologie di aiuto*.
15. *Interventi riabilitativi*.
16. *Interventi sanitari-terapeutici*.

In questo modo si potrebbe definire quanta e quale individualizzazione il singolo alunno richiede, e di conseguenza quante risorse aggiuntive.

Come si sarà notato, “risorse aggiuntive” non significa automaticamente “ore di sostegno”, o “ore di copertura con personale educativo, ausiliario, o di varia provenienza”. Le varie modalità di individualizzazione richiedono una ricca pluralità di risorse, naturalmente anche docenti in più, o personale specifico, ma anche formazione mirata, documentazione e scambio con altre scuole per tutti gli insegnanti, evoluzione della didattica ordinaria (e per fare questo le risorse necessarie sono la competenza, il tempo, la motivazione, ecc.), interventi educativi ordinari/individuali, riorganizzazione dei tempi e degli spazi, modifiche e adattamento nei materiali didattici.

A proposito di “adattamenti” nelle attività di insegnamento-apprendimento, Janney e Snell (2000) propongono un utile modello che riassume, a grandi linee, le dimensioni sulle quali si può operare per adattare la didattica al Bisogno Educativo Speciale.

(INSERIRE QUI FIG. 3)

Ma per fare questo servono molte risorse, che dovranno essere risorse capaci di mettere in grado *tutta* l’organizzazione scolastica (dal dirigente al collaboratore scolastico) di modificarsi per individualizzare. Risorse che attivano le risorse ordinarie, non risorse che prendono su di sé il carico dell’alunno con Bisogni Educativi Speciali, accettando il vecchio meccanismo di delega e deresponsabilizzando il sistema nel suo complesso.

In qualche caso è difficile, soprattutto per l’insegnante di sostegno, dedicare parte del suo tempo allo sviluppo di competenze nei suoi colleghi curricolari (anche ammesso che accettino questa modalità di lavoro), perché può vivere questa azione come una perdita di una qualche identità professionale. Quella identità professionale spesso considerata di serie B, spesso appiattita sull’insegnamento individuale nell’alunno disabile, ma sempre richiesta e invocata in quantità sempre maggiori, in una spirale spesso perversa.

In una scuola davvero inclusiva invece nessuno può dire che la risposta a un Bisogno Educativo Speciale “non lo riguarda”. Qui sta il punto centrale della Qualità dell’integrazione scolastica: quanto l’inclusione e l’individualizzazione penetrano profondamente nelle fibre ordinarie del fare scuola per tutti gli alunni.

Questa è la “speciale normalità”: ma attenzione! Per arrivare a una speciale normalità in grado di dare risposte il più possibile efficaci ai vari alunni con Bisogni Educativi Speciali servono più risorse, non meno. Più risorse in senso globale, come si è visto, ma comunque una scuola più ricca, non più povera.

Purtroppo il concetto di “speciale normalità” si presta a un uso strumentale di chi vuole una politica scolastica all’insegna del risparmio, soprattutto verso gli alunni più deboli: “Se vi piace così tanto la normalità, e temete la delega all’insegnante di sostegno, non preoccupatevi, facciamo lavorare un po’ di più gli insegnanti *normali*, due ore qui, quattro lì, e del *sostegno speciale* se ne può fare a meno...”. Non è ovviamente questo ciò che noi proponiamo. Cerchiamo di costruire invece più risorse di qualità nella scuola, perché l’integrazione e la massima inclusione degli alunni con Bisogni Educativi Speciali è uno dei grandi valori della nostra scuola, e non ha prezzo, come non ha prezzo l’educazione delle prossime generazioni.

Come abbiamo visto dalla breve analisi precedente, le condizioni problematiche che causano difficoltà di apprendimento e che presentano Bisogni Educativi Speciali sono molte: alcune gravi e ben definite, come può essere il ritardo mentale in una sindrome organica, altre più sfumate, come i disturbi dell’apprendimento o i problemi di comportamento. Di fronte a queste oggettive difficoltà nel seguire la programmazione rivolta alla classe, gli insegnanti si trovano nella necessità di elaborare forme di didattica individualizzata. In generale, ciò significa costruire obiettivi, attività didattiche e atteggiamenti educativi “su misura” per la singola e specifica difficoltà che manifesta quell’alunno.

Dobbiamo qui ricordare che la costruzione del Piano educativo individualizzato e la sua applicazione concreta non dovrebbero essere delegate unicamente all’insegnante di sostegno, coinvolgendo al massimo qualche suo volenteroso collega: tutti gli insegnanti dovrebbero esserne partecipi, perché l’integrazione degli alunni in difficoltà deve riguardare tutti gli ambiti della vita scolastica e non essere solo una presenza limitata a qualche ora o a qualche attività svolta con l’insegnante di sostegno in qualche “aula di sostegno”.

Come abbiamo visto, le attività dell’insegnante di sostegno dovrebbero poi estendersi e integrarsi in una più globale “funzione di sostegno”, attivata dalla comunità scolastica nel suo insieme, nei confronti delle tante e diverse situazioni di disagio e difficoltà che si manifestano. In questo caso sarà l’insieme della comunità-scuola, composto di insegnanti, personale, alunni e altre

persone significative, che mobilerà tutte le risorse disponibili, formali e informali, per soddisfare i bisogni formativi ed educativi speciali degli alunni, in relazione al tipo e al grado di difficoltà che presentano.

In quest'ottica, che cerca di superare la vecchia logica di emarginazione della coppia "disabile-insegnante di sostegno", si sono ormai sperimentate molte attività didattiche alternative e soluzioni organizzative diverse (Ianes, Celi e Cramerotti, 2003), che mettono in primo piano il ruolo attivo degli alunni, lo sviluppo di reti di rapporti di amicizia e di aiuto, il lavoro con gruppi di apprendimento cooperativo, il tutoring (insegnamento reciproco tra alunni), il coinvolgimento delle famiglie e di altre realtà sportive, culturali e di volontariato della comunità territoriale.

Alcune recenti rassegne di approcci e realizzazioni concrete nell'ambito dell'integrazione scolastica si trovano nei testi *La Qualità dell'integrazione scolastica* (Ianes e Tortello, 1999a), *Handicap e risorse per l'integrazione* (Ianes e Tortello, 1999b) e *Buone prassi di integrazione scolastica* (Canevaro e Ianes, 2002). Alla base di un'integrazione scolastica efficace vi è comunque sempre l'attivazione di un buon Piano educativo individualizzato, come risulta anche dalla prima ricerca sistematica sulla qualità dei processi dell'integrazione, condotta dall'Associazione Italiana Persone Down nel 1998 e riportata nel dettaglio nel testo di Gherardini e Nocera (2000).

Nel Piano Educativo Individualizzato-Progetto di Vita si elaborano infatti soluzioni operative per favorire il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Profilo dinamico funzionale. In primo luogo si identificheranno gli spazi, i tempi, le persone e le altre risorse materiali, organizzative, strutturali e metodologiche che serviranno per realizzare attività didattiche, educative e di stimolazione. Si pensi ai materiali specifici, all'adattamento dei testi scolastici e dei materiali didattici, all'uso di luoghi (ad esempio, le uscite in ambienti reali del quartiere), alle tecniche didattiche (ad esempio quelle metacognitive) che in alcuni casi sono necessarie per superare determinate difficoltà di apprendimento (per un'analisi recente delle quattro dimensioni operative della didattica speciale, si veda Ianes, 2001).

Anche la letteratura anglosassone che si comincia a occupare di *full inclusion*, la ritiene desiderabile e possibile attraverso la realizzazione di processi educativi didattici molto precisi (Halvolsen e Nearly, 2001):

1. Classi e gruppi di apprendimento eterogenei.
2. Modalità cooperative di apprendimento e di lavoro.
3. Rapporti prosociali e di collaborazione informale tra gli alunni.
4. Curricoli rivolti allo sviluppo di intelligenze multiple.
5. Istruzione collocata contemporaneamente su diversi livelli di competenza.
6. Istruzione orientata all'acquisizione di competenze.
7. Integrazione delle tecnologie nel curriculum.
8. Apprendimento attivo e basato su problemi reali.
9. Uso sistematico di modelli per la soluzione di problemi, di opportunità di azione con pochi rischi di errore.
10. Valutazione autentica e uso del portfolio.
11. Coinvolgimento attivo degli studenti nelle decisioni.
12. Valorizzazione degli insegnanti nelle decisioni di politica scolastica.
13. Aumento della collaborazione tra gli insegnanti e con altre figure professionali.

Utilizzando ancora l'immagine del viaggio, nel Piano educativo individualizzato dovremmo trovare i mezzi di trasporto che ci consentono di effettuare concretamente quei percorsi di obiettivi. È evidente che uno stesso itinerario può essere fatto in molti modi diversi; allo stesso modo, un obiettivo — come imparare a tracciare su copiatura le lettere del proprio nome — può essere raggiunto con diversi mezzi e materiali didattici: con gli aiuti dati dalla guida fisica, dal tracciato di puntini sulla carta, da attività preparatorie con i colori e con la sabbia e così via, in funzione delle difficoltà dell'alunno, delle risorse della situazione e della nostra competenza didattica.

Nel pluralismo delle possibilità operative, fatta salva la correttezza metodologico-scientifica, solo la fantasia e la motivazione dell'insegnante possono porre dei limiti alla varietà delle proposte. Ecco ad esempio alcune ipotesi per vivacizzare le spesso noiose e frontali lezioni nella scuola superiore (Jorgensen, 1998):

- presentazioni interattive con diapositive/video e dibattito;
- attività di simulazione/role playing;
- attività cooperative/competitive di piccolo gruppo per dibattere un tema controverso;
- coppie di studenti che risolvono un problema pensando ad alta voce;
- dibattiti a piccolo/grande gruppo, controversie;
- attività Jigsaw in cui il gruppo cooperativo richieda l'integrazione di competenze diverse e complementari (vedi capitolo sulle tecniche di insegnamento-apprendimento cooperativo);
- attività di mediazione in cui si cerchi di trovare una posizione che metta d'accordo le parti in una controversia.

È evidente che in questi formati "più mossi" di attività didattica, gli alunni con Bisogni Educativi Speciali troveranno più facilmente un ruolo motivante e che risponde meglio alla peculiarità dei loro bisogni.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV/Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Canevaro A. e Ianes D. (2002), *Buone prassi di integrazione scolastica*, Trento, Erickson.
- Gherardini P., Nocera S. e A.I.P.D. (2000), *L'integrazione scolastica delle persone Down*, Trento, Erickson.
- Halvorsen A. e Nearly T. (2001), *Building inclusive schools*, Boston, Allyn e Bocon.
- Ianes D. (2001), *Il bisogno di una "speciale normalità per l'integrazione"*, in "Difficoltà di apprendimento", vol. 7, n. 2, pp. 157-164.
- Ianes D. e Tortello M. (1999a), *La Qualità dell'integrazione scolastica*, Trento, Erickson.
- Ianes D. e Tortello M. (1999b), *Handicap e risorse per l'integrazione*, Trento, Erickson.
- Ianes D., Celi F. e Cramerotti S. (2003), *Il Piano educativo individualizzato – Progetto di vita. Guida 2003-2005*, Trento, Erickson.
- Janney R.E. e Snell M. (2000), *Modifying Schoolwork*, Baltimora, Paul H. Brookes.
- Jorgensen C. (1998), *Restructuring high schools for all students*, Baltimora, Paul H. Brookes.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *ICF/International Classification of Functioning, Disability and Health*, trad. it. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali*, ed. it. a cura di D. Kemali et al., Milano, Masson.

(Tratto dalla Rivista "Rassegna" dell'Istituto Pedagogico Provinciale di Bolzano, Anno XI, agosto 2003)