

Scuola e Enti locali: competenze e alleanze possibili per la qualità dell'integrazione degli alunni disabili

qua
lità

Danilo Massi*

1977-2007: la normativa per l'integrazione scolastica ha 30 anni, ma non sembra adulta

Sono trascorsi 30 anni da una legge che appartiene ormai alla storia dell'integrazione scolastica nel nostro Paese: la 517 del 1977. Per rendere effettivo il diritto allo studio degli alunni disabili già in quel provvedimento si disponeva, oltre ai docenti specializzati, la presenza di assistenti educativi di supporto all'autonomia e alla comunicazione e «forme particolari di sostegno secondo le rispettive competenze dello Stato e degli enti locali».

Che cosa è successo da allora sul piano normativo e applicativo?

Quindici anni dopo, l'Italia si è dotata di una Legge-quadro: la n. 104 del 1992, che tra l'altro nel 2003 ci ha fatto meritare il più ambito premio in questo campo, il premio Roosevelt dell'ONU. Questa legge sancisce non solo il diritto allo studio di tutti nella scuola di tutti, ma ne esplicita le modalità di esercizio. È sufficiente ricordare quanto stabilito dall'art. 13 sia in merito alle risorse da utilizzare in campo didattico (i docenti), sia sul fronte dell'assistenza (gli assistenti

educativi a carico degli EE.LL.). Si introduce, inoltre, una prassi precisa e specifica: «la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali e ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati».

A partire da questa Legge-quadro, il decennio 1990-2000 può sicuramente essere ricordato come quello della massima espansione normativa in materia di disabilità. Appartengono a questo periodo altre quattro normative (L. 285/97, L. 162/98, L. 68/99, L. 382/2000), che hanno contribuito a cambiare e accrescere la corretta cultura sulla disabilità, favorendo il diffondersi di buone prassi e il confronto tra amministratori e operatori per la promozione di servizi innovativi.

Legge 285/97 e progettualità per l'infanzia, l'adolescenza e la disabilità

La legge 285/97, dopo uno specifico riferimento alle condizioni di disabilità, indica — tra i destinatari degli interventi previsti — anche i bambini con disabilità. L'attenzione diffusa e non specifica alla disabilità non è stata casuale, ma considerata proprio nell'ottica di azioni non separate e ghettiz-

* Dirigente scolastico, componente della Commissione «Salute e Disabilità», Ministero della Salute.

zanti, ma inclusive. Questa legge, sebbene sia stata spesso utilizzata dagli Enti locali per finanziamenti di servizi ordinari e di loro stretta competenza, ha comunque favorito la progettazione di modelli operativi per interventi innovativi in un'ottica di integrazione interistituzionale delle competenze.

Legge 162/98: l'attenzione alle disabilità gravi

Con questo provvedimento sono state indicate forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore; sono stati previsti servizi di accoglienza e di emergenza; sono stati assegnati contributi agli enti locali per progetti sperimentali rivolti a migliorare l'autonomia, la mobilità e la pratica sportiva.

Legge 68/99: l'integrazione nel lavoro

La legge 68/99 ha introdotto elementi innovativi rispetto alla precedente disciplina sul collocamento obbligatorio. Ha previsto la promozione dell'inserimento lavorativo e dell'integrazione nel mondo del lavoro delle persone disabili attraverso tre possibili percorsi: collocamento obbligatorio, collocamento mirato, cooperazione. Ha recepito la nuova filosofia della valutazione della persona nella sua globalità. Accogliendo le positive esperienze locali di integrazione lavorativa basate sugli interventi di organismi di mediazione tra esigenze dei lavoratori disabili e delle aziende, ha aperto nuove prospettive nei percorsi di integrazione tra scuola e lavoro.

Legge 328/2000: il sistema integrato di interventi e servizi sociali

Con la legge 328/2000 ha preso volto un sistema di interventi e di servizi sociali che si propone come integrato: non più interventi parziali, frammentari e a volte sovrapposti o legati a specifici finanziamenti, ma un siste-

ma normativo organico, che indica priorità e obiettivi, e un Fondo nazionale per le politiche sociali regolato dalle leggi finanziarie che unifica le diverse fonti di finanziamento, indicando i margini per la programmazione della spesa. Emanata dopo un lungo dibattito sociopolitico sulla necessità di una riforma complessiva del *Welfare* nel nostro Paese, questa normativa ha individuato e definito nuovi compiti e funzioni:

- dei *Comuni* (programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale dei servizi sociali, erogazione dei servizi e prestazioni economiche, autorizzazione, accreditamento, vigilanza delle organizzazioni private e non profit che erogano prestazioni sociali);
- delle *Province* (concorso alla programmazione, attività di osservatorio e monitoraggio, analisi dell'offerta esistente, promozione di iniziative e attività di formazione professionale);
- delle *Regioni* (programmazione, coordinamento, indirizzo degli interventi e servizi sociali, determinazione delle «zone sociali», dei criteri di partecipazione al costo degli interventi da parte degli utenti, istituzione di uffici di tutela degli utenti).

Il nuovo riferimento territoriale dove si traducono le scelte operative e si offrono le risposte ai cittadini è il *Piano di zona*. La programmazione dei servizi sociali non si realizza solo con riguardo ai livelli territoriali, ma anche con il coordinamento delle diverse istituzioni locali, la collaborazione delle scuole e il coinvolgimento di soggetti del «privato sociale».

Legislazione regionale

In questo periodo si registra anche una crescente e variegata normativa. A distanza di oltre 15 anni dalla legge 104/92, uno dei dati

di criticità delle politiche regionali resta la forte disomogeneità tra le Autonomie locali, con riferimento alla produzione legislativa, alle risorse investite e alla realizzazione di adeguati servizi territoriali.

Da un'indagine ISTAT sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, riportata nel «Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali» a cura del Ministero della Solidarietà sociale, risulta che a fronte di una media nazionale di 91 euro per abitante si rilevano forti differenze locali. Mentre in provincia di Bolzano si spendono 417 euro per abitante, in Calabria se ne spendono meno di 27. In Sicilia e Abruzzo rispettivamente 53 e 54 euro (ovvero poco più della metà della media nazionale e 1/8 di quanto si spende a Bolzano). Per la spesa pro-capite per persone disabili si va da valori al di sopra di 5.500 euro per Valle d'Aosta, Trento e Friuli-Venezia Giulia ai 245 euro della Calabria, passando per i 770 dell'Abruzzo.¹

A partire dall'inizio di questo decennio l'applicazione delle leggi statali a cui abbiamo fatto riferimento si è intrecciata con una crescente e articolata legislazione regionale e con il delinearsi di un nuovo assetto istituzionale. Ne è scaturito un composito scenario normativo, quasi un caleidoscopio nel quale si possono rilevare buone prassi ed eccellenze nella qualità dell'integrazione, ma anche il permanere di vecchie problematiche e la nascita di nuove difficoltà.

Questo mosaico normativo, oltre a rendere difficoltosa una corretta analisi delle competenze in materia, rischia soprattutto di non garantire pari opportunità alle persone con disabilità sul territorio della nostra repubblica. L'esigibilità di diritti civili riconosciuti da leggi dello Stato può trovarsi a dipendere dalle

modalità con le quali a livello territoriale si garantisce o meno il loro esercizio. In attesa che si concretizzino i principi di sussidiarietà delineati già dal Dlgs 1112/98 e introdotti della legge costituzionale n. 3/2001, il rischio concreto che in diverse realtà si corre è che vengano messi in forse gli obiettivi faticosamente raggiunti alla fine del secolo scorso. Si affaccia il timore che i risultati conseguiti sulla qualità dell'integrazione vengano messi in discussione con il prevalere di altre pur legittime esigenze, come quelle della razionalizzazione delle risorse umane ed economiche.

Legge costituzionale 3/2001 e nuovi scenari del Welfare

Su questo sfondo normativo si sono aperti e si stanno aprendo nuovi sipari, ai quali sono legate le prospettive dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità.

Mi riferisco, in particolare, al nuovo assetto istituzionale determinato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001 e alle nuove disposizioni in materia di accertamento degli alunni disabili introdotte dal DPCM 185/06.

La legge costituzionale 3/2001

Con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, «Modifica al Titolo V della parte II della Costituzione», vengono apportati radicali cambiamenti all'ordinamento istituzionale del nostro Paese. Le principali modifiche riguardano l'articolo 114 della Costituzione, secondo cui «La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato» e l'art. 117 che configura nuovi rapporti tra Stato e

¹ Ministero della Solidarietà Sociale – Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II parte, sezione II, i servizi sociali territoriali*, Roma, ottobre 2006, p. 19.

Regioni. In base al testo modificato dell'art. 114, la posizione dei Comuni, delle Province, delle Città metropolitane cambia profondamente: questi Enti vengono a trovarsi sullo stesso livello costituzionale delle Regioni e dello Stato (con i quali costituiscono, al medesimo titolo, la Repubblica).

Il secondo elemento innovativo, introdotto dall'art. 117 modificato, è rappresentato dalla parificazione della potestà regionale a quella statale. La potestà legislativa della Regione non è più subordinata a quella dello Stato, ma distinta da essa soltanto per ambiti di competenza. Lo Stato ha competenza legislativa esclusiva soltanto in 17 materie espressamente indicate, in altre materie anch'esse elencate hanno potestà legislativa concorrente sia lo Stato che le Regioni.

In tutte le altre materie residuali hanno competenza legislativa esclusiva le Regioni.

Potestà legislativa esclusiva dello Stato

Sono materie di competenza esclusiva dello Stato, ad esempio, l'immigrazione e la difesa. Sono materie legislative dello Stato, inoltre, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; nonché le norme generali sull'istruzione.

Potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni

Sono materie di legislazione concorrente la salute e l'istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione dell'istruzione e della formazione professionale.

Potestà legislativa esclusiva delle Regioni

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento a ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. Una novità rilevante apportata dalla legge 3/2001 è l'esclusiva competenza delle Regioni in materia di assistenza sociale. In questa materia le Regioni hanno acquisito potestà legislativa esclusiva e possono quindi approvare norme addirittura difformi dalla legge-quadro 328/2000.

Mentre l'assistenza sociale è competenza legislativa esclusiva delle Regioni, la «tutela della salute» resta materia di legislazione concorrente: le Regioni possono legiferare facendo salvo il rispetto dei principi fondamentali, la cui determinazione è riservata alla legislazione statale.

Dopo il 2001, quindi, le Regioni esercitano potestà legislative concorrenti per quanto riguarda la salute e potestà legislative esclusive in materia assistenziale.

In materia di assistenza i vincoli alle Regioni possono derivare soltanto dal potere/dovere di determinare con legge dello Stato i cosiddetti «livelli essenziali».

A che punto siamo nell'applicazione dei principi fondamentali e dei livelli essenziali da parte dello Stato?

A oltre 5 anni dalla legge 3/2001 la determinazione di questi standard delle prestazioni non ha avuto la sua completa attuazione. A oggi, mentre sono stati definiti i livelli essenziali riguardanti il diritto alla salute (LEA),² non sono stati definiti quelli concernenti il settore dell'assistenza sociale, cioè i livelli essenziali delle prestazioni (LEP).

² I LEA — previsti dal D.lgs 502/92 ed esplicitati dal DPCM 14 febbraio 2001 — riguardano quel livello minimo di prestazioni al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale (art. 32) e quindi sono da considerarsi irrinunciabili.

A norma dell'art. 117 della L. 3/2001, lo Stato ha il compito di definire quali siano i «livelli essenziali delle prestazioni» che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. I livelli essenziali di prestazione rappresentano uno strumento di bilanciamento rispetto al decentramento per perseguire e assicurare il raggiungimento, in contesti differenti, di standard di prestazione che garantiscano un livello adeguato di omogeneità su tutto il territorio nazionale e per tutti i cittadini.

A oggi lo Stato non ha ancora definito i LEP.

Il sistema di Welfare locale e l'integrazione scolastica

I diversi livelli di responsabilità, derivanti dalla riforma del titolo V della Costituzione, prevedono che lo Stato definisca in maniera chiara i LEP e che le Regioni disciplinino i LEA, esplicitando criteri e modalità mediante i quali la ASL e i Comuni devono garantire l'integrazione sociosanitaria. Dalle decisioni regionali discendono poi atti e azioni degli enti territoriali: piani sociali di zona per i

servizi sociali e accordi di programma con le ASL per l'integrazione sociosanitaria.

Ci troviamo, pertanto, di fronte a un'articolata normativa statale e regionale che, nel suo insieme, definisce le competenze della ASL e degli Enti locali in materia di integrazione scolastica e sociale delle persone con disabilità, ma queste competenze rischiano di non tradursi in pratiche trasparenti, definite, precise ed esigibili sempre e dovunque.³ Ne consegue un sistema di Welfare locale ad alta frammentazione, mentre le politiche per la disabilità — come già previsto dal legislatore con la legge 104/92 — necessitano di un sistema ad alta connotazione integrativa.

Spesso le confusioni e incertezze tra le responsabilità istituzionali degli enti territoriali vengono rafforzate dalla parcellizzazione delle competenze tra assessorati alla sanità e assessorati ai servizi sociali, dalla netta separazione a livello istituzionale e operativo del sanitario e del sociale, nonché da affidi a servizi esterni (organismi del privato, sociali e cooperative), con l'ulteriore rischio che questi — anche per quanto riguarda l'integrazione scolastica — spesso

³ Competenze della ASL e degli Enti locali in materia di integrazione scolastica.

Competenze della ASL:

- individuazione degli alunni in situazione di handicap (art. 12, L. 104/92 e art. 2, DPR 24/2/94);
- certificazione degli stessi e formulazione della Diagnosi Funzionale;
- elaborazione del progetto specifico di integrazione scolastica con i docenti e i genitori dell'alunno e suo monitoraggio nel tempo;
- consulenza al personale docente e alla istituzione scolastica in relazione all'integrazione degli alunni con disabilità;
- verifica del processo di integrazione con la scuola e la famiglia;
- raccordo/integrazione con le realtà extrascolastiche;
- assegnazione di sussidi di riabilitazione.

Competenze degli Enti locali:

- sostegno alla mobilità individuale e trasporto;
- assistenza scolastica specialistica;
- assistenza domiciliare;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- aiuto personale;
- residenza a bassa intensità assistenziale (case famiglia, comunità alloggio);
- centri diurni socio-riabilitativi;
- progetti per l'integrazione sociale, culturale, sportiva e di tempo libero.

rappresentino gli interlocutori decisionali delle scuole e delle famiglie, in sostituzione dei decisori istituzionali (amministratori e dirigenti dei servizi pubblici).

L'obiettivo irrinunciabile è quello della massima integrazione tra i servizi e le risorse formali e informali delle istituzioni locali. È un obiettivo che, in attesa della definizione dei LEP, può essere raggiunto anche attraverso strumenti giuridici e modalità operative oggi possibili e applicabili a livello territoriale.

Accertamento delle disabilità e nuovo Regolamento sulle certificazioni per l'integrazione scolastica

L'accertamento: la tela di Penelope delle politiche sulla disabilità

Nel nostro Paese il complesso normativo su cui si fonda l'accertamento dello stato di persona con disabilità, sviluppatosi in momenti storici diversi e in risposta a concezioni, presupposti ed esigenze modificate nel tempo, ha determinato di fatto un disorganico apparato di riferimento contraddistinto da elementi di frammentazione, sovrapposizione di disposizioni, condizioni e procedure diversificate, situazioni disomogenee, le cui necessità di superamento sono ampiamente condivise.

In particolare, coesistono procedimenti diversi per il «riconoscimento dell'invalidità» (L. 118/71, L. 295/90, DM Sanità 5/2/92), l'accertamento di «persona in situazione di

handicap» (L. 104/92, art. 4), l'individuazione dell'alunno come «soggetto in situazione di handicap» (DPR 24/2/94; L. 289/02, art. 35, c. 7), la valutazione delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo degli individui disabili (DPCM 13/01/2000).

Su questo scenario normativo, nel marzo 2002 è intervenuta, da parte dell'OMS, la pubblicazione dell'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), classificazione proposta come standard internazionale per descrivere e misurare salute e disabilità. L'ICF è una classificazione degli stati funzionali delle persone che supera la precedente classificazione ICDH e rappresenta una profonda innovazione nell'approccio conoscitivo della disabilità.

Nell'ottica dell'ICF, gli strumenti di accertamento costituiscono un «modulo integrato» bio-psico-sociale che, partendo dall'accertamento delle condizioni di salute delle persone osservate, si estendono all'interazione con i fattori ambientali, nella convinzione che non ci possa essere definizione di disabilità se non attraverso la valutazione del modo di interagire dell'individuo con il contesto ambientale nel quale esso vive.

Il DPCM 185/06: un nuovo strumento per le certificazioni degli alunni con disabilità

Il DPCM n. 185/06 è stato emanato in applicazione dell'art. 35, comma 7, della legge n. 289/02.⁴ Esso abroga implicitamente il decreto

⁴ Art. 35, comma 7, legge 27 dicembre 2002, n. 289:

Ai fini dell'integrazione scolastica dei soggetti portatori di handicap si intendono destinatari delle attività di sostegno ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, gli alunni che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva. L'attivazione di posti di sostegno in deroga al rapporto insegnanti/alunni in presenza di handicap particolarmente gravi, di cui all'articolo 40 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è autorizzata dal dirigente preposto all'ufficio scolastico regionale, assicurando comunque le garanzie per gli alunni in situazione di handicap di cui al predetto articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.

legge n. 324/1993, convertito dalla legge n. 423/93, nella parte in cui tale disposizione dava un'interpretazione autentica all'art. 12, comma 5, legge n. 104/92 circa l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap, effettuata da un solo specialista (Nocera, 2003). Occorre precisare, inoltre, che questo articolo sopprime pure l'art. 2 del DPR del 24/2/1994, laddove prevedeva che l'individuazione poteva essere effettuata da uno specialista in servizio presso le aziende sanitarie «in regime di convenzione con le medesime». I centri privati convenzionati ex art. 26 della legge n. 833/78, come afferma Nocera, non potranno più effettuare tale individuazione, né la potranno effettuare i centri privati «accreditati» presso il Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto legislativo n. 229/99.

Con riferimento all'art. 2, comma 1 del DPCM che prevede l'istituzione di organi collegiali per l'individuazione dell'alunno con disabilità si sono riscontrate modalità applicative diversificate a livello regionale. La Regione Autonoma Trentino-Alto Adige, con apposita delibera del 7/11/06, ha stabilito che per i propri cittadini la certificazione continuerà a essere effettuata da un solo specialista. La Regione Lombardia e la Regione

Puglia, invece, hanno dato disposizioni alle ASL per l'istituzione di apposite commissioni collegiali per le nuove certificazioni di alunni con disabilità. In Umbria, con DGR del 18 giugno 2007, le relative disposizioni sono state prorogate all'anno scolastico 2008/09. In altre regioni, come l'Abruzzo, non si conosce ancora quale sia «l'organismo collegiale» che dovrà provvedere alle nuove certificazioni.

In base al DPCM 185/06, l'accertamento da parte degli organi collegiali dovrebbe essere svolto *con riferimento alle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* e quindi con la classificazione ICD-10 dell'OMS, mentre la redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, prevista dall'art. 3, comma 2, del DPR 24 febbraio 1994, e a cui deve provvedere l'unità multidisciplinare, dovrebbe essere redatta secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Quest'ultima classificazione è quella dell'ICF che però, a oggi, non è stata ancora recepita dal nostro Paese.

Il sostegno didattico

In merito all'art. 3, comma 1,⁵ occorre precisare che la tempistica per la formulazione

104. All'individuazione dell'alunno come soggetto portatore di handicap provvedono le aziende sanitarie locali sulla base di accertamenti collegiali, con modalità e criteri definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da emanare, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, su proposta dei Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e della salute, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

⁵ Art. 3. Attivazione delle forme di integrazione e di sostegno:

1. Alle attività di cui ai commi 1 e 3 del precedente articolo 2 fa seguito la redazione del Profilo Dinamico Funzionale e del Piano Educativo Individualizzato previsti dall'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, da definire entro il 30 luglio per gli effetti previsti dalla legge 20 agosto 2001, n. 333.
2. I soggetti di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, in sede di formulazione del Piano Educativo Individualizzato, elaborano proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno.
3. Gli Enti locali, gli Uffici Scolastici Regionali e le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie, nel quadro delle finalità della legislazione nazionale e regionale vigente in materia, adottano accordi finalizzati al coordinamento degli interventi di rispettiva competenza per garantire il rispetto dei tempi previsti per la definizione dei provvedimenti relativi al funzionamento delle classi, ai sensi del decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333. Gli accordi sono finalizzati anche all'organizzazione di sistema-

del Profilo Dinamico Funzionale (PDF) e del Piano Educativo Individualizzato (PEI), prevista dal precedente Regolamento emanato con il citato DPR del 24/2/94, è stata radicalmente cambiata dal DPCM 185/06. Sia il PDF che il PEI devono essere definiti entro il 30 luglio antecedente l'anno di frequenza dell'alunno con disabilità. Si stabilisce, inoltre, l'adozione di specifici accordi di programma tra Enti locali (Regione), l'Ufficio scolastico regionale e le ASL.

Le deroghe

Per quanto concerne le ore di sostegno in deroga si stabilisce che queste vengano assegnate esclusivamente agli alunni certificati «in situazione di particolare gravità» (art. 4 del DPCM⁶).

Certificazioni collegiali e nuove iscrizioni

Con riguardo all'art. 5 del DPCM è opportuno evidenziare che le nuove certificazioni collegiali riguardano esclusivamente le nuove iscrizioni. Pertanto le precedenti certificazioni, comprese quelle relative al passaggio da un grado di scuola all'altro, non devono essere ripetute.

Il Welfare locale: cosa c'entra la scuola?

Dopo la legge costituzionale n. 3/2001 e il DPCM 185/06, l'integrazione delle competenze

istituzionali riguarda sempre meno il livello statale e sempre più quello delle Autonomie: Enti locali e scuole autonome. In questo nuovo quadro di riferimento normativo e istituzionale occorre quindi considerare non solo ruoli più incisivi di soggetti istituzionali, come le Regioni, ma anche nuovi strumenti normativi, come possono essere l'adozione di linee-guida, di accordi di programma e di intese, nonché nuovi e diversi organismi di raccordo e gestione delle diverse competenze istituzionali.

La qualità dell'integrazione in un determinato territorio dipende oggi in larga parte da quanti hanno precise responsabilità istituzionali, amministrative e politiche in quel territorio; dipende quindi molto da quello che si deve e si può fare, in quel contesto territoriale, dentro e fuori la scuola.

Dentro la scuola

La scuola dell'autonomia si è fatta carico della presenza degli alunni con disabilità. Lo dimostra, se non altro, la crescita quantitativa in tutti gli ordini di scuola che può considerarsi ormai esaurita: dal 1993 a oggi gli alunni bisognosi di sostegno hanno superato sempre le 100.000 unità. Nell'anno scolastico 2000/2001 complessivamente gli alunni certificati, dalle scuole dell'infanzia alle scuole secondarie di secondo grado, erano 129.154 — pari all'1,56% del totale — e presentavano già tassi di scolarità del tutto analoghi a quelli dei loro coetanei.

Nell'anno scolastico 2005/2006, gli alunni disabili inseriti nel sistema scolastico erano

tiche verifiche in ordine agli interventi realizzati e alla influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap, a norma dell'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994.

⁶ Art. 4. *Situazione di handicap di particolare gravità e autorizzazione al funzionamento dei posti di sostegno in deroga.*

1. L'autorizzazione all'attivazione di posti di sostegno in deroga al rapporto insegnanti/alunni, a norma dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, è disposta dal dirigente preposto all'Ufficio Scolastico Regionale sulla base della certificazione attestante la particolare gravità di cui all'articolo 2, comma 2 del presente decreto.

178.220, con una crescita pari al 54% rispetto al decennio precedente (a.s. 1995/1996) e al 6,2% rispetto all'anno prima. Tale aumento è confermato dal rapporto sempre maggiore sul totale degli alunni che ha superato il 2%. La maggiore percentuale di alunni con disabilità si riscontra nei livelli scolastici iniziali: nella scuola primaria (2,4%) e secondaria di primo grado (3,1%). Nella scuola secondaria di secondo grado la loro quota, seppure in aumento, resta più contenuta (1,4%).⁷

Questa innovazione, che gradualmente è andata a sistema, è stata supportata da un forte impegno economico, da un'intensa attività amministrativa, dall'azione di diversi organismi operanti a livello nazionale e territoriale, dalla realizzazione sistematica di progetti e sperimentazioni a vari livelli. Nonostante gli sforzi compiuti, permangono ancora diversi punti critici, alcuni ormai cronici.

Gli insegnanti di sostegno

Al di là della loro quantificazione e distribuzione, permane l'esigenza quasi strutturale di poter contare su un numero di docenti con titolo di specializzazione idoneo a soddisfare le richieste. La loro presenza è ancora caratterizzata da precarietà e costante turnover. I docenti di sostegno in larghissima maggioranza al termine del quinquennio obbligatorio passano a ruoli ordinari. Le conseguenze? Continuo reclutamento, provvisorietà, discontinuità didattica e difficoltà nella crescita di competenze professionali. Dal sostegno si fugge: oltre a chiedersi il perché, è necessario superare questa situazione, magari con sistemi incentivanti.

In questo contesto va anche affrontata la questione degli aspetti specialistici di alcune competenze professionali dedicate a

particolari tipologie di disabilità (autismo, deficit sensoriali, ecc.).

Cosa si deve / si può continuare a fare

Risulta importante:

- evitare l'utilizzazione impropria degli insegnanti per il sostegno;
- attivare una formazione programmata e generalizzata degli insegnanti curricolari, anche per contrastare la resistente prassi della delega all'insegnante di sostegno, la crescente richiesta di ore in deroga e il ricorso sempre più frequente alla magistratura;
- attivare una formazione generalizzata dei collaboratori scolastici per compiti di ausilio materiale, accoglienza e sorveglianza, assistenza igienica e igiene personale;
- attivare una informazione/formazione generalizzata sull'integrazione scolastica in ambito scolastico: l'integrazione non è un concetto chiarito e acquisito una volta per sempre, ma un processo e come tale l'aggiornamento non può che essere costante e diffuso.

Formazione: perché, per chi?

L'integrazione è un processo. Quando di integrazione non si parla più o se ne parla soltanto nel «triangolo» costituito da famiglia, insegnante di sostegno e operatori sociosanitari, questo processo se non è consolidato si arresta o attraversa periodi di stasi e addirittura rischia percorsi involutivi.

Non dobbiamo mai dimenticare che l'integrazione «nasce» nei collegi dei docenti, nei momenti di formazione e di progettazione educativa per declinarsi in metodologie individualizzate e di gruppo ed esplicitarsi in

⁷ Ministero della Pubblica Istruzione – Direzione Generale per gli Studi e la Programmazione, «La scuola in cifre 2006», p. 64.

flessibilità didattica e organizzativa, quale opportunità di successo scolastico.

I processi di integrazione scolastica coinvolgono non solo operatori della scuola, insegnanti curricolari, di sostegno e collaboratori scolastici, ma figure professionali delle ASL e — in misura sempre maggiore — operatori assegnati dagli Enti locali per assicurare interventi di assistenza specialistica. In diversi casi il personale degli Enti locali è di fatto utilizzato in assenza dell'insegnante di sostegno e non mancano situazioni che determinano incertezze relative ai diversi profili professionali. Occorre chiarire i distinti ruoli degli insegnanti specializzati, degli assistenti forniti dagli EE.LL. e dei collaboratori scolastici per l'assistenza materiale, nonché promuovere ruoli collaborativi dei compagni di classe. Occorre, quindi, ridefinire o meglio chiarire le forme di collaborazione in situazione, ma ancor più predisporre percorsi formativi comuni che consentano una migliore valorizzazione delle risorse umane. A livello territoriale, quindi, occorre incentivare interventi di formazione anche a carattere interistituzionale ai sensi dell'art. 14 della legge n. 104/92.

Integrazione di alunni con disabilità gravi

Nei confronti di alunni con gravi disabilità non sempre vengono programmati per tempo i servizi necessari allo svolgimento di PEI articolati tali da prevedere anche tempi, modi e luoghi di integrazione diversi.

Occorre programmare, fin dal momento delle iscrizioni, progetti che possano prevedere, a seconda dei casi, un percorso di avvicinamento alla classe di appartenenza, periodi di presenza in classe e di attività para- ed extrascolastiche con operatori appartenenti alla scuola, agli enti locali e alle ASL.

Indicatori per la qualità dell'integrazione

Occorre ridefinire strumenti e sistemi di autovalutazione della qualità dei processi di integrazione in ogni singola scuola e attraverso reti di scuole, individuando precisi standard che riguardano aspetti organizzativi e didattici. Non sempre in tutte le scuole sono attivi e funzionanti i Gruppi di studio e di lavoro di cui al comma 2 dell'art. 15 della legge n. 104/92, oppure si dispone di sussidi e attrezzature adeguate per le specifiche necessità di alunni con disabilità.

Fuori la scuola

Relazioni con i servizi sociosanitari

A distanza di oltre 10 anni dal DPR 24/02/94 che disciplina la redazione della Diagnosi funzionale, del PDF e del PEI, permangono in molti casi difficoltà nella comunicazione e nella condivisione con gli operatori del sistema sanitario degli strumenti e protocolli comuni previsti per l'integrazione.

Le relazioni con gli operatori scolastici e gli operatori sociosanitari spesso sono limitate al Profilo Dinamico Funzionale e al suo aggiornamento. Accade, inoltre, che gli orari di lavoro non sempre siano coincidenti fino a proporre la presenza degli operatori ASL nelle ore antimeridiane e durante gli orari di lezione, con ovvie difficoltà negli incontri a realizzare un corretto coinvolgimento degli insegnanti curricolari, impegnati in classe, e dei genitori, impegnati nel lavoro.

Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica, prevista dall'art. 13 della legge n. 104/92 e dalla successiva normativa tra le competenze degli enti locali,⁸

⁸ Nota MIUR – Dipartimento per i servizi nel territorio, Direzione generale per l'organizzazione dei servizi nel territorio, Ufficio IV – Prot. n. 3.390 del 30 novembre 2001.

non deve essere a «completamento» o in «supplenza» delle ore di sostegno che la scuola deve garantire. Lo stesso articolo della L. n. 104/92 rinvia al DPR 616/77 e tale decreto già all'art. 42 poneva a carico degli enti locali gli interventi di assistenza medico-psichica e l'assistenza per i minorati psicofisici, intendendo in primo luogo quella di ambito sanitario e in secondo luogo quella che era svolta, come ausilio materiale, dai collaboratori scolastici, allora dipendenti dei Comuni e delle Province e adesso trasferiti, con le relative competenze, allo Stato.

Servizi di trasporto

Occorre pervenire al più presto a soluzioni condivise che chiariscano in maniera inequivocabile gli ambiti delle competenze degli enti territoriali in ordine al trasporto scolastico degli alunni disabili affinché questo servizio sia garantito con particolare riguardo alla frequenza delle scuole secondarie di secondo grado.

Conclusioni

Tutta l'esperienza dell'integrazione scolastica nel nostro Paese si è giocata e sviluppata su due versanti, quello interno alla scuola e quello relativo al rapporto tra l'istituzione scolastica e le istituzioni del territorio, caratterizzato da una connotazione non sempre paritetica, ma quasi di sudditanza della prima nei confronti delle altre: la scuola quasi sempre in posizione di continua richiesta (la Diagnosi Funzionale alla ASL, i trasporti al Comune e così via) e gli Enti territoriali quasi sempre in un ruolo di concessionari di prestazioni e servizi, che, non essendo obbligatori, si sono spesso contraddistinti come aggiuntivi, opzionali e spesso occasionali e comunque dipendenti dalle risorse e/o a da scelte amministrative.

Servizi essenziali per il diritto allo studio degli alunni disabili, come quelli delle prestazioni sanitarie o dell'assistenza specialistica, sono stati spesso ottenuti con sofferenza e a volte senza la certezza della continuità. I servizi e gli interventi delle istituzioni del territorio, invece, non possono essere considerati soltanto di supporto all'integrazione scolastica, come qualcosa di aggiuntivo o in più rispetto al servizio che la scuola offre, ma devono essere concepiti come servizi fondamentali essi stessi, insieme a quelli scolastici, per la piena integrazione di una persona disabile.

Occorre che insieme alla scuola, e non accanto alla scuola, si raggiunga un obiettivo prioritario: la realizzazione di progetti globali per la persona con disabilità sul territorio.

Il PEI non può essere l'unico strumento di progettazione della crescita di un ragazzo disabile, ma deve rappresentare uno degli strumenti nei quali si segmenta l'offerta dei servizi territoriali nei suoi confronti.

Per la predisposizione e la realizzazione di progetti globali non occorre proporre nuovi interventi legislativi, ma è sufficiente cominciare ad applicare le disposizioni vigenti, a cominciare dalla legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali (L. n. 328/2000).

Realizzare progetti globali per persone con disabilità significa quindi affrontare e sciogliere uno dei nodi centrali in cui si incrociano le politiche per la disabilità, avviate dalla legge n. 104/92, quelle sull'infanzia, promosse con la legge n. 285/97, quelle di riforma del Welfare e quelle sul decentramento e sulle nuove competenze istituzionali in materia di servizi sociali, che trovano i loro riferimenti nel D. Lgs 112/98, nella legge-quadro n. 328/2000 e nella legge costituzionale n. 3/2001.

Se, come prescrive l'art. 14 della legge n. 328/2000, il Comune è il soggetto istituzionale titolare dei progetti individualizzati, il conte-

sto di riferimento non può che essere il piano di zona, nel cui ambito devono essere coordinati tutti i servizi e gli interventi sociali.

È intorno al progetto globale, quindi, che deve essere promossa, organizzata o potenziata la rete dei servizi territoriali per la disabilità.

In questa rete alcuni servizi e interventi assumono una particolare valenza in quanto la loro presenza e qualità non solo costituiscono presupposti per l'attuazione di altri, come quello scolastico, ma sono funzionali ad essi e ne condizionano la stessa qualità.

Il successo dell'integrazione scolastica degli alunni disabili è sempre il risultato di un mix tra la qualità dell'offerta interna e dell'offerta esterna alla scuola dell'autonomia.

Per una valutazione globale della qualità dell'integrazione non si può escludere la quantità e la qualità dei diversi servizi territoriali che concorrono a determinarla.

Se un obiettivo prioritario del sistema scolastico nei confronti degli alunni disabili è quello di mantenere e perseguire la qualità, lo stesso obiettivo deve guidare l'organizzazione degli altri servizi territoriali.

Tranne rare esperienze limitate a contesti territoriali e a singoli settori (educativo, sanitario o sociale), non disponiamo di indicatori contestuali su questo versante. Occorre quindi avviare una riflessione e magari delle sperimentazioni, ad esempio, proprio in merito alla realizzazione di progetti globali che ci permettano di individuare a chi spetta definire la qualità complessiva del processo di integrazione scolastica e sociale in un ambito territoriale, nonché di definire quali parametri considerare per valutarla.

Definire la qualità di questi servizi che concorrono all'integrazione scolastica e valutarla non sono operazioni che si esauriscono nell'adeguarsi a standard definiti dall'alto, da

una norma o una volta per tutti, ma assumono un significato dinamico, di partecipazione, di costruzione di «buone prassi». Certamente questo compito impegnativo di determinare i livelli di qualità chiama in causa in primo luogo le Regioni e gli Enti locali, ma non può limitarsi a queste entità politico-amministrative. Le famiglie, gli studenti, le associazioni, gli amministratori, gli operatori, gli insegnanti, i dirigenti scolastici sono i protagonisti, in un processo di condivisione e di partecipazione di chiari ruoli e responsabilità, del processo di integrazione di quanti convivono con una disabilità. Spetta anche a loro concorrere a garantire la qualità e quindi a negoziarne gli standard.

L'individuazione di determinati indicatori di qualità dei servizi e la negoziazione delle regole per il loro funzionamento possono costituire elementi di novità rispetto al passato e contribuire a rendere esigibili i diritti di cittadinanza delle persone con disabilità in ogni contesto territoriale.

Bibliografia

- Giancaterina F. (2006), *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza*, Milano, Franco Angeli.
- Ministero della Solidarietà sociale, Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e Monitoraggio della Spesa Sociale (2006), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II parte, sezione II, i servizi sociali territoriali*, Roma, ottobre 2006.
- Nocera S. (2003), *Il diritto all'integrazione nella scuola dell'autonomia*, Trento, Erickson.
- Nocera S., *Disabilità: le nuove certificazioni per la scuola; urgono informazioni e chiarimenti*, tratto dal sito: www.Aipd.it.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), *ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson.