

Marisa Pavone

Il progetto di vita per lo studente disabile

Editoriale

La delicata e strategica questione delle procedure di accertamento del deficit, accoglienza e presa in carico degli allievi disabili ai fini dell'integrazione scolastica, con la documentazione accompagnatoria - dalla certificazione alla diagnosi funzionale alla progettazione individualizzata -, in questi tempi è oggetto di osservazione e di revisione da parte del legislatore. Come sappiamo, dopo soli due anni dall'emanazione e sostanzialmente senza che sia stato applicato, si è dato corso alla revisione del DPCM n. 185/2006.(1) Al momento in cui andiamo in stampa il nuovo testo è all'esame della Conferenza Stato-Regioni, ma in aprile, quando la rivista giunge ai lettori, è molto probabile che sia già stato definitivamente approvato; in tale eventualità ci ripromettiamo una sua analisi critica nel prossimo numero.

In questa occasione ci interessa porre attenzione su un aspetto particolare che, pur inserito all'interno di un documento ricco di innovazioni interessanti, può suscitare perplessità o sollievo secondo i punti di vista: la scomparsa del profilo dinamico funzionale (PDF). Nella rivisitazione del DPCM (il testo in bozza si intitola: «Linee organizzativo-funzionali per la presa in carico degli alunni in situazione di disabilità») l'eliminazione del dispositivo, che da oltre quindici anni accompagna il processo di integrazione scolastica, non è stata frutto di una opzione superficiale, ma di una scelta intenzionale da parte di esperti del mondo scientifico e dell'associazionismo professionale e familiare. Le ragioni sembra siano dovute al fatto che il mondo della scuola, così come quello della sanità, non ha mai manifestato di gradire il PDF, trovandolo di difficile interpretazione: le scadenze previste per la revisione sono state quasi sempre disattese e i profili prodotti si sono rivelati poco significativi. Dunque, salvo imprevisti dell'ultima ora, non dovremmo più trovarvi menzione.

Alla quasi certa scomparsa del PDF vogliamo dedicare, probabilmente in solitudine, qualche pensiero, non per affezione nominalistica (scompare una sigla); né per una pregiudiziale refrattarietà al cambiamento o indulgenza nostalgica al passato; né per volontà persecutoria nei confronti dell'azione professionale di docenti e specialisti della sanità, come delle famiglie. Ci interessa invece evidenziare il ruolo strategico dello spazio di progettualità che questo strumento porta con sé e può implementare, convinti che le frequenti difficoltà nella sua elaborazione rappresentino piuttosto il segnale del cronico difetto di prognosi nei confronti delle persone disabili.

Introdotta dalla Legge-quadro sull'handicap (Legge n. 104/92, art. 12, comma 5), il profilo dinamico funzionale è precisato nell'«Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende Sanitarie Locali» (DPR 24 febbraio 1994), come il costrutto indicante: «il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni)» (art. 4, comma 1). Ianes si domanda come sia possibile «dimostrare di possedere un [...] prevedibile livello di sviluppo? [...] Crediamo che non abbia senso cercare di prevedere il futuro, ma che sia essenziale invece cercare di costruirlo, giorno dopo giorno, con attività concrete mirate a precisi obiettivi». Propone pertanto una serie di operazioni «che si fondino su una concezione pedagogica e psicologica moderna, sulle metodologie più accettate di programmazione didattica, che siano di reale e immediata utilità per gli insegnanti».(2) Al momento in cui scriviamo, il legislatore pare aver fatto proprio questo punto di vista.

Accettiamo la lucidità dell'argomentazione suesposta: in effetti è impossibile «dimostrare» di possedere un «prevedibile livello di sviluppo». Inoltre, siamo ben consapevoli che il profilo dinamico funzionale rispecchia una costruzione degli adulti - professionisti e genitori - attraverso cui essi si sforzano di immaginare (non certo «dimostrare») quello che sarà lo sviluppo potenziale globale del minore; in tal senso, questa anticipazione incontra effettivamente il rischio di essere irrealistica.

Tuttavia, nonostante i pericoli di onnipotenza o di sottovalutazione, continuiamo a ritenere che muoversi all'interno di un orientamento, di una direzione di senso sul cui sfondo programmare gli obiettivi più concreti e immediati, sia strutturalmente indispensabile all'intervento educativo.

A nostro avviso, la progettualità educativa deve sapere e potere esercitare uno sforzo per guardare «oltre», per gettare lo sguardo al di là dell'immediatezza del presente sempre, a maggior ragione nelle situazioni di fragilità. D'altra parte, anche in campo sanitario il medico non si limita a diagnosticare la malattia e a prescrivere la terapia, ma anticipa pure una prognosi; l'informazione prognostica serve al paziente per avere

rassicurazione circa i tempi e le modalità di guarigione, cioè di ripristino della situazione di normalità funzionale o comunque di ritorno alla condizione migliore possibile. Il PDF vorrebbe esprimere la configurazione funzionale il più possibile unitaria dell'allievo, di cui c'è bisogno per riorganizzare gli innumerevoli e disordinati dati provenienti dalla diagnosi che, per quanto «funzionale», non copre questi significati; ha il ruolo di prevenire la tentazione di lavorare nel tempo del giorno per giorno, carente di prospettiva; serve per sostenere l'impegno di tutti quelli che, in spirito di alleanza, sono impegnati nella gestione del processo di apprendimento e integrazione scolastica insieme all'individuo disabile.

Il neuropsichiatra Moretti, studioso e operatore nel campo della riabilitazione nonché dell'educazione dei disabili neuropsichici, afferma: «Per poter procedere a una programmazione (il piano educativo individualizzato è un modello di programmazione, ndr) sono necessari due fattori funzionali: la retroazione e la anticipazione. In altri termini, è necessario che l'azione sia controllata e che ogni passo successivo sia previsto nelle sue possibili varianti. [...] La prognosi come elemento fondamentale della conoscenza ha il ruolo dell'ipotesi e non può essere sostituita da una cieca buona volontà (della quale, sia chiaro, si ha altrettanto bisogno)».(3)

Tecnicamente, la responsabilità di elaborare il PDF dovrebbe sollecitare il gruppo incaricato del percorso di integrazione a immaginare il possibile sviluppo globale eterocronico del minore, inteso come ipotesi di una economia del corso di vita sufficientemente buona, per quanto temporanea e dunque relativa. Tale criterio costituisce la base sulla quale elaborare una scala di interventi che tenga conto: di quali sono i bisogni prioritari, del valore ponderato di ogni difficoltà, della diversa trattabilità di ogni sfera di bisogno, al fine di programmare obiettivi e azioni a livello sia scolastico sia extrascolastico. È azzardato pensare che, in questo senso, nel piccolo raggio, il PDF possa rappresentare un'anticipazione del progetto di vita? In fondo anch'esso contempla traguardi scolastici, sanitari e sociali, seppure a medio tempo.

Indubbiamente non è facile muoversi nella dimensione del futuro, anticipare uno sviluppo che, come spiega giustamente Ianes, dipende da una quantità di fattori personali e contestuali in reciproca relazione dinamica; proprio per questo l'«Atto di indirizzo» ha previsto frequenti aggiornamenti del profilo dinamico (ogni sei mesi e ogni due anni; obbligatoriamente a ogni cambio di ciclo scolastico), alla luce di un confronto serrato con lo sviluppo già compiuto via via raggiunto dall'allievo.

La prospettiva portata dal PDF si rivela (si rivelava?) importante, nel momento in cui può (poteva?) aiutare la diagnosi funzionale e il piano educativo individualizzato a non perdersi nella complessa gestione del presente, a guardare ai traguardi raggiunti ponendoli sempre in relazione con la dimensione del possibile, di un possibile sviluppo unitario della personalità; dimensione del resto costitutiva della formatività umana.(4) Nel momento in cui ancora ci è consentito farlo, ci auguriamo che il pensiero prognostico del profilo dinamico funzionale venga in qualche modo preservato e almeno ricompreso come tappa strategica all'interno della diagnosi funzionale. Se così non sarà (o non è?) siamo proprio sicuri di non aver perso qualcosa di prezioso?

(1) DPCM 23 febbraio 2006, n. 185, «Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'art. 35, comma 7 della legge 27 dicembre 2002, n. 289».

(2) D. Ianes, *La diagnosi funzionale secondo l'ICF*, Trento, Erickson, 2004, p. 46.

(3) G. Moretti (a cura di M. Cannao e A. Moretti), *Riabilitazione e integrazione del disabile. Dai principi ai metodi*, Roma, Armando, 2006, p. 41.

(4) Per un approfondimento si vedano P. Bertolini, *L'esistere pedagogico*, Firenze, La Nuova Italia, 1988 e C. Palmieri e G. Prada (a cura di), *La diagnosi educativa*, Milano, Franco Angeli, 2005.

Monografia

Il progetto di vita per lo studente disabile

A cura di **Marisa Pavone**

«Mi dici per favore che strada devo prendere?» chiese Alice.

«Dipende più che altro da dove vuoi andare» disse il Gatto.

(L. Carroll, *Alice nel paese delle meraviglie*)

Il neuropsichiatra Giorgio Moretti, medico che ha lavorato molto, sul piano scientifico e pratico, a favore dei soggetti con disturbi neuropsichici, già negli anni Ottanta sosteneva che la disabilità comporta certamente

dei problemi che vanno affrontati e possibilmente risolti, ma la persona disabile ha soprattutto bisogni umani che devono essere considerati. Se tentiamo di risolvere i problemi senza tenere conto dei bisogni commettiamo una grande ingiustizia, perché trattiamo i disabili come non-persone. Parlare di adultità possibile, di progetto di vita per un individuo portatore di minorazione, soprattutto se grave, rappresenta una sfida impegnativa e difficile per i genitori come per gli insegnanti e per gli operatori, che lo devono affiancare in spirito di alleanza. Molto spesso, purtroppo, siamo portati ad abusare di questo costrutto - il progetto di vita - come si fa con un concetto «caldo», che ci appaga evocare, con il rischio che esso esaurisca la sua funzione programmatica nel momento stesso dell'evocazione, cioè nell'immaginario, senza indurre significativi cambiamenti nelle prassi e nella biografia del soggetto.

Non è un paradosso sostenere che il principale bisogno che le persone disabili manifestano sia la normalità, da intendersi non certo secondo il criterio statistico, come adeguamento ai comportamenti più frequenti, né come normalità prestazionale, rapportata ai modelli teorici dello sviluppo o alla vita attiva comunemente concepita, con i suoi parametri di efficienza scolastica, lavorativa, sociale. Occorre riferirsi a una normalità ideale, di principio, concepita come diritto e possibilità effettivi, per chi ha un deficit, di accedere ai ruoli ritenuti normali nei diversi contesti di vita, nel rispetto delle sue modalità funzionali ed esistenziali, del suo particolare modo di essere nel mondo: nella scuola, attraverso il ruolo di studente che apprende; nel mondo del lavoro, attraverso l'assunzione del ruolo di soggetto che contribuisce alla produzione; nel contesto culturale-ricreativo-sociale, come soggetto fruitore e portatore di agency al tempo stesso.

La soddisfazione di questi fondamentali bisogni è strettamente connessa alla possibilità di conoscere le specificità individuali, al fine di elaborare strategie di intervento plurime. Il progetto di vita per ciascuno di noi, anche per il minore disabile, si colloca in una situazione di equilibrio più o meno facile, a volte più difficile, tra l'effettualità, cioè la condizione di partenza con tutte le caratteristiche connesse - potenzialità, disturbi e limiti -, e la tensione al cambiamento; si tratta di una condizione di equilibrio dinamico, essenziale per tutti, in alcune fasi della vita più sicura e in altre più incerta, obiettivamente più ostica da interpretare se il soggetto è disabile. Il progetto di vita è personale, si rivolge all'originalità di ognuno e non è esauribile nella categoria della minorazione.

Questa constatazione ci introduce a parlare, seppure brevemente, dei possibili modelli di approccio alla persona in difficoltà: lavorare per il suo progetto di vita è un'impresa che impegna tutti sul piano in primo luogo antropologico (la direzione di senso di cui parla il Gatto nella favola citata in epigrafe) e subito dopo metodologico (la domanda di Alice sul percorso e sui mezzi). La Pedagogia Speciale, ma anche la Medicina più illuminata e moderna mettono in guardia dal rischio di rivolgersi al disabile, specie se grave, alla luce di prospettive interpretative unilaterali, perché rischiano di esaurire le componenti essenziali della condizione: quella personale e quella ambientale.

L'orientamento «iperbiologico», il più diffuso e quello che vanta la maggiore tradizione scientifica, vuole spiegare i comportamenti in termini naturalistici e meccanicistici. Finché si resta sul terreno dell'eziologia, questa connotazione è d'obbligo, ma quando, per via induttiva, si estende l'interpretazione biologica a giustificare anche fenomeni che riguardano le varianti socialmente significative del comportamento, allora si rischia la mistificazione, oltre a giustificare l'emarginazione. Una variante di questa interpretazione unilaterale è l'«iperspecie-lizzazione», che considera la persona disabile come un inventario di disturbi e sintomi, da trattare separatamente, con conseguenti derive di parcellizzazione della conoscenza e degli interventi e rischi di frammentazione del soggetto. Franchini ricorda che, «mentre l'approccio clinico tende a isolare la malattia, per poterla chiarire scientificamente e attaccare terapeutamente, lo sguardo antropoanalitico indaga lo svolgersi della temporalità, della storia di questo uomo, alla ricerca della "norma intrinseca" al suo disagio personale, cioè quella personale configurazione del progetto di vita che lo rende uomo-nella-malattia».

A un estremo opposto, incontriamo il pericolo di un approccio «ipersociologico», che presenta la caratteristica di confondere gli effetti con le cause e di mostrare una radicata diffidenza per le analisi causali. Anche qui, la quota dell'errore consiste in un eccesso di orientamento, che induce a interpretazioni totalizzanti; questa volta le radici del danno, così come della sua gravità, sarebbero individuate nei meccanismi sociali di emarginazione. Noi ravvisiamo un esempio di questa visione distorta nella convinzione «superficiale» che il processo di integrazione dei minori con disabilità sia automaticamente garantito dall'inserimento e da una cospicua assegnazione di risorse di sostegno, trascurando l'importanza di curare la qualità delle azioni educative, didattiche, riabilitative, assistenziali e della loro sinergia sistemica: come se l'inserimento scolastico e sociale fosse di per sé sufficiente a esaurire l'integrazione; ci si trova così in presenza di un progetto educativo individualizzato e di vita povero di concretezza programmatica, irrealistico.

Questa situazione di iperprotezionismo e di immobilismo allo stesso tempo manifesta tutti i suoi limiti al termine del percorso di istruzione dell'obbligo o anche secondario, quando l'allievo disabile esce dall'istituzione scolastica e si pone al confronto con l'ambiente lavorativo/sociale, con seri rischi di caduta repentina della progettualità, rientro tra le pareti domestiche e dinamiche di regressione esistenziale. È onesto constatare che su questo terreno ci troviamo più indietro rispetto ad altri Paesi europei i quali, forse, offrono meno sul piano dell'integrazione scolastica, ma sono più concreti sul progetto di vita adulta. Una variante della interpretazione «ipersociologica» si manifesta nell'esaurire il progetto di vita in una «normalizzazione» o «razionalizzazione burocratica», cioè una serie di adempimenti, perdendo però di vista la relazione interpersonale che, come afferma Biswanger, «nella sua forma e nelle sue funzioni è comunicazione suscitante e educatrice».

La gestione del progetto di vita certamente richiama la «regolazione», cioè una messa in pratica di riti e di scelte di programmazioni ben orientate, ma una regolarizzazione coscientizzante e non sanzionante. Guardare a un progetto di vita bene integrato significa garantire una «programmazione esistenziale finalizzata alla promozione di una vita qualitativa in tutti gli ambienti sociali nei quali la persona si trova a interagire e a ogni età». Citando numerose ricerche intorno al concetto di qualità della vita lungo tutto l'arco dell'esistenza, in particolare per la persona con disabilità cognitiva, ma estensibili a tutti coloro che hanno una minorazione, Cottini evidenzia cinque dimensioni rilevanti: benessere fisico, materiale, sociale, emozionale, funzionalità sociale; come si può osservare, lo stato di salute, pur se al primo posto, non esaurisce la complessità e ricchezza di uno stare nel mondo auspicabile sul piano qualitativo.

Come sappiamo, la ricerca medica ha convenuto sull'inadeguatezza di adottare unilateralmente il modello medico o il modello sociale nell'interpretazione dei bisogni della persona disabile e, di conseguenza, nell'impostazione del progetto di vita. «Il modello medico vede la disabilità come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica sotto forma di trattamento individuale da parte di professionisti. [...]»

Il modello sociale della disabilità, d'altro canto, vede la questione principalmente come un problema causato dalla società». Il nuovo modello di approccio - l'ICF - è basato sull'integrazione di questi due modelli opposti, così da cogliere il funzionamento biopsicosociale individuale e potervi innestare una progettualità integrata, rispettosa dell'unità della persona. Non possiamo che apprezzare questa evoluzione concettuale, che si sforza di andare oltre la visione del disturbo e del sintomo, per allargarsi a prendere in considerazione il soggetto nella globalità dei suoi bisogni.

La Pedagogia Speciale è, per sua specifica natura disciplinare, orientata a compiere un passo ulteriore, rivendicando che, nel processo di formazione personale e di elaborazione del progetto di vita, occorre individuare un focus prioritario, in grado di conferire unità agli interventi. Cogliere questo polo nell'intenzionalità educativa è la risposta più razionale ed efficace. Il progetto educativo per un minore disabile deve rappresentare lo sfondo entro il quale tutte le azioni terapeutiche, riabilitative, sociali, assistenziali acquistano valore e anche la base che dà senso e direzione alla sua vita di persona, oltre che di individuo, sostenendo il suo equilibrio originale. In una prospettiva pedagogica, anche il progetto di recupero/riabilitazione va riconsiderato alla luce di una più articolata visione dell'uomo e del suo equilibrio globale. La categoria dell'educazione consente di immaginare un processo che - per quanto il minore sia fragile e il percorso accidentato - è comunque proiettato a sostenerlo verso obiettivi di economia esistenziale sempre più avanzati.

Anche quando il trattamento terapeutico-riabilitativo, subordinato a quello educativo-didattico, può lasciare intravedere miglioramenti minimamente apprezzabili solo in tempi molto distesi, tuttavia consente lo sfruttamento ottimale del potenziale comunque presente, favorendo così prospettive di adattamento e integrazione via via più avanzate. Di fronte alla disabilità, il concetto di qualità della vita va interpretato in termini di benessere personale, di sviluppo armonico per quanto eterocronico, di ricerca di equilibrio originale nel rapporto con la realtà, inventando parametri diversi da quelli tradizionali, in chiave qualitativa, piuttosto che quantitativa. Sostenere l'individuo che ha una minorazione nella costruzione del proprio progetto di vita significa impegnarsi a uscire da una prospettiva asfittica - pur non trascurando l'esame di realtà e la componente biologica del deficit - e proporsi come guide adulte - genitori, professionisti: persone - di fronte a una persona in difficoltà, per aiutarla nonostante il disturbo, muovendo dall'assunto che ciascuno debba e possa recuperare una propria progettualità esistenziale. Il progetto di vita presuppone l'appartenenza a un contesto e a una storia; dunque si costruisce con il ricorso alle risorse più o meno presenti, a volte assenti, nella situazione concreta; risorse che devono essere poste in sinergia, perché diversamente, se camminano ciascuna per la propria strada, si danneggia il disabile. Richiede servizi di supporto pubblici e

privati, educativi e socio-riabilitativi, assistenziali, formali e informali, anche giuridici; sollecita convergenze di punti di vista e stretta collaborazione, dialogo tra scuola, famiglia ed extrascuola.

Guardando all'extrascuola, pensiamo agli enti locali, alle agenzie culturali e di tempo libero presenti sul territorio; pensiamo anche agli ambienti lavorativi se vogliamo ragionare nella prospettiva della adultità; ma anche a centri socio-educativi, laddove la particolare situazione di gravità non consenta un progetto lavorativo. Rispetto ai segnali di richiesta che il soggetto invia, non sempre facilmente interpretabili, in particolare durante l'età evolutiva e quanto più il bambino è piccolo, le risposte degli adulti - familiari ed esperti - dovrebbero essere condivise, tese a ricomporre le diverse letture settoriali in un piano osservativo-progettuale. Questo accade raramente; si osserva piuttosto come i diversi microsistemi attivati intorno alla sua persona - famiglia-servizi; famiglia-scuola; scuola-servizi, ecc. - rimangano isolati, fatti salvi i rari momenti di contatto resi obbligatori dalle procedure. Una tale progettualità settorializzata, autoreferenziale, povera di traiettorie pregnanti, può accrescere i vincoli di un progetto esistenziale già di per sé fragile. Il sostegno al progetto educativo e di vita per il disabile si giova del fatto che tutti i componenti dell'équipe responsabile esprimano le proprie competenze differenziate - genitoriale, sanitaria, educativa, didattica, assistenziale - in una prospettiva sinergica, subordinandole alle finalità del piano personalizzato piuttosto che ai vincoli del mansionario. Richiede inoltre al gruppo uno sforzo di continua ricomposizione a unità: è importante mantenere vive le relazioni dinamiche fra gli adulti, ammettendo ampi spazi per la comunicazione dei vissuti individuali e collettivi e per la condivisione costante dei significati relativi al minore, perché questo rappresenta una garanzia contro la sua reificazione.

È come se la maturità dei genitori e dei professionisti costituisse una precondizione per aprire la strada alla conquista da parte del minore di una sua maturità. A questo proposito, Franchini ammonisce che la relazione di aiuto deve saper rimanere «sul terreno esistenziale della reciprocità, impedendo a se stessa di sottrarre all'altro la Cura, nella consapevolezza che in ultima analisi il successo dell'intervento è da ricondurre alla libertà e alla responsabilità della persona che lo riceve».

Ai professionisti si domanda qualche cosa in più: devono cercare di impegnarsi a mantenere viva l'accoglienza nei confronti delle famiglie e il loro coinvolgimento attivo, accettando di condividere le varie tappe del programma di intervento, senza rifiutarsi di offrire sostegno e conforto ai genitori nelle situazioni di handicap esistenziale. Medeghini sostiene che collocarsi in una «visione di rete significa immergere il progetto di vita in spazi e temporalità più ampi, togliendo così la scuola e i servizi da una certa autoreferenzialità [...]. Non è più sufficiente pensare a un obiettivo [...] nella sola visione strumentale senza che sia definita una sua validità ecologica». Se questo supplemento di contatti professionali e umani da una parte può accrescere il tasso di complessità, dall'altra, positivamente, può contribuire a proiettare gli interventi educativi e riabilitativi nell'area dello stare bene per il minore disabile e per la sua famiglia, a mantenere vivo il clima all'interno dell'ambiente di trattamento e ad alimentare la disponibilità alla ricerca: condizioni strategiche per contrastare le derive depressive e rinunciarie sempre alla porta.

Per l'importanza strategica di assumere e mantenere una visione progettuale aperta durante il corso di vita della persona disabile, al fine di favorire la creazione di opportunità e prospettive di adultità, abbiamo ritenuto di approfondire l'argomento dedicandovi la sezione monografica. Gli interventi dei diversi esperti sono idealmente organizzati in due sezioni. Nella prima, si affrontano i significati del progetto di vita tra prevedibilità e possibilità: le riflessioni di Luigi d'Alonzo e Mario Martinelli trattano il nodo delle responsabilità della scuola - insegnanti, educatori e gruppo dei pari - nel favorire la preparazione alla vita della persona con disabilità; Chiara Marocco Mattini illustra le problematiche che la costruzione della personalità assume in età adolescenziale. Nella seconda sezione si affronta il tema delle risorse a sostegno del progetto scolastico e di vita: Salvatore Nocera spiega come lo strumento normativo possa rappresentare un supporto utile a favorire la progettualità individualizzata; Giuseppe Maurizio Arduino, Carla Bonino e Marisa Faloppa intervengono invece sull'importanza della condivisione del progetto educativo e riabilitativo rispettivamente tra operatori dei servizi sanitari e socio-educativi e la famiglia.

La scuola e la preparazione alla vita della persona con disabilità

Luigi d'Alonzo

Il processo di formazione della persona diversamente abile tra mediazione dell'educatore e cooperazione tra coetanei

Mario Martinelli

La costruzione della personalità nell'adolescente disabile

Chiara Marocco Muttini

Lo strumento normativo, una lettura pedagogica

Salvatore Nocera

Fattori ambientali e integrazione dei bambini con autismo

Giuseppe Maurizio Arduino

Alleanze e servizi educativi a sostegno dell'integrazione

Carla Bonino

L'integrazione scolastica come progetto condiviso

Marisa Faloppa

Dialoghiamo con...

Intervista a Sergio Manghi

A cura di Andrea Canevaro

In ricordo

Aldo Zelioli: una vita dedicata alla scuola e alle persone disabili

A cura di Pietro Pasotti, Andrea Canevaro e Lisa Muzzarini

Nel mese di febbraio ci ha lasciato Aldo Zelioli, ispettore scolastico del Ministero della Pubblica Istruzione, incaricato della cura istituzionale dell'avvio e della crescita del processo di integrazione degli alunni disabili, dagli anni Sessanta agli anni Ottanta. In un periodo particolarmente importante per aver posto le radici del nostro modello inclusivo, egli si è dedicato con convinzione e ottimismo all'impegno di favorire la coeducazione tra bambini abili e disabili nelle scuole ordinarie. Ne ricordiamo la figura attraverso alcune memorie biografiche e autobiografiche.

Documenti

Osservatorio sulla disabilità del Ministero della Pubblica Istruzione: si poteva (e si può) fare di più

A cura di Dario Ianes

Nella breve stagione del Governo Prodi non siamo riusciti a fare tutto quello che era emerso nelle discussioni e nelle analisi del Comitato tecnico-scientifico dell'Osservatorio ministeriale. In molti la delusione è concreta e tangibile e si può tentare una breve riflessione - fiduciosa - su alcuni aspetti cruciali.

Fin dalle prime discussioni, del settembre 2006, erano emerse alcune priorità: la certificazione di disabilità, la formazione degli insegnanti curricolari, l'assegnazione degli insegnanti di sostegno, la definizione di livelli essenziali di qualità dei processi di integrazione.

Il primo tema affrontato, la certificazione di disabilità, rimanda al DPCM 185 dell'agosto 2006. Quel decreto, frutto di una politica restrittiva del Governo Berlusconi, aveva creato non pochi problemi alle Regioni e ai cittadini, nonché alle scuole: andava abrogato subito, ripristinando il consueto Atto di indirizzo del 1994. Sarebbe stato un segnale chiaro e positivo, politicamente forte. Il Comitato tecnico-scientifico si espresse in questi termini. Invece venne scelta la via della revisione del DPCM, attraverso la Legge Finanziaria, con un articolo non proprio chiarissimo. Talmente ambiguo nella sua formulazione che gli ottimisti (come me) ci vedevano addirittura la possibilità di definire nuove modalità bio-psico-sociali di certificazione dei vari Bisogni Educativi Speciali, superando la certificazione medica e i pessimisti non ci vedevano altro che un tentativo di rendere le diagnosi mediche meno fantasiose.

Credo che in quel momento non ci fosse sufficiente chiarezza politica, e il fatto che il ministro Fioroni sia un medico non fu secondario, per tentare una strada radicalmente innovativa sulla lettura dei bisogni. Si è rimasti imprigionati nella vecchia visione. Faticosamente è stata elaborata una bozza di nuovo DPCM sulla presa in carico che ripristina la logica dell'Atto di indirizzo. La grande novità, estremamente positiva, è che l'ICF diventa la base della diagnosi funzionale allargata anche ad altre figure, pedagogiche e sociali. Questo è

fondamentale. In quel DPCM c'è anche un'altra novità importante, che riguarda la flessibilità nell'assegnazione degli insegnanti di sostegno, una flessibilità rispetto a un migliore collegamento tra bisogni del bambino e competenze reali dell'insegnante, in un'ottica di concertazione interistituzionale territoriale. Vedremo se questo DPCM arriverà al traguardo, e come.

Lo sforzo di «I CARE» è altrettanto lodevole, e va sostenuto, come va sollecitata una rapida evoluzione del lavoro sulle nuove tecnologie. Il bilancio complessivo, però, poteva essere più soddisfacente. A una visione politica convinta, come quella della sottosegretaria De Torre, non ha corrisposto quella del ministro Fioroni, che ritengo su questi temi non adeguata. Difficoltà organizzative e resistenze varie hanno poi completato l'opera. Ma la strada è aperta e le direzioni sono corrette. Dobbiamo cambiare profondamente le modalità di lettura dei bisogni, e sarebbe tempo di porre mano anche alla Legge-quadro n. 104, in un'ottica di cambiamento di quelle che sono le condizioni di disabilità e di Bisogni Educativi Speciali. Attenzione, però, la Legge-quadro va ampliata nella sua portata, non ridotta! Dobbiamo cambiare profondamente le modalità di attivazione e assegnazione delle risorse aggiuntive, e la strada tracciata dal nuovo DPCM è giusta. Dobbiamo cambiare profondamente le modalità di formazione continua degli insegnanti, e il progetto «I CARE» va nella direzione giusta, anche se non affronta, né lo poteva fare, la questione contrattuale della formazione in servizio. Dobbiamo garantire equità nei processi di integrazione-inclusione attraverso Livelli Essenziali di Qualità: «I CARE» si era prefisso di farlo attraverso le azioni di automiglioramento dal basso e questo è importante: vedremo quanto si riuscirà a fare.

Insomma, avevamo iniziato faticosamente un cammino, con tante difficoltà e lentezze, certo, ma con la convinzione che si potesse (e dovesse) migliorare significativamente la Qualità dell'integrazione. E ora?

News

La Cassazione conferma il diritto prioritario alla riserva nel collocamento obbligatorio

Salvatore Nocera

Per il TAR del Lazio è illegittima la presenza di due alunni disabili nella stessa classe

Salvatore Nocera

È necessario l'avvocato per ottenere l'amministratore di sostegno?

Salvatore Nocera

ADHD: approvata dalla Regione Piemonte la Legge n. 405

Piero Crispiani