

SCUOLA ED ENTI LOCALI: UNA RETE DA RINFORZARE PER LA QUALITÀ DELL'INTEGRAZIONE

DANILO MASSI
DIRIGENTE SCOLASTICO

L'esperienza dell'integrazione scolastica nel nostro Paese si è giocata e sviluppata su due versanti, quello interno alla scuola e quello nelle relazioni tra questa e le istituzioni del territorio, in un rapporto non sempre paritetico, ma quasi di sudditanza della prima nei confronti delle altre. I servizi delle istituzioni del territorio, invece, non possono essere considerati soltanto di supporto alla integrazione scolastica, ma devono essere considerati essi stessi servizi fondamentali, insieme a quelli scolastici.

A 30 ANNI DALLA LEGGE 517, COSA È SUCCESSO? COSA MANCA?

Sono trascorsi oltre 30 anni da una legge, che appartiene ormai alla storia dell'integrazione scolastica nel nostro paese: la 517 del 1977. Quella normativa, già prevedeva, oltre ai docenti specializzati, la presenza a scuola di assistenti educativi di supporto all'autonomia ed alla comunicazione. Affermava in proposito che *"devono inoltre, essere assicurate forme particolari di sostegno secondo le rispettive competenze dello Stato e degli enti locali preposti"*. Dopo 15 anni la legge-quadro 104/92, oltre a sancire il diritto allo studio di tutti nella scuola di tutti, ne esplicita forme e modalità. Precisa la necessità della *"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"*. Con la sua promulgazione si apre una stagione senza precedenti per la crescita dei diritti civili delle persone disabili. Appartengono a questo periodo quattro grandi leggi che hanno contribuito a cambiare ed accrescere la corretta cultura sulla disabilità, favorendo il diffondersi di buone prassi e il confronto tra amministratori ed operatori per la promozione di servizi innovativi: legge 285/1997 (progettualità su infanzia, adolescenza e disabilità); legge 162/1998 (l'attenzione alle disabilità gravi); legge 68/1999 (l'integrazione nel lavoro); legge 328/2000 (il sistema integrato di interventi e servizi sociali). Sono leggi che hanno agito da moltiplicatore in molte realtà e restano tuttora punti di riferimento per compiute politiche di welfare.

Legislazione regionale. L'applicazione delle leggi statali a cui si è fatto riferimento si è intrecciata nel tempo con una crescente e articolata legislazione regionale e con il deli-

nearsi di nuovi assetti istituzionali. A distanza di oltre 15 anni dalla Legge 104/92, purtroppo, 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 spende 417 euro per abitante in Calabria se ne spendono meno di 27. In Sicilia ed 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'Abruzzo¹. I provvedimenti statali e regionali seguiti alla Legge 104/92, pur precisando sempre più il quadro dei diritti civili dei cittadini disabili, non sono riusciti ad incidere compiutamente sulla loro esigibilità. 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.

LEGGE COSTITUZIONALE 3/2001 E NUOVI SCENARI DEL WELFARE

Con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *"Modifica al Titolo V della parte II della Costituzione"* vengono apportate radicali cambiamenti all'ordinamento istituzionale del nostro paese. Le principali modifiche riguar-

dano quelle relative all'articolo 114 della Costituzione, secondo cui "La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato" e quelle relative all'art. 117 che configura nuovi rapporti tra Stato e 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, 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. Vengono così definitivamente trasferite agli Enti locali responsabilità legislative, finanziarie, amministrative e gestionali del welfare di Stato. In materia di "assistenza sociale" le Regioni hanno acquisito potestà legislativa esclusiva e possono quindi approvare norme addirittura difformi dalla legge quadro n. 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".

Welfare locale e integrazione scolastica.

Oggi ci troviamo di fronte ad una normativa statale e regionale che definisce con chiarezza le competenze della ASL e degli Enti locali in materia, ma queste competenze rischiano di non tradursi in pratiche trasparenti, definite, precise ed esigibili sempre e dovunque.² Spesso 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 ed operativo del sanitario e del sociale, nonché da affidi a servizi esterni (organismi del privato sociale), con il rischio che questi - anche per quanto riguarda l'integrazione scolastica - spesso rappresentino gli interlocutori decisionali delle scuole e delle famiglie, in sostituzione dei decisori istituzionali (amministratori e dirigenti dei servizi pubblici).

ACCERTAMENTO DELLE DISABILITÀ E NUOVA DISCIPLINA SULLE CERTIFICAZIONI

L'accertamento: la tela di Penelope delle politiche sulla disabilità. Nel nostro Paese il complesso normativo su cui si fonda l'accertamento della condizione di disabilità, sviluppatosi in momenti storici diversi e in risposta a concezioni, presupposti ed esigenze modificatesi 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. In particolare, coesistono procedimenti diversi per il "riconoscimento dell'invalidità" (L. 118/71, L. 295/90, D.M. 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"** (D.P.R. 24.2.94; L. 289/02, art. 35, c.7), la **valutazione** delle condizioni di accesso al sistema per l'**inserimento lavorativo dei disabili** (D.P.C.M 13.01.2000). Su questo scenario normativo, nel marzo 2002 è intervenuta, da parte dell'OMS, la pubblicazione dell'ICF (International Classification of Functioning), classificazione proposta come standard internazionale per descrivere e misurare salute e 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: ancora uno 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. In

applicazione dell'art. 2, c. 1 di questo provvedimento, la Regione Autonoma Trentino-Alto Adige con apposita delibera del 7/11/06 ha stabilito che per i propri cittadini la certificazione continuerà ad 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. Nella Regione Marche, a seguito della recente legge 4/08, dovrebbero essere le preesistenti commissioni ASL ad accertare e valutare lo stato di disabilità, anche per quanto richiesto dal citato DPCM. 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 ICD10 dell'OMS, mentre la redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, prevista dall'articolo 3, c. 2 del D.P.R. 24 febbraio 1994, e a cui deve provvedere l'unità multidisciplinare, dovrebbe essere redatta secondo i criteri di classificazione dell'ICF, che però ad oggi, nonostante se ne parli, non è stata ancora recepita dal nostro Paese. Il DPCM 185/06 interviene anche riguardo alla tempistica per la formulazione del "profilo dinamico funzionale" e del "piano educativo individualizzato" (art. 3, comma 1). Sia il PDF che il PEI, infatti, 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.

SCUOLA E WELFARE LOCALE: LE RELAZIONI POSSIBILI

Dopo la legge costituzionale n. 3/2001, l'integrazione delle competenze istituzionali riguarda sempre meno il livello statale, sempre più quello delle Autonomie: Enti locali e scuole autonome. In questo nuovo quadro di riferimento istituzionale occorre quindi considerare non solo ruoli più incisivi di soggetti istituzionali, come le Regioni, ma anche momenti decisionali sempre più determinanti come quello della Conferenza Stato-Regioni e nuovi strumenti normativi, come possono essere l'adozione di linee-guida, accordi di programma e intese³. Permangono invece carenti si-

stemi di governance nella gestione del welfare locale che assumono connotati di criticità con particolare riferimento proprio a quelle aree del sociale, come quella della disabilità, che evidenziano maggiore complessità e che più di altre manifestano necessità di prassi innovative.

Punto cardine è quindi l'analisi dei livelli e degli ambiti dei decisori politici, amministrativi ed operativi, nonché delle metodologie e degli strumenti attraverso i quali realizzare processi di collaborazione in rete per la predisposizione, la costruzione e la realizzazione di percorsi efficaci nella gestione territoriale delle problematiche connesse alla disabilità. Pur permanendo specifiche responsabilità allo Stato, come la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP), occorre evidenziare che 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 E FUORI LA SCUOLA. COSA HA FUNZIONATO E COSA NO DOPO LA LEGGE QUADRO?

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. Nell'anno scolastico 2000/2001 gli alunni certificati, dalle materne alle superiori, erano 129.154 unità - 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, sono stati 178.220, con una crescita pari al 54% rispetto al decennio precedente (a.s. 1995/1996) e al 6,2% rispetto all'anno prima. La maggior percentuale di alunni con disabilità si riscontra nei livelli scolastici iniziali: nella scuola primaria (2,4%) e secondaria di I grado (3,1%). Nella scuola secondaria di II grado la loro quota, seppure in aumento, resta più contenuta (1,4%).⁴ 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. Restano da superare 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 turn over. 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: evitare l'utilizzazione impropria degli insegnanti per il sostegno; attivare una formazione programmata e generalizzata degli insegnanti curricolari, ma anche dei collaboratori scolastici; avviare 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 socio-sanitari, questo processo se non è consolidato si arresta o 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 esplicarsi in flessibilità didattica ed 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 pro-

fessionali. 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 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, PEI che possano prevedere, a seconda dei casi, percorsi di avvicinamento alla classe di appartenenza, nonché attività para ed extrascolastiche con la presenza di operatori scolastici, degli enti locali e delle 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 104/92, oppure si dispone di sussidi e attrezzature adeguate per le specifiche necessità di alunni con disabilità.

Integrazione nelle scuole secondarie superiori: troppi negli istituti professionali. Più di due terzi degli alunni disabili è accolto nell'istruzione professionale. Il dato rileva una grande capacità didattica e sociale di accoglienza di questo livello scolastico, ma rappresenta anche un segnale di oggettiva difficoltà degli altri indirizzi ad accogliere studenti disabili, rischiando di limitare di fatto successivi percorsi di studio in ambito universitario e/o di inserimento lavorativo in diversi settori produttivi.

Relazioni con i servizi socio-sanitari. A distanza di oltre 10 anni dal D.P.R. 24.02.94 che disciplina la redazione della Diagnosi funzionale, del PDF e del PEI, permangono difficoltà nella comunicazione e nella condivisione con gli operatori del sistema sanitario degli strumenti e protocolli comuni previsti per l'integrazione.

grazione. Le relazioni con gli operatori scolastici e gli operatori socio-sanitari spesso sono limitate al profilo dinamico funzionale e al loro 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 di 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 104/92 e dalla successiva normativa tra le competenze degli enti locali⁵, non deve essere a "completamento" o in "supplenz" delle ore di sostegno che la scuola deve garantire. Lo stesso articolo della legge 104/92 rinvia al DPR 616/77, che già all'art. 42 poneva a carico degli enti locali gli interventi di assistenza scolastica e assistenza medico-psichica.

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 sempre garantito con particolare riguardo alla frequenza delle scuole medie superiori.

CONCLUSIONI

Tutta l'esperienza dell'integrazione scolastica nel nostro Paese si è giocata e sviluppata su due versanti, quello interno alla scuola e quello nelle relazioni tra questa e le istituzioni del territorio, in un rapporto non sempre paritetico, 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 caratterizzati come aggiuntivi, opzionali e spesso occasionali e comunque dipendenti dalle risorse e/o a da scelte amministrative.

Interventi importanti, 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 delle istituzioni del territorio, invece, non possono essere considerati soltanto di supporto alla integrazione scolastica, ma devono essere considerati essi stessi servizi fondamentali, insieme a quelli scolastici. 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 uno dei percorsi con cui si segmenta l'offerta dei servizi territoriali nei suoi confronti e si costruisce il suo progetto globale. Realizzare progetti globali per persone con disabilità, significa affrontare e sciogliere uno dei nodi centrali in cui si incrociano le politiche per la disabilità, avviate dalla legge 104/92, quelle sull'infanzia, promosse con la legge 285/97, quelle di riforma del welfare, che trovano i loro riferimenti nel D. Lgs 112/98, nella legge-quadro 328/200 e nella legge costituzionale 3/2001. Il successo dell'integrazione scolastica degli alunni disabili è sempre il risultato di un mix tra la qualità dell'offerta interna

Curare senza aver cura

Curare senza aver cura è il paradosso a cui la divisione tra scienza e soggetto, tra corpo e persona, tra esseri umani e servizi ha condotto, rendendo anonime le strutture improntate a regole imposte/subite (anche quando restano incomprensibili). Molta storia della medicina è, notoriamente, storia di allontanamento, storia di scissione tra le mansioni di cura in senso tecnico (assicurarsi che le terapie siano somministrate correttamente, che i protocolli siano seguiti, che le diverse figure professionali effettuino le loro mansioni, ecc.) e il prendersi cura in senso umano e relazionale, con una sollecitazione personale che persegua il benessere dell'altro.

Vanna Iori, Il lavoro di cura tra razionalità e affettività, in, AA. VV., L'etica della cura, Angeli 2008

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 in proposito. Occorre quindi avviare una riflessione per definire la qualità complessiva del processo di integrazione scolastica e sociale in un ambito territoriale, nonché individuare quali parametri considerare per valutarla. 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, ma 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 negoziare 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, in ogni contesto territoriale, ad accrescere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza delle persone disabili.



Bibliografia

- Canevaro A., *Aspetti pedagogici, psicologici e sociologici del modello italiano*, Atti Convegno, Mainstreaming in education: il modello italiano e le prospettive nei Paesi dell'Europa meridionale, Roma 14 giugno 2002, Del Cerro, Tirrenia (PI), 2003
- Giancaterina F., *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Ministero Solidarietà sociale, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II parte, sezione II, i servizi sociali territoriali*, Roma, ottobre 2006
- Nocera S., *Il diritto all'integrazione nella scuola dell'autonomia*, Erikson, Trento, 2003
- Nocera S., *Disabilità: le nuove certificazioni per la scuola; urgono informazione e chiarimenti*, in www.aipd.it

Note

- ¹ Ministero 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, pag. 19.
- ² **Competenze ASL.** Individuazione degli alunni in situazione di handicap (art. 12, L. 104/92 e art. 2, D.P.R. 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 ed 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 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.
- ³ In proposito si segnala il recente documento approvato in sede di Conferenza unificata il 20.03.08 concernente "Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane in merito alle modalità e ai criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità".
- ⁴ Fonte: Ministero Pubblica Istruzione
- ⁵ Nota MIUR - Dipartimento per i servizi nel territorio Direzione generale per l'organizzazione dei servizi nel territorio Ufficio IV-Prot. n. 3390 del 30 novembre 2001.