

## ICF: IL NUOVO PARADIGMA DEL FUNZIONAMENTO

In questo capitolo ci occupiamo degli strumenti condivisi a livello internazionale per l'osservazione e l'analisi di patologie organiche, psichiche e comportamentali, al fine di migliorare la qualità delle diagnosi delle patologie e fornire un linguaggio comune e condiviso.

Come sappiamo, la salute è alla base dello sviluppo di una nazione e l'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sin dalla prima metà del '900, si è occupata di classificare le malattie al fine di fornire gli strumenti per fotografare lo stato di salute delle nazioni e per l'utilizzo di un linguaggio comune da condividere non solo negli studi statistici e nei monitoraggi epidemiologici, ma anche nelle politiche di intervento sanitario e di gestione della salute e dell'igiene pubblica.

### La Classificazione delle malattie e dei problemi correlati (ICD)

Risale al 1946 la prima Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, *International Classification of Diseases*) e dei problemi correlati, un sistema di classificazione delle malattie e dei traumatismi ordinati e codificati per gruppi, aggiornato negli anni, fino all'attuale versione ICD 10 in corso di revisione.

Il focus di questo sistema è esclusivamente la malattia, con le sue cause e i suoi sintomi, secondo la sequenza lineare eziologia - patologia - manifestazione clinica, e le modalità di classificazione di ciascuna malattia fanno riferimento a codici alfanumerici.

Ad esempio, nell'ICD-10 l'autismo è descritto nella sezione V denominata "Disturbi psichici e comportamentali" e rientra nell'area dei Disturbi evolutivi globali registrati con il codice alfanumerico F.84, cui corrisponde la seguente definizione: gruppo di disturbi caratterizzati da compromissioni qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione e da un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e di attività (funzionamento della persona in tutte le situazioni).

All'interno della stessa area, poi, sono ulteriormente codificati i disturbi specifici come, ad esempio:

*codice F84.0 - autismo infantile*, disturbo evolutivo di tipo globale caratterizzato dalla presenza di una compromissione dello sviluppo che si rende manifesta prima dei tre anni e da un tipo caratteristico di funzionamento anormale nelle aree di interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo;

*codice F 84.1 - autismo atipico*, disturbo evolutivo di tipo globale che si differenzia dall'autismo infantile per l'età d'insorgenza o per il mancato riscontro di tutti i requisiti diagnostici, quando una compromissione dello sviluppo si rende manifesta solo dopo i tre anni, quando manca un'anormalità sufficientemente dimostrabile in una o due delle tre aree psicopatologiche richieste per la diagnosi di autismo (interazioni sociali, comunicazione, comportamento limitato, stereotipato e ripetitivo);

*codice F 84.5 - sindrome di Asperger*, disturbo di incerta validità nosologica, frequentemente associato ad una certa goffaggine motoria, caratterizzato dallo stesso tipo di compromissione qualitativa dell'interazione sociale che è propria dell'autismo, insieme ad un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e di attività; tuttavia differisce dall'autismo principalmente perché non vi è nessun ritardo globale del linguaggio o dello sviluppo cognitivo.

## La Classificazione delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap (ICDH)

L'ICD, fin dalla sua adozione, si occupa esclusivamente delle malattie, senza tuttavia valutarne le conseguenze e l'impatto nella vita delle persone.

Per superare tale limite, l'OMS, nel 1980, ha pubblicato un nuovo sistema di classificazione, la Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap (ICDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap) che integra l'ICD con le informazioni sull'impatto che le malattie producono nella vita quotidiana e di relazione della persona con disabilità.

Il focus di questo sistema sono le conseguenze per l'individuo e nell'interazione con l'ambiente e la sequenza fenomenologica dell'ICD (eziologia- patologia- manifestazione clinica) si integra con la sequenza dell'ICDH (menomazione - disabilità - handicap).

Nell'ICDH, menomazione, disabilità e handicap sono conseguenze lineari della malattia secondo uno schema deterministico: la menomazione, ossia la perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche, a carattere permanente o transitorio, *causa la disabilità*, ossia la riduzione parziale o totale della capacità di svolgere un'attività nei tempi e nei modi considerati normali, in via transitoria o permanente, reversibile o irreversibile, che a sua volta *causa l'handicap*, ossia una condizione di svantaggio risultante da un danno o da una disabilità, che limita o impedisce lo svolgimento di un ruolo normale, soggetta a cambiamenti migliorativi o peggiorativi.

Il limite di questo sistema di classificazione sta proprio nel determinismo con cui lega menomazione, disabilità e handicap senza considerare, invece, che l'handicap (svantaggio sociale) consegue alla disabilità (limitazione della capacità di svolgere un'attività) quando il contesto non offre condizioni e possibilità alternative.

Un limite che ha caratterizzato la stessa visione della Legge quadro 104/1992, espressa nell'articolo 3, in cui viene data questa definizione di persona handicappata:

«colui che presenta una *minorazione* fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di *difficoltà* di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di *svantaggio* sociale o di emarginazione».

La definizione utilizzata nella L. 104/1992, pur unificando e superando la vasta e variegata terminologia utilizzata nel passato (idioti, deficienti, anormali, irregolari, minorati ...), continua ad esprimere, come si può constatare, un'idea di disabilità ancora troppo legata ad un modello medico tradizionale, coerente con la logica della categorizzazione e della classificazione delle patologie riconosciute a livello organico, secondo una visione lineare e deterministica della disabilità e dell'handicap alla base dell'ICDH.

La definizione contenuta nella norma esprime chiaramente il paradigma dell'integrazione che lega l'handicap, ossia le difficoltà, al deficit, allo stato di malattia e alle limitazioni proprie del soggetto, anzi di un gruppo ristretto di soggetti speciali per i quali va previsto un intervento di compensazione, di adeguamento, di normalizzazione. Sicché solo gli alunni disabili con deficit strutturati e certificati risultano titolati a ricevere interventi individualizzati mirati.

## La Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF)

I limiti dell'ICDH rendono ancora più urgente un nuovo approccio alla disabilità, un nuovo paradigma che sostenga scelte tese a ridurre l'impatto delle difficoltà individuali sui livelli di partecipazione sociale, che consenta l'individuazione di punti di forza individuali da sviluppare e di barriere ambientali, sociali e psicologiche che rendono una persona disabile e che permetta di ricercare strumenti e tecniche che facilitino il percorso di integrazione.

In risposta a tale esigenza, interviene ancora una volta l'OMS, che nel 2001 rivede l'ICDH e pubblica la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF, Classification of Functioning, Disability and Health) un sistema di classificazione che segna definitivamente il superamento del modello medico tradizionale e introduce un nuovo modello biopsicosociale che descrive lo stato di salute, la condizione di benessere, i funzionamenti della persona piuttosto che la sua malattia e gli effetti di essa, riferendoli ai contesti di vita e di relazione (sociale, familiare, lavorativo) e consente di rilevare gli ostacoli presenti nel contesto socio-culturale di riferimento, che sono causa della disabilità.

La disabilità, pertanto, non più considerata la conseguenza lineare di una menomazione, è definita come «la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo».

Secondo tale approccio, la disabilità si origina quando la «condizione di salute», debole per la presenza del deficit, non si relaziona con fattori personali «forti», le aree sane, le potenzialità, gli stili cognitivi e le intelligenze personali, da sviluppare attraverso un efficace intervento educativo e con fattori ambientali «facilitanti» per l'assenza di barriere fisiche, psicologiche, sociali e culturali.

In estrema sintesi, rileggendo l'approccio alla disabilità, in ottica ICF possiamo affermare che la *menomazione* (es. deficit visivo grave) è un danno organico o funzionale relativo a una specifica area che può avere carattere transitorio oppure permanente e la *disabilità* è la condizione personale che si presenta quando si richiedono alcune prestazioni che implicano l'area deficitaria (es. leggere) e non vi sono possibilità alternative (es. utilizzo altri canali, braille).

Ne consegue che *^handicap*, ossia la condizione di svantaggio, si determina quando il contesto di relazione non offre condizioni e possibilità alternative che considerano le effettive possibilità di apprendimento e di partecipazione del soggetto, sulla base dei suoi funzionamenti.

La presenza di barriere nel contesto di vita e di relazione esterno condanna l'alunno alla disabilità, condizionando negativamente il suo itinerario di sviluppo e limitando concretamente le sue possibilità di partecipazione alla vita sociale.

La considerazione di fattori di natura socio-ambientale e culturale, quali le barriere fisiche, psicologiche e sociali che limitano di fatto l'attività dell'alunno e la sua partecipazione alla vita sociale e concorrono a determinare, di fatto, la condizione di disabilità e di svantaggio personale, veicola un'idea nuova di disabilità e amplia la platea dei bisogni educativi particolari che necessitano di risposte adeguate e "accomodamenti ragionevoli".

Il significato più ampio di bisogno educativo speciale, inizialmente legato alle disabilità, è stato poi esteso a tutti coloro che per cause diverse sono a rischio di abbandono e possono alimentare la quota di dispersione scolastica ancora molto alta in Italia (quasi il 18%) rispetto al benchmark fissato dall'unione Europea, nell'ambito della Strategia di Lisbona 2020, che ha stabilito il limite massimo del 10% della quota dei giovani di età compresa tra i 18-24 anni che non portano a termine un percorso scolastico o formativo dopo la licenza media.

La prospettiva biopsicosociale secondo l'ICF ha orientato gli estensori della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 (adottata in Italia nel 2009) che nel Preambolo, alla lettera e), ci rende questa definizione illuminante sul piano delle aperture predette: "La disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri".

Nel 2007, l'OMS ha approvato la versione ICF per bambini e adolescenti (ICF-CY) una versione "derivata", basata sulla classificazione ICF.

L'OMS raccomanda l'uso congiunto dell'ICD-10, per codificare le condizioni di salute, e dell'ICF per descrivere il funzionamento della persona. Sicché l'accertamento della condizione di disabilità muove proprio dall'analisi della condizione di salute secondo l'ICDIO (certificazione) e si completa con la descrizione del funzionamento del soggetto secondo l'ICF (profilo di funzionamento).

Anche il recente Regolamento sull'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, D.lgs. 66/2017, integrato dal D.lgs. 96/2019, all'art.7 stabilisce che il PEI, elaborato e approvato dal Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLOI), tiene conto dell'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del Profilo di funzionamento redatto dall'unità di valutazione multidisciplinare, nell'ambito del SSN, secondo i criteri del modello biopsicosociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), avendo particolare riguardo all'indicazione dei facilitatori e delle barriere, secondo la prospettiva biopsicosociale.

## **BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI**

### **Il modello medico nella L. 104/1992**

La definizione di "persona handicappata" usata nell'art. 3 della Legge 104/1992, come abbiamo detto nel precedente capitolo, restituisce un'idea della disabilità ancora legata al modello medico tradizionale, coerente con la logica della categorizzazione e della classificazione delle patologie riconosciute a livello organico. Secondo tale norma, è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Nella definizione, la disabilità (difficoltà nello svolgimento di una attività o azione nei tempi e nei modi convenzionali) è strettamente legata alla patologia (minorazione), secondo una logica deterministica lineare, da cui consegue una condizione di svantaggio personale e sociale (handicap). Secondo tale visione, solo per un gruppo ristretto di soggetti speciali viene prevista la necessità di un intervento di compensazione, di adeguamento e molto spesso di "normalizzazione". Sicché solo gli alunni disabili con deficit strutturati e certificati risultano titolati a ricevere interventi individualizzati mirati.

Tale paradigma, tuttavia, come abbiamo già indicato nel capitolo precedente, anche nel dibattito culturale e pedagogico nazionale e internazionale è evoluto verso una prospettiva diversa, coerente con un approccio di tipo socio-culturale, per cui la disabilità è determinata dall'interazione negativa tra le caratteristiche personali (patologia e funzionamenti) e le condizioni ambientali e di contesto poco favorevoli ed ostacolanti, piuttosto che l'effetto automatico di un deficit. Ne consegue che non sempre il deficit è causa di disabilità.

### **Il modello ICF e il nuovo concetto di disabilità**

Il nuovo modello di classificazione ICF, in prospettiva biopsicosociale, valuta la disabilità come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo" (OMS, 2001).

Secondo tale approccio, la disabilità origina quando la "condizione di salute", debole per la presenza del deficit, non si relaziona con fattori personali "forti" - le aree sane, le potenzialità, gli stili cognitivi e le intelligenze personali - da sviluppare attraverso un efficace intervento educativo e con fattori ambientali "facilitanti" per l'assenza di barriere fisiche, psicologiche, sociali e culturali.

L'introduzione di fattori di natura socio-ambientale e culturale fra quelli che determinano difficoltà e disabilità e generano differenze ed esclusioni, apre a nuove forme di disabilità ed amplia la platea dei titolari di bisogni educativi particolari ai quali corrispondere con risposte formative coerenti e specifiche.

Il modello ICF ha contribuito in maniera significativa all'ampliamento del significato di bisogno educativo speciale, inizialmente legato alle sole disabilità e poi aperto alla più vasta platea di alunni che manifestano difficoltà negli apprendimenti e nella partecipazione, tali da esporli all'insuccesso formativo.

## **I bisogni educativi speciali nelle Indicazioni nazionali**

Anche le Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del I ciclo del 2012 si pongono all'interno di tale paradigma e mettono al centro la persona, la sua singolarità e complessità, la sua identità, le sue aspirazioni, le sue capacità e fragilità, in tutti i suoi aspetti: cognitivi, affettivi, relazionali estetici, etici, spirituali, religiosi.

Il paragrafo specifico "Una scuola di tutti e di ciascuno", il cui titolo evoca chiaramente gli scenari inclusivi delineati nel testo, fornisce le coordinate metodologiche e organizzative essenziali per l'inclusione delle persone con bisogni educativi speciali in ambienti di apprendimento che considerano l'accoglienza della diversità come un valore irrinunciabile per la prevenzione e il recupero della dispersione scolastica e del fallimento formativo precoce. Di seguito riportiamo il paragrafo citato poiché particolarmente significativo per il tema trattato in questo capitolo.

«La scuola italiana sviluppa la propria azione educativa in coerenza con i principi dell'inclusione delle persone e dell'integrazione delle culture, considerando l'accoglienza della diversità un valore irrinunciabile. La scuola consolida le pratiche inclusive nei confronti di bambini e ragazzi di cittadinanza non italiana promuovendone la piena integrazione. Favorisce inoltre, con specifiche strategie e percorsi personalizzati, la prevenzione e il recupero della dispersione scolastica e del fallimento formativo precoce; a tal fine attiva risorse e iniziative mirate anche in collaborazione con gli enti locali e le altre agenzie educative del territorio. Particolare cura è riservata agli allievi con disabilità o con bisogni educativi speciali, attraverso adeguate strategie organizzative e didattiche, da considerare nella normale progettazione dell'offerta formativa. Per affrontare difficoltà non risolvibili dai soli insegnanti curricolari, la scuola si avvale dell'apporto di professionalità specifiche come quelle dei docenti di sostegno e di altri operatori».

## **La Direttiva sui bisogni educativi speciali del 2012**

Non possiamo distinguere rigidamente tra bisogni educativi «normali» e «speciali», possiamo invece considerare i bisogni educativi comuni e ricordare che essi riguardano il bisogno di accettazione, di valorizzazione, di autostima, di competenza, di autorealizzazione, di appartenenza, di socializzazione.

Questi bisogni comuni a tutti diventano speciali quando non sono adeguatamente soddisfatti a causa di una situazione di funzionamento personale problematica, legata a fattori biologici, personali e socio-ambientali, tale da ostacolare l'apprendimento e la partecipazione, e da richiedere un intervento di cura educativa speciale.

Secondo la definizione dell'UNESCO (1997) già citata, qui opportunamente ricordata, «il concetto di bisogno educativo speciale si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (*failing*) per una varietà di altre ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale».

È «speciale», quindi, ogni alunno che manifesta «bisogni educativi speciali», in presenza di situazioni particolari diverse e di difficoltà temporanee o permanenti, pervasive o settoriali, a livello fisico, organico, biologico, oppure familiare, ambientale, sociale, culturale, che lo ostacolano nell'apprendimento e nello sviluppo e perciò richiede attenzioni e cure educative particolari, scelte, percorsi, sollecitazioni, risorse, valutazioni «speciali».

La Direttiva sugli strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali (BES) e sull'organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica del 2012 e le disposizioni attuative (C.M. 8/2013 e le note ministeriali successive n. 1551 del 27.06.2013 e n. 2563 del 22.11.2013), coerentemente con il nuovo modello biopsicosociale secondo l'ICF, ampliano la sfera dei bisogni educativi speciali estendendo e riconoscendo tutele specifiche a tutti quegli alunni che, per cause diverse e per periodi anche temporanei, presentino difficoltà tali da condizionarne negativamente il percorso di sviluppo e di apprendimento, esponendoli al rischio di fallimento.

La Direttiva individua nell'area dello svantaggio scolastico tre sotto-categorie di bisogni educativi speciali:

- disabilità tutelate dalla L.104/1992
- disturbi evolutivi specifici tutelati dalla L.170/2010
- forme di svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale per le quali possono essere previste le tutele della L.170/2010.

Va evidenziato che qualsiasi categorizzazione, pur rispondendo all'esigenza di definire ambiti di bisogno e di intervento tutelati da norme che prevedono modalità e misure specifiche, comporta sempre il rischio di etichettare, come avvenuto in passato, quei soggetti in età evolutiva che vivono una condizione di difficoltà tale da richiedere un'attenzione pedagogica speciale. È pertanto necessario avere sempre presente il rischio "etichetta", onde evitarlo in ogni fase dell'intervento didattico, a partire dall'uso di certe espressioni, talvolta ricorrenti nei consigli di classe, riferite agli alunni con bisogni educativi speciali ("è un dislessico", "è autistico", "è un BES").

## **DISTURBI EVOLUTIVI DELLO SVILUPPO**

La Direttiva MIUR del 2012 sugli strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali (BES) individua nell'area dello svantaggio scolastico, indicata come area dei bisogni educativi speciali (in altri Paesi europei: *Special Educational Needs*), le diverse tipologie di difficoltà rientranti nelle disabilità, nei disturbi evolutivi dello sviluppo e nello svantaggio sociale, culturale e linguistico.

L'area dei disturbi evolutivi dello sviluppo

Rientrano nell'area dei disturbi evolutivi dello sviluppo non solo i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), ma anche le difficoltà del linguaggio, delle abilità non verbali, della coordinazione motoria e i disturbi dell'attenzione e dell'iperattività, questi ultimi definiti con l'acronimo A.D.H.D. (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) corrispondente all'italiano D.D.A.I. (Deficit da Disturbo dell'Attenzione e dell'iperattività}.

Questo ambito include anche le situazioni con potenziali intellettivi non ottimali, descritti generalmente come funzionamento cognitivo limite (*borderline*) fra la disabilità e il disturbo specifico, ma anche con altre espressioni, ad esempio disturbo evolutivo specifico misto.

## **I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)**

La Legge n. 170/2010 ("Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico") sottolinea che i disturbi specifici di apprendimento si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate e in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali. Nella norma sono anche indicate le definizioni dei diversi DSA che possono manifestarsi separatamente o in comorbidità nello stesso soggetto:

*Dislessia*: disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell'imparare a leggere, in particolare nella decifrazione dei segni linguistici ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura.

*Disgrafia*: disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione grafica.

*Disortografia*: disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica.

*Discalculia*: disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell'elaborazione dei numeri.

## **La diagnosi**

La Legge 170/2010 stabilisce che la diagnosi possa essere effettuata sia nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale, sia da specialisti e strutture accreditate presso lo stesso Servizio.

L'Accordo Stato Regioni del 2012 su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)" prevede, difatti, ove i servizi pubblici e accreditati del SSN non possano garantire il rilascio della diagnosi in tempi utili per l'attivazione delle misure didattiche o, comunque, qualora l'iter diagnostico superi i 6 mesi, che le Regioni possono accreditare anche strutture private, ai fini dell'applicazione dell'art. 3, c. 1, L. 170/2010 (diagnosi DSA).

Le scuole, comprese quella dell'infanzia, svolgono un ruolo fondamentale nell'individuazione precoce di situazioni atipiche, rispetto alle quali sono tenute ad attivare interventi tempestivi, previa comunicazione alle famiglie interessate.

La diagnosi di DSA può essere formulata con certezza alla fine della seconda classe della scuola primaria, perciò il disturbo di apprendimento è conclamato quando il bambino ha superato il periodo di insegnamento della letto-scrittura e dei primi elementi del calcolo. È tuttavia importante, anche per l'efficacia dell'intervento didattico, che sin dalla scuola dell'infanzia sia prestata attenzione a possibili disturbi e siano adottate tutte le strategie didattiche disponibili.

Le Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento, diramate con il D.M. 12 luglio 2011 e attuative della norma, schematizzano i passaggi principali del percorso di individuazione e diagnosi in cui sono coinvolti, in modo congiunto, scuola, famiglia e servizi:

1. La scuola pianifica azioni per l'identificazione dei casi sospetti e attua interventi di recupero mirati a seguito dei quali, ove siano rilevate difficoltà persistenti, informa la famiglia della necessità di una valutazione presso i servizi specialistici del SSN o presso le strutture accreditate.
2. La famiglia si rivolge ai servizi per la valutazione avviando così l'iter diagnostico.
3. I servizi comunicano alla famiglia l'esito eventualmente positivo e rilasciano la diagnosi del disturbo.
4. La famiglia consegna alla scuola la diagnosi per la pianificazione e attuazione di interventi compensativi e dispensativi e per l'adozione di modalità didattiche e valutative che saranno indicate nel Piano Didattico Personalizzato (PDP). valutative che saranno indicate nel Piano Didattico Personalizzato (PDP).



Le prestazioni atipiche: indicatori di un potenziale disturbo

Durante l'attività educativa e di apprendimento possono manifestarsi prestazioni atipiche che indirizzano la scuola verso un intervento di recupero delle difficoltà. Qualora le difficoltà e le atipie continuassero a manifestarsi, anche dopo l'intervento didattico mirato, la scuola, opportunamente, coinvolgerà la famiglia dell'alunno interessato per orientarla verso un accertamento diagnostico della presenza di un disturbo specifico di apprendimento.

Le prestazioni atipiche possono essere individuate attraverso l'osservazione sistematica delle prestazioni nell'apprendimento della lettura, scrittura e calcolo e attraverso l'osservazione sistematica in classe condotta dall'insegnante.

Sensibilità e competenza pedagogica sosterranno l'insegnante nell'osservazione sistematica dell'evoluzione di alcune prestazioni atipiche, la ricorrenza di certi errori e la loro durata nella fase di apprendimento della letto-scrittura e del calcolo. In questa fase, particolare attenzione va prestata a tutti quei segnali di prestazione atipica quali, ad esempio, la scrittura con errori ortografici o un uso scorretto della punteggiatura in maniera sistematica, non occasionale e duratura nel tempo; la lettura stentata e sillabica ancora verso la fine della classe prima della scuola primaria e problemi nella comprensione anche di testi semplici, perdita frequente del segno o della riga durante la lettura; difficoltà nello svolgimento di semplici calcoli, segnalate da difficoltà nel recupero delle tabelline o nel conteggio che necessita di supporti come, ad esempio l'uso delle dita o di altre strategie.

In presenza di difficoltà manifeste l'insegnante attiva interventi e percorsi strutturati di recupero di conoscenze e abilità e, qualora non si registrassero miglioramenti negli apprendimenti delle abilità di lettura, scrittura e calcolo, verrà coinvolta la famiglia per l'eventuale avvio di un iter diagnostico presso le strutture competenti.

### **Le Linee guida MIUR del 2009**

La Legge 170/2010, recante norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico, riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento, che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana.

Questa legge ha segnato una svolta importante, riconducendo alla cura pedagogica dei docenti curricolari i disturbi specifici di apprendimento, precedentemente riconosciuti in situazione di disabilità e bisogno di un intervento didattico di sostegno.

Sono così introdotte le seguenti specifiche misure educative e didattiche di supporto vincolanti per la scuola, che devono essere monitorate per valutarne l'efficacia in relazione agli obiettivi dell'intervento didattico:

- Uso di una didattica individualizzata e personalizzata, con forme efficaci e flessibili di lavoro scolastico;
- Introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere;
- Uso di strumenti compensativi per l'insegnamento delle lingue straniere per favorire la comunicazione verbale e assicurare ritmi graduali di apprendimento;
- Previsione della possibilità dell'esonero, per le situazioni in cui risulti utile;
- Previsione di adeguate forme di verifica e di valutazione, anche per quanto concerne gli esami di Stato e l'ammissione all'università nonché gli esami universitari.

Le Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disabilità del 2011, attuative della Legge, forniscono indicazioni metodologiche dettagliate per la realizzazione di interventi didattici individualizzati e personalizzati, come pure per il