



Unione europea



MIUR



Regione Calabria



I.C. Statale Falcomatà-
Archi

Istituto Comprensivo Statale "Falcomatà-Archi"

PLESSI - SEC. I GRADO: Ibico/Pirandello-Klearchos - PRIMARIA: S. Caterina - S. Brunello - Archi Cep -
INFANZIA: S. Caterina - Archi Centro

Via Montello n.7 - S. Caterina, Tel. 0965 48679 - via Baglio Giunta - Archi Tel. 0965 48555.

e-mail: rcic80500x@istruzione.it - pec: rcic80500x@pec.istruzione.it - Sito web: <http://www.icfalcomatarchi.gov.it/>

C.F: 92081760800 - C.M.: RCIC80500X

DIPARTIMENTO INCLUSIONE

ATTIVITA' DI FORMAZIONE

COORDINATORE AREA 2 "Inclusione e Disagio"

INS. ERNESTA TERESA DI STEFANO

PREMESSA

I riferimenti normativi relativi ai B.E.S. sono:

la Direttiva Ministeriale del 27.12.2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica" e la successiva Circolare Ministeriale n. 8 del 06.03.2013: indicano la didattica inclusiva come contesto culturale di riferimento.

Il concetto di inclusione esplicita un assioma inviolabile: siamo tutti diversi, ognuno con la propria identità.

Nei Bisogni Educativi Speciali rientrano:

1. Le disabilità certificate (Legge 104/92 art. 3, commi 1 e 3)
 - ● minorati vista
 - ● minorati udito
 - ● psicofisici
2. I disturbi evolutivi specifici
 - ● D.S.A. (Legge 170 dell' 8 ottobre 2010 e D.M. 12 luglio 2011)
 - ● deficit disturbo attenzione e iperattività (ADHD)
 - ● funzionamento cognitivo limite
 - ● disturbi area linguaggio; area non verbale; spettro autistico lieve
3. Lo svantaggio (disagio prevalente) ● socio-economico, linguistico-culturale (ad es. alunni stranieri neoarrivati in Italia – N.A.I.).

Per gli alunni/e con disabilità certificate è prevista la stesura di un P.E.I. (Piano Educativo Individualizzato) mentre sia per gli alunni con disturbi evolutivi specifici sia per gli alunni in situazioni di svantaggio è previsto uno strumento ad hoc qual è il P.D.P. (Piano Didattico Personalizzato redatto dai Consigli di Classe/Team docenti).

Alla fine dell'anno scolastico, inoltre, il G.L.I. (Gruppo Lavoro per l'Inclusione formato ai sensi del Regolamento GLI d'Istituto, formato dal Dirigente Scolastico, dal Referente dell'area alunni/e con B.E.S. dell'Istituto, dai collaboratori del D.S., dalla Coordinatrice d'Area., dai docenti di sostegno, dalla componente genitori del GLH e dai rappresentanti ASP di Reggio Calabria) dovrà elaborare ed approvare il P.A.I. (Piano Annuale per l'Inclusività) nel quale saranno esplicitate le priorità nelle aree di riferimento e le azioni a sostegno dell'inclusione di tutti gli alunni.

Tale documentazione viene inserita nel P.O.F., deliberata in sede di Collegio Docenti e inviata agli U.S.R. territoriali di competenza.

L'area dello svantaggio scolastico è molto più ampia di quella riferibile esplicitamente alla presenza di deficit.

In ogni classe ci sono alunni che presentano una richiesta di speciale attenzione per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse. Nel variegato panorama delle nostre scuole la complessità delle classi diviene sempre più evidente.

Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei Bisogni Educativi Speciali (in altri paesi europei: Special Educational Needs).

Vi sono comprese tre grandi sotto-categorie: quella della disabilità; quella dei disturbi evolutivi specifici e quella dello svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale.

Sapere, saper essere, saper fare per...

Imparare ad imparare:

LE METODOLOGIE DEL CAMBIAMENTO

Le metodologie didattiche più innovative sottolineano la centralità dell'apprendimento personale e dell'aiuto reciproco per valorizzare le competenze di ciascuno.

Negli ultimi decenni la vita scolastica è cambiata profondamente. Da una parte le **innovazioni** tecnologiche hanno consentito lo sviluppo di strumenti, tecniche e strategie del tutto inedite e, con esse, la predisposizione di nuovi ambienti di apprendimento, plurali e flessibili. Dall'altra, i processi di globalizzazione ed i crescenti flussi migratori hanno determinato una popolazione scolastica eterogenea, portatrice di culture e valori plurimi. Da tempo ormai l'Unione Europea sta promuovendo l'adozione stili educativi volti a formare **competenze** spendibili nella complessità di un mondo continuamente cangiante.

La scuola è chiamata ad interpretare tutto ciò, a diventare **laboratorio di formazione**, contesto in cui più che trasmettere conoscenze si crei supporto verso la formazione di una cittadinanza attiva. Al centro di essa non è più l'insegnamento ma l'**apprendimento**, non più le conoscenze, il **sapere**, ma il **saper fare**, il **sapere agito**, che renda capaci di comprendere i costanti cambiamenti e di muoversi agevolmente in essi. La scuola, affermano le recenti [Indicazioni Nazionali per il curriculum](#), deve promuovere lo sviluppo di **competenze** da spendere nel mondo reale.

Il lavoro del docente è perciò cambiato: da esperto che dispensa conoscenze è diventato guida, **facilitatore**, supporto per un apprendimento **autonomo**, nella **costruzione attiva della conoscenza** da parte degli allievi. Non solo: l'attenzione si è sempre più concentrata sulla **diversità umana**, sui bisogni formativi di ciascuno, sui personali stili di apprendimento e di pensiero. La scuola deve perciò divenire flessibile, comprendere, valorizzare e **adeguarsi alle differenze**. Solo rispondendo adeguatamente ai diversi bisogni essa può diventare davvero **inclusiva** e le tante buone intenzioni possono concretamente divenire **buone prassi**, in termini di **individualizzazione** e **personalizzazione**. Una scuola per tutti e per ciascuno.

Se al centro dell'**azione didattica non è più il lavoro del docente** ma quello degli allievi, le metodologie d'insegnamento dovranno prevedere strumenti, tecniche e strategie focalizzate su di essi e dovranno rendersi flessibili e ricche, in modo da contenere le proposte più adeguate per ciascun allievo, affinché possa seguire le vie più agibili verso il proprio apprendimento.

Ben vengano dunque le attività diversificate, i laboratori didattici, gli ambienti di

apprendimento costruiti con il supporto delle tecnologie informatiche, i prodotti didattici multimediali, interattivi, ricchi di possibilità di accesso. E, con essi, i lavori di gruppo, l'**Apprendimento cooperativo**, la ricerca responsabile per la crescita della comunità scolastica in apprendimento, lo scambio di contenuti e conoscenze, la messa a disposizione di abilità diverse, di competenze maturate, a supporto dell'apprendimento altrui e per il rafforzamento del proprio.

Ciascun allievo è interno ad un processo e si sforza in esso nei termini delle **proprie possibilità** per costruire conoscenza insieme agli altri. Ciascuno è al tempo stesso artefice, responsabile del proprio apprendimento e supporto per i compagni, aiuta l'altro nelle difficoltà e viene da quest'ultimo aiutato nelle proprie (*peer tutoring*). Il docente avvia il lavoro, chiarisce le condizioni di esso, offre le direttive fondamentali ma poi osserva, sostiene, indirizza, chiarisce, lascia spazio agli allievi e alle loro possibilità di risoluzione dei problemi, intervenendo dove l'autonomia è più fragile ma non nelle situazioni in cui grazie al tutoraggio tra pari si riescono a superare le difficoltà .

L'aiuto del compagno e la possibilità di fornire ad esso supporto stimolano la formazione di personalità definite e la crescita dell'autostima, nonché il senso di appartenenza e la condivisione. Qui, è evidente, saltano tutte le differenze, perché **non vi è più una normalità cui adeguarsi**. La differenza, infatti, è essa stessa normalità , è accolta come ciò che è più proprio. Diventa perciò anche superfluo specificare l'accoglienza della disabilità , perché essa appare come **una delle tante modalità di esistenza** che, come tutte le altre, è portatrice di aiuto per la crescita della comunità .

STORIA DELL'INTEGRAZIONE IN ITALIA

L'integrazione scolastica del disabile in Italia ha una storia, che è bene ripercorrere per sommi capi. Sino alla prima metà degli anni '60, in Italia i disabili venivano educati nelle scuole speciali e negli istituti con residenza notturna come nel resto d'Europa e del mondo. Verso il 1966 ed il 1967 e, con apice nelle manifestazioni legate al '68, si cominciò parlare di educazione integrata e di lotta all'emarginazione. Gli istituti speciali per disabili persero credibilità e le famiglie scelsero di inserire i propri figli all'interno delle scuole comuni. Il fenomeno assunse proporzioni massicce, anche se le scuole speciali continuavano ad esistere. Il 30 marzo 1971, con l'approvazione della Legge n. 118, si stabilisce che anche gli alunni disabili debbono adempiere l'obbligo scolastico nelle scuole comuni, ad eccezione di quelli più gravi (fra i quali si consideravano i ciechi, i sordi, gli intellettivi ed i motori gravi come i tetraplegici, cioè con impossibilità a muovere i quattro arti e spesso anche a parlare). Nel 1977 la Legge n. 517 stabilì il principio dell'inclusione per tutti gli alunni disabili della scuola elementare e media dai 6 ai 14 anni (imponendo però l'obbligo di una programmazione educativa da parte di tutti gli insegnanti della classe, che venivano affiancati da un insegnante specializzato per il "sostegno didattico" ed una programmazione amministrativa e finanziaria concordata fra Stato, Enti locali. Nel 1987 la Corte Costituzionale emise la Sentenza n. 215/5 con la quale si riconosceva il diritto pieno ed incondizionato di tutti gli alunni disabili, anche se in situazione di gravità, a frequentare anche le scuole superiori, imponendo a tutti gli enti interessati (amministrazione scolastica, enti locali, unità sanitarie locali) di porre in essere i servizi di propria competenza per sostenere l'integrazione scolastica generalizzata. Nel 1992 è stata approvata la Legge n. 104/92 che agli articoli da 12 a 16 fissa i principi dell'integrazione scolastica: tutte le scuole statali e le scuole non statali (private, comunali e regionali) hanno l'obbligo di accettare l'iscrizione degli alunni con disabilità anche se in situazione di gravità. Anzi, il rifiuto di iscrizione di tali alunni è punito penalmente.

Integrazione e obbligo scolastico

Qual è il significato del "diritto all'integrazione nella scuola dell'autonomia" in una fase di transizione delle riforme scolastiche e istituzionali che modificano profondamente il quadro di riferimento normativo? Più precisamente, quali conseguenze può provocare l'estensione dell'integrazione scolastica anche in una

fascia di età (quella dai 14 ai 16 anni) che oggi rientra sotto la normativa dell'obbligo scolastico?

L'innalzamento dell'obbligo scolastico, ma soprattutto l'impossibilità di assolvere a tale norma in percorsi alternativi rispetto agli istituti scolastici (per esempio percorsi di formazione per allievi disabili) rischia di provocare un fenomeno di emarginazione di ritorno, come emerge dai numerosi casi di intolleranza nei confronti dei soggetti disabili riportati dagli organi di stampa. Una cultura dell'inclusione non si ottiene attraverso norme e prescrizioni e, soprattutto, non può divenire, trasformandola in un obbligo, un'ulteriore forma di costrizione nei confronti del disabile. L'inclusione è socialmente e pedagogicamente auspicabile, ma è necessario che esistano le condizioni per farne un reale strumento di crescita per tutti i soggetti coinvolti, disabili e non. Molto spesso, l'inserimento di ragazzi portatori di handicap all'interno di percorsi scolastici pensati esclusivamente per soggetti normodotati, si concretizza nell'isolamento del disabile rispetto al gruppo classe. Il ridimensionamento degli obiettivi di apprendimento, la definizione del PEI, la costruzione di un progetto didattico ad hoc non sono sempre e in ogni caso in grado di garantire a tutti gli alunni disabili inseriti nei percorsi scolastici superiori una reale integrazione. Il disabile di un certo tipo, rischia di passare la maggior parte del tempo scuola in uno spazio alternativo alla classe con l'inevitabile compromissione delle dinamiche relazionali e l'evidente fallimento del progetto di inclusione.

Strategie didattiche

Nella presa in carico della persona disabile, sia nei percorsi integrati che nei percorsi specializzati, occorre una conoscenza ed un utilizzo efficace di strategie didattiche che, pur essendo utili in generale e per qualsiasi allievo, acquisiscono un'importanza maggiore e richiedono un uso più intenso nel caso di allievi con Bisogni Educativi Speciali.

Strategie comportamentali

Vengono prese in considerazione alcune strategie educativo-didattiche "di base" tratte dalle sperimentazioni nell'ambito dell'analisi del comportamento, atte a potenziare il compito dell'insegnante di fare acquisire comportamenti più adattivi e di organizzare l'ambiente in modo che esso sia naturalmente rinforzante per i nuovi comportamenti appresi, che così saranno mantenuti e impiegati nel tempo.

Alcune tecniche speciali per lo sviluppo e l'insegnamento di abilità di

approccio comportamentale sono:

- la TASK ANALYSIS o analisi del compito definita come un insieme di metodi che consente di scomporre in sotto-obiettivi più semplici e accessibili un compito obiettivo inizialmente troppo complesso per accrescere i repertori di azioni del soggetto, puntando all'acquisizione e al mantenimento di competenze, al massimo livello di complessità possibile.
- Le tecniche di PROMPTING e di FADING, cioè di aiuto e di riduzione graduale e progressiva degli aiuti nell'acquisizione di una abilità; esse facilitano il soggetto che apprende nell'iniziare l'emissione della risposta desiderata o di una sua approssimazione positiva, in modo che possa sperimentare un risultato gratificante.
- L'uso di modelli competenti (MODELING) si basa sull'apprendimento osservativo che avviene quando il soggetto osserva un'altra persona che esegue il comportamento in questione. Un'area molto importante di utilizzo del modeling è l'insegnamento di abilità e comportamenti sociali e interpersonali, quell'insieme di contenuti verbali e non verbali, emozionali e cognitivi che ci consente di attivare e mantenere relazioni interpersonali reciprocamente gratificanti con gli altri in modo socialmente accettabile e produttivo.
- La tecnica senz'altro più nota dell'analisi del comportamento è il RINFORZO POSITIVO SISTEMATICO secondo cui un comportamento si rafforzerà se sarà seguito da un rinforzatore vissuto dal soggetto che emette il comportamento.
- Lo SHAPING è una classica tecnica comportamentale per lo sviluppo di comportamenti complessi non presenti nel repertorio di abilità. Si attua tramite l'aiuto ed il rinforzo sistematico di approssimazioni sempre più vicine al comportamento finale. Lo shaping inizia con il promuovere comportamenti anche di gran lunga diversi da quello terminale, purchè siano immediatamente alla portata del soggetto e si orientino gradualmente nella direzione voluta.
- Il CHAINING è anch'esso una classica tecnica comportamentale derivante dagli studi di Skinner sull'apprendimento operante. Nel chaining il comportamento finale viene descritto nei suoi micro comportamenti con la task analysis e diventa così simile ad una catena di unità di risposta singole e facilmente accessibili. L'insegnante inizia con il proporre l'ultimo anello della catena perché si ritiene che l'ultimo componente del comportamento complesso sia il più rinforzante essendo quello contiguo al rinforzamento naturale finale.

Strategie metacognitive

Nella didattica metacognitiva l'attenzione dell'insegnante non è tanto rivolta all'elaborazione di materiali o metodi nuovi per insegnare a fare, quanto al formare quelle abilità mentali di autoregolazione che vanno al di là dei semplici processi cognitivi primari. Significa sviluppare nell'alunno la consapevolezza di quello che sta facendo, del perché lo fa, di quando è opportuno farlo e in quali condizioni. L'approccio

metacognitivo tende a formare le capacità di essere il più possibile “gestori” diretti dei propri processi cognitivi, dirigendoli attivamente con proprie valutazioni e indicazioni operative.

All'interno delle diverse componenti metacognitive è importante il senso di autoefficacia (la fiducia nella propria capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati) posseduta, poiché influenza i livelli motivazionali e di coinvolgimento nelle attività da svolgere.

Strategie legate all'uso degli aiuti

Una prima grande categoria di strategie potrebbe essere definita come **CREAZIONE DI SPAZI FACILITANTI**, sia dal punto di vista degli spazi e delle attrezzature, sia dal punto di vista della routine:

- per quanto riguarda la sistemazione dello **SPAZIO** di lavoro e di apprendimento un primo accorgimento è quello della sistemazione strategica dei banchi e della sistemazione dei ragazzi in base alle loro capacità di controllo e di prosocialità.
- per quanto riguarda le **ROUTINE**, è importante strutturare accuratamente i tempi di lavoro. Un ragazzo con problemi di comportamento tende ad essere disorganizzato e coglie con difficoltà i segnali che l'insegnante gli manda rispetto ai comportamenti che si attende da lui. Se il ragazzo riuscirà a prevedere cosa ci si aspetta da lui, aumenteranno le probabilità che cerchi di farlo: questo significa strutturare nella classe molte routine chiare, ricorsive, e prevedibili, note e ben codificate.

La buona strutturazione degli spazi e delle routine operative costruisce un buon contenitore che favorisce notevolmente i comportamenti positivi e prosociali. Accanto all'ambiente e alle routine possiamo includere **LA GESTIONE DELLE REGOLE** che riguardano i fondamenti della convivenza nel gruppo e della prosocialità.

Una quarta dimensione riguarda **LO SVILUPPO DIRETTO E STRUTTURATO DI COMPETENZE SOCIALI**, sul versante dell'autocontrollo emotivo, dell'autoregolazione dei processi attentivi, di pianificazione delle proprie azioni e di problem-solving. E' di fondamentale importanza costruire percorsi ben definiti di abilità prosociali, di assertività e di comunicazione essenziali per un buon equilibrio psicosociale. Uno degli sviluppi più interessanti che può avere un percorso di sviluppo delle competenze di autocontrollo e buona espressione di sé riguarda la dimensione emotiva e dell'affettività. In questo campo l'offerta è molto ampia ma alcuni aspetti sono comuni alle varie proposte: percorsi di espressione con il disegno, con l'attività motoria, la respirazione, la visualizzazione, la lettura e la narrazione di storie psicologicamente orientate ecc. I vari programmi puntano allo sviluppo dell'autocontrollo emotivo attraverso il riconoscimento delle emozioni e delle componenti cognitive, comunicative e corporee, la consapevolezza dell'impatto emotivo delle proprie visioni del mondo, la capacità di vivere ed esprimere positivamente le emozioni ottenendo un controllo espressivo positivo e non reprimendo la

sfera affettiva.

Strategie mediate dai pari

Per far diventare la classe una vera “comunità” di relazioni, all’interno della quale si viva un senso di appartenenza, si sia stimati, spossa contribuire con le proprie differenti capacità ed esistano diritti e responsabilità per il benessere di tutti, è indispensabile un’attenzione sistematica ed un uso specifico di strategie di sostegno alla prosocialità e alla solidarietà informale tra alunni.

Le probabilità di successo di un progetto per costruire una comunità di relazioni positive all’interno della classe saranno tanto maggiori quanto più viene trasmesso agli alunni il messaggio che la classe è un luogo sicuro di cui ognuno fa pienamente parte e nel quale ci si prende cura di ciascuno, dove ogni alunno riceve il sostegno di cui ha bisogno e può dare il suo prezioso contributo. Per fare ciò è necessario che gli insegnanti rendano l’apprendimento interpersonale una parte integrante ed esplicita del curriculum scolastico, insegnando direttamente i comportamenti prosociali che permettono di costruire e mantenere comunità scolastiche che funzionano bene. Per insegnare agli alunni cos’è una comunità di relazioni, è necessario che gli insegnanti riconoscano la classe stessa come una comunità e si impegnino ad insegnare agli alunni gli atteggiamenti, le abilità, i diritti, le responsabilità e le interazioni che permettono ad una comunità di funzionare. Ciò rende necessario che in qualsiasi interazione con gli alunni, gli adulti mostrino un atteggiamento positivo, forniscano un modello di accoglienza e valorizzazione delle diversità, e aiutino gli alunni a sentirsi bene accetti e al sicuro. Lo sviluppo di un senso positivo di comunità richiede agli insegnanti di concentrarsi sui comportamenti positivi e di trasmettere messaggi di fiducia ai loro alunni piuttosto che spendere la maggior parte del tempo a correggere, dirigere o addirittura punire i comportamenti socialmente inadeguati.

Le prime settimane di scuola sono fondamentali per iniziare a stabilire un rapporto con gli alunni; è importante favorire discussioni su temi legati alla prosocialità, sull’amicizia e sull’aiuto reciproco creando un ambiente accogliente che faccia sentire gli alunni a loro agio tra di loro.

L’apprendimento in gruppi cooperativi

L’apprendimento cooperativo è un approccio didattico che utilizza sistematicamente piccoli gruppi in cui gli alunni lavorano insieme per migliorare reciprocamente il loro apprendimento. L’efficacia dell’apprendimento cooperativo è stata ampiamente dimostrata da varie ricerche che generalmente prendono in esame tre aspetti:

- gli alunni ottengono migliori risultati scolastici: tutti gli alunni lavorano di più e raggiungono risultati migliori, sviluppano una maggiore motivazione intrinseca, passano più tempo sul compito e sviluppano livelli superiori di ragionamento e capacità di pensiero critico;
- si sviluppano relazioni più positive tra gli alunni: si creano uno spirito di squadra e rapporti di amicizia e sostegno reciproco, sia personale che scolastico; la diversità viene apprezzata e rispettata e il gruppo si affiatato;
- gli alunni vivono un maggior benessere psicologico: l’adattamento psicologico

degli alunni è migliore, così come il loro senso di autoefficacia, l'autostima e l'immagine di sé; gli alunni sviluppano competenze sociali e una maggiore capacità di affrontare le difficoltà e lo stress.

Il forte impatto della cooperazione su così tanti aspetti dell'esperienza scolastica dell'alunno, la distinguono positivamente dagli altri metodi tradizionali di insegnamento e ne fanno uno degli strumenti didattici più importanti per l'integrazione di alunni con Bisogni Educativi Speciali.

Tutoring

La formula base dell'insegnamento secondo la metodologia del tutoring prevede che un alunno svolga attività di insegnamento diretto in coppia ad un altro alunno con o senza difficoltà di apprendimento. Il tutoring offre enormi risultati, non solo in senso scolastico, ma anche nei rapporti interpersonali, nella motivazione e nell'autostima. Il concetto di tutoring ha acquisito un'importanza particolare nella didattica speciale: la collaborazione tra alunni infatti, sia attraverso forme di tutoring che attraverso l'apprendimento cooperativo, crea opportunità straordinarie per l'educazione di tutti gli alunni in modo particolare per gli alunni disabili. I benefici per l'alunno assistito da un compagno derivano principalmente dall'approccio individualizzato e dal tempo in più dedicato alle sue difficoltà nell'ambito delle attività scolastiche. Vi è inoltre un numero crescente di dati sui vantaggi cognitivi e metacognitivi e più generalmente formativi del tutoring per gli alunni che rivestono il ruolo di tutor: imparano sia sviluppando nella spiegazione l'argomento che insegnano sia rivedendone la presentazione e ripetendo alcuni punti più complessi. Imparano potendo osservare il processo di apprendimento dal punto di vista di chi sta imparando per la prima volta, magari con difficoltà, cioè da quello del compagno.

*Da un punto di vista emotivo il tutor acquista sicurezza e autostima; alcune ricerche in questo senso hanno dimostrato che il tutoring incentiva negli alunni atteggiamenti positivi verso la scuola e sviluppa affezione in generale e in particolare per alcune materie, aumenta la considerazione di sé e la sensibilità per gli altri e incrementa le interazioni positive e appropriate tra i membri della classe.

Strategie di contenimento dei comportamenti problema

L'approccio ai comportamenti problema gravi si basa sull'idea di un intervento di tipo non repressivo e non punitivo ma volto a favorire lo sviluppo di competenze comunicative e interpersonali alternative.

L'alleanza psicoeducativa

Gli interventi psicoeducativi comportano una forte alleanza tra chi condivide la responsabilità di cura, sviluppo e benessere dell'alunno disabile: genitori, insegnanti, educatori, psicologi, personale medico e del volontariato. Il concetto di "alleanza" è quindi un concetto centrale di questo tipo di intervento; la condivisione del lavoro educativo e delle strategie, l'alleanza diretta, nella relazione d'aiuto, con la persona che presenta bisogni speciali e tra figure di riferimento sono dunque i punti fondamentali sui quali impostare un intervento che sia realmente

efficace, volto a migliorare l'integrazione, la partecipazione sociale e la qualità della vita dell'alunno disabile.

Attraverso l'intervento psicoeducativo si cerca di capire perché un comportamento problema si manifesta e come si potrebbe aiutare l'alunno a sostituirlo con strategie più evolute, con comportamenti socialmente più accettabili. Per fare questo è importante fondare gli interventi su alleanze strategiche: allearsi con l'alunno disabile per comprendere il significato del suo comportamento, allearsi con i suoi bisogni, espressi anche in modo problematico, e allearsi tra figure di riferimento educativo per decidere e condurre una strategia comune. La costruzione del gruppo di riferimento e della rete educativa è un buon punto di partenza, non sempre facile da raggiungere ma fondamentale per produrre l'elenco dei comportamenti realmente problematici, frutto di una condivisione, anche di vissuti personali, e di un accordo all'interno della rete educativa.

LA VALUTAZIONE

Il portfolio e l'autovalutazione

Il "Piccolo Dizionario della Riforma" definisce il portfolio: "una raccolta mirata, sistematica, selezionata e organizzata di materiali, che serve a documentare il percorso formativo di allieve e allievi e i progressi compiuti in relazione al piano di studio personalizzato".

I materiali inclusi nel portfolio del disabile sono organizzati in due principali sezioni, quella relativa alla "valutazione funzionale" (che sostituisce quella relativa all'orientamento, inteso in senso tradizionale) e quella della "valutazione", e possono comprendere lavori dell'alunno individuali o in gruppo, osservazioni degli insegnanti, commenti sui lavori formulati dall'alunno o dagli insegnanti, informazioni fornite dalla famiglia.

Il portfolio viene compilato a cura dell'insegnante tutor, con la collaborazione di tutti i docenti che svolgono attività educative e didattiche nelle quali l'allieva e l'allievo sono coinvolti, e prevede nella realizzazione la partecipazione attiva degli allievi stessi e dei genitori. Lo scopo del portfolio è quello di promuovere una valutazione autentica di ciascun soggetto e i livelli di competenza raggiunti. Il portfolio, perciò, è un metodo di valutazione coerente con la centralità della persona, consente di responsabilizzare i protagonisti del processo educativo-didattico favorendo anche forme di autovalutazione, offre nuove opportunità di dialogo e collaborazione tra la scuola e la famiglia. Il suo impiego scolastico può costituire un'occasione di riflessione educativa in quanto la documentazione in esso raccolta coniuga la finalità di promozione della persona e di valorizzazione delle sue competenze con la necessità di una valutazione che descriva in modo chiaro anche le competenze e le abilità non raggiunte. Il portfolio contiene in pratica il "tempo" dell'alunno e documenta il percorso attraverso il quale la scuola contribuisce allo svolgimento e alla realizzazione del suo progetto educativo.

Nel caso del soggetto disabile, il portfolio, corredato con la valutazione

funzionale e con la valutazione delle competenze, permette:

- il superamento della medicalizzazione della disabilità
- la rottura del confine tra “normalità” e “non ‘normalità” perchè sposta l’attenzione sulla persona
- di dare voce alla famiglia che può iscrivere le competenze che vede agire dal proprio figlio nella famiglia e nell’extrascuola
- la visibilità della cooperazione della famiglia e della rete
- la documentazione e la certificazione delle competenze della maturazione personale, la dimensione dell’essere (le capacità individuali le potenzialità, conoscenze e abilità), i progressi

In conclusione si può rilevare che, accanto alla documentazione del percorso individuale e delle competenze acquisite da ciascuno, il portfolio permette anche di valutare l’efficacia e la congruenza delle scelte educative e didattiche e assume perciò la fisionomia di uno strumento per l’analisi del processo di insegnamento/apprendimento.

A titolo esemplificativo viene di seguito riportata un’articolazione di massima del portfolio:

ESEMPIO DI POSSIBILE ARTICOLAZIONE DEL PORTFOLIO PER DISABILI

SEZIONI	CRITERI	OBIETTIVI
Sezione informativa dati personali colloquio con la famiglia colloquio insegnanti ordine precedente	Documento scritto e veicolato dalle insegnanti Definire ciò che la scuola vuole sapere dalla famiglia, individuandone i descrittori Deve raccogliere delle descrizioni che vengono raccolte e rilette alla famiglia Può essere il momento del contratto con la famiglia	Iniziare la stesura della valutazione funzionale Conoscere l'allievo dal punto di vista della famiglia Incontrare la famiglia Stringere il patto educativo
Strumenti di autopercezione	Calibrato con strumenti e modalità che tengono conto della disabilità Si utilizzano le abilità non compromesse	Consapevolezza di se' come persona Consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti
Valutazione funzionale (scheda ICF) abilità diagnostica	Individuare gli strumenti adeguati a raccogliere le informazioni osservazioni	Individuare il Bisogno Educativo Speciale Descrivere punti di forza e di debolezza

Valutazione delle competenze	<p>Tenere conto delle abilità e delle potenzialità</p> <p>Mettere in relazione con il progetto di vita</p> <p>Selezionare, negli obiettivi specifici d'apprendimento e negli obiettivi formativi, saperi e saper fare funzionali alle autonomie che si vogliono promuovere e funzionali all'attuazione del progetto di vita</p> <p>Individuare e costruire contesti in cui esercitare e quindi valutare le competenze acquisite in termini di saperi saper fare e saper essere</p>	Valutare le competenze in rapporto ai progressi funzionali e alle autonomie
<p>Piani personalizzati</p> <p>obiettivi formativi</p> <p>unità di apprendimento</p> <p>metodo</p> <p>organizzazione</p> <p>verifiche</p>	<p>Selezionare i saperi e i saper fare e i saper essere funzionali alla persona della persona.</p>	<p>Un apprendimento a misura</p> <p>P.D.F</p> <p>PEI</p>
Materiali significativi	<p>Scelti dall'allievo, dalla famiglia e dalla scuole che fissano un progress</p>	

COSA SONO I BES'

Con la sigla BES facciamo riferimento ai Bisogni Educativi Speciali e, in modo particolare, a tutti quegli alunni che presentano delle difficoltà che richiedono interventi individualizzati. Il termine “speciale”, soprattutto quando si parla di disabilità, potrebbe far pensare a qualcosa di diverso dal solito, che “devia” dalla norma, che si allontana dalla così detta “normalità”, e per questo motivo riconducibile a qualcosa di negativo, che ha bisogno di sostegno, a qualcosa che non pare essere perfetto e che presenta sempre qualche aspetto deficitario.

Considerando il rovescio della medaglia, potremmo, però, reputare “speciale” tutto ciò che ha bisogno di competenze e risorse migliori, più efficaci, speciali appunto. Continuando il ragionamento in questa direzione e rifacendoci alle parole di Dario Ianes, i normali bisogni educativi che tutti gli alunni hanno (bisogno di sviluppare competenze, bisogno di appartenenza, di identità, di accettazione ecc.) si “arricchiscono” nella persona disabile, o comunque con difficoltà di apprendimento, di qualcosa di particolare, di speciale.

Avere Bisogni Educativi Speciali non significa obbligatoriamente avere una diagnosi medica e/o psicologica, ma, come si accennava sopra, essere in una situazione di difficoltà e ricorrere ad un intervento mirato, personalizzato. Un bambino ha un BES quando il suo funzionamento nell'apprendimento, nello sviluppo e nell'educazione incontra qualche problema. Pertanto necessita di un intervento specifico e mirato all'inclusione.

Rispetto alla diagnosi di una malattia la valutazione dei “Bisogni Educativi Speciali” non è discriminante per almeno tre motivi: in primo luogo fa riferimento ad un panorama di bisogni molto ampio, in secondo luogo non si riferisce solo a cause specifiche e infine indica che il bisogno o i bisogni non sono stabili nel tempo, ma possono venire meno o essere superati.

Questo concetto è qualcosa che riguarda ciascuno di noi perché chiunque potrebbe incontrare nella propria vita situazioni che gli creano Bisogni Educativi Speciali: è per questo motivo che è doveroso rispondere in modo serio e adeguato a questo problema.

Gli alunni che mostrano di avere Bisogni Educativi Speciali non sono solo quelli in possesso di una certificazione (il 2-3%), ma sono molti di più (10-15%), ed in particolare tutti quelli che necessitano come i primi di attenzione e spesso di interventi mirati.

Nelle scuole abitano sia alunni con Bisogni Educativi Speciali con diagnosi psicologica e/o medica e alunni con Bisogni Educativi Speciali senza diagnosi. Proviamo ad approfondire questo tema per comprenderlo meglio e per avere tale situazione maggiormente sotto controllo.

Nel primo caso le categorie diagnostiche fanno riferimento al DSM-IV e all'ICD-10. Vi rientrano il ritardo mentale, i disturbi generalizzati dello sviluppo, il disturbo artistico, i disturbi dell'apprendimento, i disturbi di sviluppo della lettura, i disturbi di sviluppo del calcolo, i disturbi di sviluppo dell'espressione scritta, i disturbi di sviluppo dell'articolazione della parola, i disturbi di sviluppo del linguaggio espressivo, i disturbi di sviluppo nella

comprensione del linguaggio, i disturbi del comportamento, i disturbi da deficit di attenzione e iperattività, i disturbi della condotta, il disturbo oppositivo-provocatorio e infine vi sono le patologie che riguardano la motricità, quelle sensoriali, neurologiche o riferibili ad altri disturbi organici.

Nel secondo caso, invece, rientrano tutti quegli alunni che non corrispondono perfettamente ai parametri appena citati, perché la loro situazione pare meno netta e più sfumata. Questa tipologia di alunni è però presente e abita la scuola anche in modo piuttosto considerevole.

Codici secondo la classificazione ICD 10 OMS relativi alle diagnosi riguardanti gli alunni diversamente abili in base alla legge 104

Il presente elenco ha come obiettivo quello di facilitare la comprensione della diagnosi da parte dei docenti che spesso trovano scritto sulla certificazione una diagnosi essenziale senza la parte descrittiva. INDICE F 70 Ritardo mentale lieve

F 71 Ritardo mentale di media gravità

F 72 Ritardo mentale grave

F 73 Ritardo mentale profondo

F 80 Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio

F 81 Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (Comprende Dislessia) (D.S.A.)

F 82 Disturbo evolutivo specifico delle abilità motorie

F 83 Disturbi evolutivi specifici misti

F 84.0 Autismo Infantile

F 84.1 Autismo atipico

F84.2 Sindrome di Rett

F84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo

F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati

F84.5 Sindrome di Asperger

F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta

F 90.8 Sindrome ipercinetiche di altro tipo

F93 Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia

F 94 Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e

nell'adolescenza

F95 Disturbi a tipo tic

F 98 Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza LEGGE 8 ottobre 2010 , n. 170 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico”. F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione Pag. 12 F 81.1 Disturbo specifico della scrittura F 81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche F 81.3 Disturbi misti delle abilità scolastiche F 81.8 Altri disturbi delle abilità scolastiche F 81.9 Disordine evolutivo delle abilità scolastiche non meglio specificato

PATOLOGIA CODIFICATA SECONDO CLASSIFICAZIONE ICD 10 DELL'OMS:

Disturbi psichici e comportamentali

codice: V

inclusione: disturbi dello sviluppo psicologico

esclusione: sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove(R00-R99)

RITARDO MENTALE da F 70 a F 73

F 70 Ritardo mentale lieve:

il QI approssimativo è compreso tra 50 e 69 (negli adulti. l'età mentale è compresa tra 9 e 12 anni). Con molta probabilità, ne consegue qualche difficoltà dell'apprendimento in ambito scolastico. Molti adulti saranno capaci di lavorare, di mantenere soddisfacenti relazioni sociali e di contribuire al benessere alla società.

Include: debolezza di mente subnormalità mentale lieve

F 71 Ritardo mentale di media gravità:

il QI approssimativo è compreso tra 35 e 49 (negli adulti l'età mentale è compresa tra 6 e 9 anni). Con molta probabilità, ne conseguono marcati ritardi dello sviluppo durante l'infanzia, ma molti soggetti possono imparare a sviluppare un certo grado di indipendenza nella cura di sé e ad acquisire discrete abilità scolastiche e un'adeguata capacità di comunicare. Gli adulti possono avere bisogno di vari livelli di supporto per vivere e lavorare in società.

F 72 Ritardo mentale grave:

il QI approssimativo è compreso tra 20 e 34 (negli adulti l'età mentale è compresa tra i 3 e i 6 anni). Con molta probabilità ne consegue un bisogno continuo di supporto.

Include: subnormalità mentale grave

F 73 Ritardo mentale profondo:

il QI è inferiore a 20 (negli adulti, l'età mentale è inferiore ai 3 anni). Ne consegue una grave limitazione nella cura di sé~ nella continenza, nella comunicazione e nella mobilità.

Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (codici da F80 a F89)definizione: I disturbi inclusi in questa sezione hanno in comune:

- a) un'insorgenza che invariabilmente si colloca nella prima o seconda infanzia;
- b) una compromissione o un ritardo dello sviluppo delle funzioni che sono strettamente correlate alla maturazione biologica del sistema nervoso centrale;
- c) un decorso continuo senza remissioni o recidive. Nella maggior parte dei casi le funzioni compromesse comprendono il linguaggio, le abilità visuo-spaziali e la coordinazione motoria. Di solito la compromissione o il ritardo è presente sin dal primo momento in cui è possibile esplorare in maniera attendibile la relativa funzione e diminuisce progressivamente man mano che il bambino cresce, quantunque deficit più lievi permangono spesso nell'età adulta.

F 80 Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio - definizione: Disturbi in cui l'acquisizione delle normali abilità linguistiche è compromessa sin dai primi stadi dello sviluppo. Essi non sono direttamente attribuibili ad alterazioni neurologiche o ad anomalie dei meccanismi dell'eloquio, a compromissioni sensoriali, a ritardo mentale o a fattori ambientali. I disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio sono spesso seguiti da problemi associati, come difficoltà nella lettura e nella scrittura, anomalie nelle relazioni interpersonali e disturbi emotivi e comportamentali.

F 81 Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (Comprende Dislessia) (D.S.A.) definizione: Disturbi in cui le modalità normali di acquisizione delle capacità in questione sono compromesse sin dalle fasi iniziali dello sviluppo. Il danno non è semplicemente una conseguenza di una mancanza delle opportunità di apprendere, non è soltanto il risultato di un ritardo mentale e non è dovuta ad alcuna forma di trauma o malattia cerebrale acquisita.

F 82 Disturbo evolutivo specifico delle abilità motorie - definizione: Disturbo nel quale la principale caratteristica è una grave compromissione dello sviluppo della coordinazione motoria, che non è spiegabile interamente nei termini di un ritardo intellettuale generale o di uno specifico disturbo neurologico congenito o acquisito. Tuttavia, in molti casi, un accurato esame clinico mostra marcate immaturità nello sviluppo neurologico, come movimenti coreiformi degli arti senza appoggio, o movimenti speculari ed altri aspetti motori associati, o ancora segni di scadente coordinazione dei movimenti fini e grossolani.
inclusione: Sindrome del bambino goffo

inclusione: Disturbo evolutivo della coordinazione

inclusione: Disprassia evolutiva

esclusione: anomalie dell'andatura e della mobilità(R26.-) esclusione:
incoordinazione(R27.-), secondaria a ritardo mentale(F70-F79)

F 83 Disturbi evolutivi specifici misti definizione: Categoria residua per i disturbi in cui è presente una mescolanza di disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio, delle capacità scolastiche e della funzione motoria, ma in cui nessun disturbo prevale in maniera tale da costituire la diagnosi principale. Tale categoria mista deve essere usata solo quando c'è una spiccata sovrapposizione tra questi specifici disturbi evolutivi, i quali sono frequentemente, ma non in ogni caso, associati ad un certo grado di deterioramento cognitivo generale. La categoria deve essere usata quando sono presenti disfunzioni che soddisfano i criteri per due o più dei disturbi delle categorie F80.-, F81.- e F82.

F 84 Alterazione globale dello sviluppo psicologico

Si tratta di un gruppo di sindromi caratterizzato da anormalità qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, e da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività. Queste anormalità qualitative sono una caratteristica preminente del funzionamento dell'individuo in tutte le situazioni. Se lo si desidera, si può utilizzare un codice aggiuntivo per Specificare una condizione somatica o un ritardo mentale associati.

In questo gruppo sono compresi: F 84.0 Autismo Infantile, F 84.1 Autismo atipico, F84.2 Sindrome di Rett, F84.3 Sindrome disintegrati va dell'infanzia di altro tipo, F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati, F84.5 Sindrome di Asperger

F 84.0 Autismo Infantile Si tratta di una sindrome definita da: (a) presenza di una compromissione dello sviluppo che si manifesta prima dei 3 anni, (b) un tipo caratteristico di funzionamento anormale I:80-F89 Sindromi e disturbi da alterato Sviluppopsicologico nelle aree dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo. In aggiunta a queste specifiche caratteristiche diagnostiche, è frequente che i bambini autistici mostrino una varietà di altri problemi non specifici, come fobie, disturbi del sonno e dell'alimentazione, carattere collerico e aggressività (autodiretta). Sindrome autistica Psicosi infantile Sindrome di Kanner

Esclude: psicopatía autistica (F84.5)

Uno sviluppo anormale o compromesso che si manifesta prima dei tre anni in almeno una delle seguenti aree: (1) comprensione o espressione del linguaggio usato nella comunicazione sociale; (2) sviluppo di attaccamenti sociali selettivi o di interazione sociale reciproca; (3) gioco funzionale o simbolico. B. Debbono essere presenti un totale di almeno sei dei sintomi descritti nei punti (1), (2) e (3), di cui almeno due dei sintomi del punto (1) e almeno un sintomo da ciascuno dei punti (2) e (3): (1) Compromissioni qualitative dell'interazione sociale sono presenti in almeno due delle seguenti aree: (a) incapacità di utilizzare adeguatamente lo sguardo faccia a faccia, l'espressione facciale, la gestualità e la postura per regolare l'interazione sociale; (b) incapacità a sviluppare (in modo appropriato all'età mentale e nonostante ampie opportunità) rapporti con coetanei che implicano una condivisione di interessi, attività ed emozioni; (c) mancanza di reciprocità socio-emozionale come dimostrato dalla mancanza di risposta alle emozioni delle altre persone; o asin accordo al contesto sociale; o debole integrazione di comportamenti sociali, emotivi e comunicativi; (d) mancanza di ricerca spontanea di condividere divertimenti o interessi o risultati con altre persone (ad esempio una difficoltà a mostrare o a donare ad altre persone oggetti di interesse personale). (2) Compromissioni qualitative nella comunicazione sono presenti in almeno una delle seguenti aree: (a) un ritardo o una totale mancanza dello sviluppo del linguaggio verbale che non è accompagnato da un tentativo di compensazione attraverso l'uso di gesti o della mimica come modalità di comunicazione alternativa (spesso preceduto da una

mancanza di lallazione comunicativa); (b) una relativa incapacità ad iniziare o a sostenere una conversazione (a qualsiasi livello di abilità linguistica) in cui vi sia una reciprocità alle comunicazioni dell'altra persona; (c) uso di un linguaggio ripetitivo e stereotipato o uso idiosincrasico di parole e di frasi; (d) assenza di gioco inventivo o (nei primi anni di vita) imitativo. (3) In almeno una delle seguenti aree sono presenti modelli di comportamento, interessi e attività limitati, ripetitivi e stereotipati:

(a) una preoccupazione pervasiva per uno o più interessi limitati e stereotipati che sono anomali nel contenuto e nell'obbiettivo, o uno o più interessi che sono anomali per l'intensità e la natura circoscritta, ma non per contenuto od obbiettivi;

(b) adesione apparentemente compulsiva a pratiche o rituali specifici e disfunzioni;

(c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi che implicano il battere o il torcere le mani o le dita, o movimenti complessi di tutto il corpo;

(d) preoccupazioni per parti di oggetti o per elementi non funzionali dei materiali di gioco (quali l'odore, la sensazione che danno al tatto, il rumore o le vibrazioni che producono).

Il quadro clinico non è attribuibile ad altri tipi di sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico: disturbo evolutivo specifico della comprensione del linguaggio (F80.2) con problemi socio-emozionali secondari; disturbo reattivo dell'attaccamento (F94.1) o disturbo disinibito dell'attaccamento dell'infanzia (F94.2); ritardo mentale (F70-F72) con disordine emozionale o comportamentale associato; schizofrenia (F20.-) con esordio insolitamente precoce; e sindrome di Rett (F84.2).

F 84.1 Autismo atipico : si tratta di una sindrome che si differenzia dall'autismo infantile sia per l'età di insorgenza sia per il mancato riscontro di tutti i tre requisiti diagnostici. Questa sottocategoria deve essere usata quando vi è una compromissione dello sviluppo che è presente solo dopo i tre anni di età, e quanto manca un'anormalità sufficientemente dimostrabile in 'una o due delle tre aree richieste per la diagnosi di autismo (cioè, interazioni sociali, comunicazione e comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo) pur in presenza delle caratteristiche anomalie nell' altra o nelle altre aree. L'autismo atipico si ha più spesso in individui gravemente ritardati e con un grave disturbo evolutivo specifico della comprensione del linguaggio. Psicosi infantile atipica Ritardo mentale con caratteristiche autistiche Se lo si desidera, utilizzare codici aggiuntivi (F70-F79) per specificare il ritardo mentale. Uno sviluppo anormale o compromesso che si rende manifesto dopo i tre anni (soddisfa i criteri per l'autismo ad eccezione dell'età di insorgenza).

B. Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale o nella comunicazione, o comportamenti, interessi e attività limitate, ripetitive e stereotipate (sono soddisfatti i criteri per l'autismo, ad eccezione del numero di aree compromesse).

C. La sindrome non soddisfa i criteri diagnostici per l'autismo (F84.0). L'autismo può essere atipico sia per l'età di esordio (F84.10) sia per la sintomatologia (F84.11); ai fini della ricerca questi due tipi vengono differenziati con una quinta cifra. Le sindromi che sono atipiche per entrambi gli aspetti debbono essere codificate come F84.12. F84.10 Atipicità nell'età di esordio

A. La sindrome non soddisfa il criterio A per l'autismo (F84.0); vale a dire, lo sviluppo anormale o compromesso è evidente solo dopo i tre anni. B. La sindrome soddisfa i criteri B e C dell'autismo (F84.0).

F84.11 Atipicità nella sintomatologia .•... A. E soddisfatto il criterio A per l'autismo (F84.0); vale a dire, presenza di sviluppo anormale o compromesso prima dei tre anni. B. Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale o nella comunicazione, o comportamenti, interessi e attività limitate, ripetitive e stereotipate (sono soddisfatti i criteri per l'autismo, ma non è necessario che sia rispettato il numero di aree di anomalità richiesto per quelle condizioni). c. La sindrome soddisfa il criterio C dell'autismo (F84.0).

D. La sindrome non soddisfa completamente il criterio B per l'autismo (F84.0). F84.12 Atipicità sia nell'età d'insorgenza sia nella sintomatologia A, La sindrome non soddisfa il criterio A per l'autismo (F84.0); vale a dire, lo sviluppo anormale o compromesso è evidente solo dopo i tre anni. B. Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale o nella comunicazione, o comportamenti, interessi e attività limitate, ripetitive e stereotipate (sono soddisfatti i criteri per l'autismo, ma non è necessario che sia rispettato il numero di aree di anomalità richiesto per quelle condizioni). c. La sindrome soddisfa il criterio C per l'autismo (F84.0). D. La sindrome non soddisfa completamente il criterio B per l'autismo (F84.0).

F84.2 Sindrome di Rett

Si tratta di una condizione, riscontrata finora solo nel sesso femminile, in cui uno sviluppo che all'inizio è apparentemente normale è seguito da una perdita parziale o completa del linguaggio e delle capacità motorie e dell'uso delle mani. insieme con un rallentato accrescimento cranico, in genere con esordio tra i 7 e i 24 mesi. Sono caratteristici la perdita dei movimenti intenzionali delle mani, i movimenti stereotipati di torsione delle mani e l'iperventilazione. Lo sviluppo sociale e quello del gioco si arrestano, ma l'interesse sociale tende ad essere mantenuto. All'età di quattro anni iniziano a manifestarsi atassia e aprassia del tronco, seguiti frequentemente da movimenti coreoatetoidi. Conseguono quasi invariabilmente un grave deficit mentale. A. Sono apparentemente normali il periodo prenatale e perinatale, lo sviluppo psicomotorio nei primi cinque mesi e la circonferenza cranica alla nascita. B. Vi è un rallentamento dell'accrescimento cranico tra i cinque mesi e i quattro anni e una perdita delle capacità manuali intenzionali acquisite tra i 5 e i 30 mesi, che è associata ad una concomitante disfunzione della comunicazione e ad una compromissione delle interazioni sociali, e alla comparsa di un'andatura mal coordinata/instabile e/o di movimenti del tronco. C. Vi è una grave compromissione dello sviluppo dell'espressione e della comprensione del linguaggio, accompagnata da un grave ritardo psicomotorio. D. Sono presenti movimenti stereotipati delle mani (quali movimenti di torsione o di tipo "lavarsi le mani") che insorgono al momento della perdita dei movimenti intenzionali

F84.3 Sindrome disintegrata dell'infanzia di altro tipo Si tratta di una condizione definita da un periodo di sviluppo sicuramente normale, seguito da una chiara perdita delle capacità precedentemente acquisite in diverse aree, nel corso di pochi mesi. Tipicamente, si associano una generale perdita dell'interesse per l'ambiente, manierismi motori ripetitivi, compromissione simil-autistica dell'interazione e che la sindrome è dovuta ad un'encefalopatia associata, ma la diagnosi deve essere posta in base alle caratteristiche del comportamento. Demenza infantile Psicosi disintegrativa Sindrome di Heller Psicosi

simbiotica Se lo si desidera, si può utilizzare un codice aggiuntivo per specificare la condizione neurologica associata. A. Lo sviluppo è apparentemente normale fino all'età di almeno due anni. La diagnosi richiede la presenza, fino all'età di due anni o più, di normali capacità nella comunicazione, nelle relazioni sociali, nel gioco e nell'adattamento all'ambiente. B. Vi è una chiara perdita delle capacità acquisite precedentemente all'insorgenza della sindrome. La diagnosi richiede una perdita clinicamente significativa delle abilità (non soltanto un'incapacità ad utilizzarle in alcune situazioni) in almeno due delle seguenti aree: (1) espressione o comprensione del linguaggio; (2) gioco; (3) abilità sociali o adattamento all'ambiente; (4) controllo anale o vescicale; (5) abilità motorie. C. Un funzionamento sociale qualitativamente anormale è evidente in almeno due delle seguenti aree: (1) compromissioni qualitative nell'interazione sociale (del tipo definito per l'autismo); (2) compromissioni qualitative nella comunicazione (del tipo definito per l'autismo); (3) modelli di comportamento, interessi ed attività limitati, ripetitivi e stereotipati, comprendenti manierismi e stereotipie motorie; (4) una generale perdita di interesse per gli oggetti e per l'ambiente. Il quadro non è attribuibile ad altri tipi di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico; all'afasia acquisita con epilessia (F80.6); al mutismo elettivo (F94.0); alla sindrome di Rett (F84.2); alla schizofrenia (F20.-). F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati

È questa una sindrome mal definita di incerta validità nosologica. La categoria è destinata ad un gruppo di bambini con grave ritardo mentale (QI al di sotto di 50) che mostrano gravi problemi di iperattività e di deficit attentivo, così come comportamenti stereotipati. Tali bambini tendono a non beneficiare di farmaci stimolanti (a differenza di quelli con QI normale) e possono presentare una grave reazione disforica (qualche volta con rallentamento psicomotorio) quando ricevono tali farmaci. Nell'adolescenza, l'iperattività tende ad essere sostituita dall'ipoattività (una caratteristica che non è comune nei bambini ipercinetici con intelligenza normale). Questa sindrome si associa anche con vari deficit dello sviluppo, sia specifici sia globali. Non è chiaro fino a che punto i disturbi comportamentali siano una funzione del basso QI o di un danno organico cerebrale. È evidente una grave iperattività motoria con almeno due dei seguenti aspetti nell'attività e nell'attenzione: (1) irrequietezza motoria costante, che si manifesta attraverso corse, salti ed altri movimenti di tutto il corpo; (2) marcata difficoltà a stare seduto: di solito, il bambino riesce a restare seduto solo per pochi secondi tranne quando è impegnato in attività stereotipate (vedi criterio B); (3) attività evidentemente eccessiva in situazioni in cui è prevista una relativa immobilità; (4) cambiamenti di attività estremamente rapidi, tanto che le attività durano generalmente meno di un minuto (periodi occasionali di durata maggiore trascorsi in attività particolarmente gradite non escludono la diagnosi e anche periodi molto prolungati trascorsi in attività stereotipate possono essere compatibili con la presenza di questo problema). D. Il quadro non è attribuibile ad altri tipi di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico; all'afasia acquisita con epilessia (F80.6); al mutismo elettivo (F94.0); alla sindrome di Rett (F84.2); alla schizofrenia (F20.-).

B. Comportamenti stereotipati e ripetitivi si manifestano con almeno uno dei seguenti aspetti: (1) manierismi motori fissi e frequentemente ripetuti: questi possono implicare sia movimenti complessi di tutto il corpo, sia movimenti parziali quali il battere le mani; (2) ripetizione eccessiva e disfunzionale di attività stereotipate: giocare con un solo oggetto (ad esempio, l'acqua corrente) o rituali (solitari o che coinvolgono altre persone); (3) autolesioni ripetute. È questa una sindrome mal definita di incerta validità nosologica. La categoria è destinata ad un gruppo di bambini con grave ritardo mentale (QI al di sotto di 50) che mostrano gravi problemi di iperattività e di deficit attentivo, così come comportamenti stereotipati. Tali bambini tendono a non beneficiare di farmaci stimolanti (a differenza di

quelli con QI normale) e possono presentare una grave reazione disforica (qualche volta con rallentamento psicomotorio) quando ricevono tali farmaci. Nell'adolescenza, l'iperattività tende ad essere sostituita dall' ipoattività (una caratteristica che non è comune nei bambini ipercinetici con intelligenza normale). Questa sindrome si associa anche con vari deficit dello sviluppo, sia specifici sia globali. Non è chiaro fino a che punto i disturbi comportamentali siano una funzione del basso QI o di un danno organico cerebrale. c. Il QI è inferiore a SO. D. Non vi è compromissione sociale di tipo autistico, cioè il bambino deve mostrare almeno tre dei seguenti aspetti: (1) uso dello sguardo, dell'espressione e della postura per regolare l'interazione sociale appropriato all'età;

(2) rapporti con i coetanei che includono condivisione di interessi, attività, ecc. appropriati all'età; (3) contatti con altre persone, almeno saltuari, per ottenere affetto e conforto; (4) capacità, almeno occasionale, di condividere il divertimento con gli altri; altre forme di compromissione sociale, ad esempio un approccio disinibito con gli estranei, sono compatibili con E. Il quadro non soddisfa i criteri per l'autismo (F84.0 e F84.1), per la sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo (F84.3) e per i disordini ipercinetici (F90 F84.5 Sindrome di Asperger

Si tratta di una sindrome di incerta validità nosologica, caratterizzata dallo stesso tipo di anomalia qualitativa dell'interazione sociale che è proprio dell'autismo, insieme ad un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e di attività. La sindrome differisce dall'autismo in primo luogo perchè non vi è nessun ritardo nel linguaggio o nello sviluppo cognitivo. Questa sindrome è spesso associata a marcata goffaggine. C'è una forte tendenza a persistere nell'adolescenza e nella vita adulta. Nelle fasi precoci della vita adulta si verificano occasionalmente episodi psicotici. Non è presente un ritardo generale clinicamente significativo nell'espressione o produzione del linguaggio o nello sviluppo cognitivo. La diagnosi richiede che l'uso di singole parole si sia sviluppato entro i primi due anni di età e che l'uso di frasi a valenza comunicativa si sia sviluppato entro i primi tre anni di età. L'autosufficienza, l'adattamento all'ambiente e la curiosità per l'ambiente nei primi tre anni debbono essere di un livello adeguato al normale sviluppo intellettuale. Tuttavia, gli stadi dello sviluppo motorio possono essere in qualche misura ritardati ed è frequente una certa goffaggine motoria (sebbene non sia una caratteristica diagnostica necessaria). Sono frequenti, ma non sono necessarie per la diagnosi, particolari abilità isolate, spesso connesse a preoccupazioni anormali. Sono presenti compromissioni qualitative nell'interazione sociale (come nell'autismo). C. Il soggetto presenta un interesse inusualmente intenso e circoscritto o modelli di comportamento interessi e attività limitati, stereotipati e ripetitivi (come nell'autismo; tuttavia, in questa sindrome, sono meno frequenti i manierismi motori o l'interesse per parti di oggetti o per elementi non funzionali dei materiali di gioco). Il quadro non è attribuibile ad altri tipi di sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico; alla schizofrenia simplex (F20.6); alla sindrome schizotipica (F21); alla sindrome ossessivo-compulsiva (F42.-); al disturbo di personalità anancastico (F60.S); al disturbo reattivo e disinibito dell'attaccamento dell'infanzia (rispettivamente, F94.1 e F94.2) F 88 Altre sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico

inclusione: Agnosia evolutiva

F 89 Sindromi e disturbi non specificati da alterato sviluppo psicologico Sindromi ipercinetiche (comprende ADHD) inclusione: Disturbo evolutivo S.A.I.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza codice: F90-F98

F 90.0 Disturbo dell'attività e dell'attenzione

Disturbi ipercinetici

definizione: Gruppo di disturbi caratterizzato da un esordio precoce (di solito nei primi cinque anni di vita), una

mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo ed una tendenza a passare da

un'attività all'altra senza completarne alcuna, insieme ad una attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva.

Possono associarsi diverse altre anomalie. I bambini ipercinetici sono spesso imprudenti e impulsivi, inclini agli

incidenti e vanno incontro a problemi disciplinari per infrazioni dovute a mancanza di riflessioni piuttosto che a

deliberata disobbedienza. I loro rapporti con gli adulti sono spesso socialmente disinibiti, con assenza della

normale cautela e riservatezza. Essi sono impopolari presso gli altri bambini e possono diventare isolati. E'

comune una compromissione cognitiva, e ritardi specifici dello sviluppo motorio e del linguaggio sono

sproporzionalmente frequenti. Complicazioni secondarie includono il comportamento antisociale e la scarsa

autostima.

esclusione: disturbi d'ansia(F41.-)

esclusione: disturbi dell'umore [affettivi](F30-F39)

esclusione: disturbi evolutivi globali(F84.-)

esclusione: schizofrenia(F20.-) F 90.1 Disturbo ipercinetico della condotta

Disturbi della condotta

codice: F91

definizione: Disturbi caratterizzati da una modalità ripetitiva e persistente di condotta antisociale, aggressiva o

provocatoria. Tale comportamento deve condurre a rilevanti violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età;

deve perciò essere più grave delle comuni birichinate infantili o delle ribellioni dell'adolescente e deve comportare

una modalità di comportamento persistente (sei mesi o più). Manifestazioni di un disturbo della condotta possono

anche essere sintomatiche di altre condizioni psichiatriche, nel qual caso si deve codificare la diagnosi di base.

Esempi di comportamento su cui si può basare la diagnosi includono livelli eccessivi di violenza o spaccatura;

crudeltà verso altre persone o animali; gravi danni a proprietà; piromania; furti; persistente comportamento

menzognero; assenza da scuola e fughe da casa; accessi d'ira inusualmente frequenti e violenti; disobbedienza.

Una qualunque di queste manifestazioni, se marcata, è sufficiente per la diagnosi, ma non lo sono gli atti

antisociali isolati.

esclusione: disturbi dell'umore [affettivi](F30-F39)

esclusione: disturbi evolutivi globali(F84.-)

esclusione: schizofrenia(F20.-)

esclusione: quando associati con: disturbi emotivi(F92.-)

esclusione: quando associati con: disturbi ipercinetici(F90.1) F 90.8 Sindrome ipercinetica di altro tipo

F 90.9 Sindrome ipercinetica non specificata

F 92 Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale

definizione: Gruppo di disturbi caratterizzato dalla combinazione di un comportamento persistentemente aggressivo, antisociale o provocatorio con palesi e marcati sintomi di depressione, ansia o altri disturbi emozionali. Devono essere soddisfatti da un lato i criteri per i disturbi della condotta e dell'infanzia (F91.-) e dall'altro quelle per i disturbi emozionali dell'infanzia (F93.-) o le nevrosi di tipo adulto (F40-F48) o un disturbo dell'umore (F30-F39).

F93 Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia

definizione: Accentuazione notevole di alcuni aspetti dello sviluppo normale, piuttosto che

fenomeni di per sè qualitativamente anormali. Il fatto che il disturbo rappresenti un'accentuazione di un aspetto dello sviluppo normale è usato come caratteristica diagnostica essenziale nel definire la differenza tra i disturbi emozionali con esordio caratteristico dell'infanzia e i disturbi nevrotici (F40-F48).

esclusione: quando associati con disturbo della condotta(F92.-)

F 94 Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza - definizione: Gruppo piuttosto eterogeneo di disturbi che hanno in comune anomalità del funzionamento sociale iniziate durante il periodo dello sviluppo, ma che (a differenza dei disturbi evolutivi globali) non sono preminentemente caratterizzati da una incapacità sociale apparentemente costituzionale o da un deficit esteso a tutte le aree del funzionamento. In molti casi gravi distorsioni o privazioni ambientali giocano probabilmente un ruolo eziologico cruciale.

F95 Disturbi a tipo tic - definizione: Sindromi in cui la manifestazione predominante è rappresentata da un tipo di tic. Il tic è un movimento o una produzione vocale involontaria, rapida, ricorrente, non ritmica (di solito coinvolgente gruppi circoscritti di muscoli) che insorge improvvisamente e che non è finalizzata a nessuno scopo apparente. I tic tendono ad essere vissuti come irrefrenabili, ma di solito possono essere soppressi per vari periodi di tempo, sono esacerbati dallo stress e scompaiono durante il sonno. Comuni tic motori semplici comprendono l'ammiccare, il torcere il collo, lo scrollare le spalle e il fare smorfie con la faccia. Comuni tic vocali semplici sono quelli considerati nello schiarirsi la gola, nel tossire, nell'annusare o nel fischiare. Comuni tic motori complessi sono quello consistenti nel colpire se stessi o nel saltare. Comuni tic vocali complessi sono quelli consistenti nel ripetere particolari parole, nell'usare parole socialmente inaccettabili (spesso oscene, coprolalia) e nel ripetere propri suoni o parole (palilalia).

F 98 Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza definizione: Gruppo eterogeneo di disturbi che condividono l'insorgenza nell'infanzia ma per il resto differiscono in molti aspetti. Alcuni di essi rappresentano sindromi ben definite, ma altri non sono che complessi di sintomi che vanno classificati a causa della loro frequenza ed associazione con una compromissione del funzionamento psico-sociale, e perché essi non possono essere inclusi in altre sindromi.

esclusione: attacchi di blocco respiratorio(R06.8)

esclusione: disturbo dell'identità sessuale dell'infanzia(F64.2)

esclusione: sindrome di Kleine-Levin(G47.8)

esclusione: disturbo ossessivo-compulsivo(F42.-)

esclusione: disturbi del sonno dovuti a cause emozionali

COS'È LA PLUSDOTAZIONE?

Una definizione...in breve

La plusdotazione è una dissincronia nello sviluppo nella quale elevate capacità cognitive ed il saper svolgere le attività con notevole intensità, si combinano per formare esperienze interiori ed una consapevolezza che sono differenti dalla norma. Questo loro essere così particolari li rende particolarmente vulnerabili e richiede l'utilizzo di uno stile parentale, di un'educazione e di un metodo d'insegnamento e di counseling particolare al fine di sviluppare appieno il loro potenziale (Columbus Group, 1991).

UNO, NESSUNO E CENTOMILA ...

Non esiste un'unica definizione di plusdotazione che possa comprendere tutti gli aspetti e le componenti che fanno sì che un ragazzo o una ragazza vengano chiamati "plusdotati". Alcuni ricercatori si focalizzano maggiormente sulle capacità intellettive misurate attraverso i diversi test d'intelligenza in uso; altri invece ritengono che debbano essere incluse anche prove più di tipo accademico, come ad esempio i test scolastici; altri invece ritengono che vadano anche considerate le arti (musica, pittura, disegno, ecc.); infine, per quasi tutti è necessario che per parlare di "plusdotazione" siano anche inclusa la creatività, cioè la capacità di creare qualcosa di nuovo e di originale, anche partendo da dati ed informazioni conosciute. Per creare ancora più confusione, si deve dire che tutte queste definizioni non sono in contraddizione una con l'altra, ma sono semplicemente punti di vista differenti, che possono essere utilizzati a seconda del contesto e delle esigenze specifiche.

MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Il modello teorico di riferimento è quello multidimensionale di Heller (1990) per i bambini plusdotati e di talento, che in qualche misura si ricollega a quanto affermato da Willam Stern (1916): "La plusdotazione rappresenta solo una possibilità non è il risultato di per sé". Stern prima e Heller poi mettono in evidenza il fatto che possedere determinate caratteristiche (i "predittori") è una condizione necessaria ma non sufficiente affinché il talento si possa esprimere. Perché questo accada è necessario che sia le caratteristiche di personalità che determinate condizioni ambientali favoriscano lo sviluppo del potenziale e non ne limitino invece la sua

espressione. Quando questi elementi lavorano all'unisono, ecco che il bambino o la bambina avranno la possibilità di esprimere appieno il loro potenziale. Nel lavoro di valutazione diventa quindi cruciale includere non solo gli aspetti più propriamente cognitivi ma anche quelli legati alla personalità e all'ambiente che circonda il soggetto.

MISSION

L'AISTAP nasce il 1 giugno 2010 da un'idea di un gruppo di psicologi e ricercatori che si occupano, da circa un decennio, di plusdotazione, di talento e di sviluppo del potenziale.

L'esigenza di creare un'Associazione è maturata in questi ultimi anni di attività, in cui il confronto con i progetti ed i percorsi realizzati in Europa e nel resto del mondo per intervenire e favorire lo sviluppo degli studenti plusdotati ha messo in evidenza come nel nostro paese manchi un Progetto nazionale sulla plusdotazione, che possa essere una risposta concreta alle necessità di questi studenti che, secondo le stime internazionali, rappresentano una percentuale che varia dal 5% all'8% della popolazione scolastica.

La nostra *mission* è quella di dare la possibilità a questi studenti di poter sviluppare il loro potenziale attraverso la creazione di percorsi di valutazione per il loro riconoscimento e la valorizzazione delle loro abilità; di modelli d'intervento adeguati alle loro esigenze, sia a livello curricolare che extracurricolare; di attività formative per i docenti, specifiche e mirate sul tema della plusdotazione affinché si possano dotare degli strumenti necessari per sviluppare le competenze dei loro studenti; di realizzazione di percorsi curricolari che siano in linea con le abilità e le competenze degli studenti, affinché si possa non solo valorizzare il Capitale Umano del nostro Paese, ma anche ridurre il fenomeno del drop-out scolastico, in quanto le ricerche internazionali dimostrano che una percentuale degli studenti che abbandonano la scuola sono plusdotati.

LIBRI DI INTERESSE GENERALE SULLA PLUSDOTAZIONE IN ITALIANO

- Cairo M. T., (2001). Superdotati e dotati. Itinerari educativi e didattici. Milano: Vita e Pensiero.
- Cian O., a cura di, (1999). Ragazzi dotati e scuola. Per una valorizzazione nella reciprocità. Milano: Unicopli.
- Fabio, R.A., Mainardi, M.C. (2008). Geni e iperdotati mentali. Dinamiche psicologiche e interventi di realizzazione del potenziale. Milano: Franco Angeli.
- Feldman D. H., (1991). Quando la natura fa centro. Torino: Giunti.
- Grubar J. C., Duyme M., Cote S., (2000). Talenti difficili. Comprendere i bambini precoci. Roma: Phoenix.
- Howe M.,(1993). Bambini dotati. Le radici psicologiche del talento. Milano:

Cortina .

- Sansuini S., (1996). L'educazione dei ragazzi precoci, dotati e superdotati. Milano: Franco Angeli.
- Terrassier J.C., (1985). Ragazzi dotati e precocità difficile. Torino: Giunti.