



Università
Ca' Foscari
Venezia



Percorso formativo “Università del volontariato”

Anno 2015/2016

***Titolo: IL CAMMINO DELLA DISABILITÀ: DALLE SCUOLE
SPECIALI A QUELLE INCLUSIVE***

Tesina di: Tosello Luisa



E' un'iniziativa promossa da:



In collaborazione con:



INDICE

Pag.5	INTRODUZIONE, perché questo titolo?
Pag.6	1. UNA STORIA LUNGA E COMPLESSA
Pag.6	1.a Fase dell'esclusione
Pag.7	1.b. Fase della medicalizzazione
Pag.10	1.c Fase dell'inserimento
Pag.11	1.d Fase dell'integrazione
Pag.14	1.e Fase dell'inclusione
Pag.16	1.f Le ultime innovazioni legislative
Pag.17	2. STRUMENTI FONDAMENTALI PER L'INSERIMENTO SCOLASTICO
Pag.17	2.a Diagnosi Funzionale
Pag.18	2.b Piano Dinamico Funzionale
Pag.18	2.c Piano Educativo Individualizzato
Pag.19	2.d IC – 10 e ICF, sigle significative
Pag.20	3. UN'ESPERIENZA SPECIALE
Pag.23	4. DOMANDE PER I GIORNI CHE VERRANNO
Pag.24	NOTE
Pag.25	BIBLIOGRAFIA
Pag.25	SITOGRAFIA

INTRODUZIONE, perché questo titolo?

Non è stato semplice trovare una traccia che fosse una sintesi fra l'esperienza di vita personale ed il percorso formativo seguito nell'ambito di questo progetto.

Quando ho iniziato il percorso dell'Università del Volontariato l'ho fatto con curiosità, con desiderio di apprendere, con voglia di comprendere meglio il mondo del Volontariato e gli aspetti che lo fondano: era una proposta formativa interessante che sicuramente mi avrebbe arricchito personalmente; non potevo immaginare che esperienza coinvolgente, competente e profonda sarebbe stata!

Un tema che sento pressante, che mi interpella sotto tanti aspetti è sicuramente il rapporto che si viene a creare fra umanità, possibilità e prospettive dei bambini con disabilità e il mondo della scuola che li accoglie, li educa, li forma e li fa entrare a far parte della comunità scolastica prima e sociale poi.

La mia inquietudine risponde ad una domanda personale, mio figlio, il più piccolo, che oramai ha undici anni, è un bambino disabile che sta facendo il suo percorso nel mondo della scuola, mettendo in campo i suoi talenti, con i suoi tempi, con difficoltà e risorse che sono speciali e tipicamente sue.

Le risposte che vorrei trovare a queste domande che si rincorrono nella mia mente è importante che non siano solo per me. Sono risposte che diventano parte integrante del mio pensiero, che contribuiscono in un certo senso a razionalizzare quella che è un'esperienza umana forte, impellente e talvolta irrazionale, che mi fanno comprendere il perché delle cose, degli eventi, delle scelte che poi vengono fatte da me e dalle persone che con me creano la rete della presa in carico del mio ragazzo. Ma cosa c'entra questa mia ricerca di conoscenza con la scuola ed il percorso della disabilità nella sua storia e nel suo presente?

Credo che l'istituzione scolastica sia realmente parte dello specchio della società che siamo, del modo di pensare e interpretare la vita sociale nel suo divenire, **la traduzione materiale del nostro pensiero sociale che si fa' educazione.** Attraverso i ragazzi che la frequentano e che portano a loro volta il loro modo di vivere, elaborare e relazionarsi, l'istituzione "scuola" si trova a dover far sintesi fra allievi tutti diversi, fra insegnanti con linee didattiche ed educative differenti, fra genitori che partecipano, delegano, interagiscono, mettono in discussione, per parlare dei soli attori principali.

In prima battuta mi sono chiesta: ma perché in Italia la scuola "normale" rappresenta l'unica strada formativa ed educativa per i nostri ragazzi speciali? Non è sempre stato così e anche adesso non è

così nella maggioranza degli Stati del mondo. È sicuramente il frutto di un lungo cammino: l'integrazione sociale e scolastica dei disabili non è un fatto scontato, ma è il risultato di un percorso culturale lento, complesso, che rispecchia il pensiero che evolve nella società rispetto a questo tema e al valore che si attribuisce alla persona stessa. È una ricchezza in termini di umanità l'integrazione scolastica dei bambini "speciali" che va messa in risalto e che con i suoi chiaro-scuro testimonia la complessità dei nostri tempi.

1.UNA STORIA LUNGA E COMPLESSA

Sono quasi quarant'anni che l'inserimento scolastico è un dato di fatto nell'ordinamento giuridico e scolastico italiano, ma la legge 517/1977 è stata una tappa nel lungo percorso di questa realtà, che riscontriamo realizzata in pochi paesi, ma di cui l'Italia è un paese all'avanguardia. Possiamo, per schematizzare meglio il percorso, suddividere le fasi storiche che hanno caratterizzato nel tempo questo "cammino":

- Fase dell'esclusione sociale;
- Fase della medicalizzazione;
- Fase dell'inserimento;
- Fase dell'integrazione;
- Fase dell'inclusione.

1.a Fase dell'esclusione

Il percorso legislativo che riguarda l'inserimento dei disabili in ambito scolastico in Italia possiamo dire che inizi nel 1923 con l'approvazione della "Legge Gentile", in questa legge si nominano per la prima volta i "minorati", si prevede *"l'obbligo scolastico è esteso ai ciechi ed ai sordomuti che non presentino altra anormalità che ne impedisca l'ottemperanza,"* (R. D., 3/12/1923, n. 3126), la frequenza questi portatori di handicap avveniva in scuole appositamente istituite.

Nel 1928, col RD 1297, art. 415, furono create le classi differenziali per gli allievi con lievi ritardi, ospitate nei normali plessi scolastici e le scuole speciali per sordi, ciechi e "anormali" psichici, situati in plessi distinti. Per i casi più gravi erano previsti istituti di ricovero, con lunghi soggiorni in cui gli allievi vivevano separati dalle famiglie. Le classi differenziali erano però destinate anche agli allievi con problemi di condotta, disagio sociale e/o familiare.

Alla base di queste azioni vi era **la logica dell'esclusione che si esprimeva in due comportamenti: il rifiuto della presenza della persona disabile nella scuola pubblica e la delega dello Stato ad altri**, nell'ottica per cui lo stesso non dovesse intervenire in campo educativo, nemmeno nella creazione delle scuole speciali. Le persone disabili erano esistenti però, per cui i grandi Comuni ed enti caritatevoli si occuparono di essi, facendo ciò che lo Stato non aveva intenzione di fare. Nel 1933, (RD786/33), lo Stato interviene ma lo fa ancora in modo da rafforzare l'esclusione e la delega alle altre istituzioni dando la facoltà alle scuole speciali di operare in forma privata e in regime di convenzione. Significativamente si può dire che "fu l'iniziativa locale, cioè quella che vive più da vicino i problemi della gente, a rilevare la necessità di provvedere in modo congruo ai bisogni educativi dei giovani", (Zelioti, 1978, p.16).

Non credo sia illogico pensare che, se l'élite sociale del tempo la pensava ed agiva in continuità con questa linea culturale escludente, a livello delle classi più povere e meno istruite il modo di pensare fosse ancora più segregante, figlio dei pensieri atavici che da sempre hanno accompagnato gli "anormali", inutili da un punto di vista lavorativo, incomprensibili nella loro esistenza, privi di valore in quanto menomati o ancor peggio psichicamente anomali. A tal proposito mi torna in mente un detto popolare delle nostre campagne venete: "*tuti i ride del mato in piassa, ma nesun vol ch'el sia dea so rassa*", (tutti ridono del matto in piazza, ma nessuno vuole che egli sia della sua razza), a sintesi **dello stigma sociale legato alla condizione di diversità, alla vergogna di avere un qualsiasi tipo di anormalità in famiglia, frutto di chissà quale colpa.**

1.b Fase della medicalizzazione

Gli anni Sessanta portarono un cambiamento significativo da parte dello Stato che interviene, sempre più, in modo diretto nell'ambito di intervento della disabilità. La CM 4525 del 9/07/1962 enuncia: "*Le scuole destinate ad accogliere tali alunni, (disabili), dovranno essere opportunamente incrementate, restando inteso, però, che la selezione degli educandi dovrà essere accuratissima, e tale, in ogni caso, da escludere scolari che possono trarre profitto da un buon insegnamento nelle scuole comuni*".

La legge n. 1859 del 31 dicembre 1962 stabilisce all'articolo 12 che "*possono essere istituite classi differenziali per gli alunni disadattati scolastici*": esse possono avere un calendario speciale con appositi programmi e orari di insegnamento.

Cinque anni dopo, il DPR n. 1518 del 22 dicembre 1967, stabilisce che "*soggetti che presentano anomalie o anormalità somato-psichiche che non consentono la regolare frequenza nelle scuole*

comuni e che abbisognano di particolare trattamento e assistenza medico-didattica sono indirizzati alle scuole speciali. I soggetti ipodotati intellettuali non gravi, disadattati ambientali, o soggetti con anomalie del comportamento, per i quali possa prevedersi il reinserimento nella scuola comune sono indirizzati alle classi differenziali”.

Questa azione di istituzione delle scuole speciali e delle classi differenziali rispecchia un cambiamento di logica: **la disabilità viene percepita come malattia sociale e l’approccio è di tipo medico**, (Meazzini, 1978). **L’attenzione è sul deficit della persona**, il difetto diviene il soggetto da guarire con un **approccio specialistico-medico**. Il medico che determina la patologia permette alla scuola di classificare l’alunno, in un certo senso lo etichetta, e permette all’insegnante di far rientrare il bambino all’interno della classe inquadrandolo in uno schema rigido in cui c’è bisogno dell’intervento dello specialista per intervenire sull’alunno, facendo sì che il docente si assuma una minor responsabilità educativa nei confronti del soggetto handicappato. **Sembra quasi che alla diagnosi del medico non vi sia rimedio**, non ci si aspetta un’evoluzione diversa da quella enunciata dallo specialista inducendo l’insegnante a una rassegnata rinuncia di azione.

La logica sanitaria e il recupero riabilitativo avevano preminenza sulla didattica, in quanto si dava più rilievo alla mancanza di funzionalità che all’handicap e all’emarginazione conseguenti la disabilità. L’organizzazione della scuola stessa non aveva introdotto il lavoro collegiale, la figura centrale dell’insegnamento era l’insegnante unico il quale aveva la responsabilità educativa e didattica della sua classe, non si era ancora giunti a forme di partecipazione. L’istituzione scolastica svolgeva il suo ruolo applicando delle regole inflessibili che venivano elevate a dogmi pedagogici e **la diversità degli alunni disabili era avvertita come una minaccia alla routine consolidata della vita in classe.**

Era l’insegnante che segnalava la minorazione dell’alunno al direttore didattico, il quale, dopo che le autorità sanitarie avevano accertato il tipo di minorazione, provvedeva all’invio dell’alunno alla scuola speciale corrispondente. La certificazione medica diventava il titolo che veniva usato per demandare alle scuole speciali la presa in carico del ragazzo con difficoltà. Pensate che conflitto, in termini umani, si veniva a creare fra la scuola che individuava i casi problematici e le famiglie che avevano il terrore dello stigma sociale derivante dall’accertamento medico della disabilità!

Le scuole speciali registrano, in questa fase, un incremento quantitativo significativo passando dalle 210 unità dell’a.s. 1956/57, alle 790 unità dell’a.s. 1967/68 e raggiungendo l’apice della diffusione nell’a.s. 1973/74, in cui si registra la presenza di ben 1453 istituti.(1)

Il loro incremento quantitativo non ha, spesso, lo stesso incremento qualitativo mostrando *“carenze e insufficienze nella preparazione del personale docente, nell’opera delle èquipe specialistiche, nei locali e nei materiali”*, (Sagramola, 1989, p.22).

Nell’ambito della medicina, invece, vi era un fermento di ricerca accentuato e la figura del Neuropsichiatra Infantile si affermava in qualità di specialista di riferimento per la crescita globale dei piccoli bambini disabili, l’approccio era sia di tipo neurologico-psicologico che di tipo educativo. Il Dottor G. Bollea, neuropsichiatra infantile di fama mondiale, ha sostenuto con forza dalla sua cattedra universitaria, formando i neuropsichiatri che adesso seguono i nostri bambini, che *“la scuola è un’unità didattica formativa per tutti [...]. Il bambino normale deve vivere a contatto del bambino che noi chiamiamo ancora <<anormale>>, che ha una sua normalità, [...] un suo livello di comunicazione, che ha una sua personalità [...], con cui noi non riusciamo a relazionare, perché non abbiamo mai cercato come e in che modo possiamo inserirci a quel livello e tipo di comunicazione”*, (Bollea, 1970).

La **relazione fra neuropsichiatria infantile ed educazione è stretta**. Come pensare, ad esempio, ad un intervento riabilitativo in un bimbo con disagio mentale che non abbia ricadute nell’ambiente scolastico che lo accoglie e che è tenuto a seguire, insieme alla famiglia, le metodiche e le strategie indicate dal medico volte alla promozione dell’alunno stesso? Non si possono dividere gli aspetti di figlio, alunno, disabile, amico, fratello, compagno di giochi, coetaneo, compagno di classe tipici di un individuo in età evolutiva. Sono necessari dei “facilitatori” che collaborino affinché l’integrazione a scuola abbia successo: *“il maestro e il professore saranno sempre i più importanti elementi integranti, ma pares inter pares essi parteciperanno al complesso atto educativo insieme [...] al medico scolastico, all’èquipe formata dal pedopsichiatra, l’assistente sociale, lo psicologo,, i tecnici della riabilitazione,[...] oltre a una serie di consulenti [...]”*, (Bollea, 1970).

Quanto agli operatori che assistevano i “minorati” venivano formati nelle “scuole di metodo” quando erano destinati al trattamento dei minorati dell’udito e della vista senza minorazioni aggiuntive. Nel caso di minorazioni di tipo psico-motorio erano previsti corsi di fisiopatologia dello sviluppo fisico e psichico di breve durata, in base all’art.404 del RD n. 1297 del 1928.

Fu il movimento ideologico-politico del Sessantotto a dare uno scossone allo stato delle cose proponendo una visione diversa rispetto a quella tradizionale: si cominciò una “de-istituzionalizzazione” che era il risultato di un ripensamento generale delle strutture sociali, si assistette ad un intenso dibattito pedagogico. Vi era una tensione sociale generale alla democratizzazione dell’insegnamento. La scuola tradizionale veniva criticata per il nozionismo, per

la passivizzazione degli studenti, per la conservazione di un sistema formativo elitario rivolto a chi deteneva il potere economico e politico, incapace di promuovere, socialmente e culturalmente, le classi sociali più deboli.

1.c La fase dell'inserimento

La scuola diventata nel frattempo di massa, in quanto la scolarizzazione e la formazione erano entrate a far parte delle aspettative di miglioramento socio-economico delle famiglie, non aveva, però, ancora strumenti pedagogici adeguati all'inserimento dei ragazzi con handicap. **L'istituzione scolastica non era in grado di far fronte alla selezione della popolazione scolastica** senza creare disuguaglianze, tramite le bocciature, **ed all'esclusione del diverso**, tramite l'invio alle scuole speciali e alle classi differenziali. La società che circondava la scuola pensava che la stessa non fosse investita dell'unico ruolo di istruzione disciplinare ma avesse una funzione socializzante più ampia e che il tempo scuola della sola mattinata non bastasse per realizzare questo compito. Gli insegnanti stessi venivano chiamati a sviluppare una dimensione sociale, di collegialità e di condivisione delle responsabilità sino ad arrivare all'introduzione nel 1974 degli Organi Collegiali, (DPR 417-418-419/74). Da un punto di vista economico erano gli anni dello sviluppo industriale, le risorse erano disponibili per finanziare questa progettualità culturale, formativa ed educativa.

L'art. 28 della legge 118/71 detta le **prime norme che sanciscono** chiaramente **il diritto dei disabili a frequentare la scuola pubblica**: *“L'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della Scuola Pubblica, salvo i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi”*. La seconda parte dell'articolo però venne a lungo utilizzata per escludere dall'integrazione scolastica i bambini disabili. Vengono scarsamente realizzati interventi che facilitino l'inserimento, per esempio l'eliminazione delle barriere architettoniche, mancano gli insegnanti specializzati, la sensibilizzazione sociale sul tema è carente e si scontra con un tessuto culturale che fa ancora fatica ad accettare la “diversità” come normalità della popolazione umana. **L'inserimento veniva fatto in modo “selvaggio”**, ottimisticamente **si arrivava a pensare che fosse sufficiente inserire il ragazzo handicappato in classe per far sì che egli ne traesse beneficio**, purtroppo **mancavano metodi e strategie** che agevolassero l'inserimento in chiave integrativa e **la socializzazione fra pari andava formata e incentivata**, trasmettendo i valori di accettazione dell'altro che seppur diverso presentava la medesima dignità.

1.d La fase dell'integrazione

Nel “**Documento Falcucci**” del 1975 si gettarono le basi della futura scuola e ancor oggi viene definito la Magna Carta in questo ambito. È il documento in cui si dichiarava che **i ragazzi con handicap erano i protagonisti della propria crescita**, dove **si volevano favorire le potenzialità preesistenti** con opportuni interventi didattici individuali, si scoprivano nuovi linguaggi espressivi, si riconosceva la presenza di “*un'intelligenza sensorio-motrice e pratica*” accanto a quella classica “*logico-astrattiva*”. Le indicazioni erano anche di ordine pratico: **scuole a tempo pieno e accessibili**, con un **ridotto numero di alunni per classe**, (15-20), con plessi non eccessivamente popolosi, **con personale docente specializzato** coadiuvato da équipe socio-medico-psicologiche. Vi sono, purtroppo, ancora alcune indicazioni sulle scuole speciali per minorati motori e psichici gravi: non si parla ancora di integrazione scolastica integrale, ma in questo documento si delineano le basi culturali e le fondamenta per il successivo passaggio all'inserimento scolastico per come lo intendiamo ora.

Con la legge 517 del 1977, venne reso effettivo l'inserimento a scuola dei bambini disabili e in merito alla tematica della disabilità **venivano abolite le classi differenziali e di aggiornamento previste dalle leggi del 1962**, si definiva il **ruolo degli insegnanti di sostegno**, le classi che accoglievano un portatore di handicap non dovevano superare le venti unità e dovevano avvalersi di un servizio socio-psico-pedagogico. È significativo il fatto che questi cambiamenti rientravano in un cambiamento di portata più ampia, che investiva l'intera istituzione scolastica, che **andò a migliorare la vita scolastica di tutti gli alunni** mettendoli al centro dell'interesse formativo, individualizzando l'intervento pedagogico in modo da rispettare e sfruttare meglio le caratteristiche personali di ogni allievo e si sostituì la valutazione con i voti, (la classica pagella), con la **scheda di valutazione** che dava un respiro maggiore alla descrizione dello studente. Gli insegnanti venivano indotti a lavorare in collegamento fra loro, uscendo dalla “solitudine” del proprio ruolo nella classe. La programmazione delle attività educative veniva definita a livello del Consiglio d'Istituto dove le componenti erano il preside, i rappresentanti dei docenti, i rappresentanti del personale amministrativo/tecnico/ausiliario e dai rappresentanti dei genitori. In particolare bisogna sottolineare che **i cambiamenti apportati per la frequenza scolastica dei disabili non vengono trattati** in un ambito specifico della legge ma **in modo integrato**, collocando questo inserimento quale parte integrante della trasformazione che investiva la scuola, portando la stessa verso una visione inclusiva delle diversità. Altra tappa importantissima per l'inserimento a scuola dei ragazzi disabili fu la **definizione del ruolo dell'insegnante di sostegno, specificamente preparato nelle tecniche didattiche differenziali adeguate ai vari tipi di disabilità**, il quale deve essere presente

in classe per aiutare l'alunno nello svolgimento delle attività didattiche previste dal programma scolastico, (in base al DPR 970/77).

È la Corte Costituzionale con la sentenza 215/87 che sancisce definitivamente il diritto dei portatori di handicap a frequentare le scuole di ogni ordine e grado.

Tutto questo non avveniva slegato dalla realtà socio-culturale del tempo, in particolare **le Associazioni sorte a tutela dei disabili**, (Ente Nazionale Sordomuti, Unione Italiana Ciechi, Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili), **insieme alle Associazioni dei familiari dei disabili**, (Associazione Italiana Assistenza Spastici, Associazione Nazionale Famiglie Fanciulli Subnormali), diffondevano la positività dell'integrazione scolastica, incrementando le azioni che **sottolineavano l'evoluzione qualitativamente positiva della società in quanto maggiormente attenta ai bisogni dei più deboli**. L'Anno Internazionale delle Persone con Disabilità del 1981 contribuì a sensibilizzare la cultura sociale verso le tematiche della disabilità e dei suoi molteplici aspetti, da esso prese inizio un decennio di sensibilizzazione a livello mondiale che contribuì a creare nel tempo una maggiore attenzione verso queste tematiche.

I dati statistici della frequenza scolastica degli alunni con disabilità confermano che l'integrazione scolastica aumentò quantitativamente a conferma di ciò le scuole speciali si ridussero di numero passando dalle 1453 unità dell'a.s. 1974/75, alle 1188 unità nell'a.s. 1976/77 alle 348 unità dell'a.s. 1986/87, con un calo degli alunni ivi inseriti di ben il 78%. (2)

La legge 104 del 1992 intitolata “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con handicap” è una tappa fondamentale dal punto di vista legislativo ma anche, e soprattutto, da un punto di vista dell'integrazione alla vita delle persone con disabilità.

Con questa legge si vogliono colmare lacune presenti nella legislazione precedente, chiarire il ruolo dei vari enti coinvolti, **tradurre in termini esigibili le dichiarazioni di principio**. E' una legge-quadro in cui si dichiara che **“c'è il diritto al raggiungimento della massima autonomia per tutte le persone in situazione di handicap, superando l'equazione persona disabile = soggetto da assistere”**.

Nelle sue finalità vengono garantiti **“il pieno rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà e autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società”**, si intendono **“promuovere e prevenire le condizioni invalidanti, (...) si persegue il recupero funzionale e sociale della persona disabile”** e si

“predispongono interventi volti a superare gli stati di emarginazione ed esclusione sociale della persona con handicap”.

Viene definito chi è la persona disabile: *“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”*, si definisce chi accerterà la disabilità e **all’art. 3** si parla della **gravità** della disabilità e di come essa comporti una *“priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici”*. Questa legge dà ancora oggi le linee guida da seguire ed applicare anche se il grado di discrezionalità è abbastanza ampio: in diversi articoli si prevede che gli enti “possono” adottare provvedimenti, iniziative e stanziamenti mentre sarebbe stato preferibile “debbono” o “garantiscono” tali azioni.

Da questo testo fondamentale per la vita dei disabili derivano dei documenti basilari per l’inserimento a scuola, di ogni ordine e grado, dei bambini portatori di handicap: la **Diagnosi Funzionale, il Piano Dinamico Funzionale ed il Piano Educativo Individualizzato**, è il DPR 24/02/1994, *“Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap in relazione alla predisposizione della Diagnosi Funzionale, del Profilo Dinamico-Funzionale e del Piano Educativo Individualizzato”*, che stabilisce la stesura dei **documenti che sono una “carta di identità”** dell’alunno disabile, in linea con quanto prescritto dalla 104/92, art. 12, commi 5 e 6.

Dalla legge 104/92 deriva **la legge 68/99 che prevede l’inserimento lavorativo obbligatorio delle persone con disabilità**, (con percentuale di invalidità compresa fra 46% e 66%), in enti pubblici ed imprese private con un “collocamento lavorativo mirato” in continuità col progetto educativo di inclusione scolastica che preveda alternanza con la scuola e che tenga conto della tipologia di minorazione del soggetto. La legge 104/92 ha subito, una ulteriore, **integrazione nel 1999, che prevede, per i disabili che abbiano conseguito l’idoneo titolo, l’accesso all’istruzione universitaria** concordando con i docenti i contenuti dei programmi e le modalità di svolgimento degli esami; in ogni ateneo deve esserci la presenza di un docente incaricato all’accoglienza dei studenti disabili e debbono esservi i “tutor”, dei pari che affiancano i ragazzi nel loro percorso scolastico e nelle difficoltà organizzative correlate alla frequenza universitaria; infine è stato previsto l’abbattimento delle barriere architettoniche.

1.e Fase dell'inclusione

La Convenzione O.N.U. del 2007, enuncia fra i suoi scopi “*promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità*”, e nel campo educativo “*gli Stati Parti garantiscono un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l’arco della vita*”.

Si procede, quindi, verso **una logica**, rispetto alla presenza dei disabili nella scuola, **volta all’inclusione**. Vale la pena fare il punto della situazione sui termini:

- **Inserimento scolastico:** è il riconoscimento del diritto alle persone con disabilità ad avere un posto all’interno della scuola, un inserimento giuridico e fisico senza intervenire sulla qualità della loro presenza;
- **Integrazione scolastica:** garantisce, o tenta di farlo, il rispetto dei bisogni educativi di tutti gli alunni, attraverso la qualità e la flessibilità degli interventi di programmazione, di organizzazione e di didattica;
- **Inclusione scolastica:** l’inclusione fa riferimento “*alle varie prassi di risposta individualizzata realizzate su tutti i vari bisogni educativi di tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali, l’integrazione fa riferimento specificamente ai disabili mentre l’inclusione riguarda i bisogni di tutti gli alunni. Valutando, infatti, tutti i Bisogni Educativi Speciali nasce l’esigenza di rispondere in modo inclusivo, considerando e dando dignità a tutti i bisogni di tutti gli alunni. Una risposta realmente inclusiva è una risposta individualizzata quanto necessario*, (Ianes, 2005, p.71).

La pubblicazione de’ “*Linee Guida per l’integrazione scolastica degli alunni con disabilità*” nel 2009, detta anche “*riforma Gelmini*”, illustra la “*storia*” legislativa delle leggi che sono intervenute sul sistema scolastico sino a quel momento; richiama la ratifica da parte dell’Italia della Convenzione O.N.U. riguardante i diritti umani della persona con disabilità, “*il diritto all’istruzione (...) senza discriminazioni e su base di pari opportunità*” garantendo “*un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l’arco della vita*”, identifica nell’**I.C.F.** (Classificazione Internazionale del Funzionamento), la **base di partenza per tutte le azioni da intraprendere per facilitare l’inclusione educativa** in quanto esso rappresenta una sintesi della persona disabile dal punto di vista del suo funzionamento/disabilità integrato ai fattori contestuali in cui vive la persona.

Si focalizzano il ruolo di garante dell'integrazione scolastica svolto dal dirigente scolastico, l'obbligo dell'istituzione del Gruppo Lavoro Handicap, (GLH), la piena integrazione fra l'insegnante prevalente e l'insegnante di sostegno, l'alleanza fra scuola, servizi e famiglia e la responsabilizzazione di tutto il personale docente e non docente.

“Il Piano dell’Offerta Formativa, (POF), è inclusivo quando prevede nella quotidianità delle azioni da compiere, degli interventi da adottare e dei progetti da realizzare la possibilità di dare **risposte precise ad esigenze educative individuali**; (...), la presenza degli alunni disabili non è un **incidente** di percorso (...) ma un evento che chiede una riorganizzazione del sistema, (...) e che rappresenta un’occasione di crescita per tutti (legge Gelmini).

Successivamente viene varata la legge 89/2009 che obbliga all'iscrizione alla classe prima della scuola primaria tutti i bambini al compimento dei sei anni di età, (tranne rare deroghe per giustificati motivi, peraltro difficili da documentare), ciò per evitare differenze di età nella classe, per agevolare la relazione tra pari in modo da favorire la crescita negli apprendimenti, nella comunicazione e nelle relazioni fra coetanei. **I motivi di salute, nel caso dei bambini disabili, non sono causa sufficiente di rinvio della frequenza scolastica** in quanto è lo stato normale ad essere alterato, per cui anche per loro vi deve essere un motivo straordinario per l'accesso in ritardo alla classe prima della scuola primaria.

È vero che la legge Gelmini parla di inclusione scolastica e che gli scopi della legge sono teoricamente volti all'inclusione, purtroppo, la sensazione, (anche a posteriori), è che sia stata una manovra dettata in larga parte da motivi di natura economica, le risorse messe a disposizione del Ministero dell'Istruzione sono da sempre risicate. Il numero degli alunni per classe è stato via via innalzato, la scelta dell' insegnante prevalente nella scuola primaria, gli insegnanti di sostegno che vengono di norma previsti con un rapporto 1:2 con gli studenti disabili, i Bisogni Educativi Speciali che sono in crescita numerica: il tutto ha come risultato che le classi divengono complesse da gestire se si vuole seguire tutti nel modo più individuale possibile ... e sempre più spesso i genitori degli studenti disabili ricorrono alla magistratura per vedere riconosciuto il diritto allo studio dei propri ragazzi.

Se le risorse scarseggiano come si reperiscono gli strumenti per sostenere i bisogni individuali di tutti gli alunni?

1.f Le ultime innovazioni legislative

Nel 2010 la legge 170 riconosce e detta le strategie di intervento per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, (DSA) e la CM 27/12/ 2013 si interessa di intervenire e responsabilizzare la comunità educante rispetto ai Bisogni Educativi Speciali e che vanno a comprendere *“svantaggio sociale e culturale, DSA, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana”*, in seguito all'immigrazione degli ultimi anni la popolazione non è più totalmente nativa italoфона e la matrice culturale è differente in modo significativo.

L'ultimo intervento in ambito scolastico dal punto di vista legislativo, che è in via di applicazione, si ha con la legge della Buona Scuola N°107/2015, *“Riforma del sistema nazionale di istruzione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti”*, che per quanto riguarda il tema della disabilità punta:

- a ridefinire il ruolo del personale docente di sostegno pensando *“all’ istituzione di appositi percorsi di formazione universitaria”*; e a garantire la continuità del diritto allo studio dei ragazzi disabili, in modo da poter avere lo stesso insegnante per l'intero grado di istruzione;
- a individuare livelli essenziali delle prestazioni scolastiche, sanitarie e sociali, *“tenuto conto dei diversi livelli di competenza istituzionale”*;
- a valutare l'inclusione scolastica dal punto di vista qualitativo e a verificare lo stato di disabilità con criteri aggiornati, moderni, scientificamente validati;
- all'obbligo della formazione iniziale o in corso del servizio per i dirigenti scolastici, del personale docente e del personale tecnico amministrativo, tecnico e ausiliario;
- a garantire l'istruzione domiciliare per gli alunni *“che si trovano nelle condizioni previste dall'art. 12, comma 9, della 104/92”*.

Personalmente mi lascia molto perplessa questo ultimo punto della Buona Scuola, in quanto l'istruzione domiciliare è, a mio avviso, un'azione che tende a isolare l'alunno e la sua famiglia ancora di più. Sicuramente le relazioni dell'allievo con i pari sono inesistenti nel caso sia seguito al proprio domicilio, il carico educativo - assistenziale viene a gravare in massima parte sulla famiglia, famiglia che in questo tempo si sta rivelando sempre più fragile. La crisi economica che stiamo vivendo incide sulla qualità della vita di tutti i cittadini, non si trova facilmente lavoro, conciliare le realizzazioni personali con la vita familiare sembra sempre più complicato: trovare l'equilibrio in questo contesto non è decisamente facile. Pensate a quanto destabilizzante è l'arrivo di un bambino con disabilità in una famiglia che non riesce per i sopracitati motivi ad avere una progettualità sul medio - lungo periodo!

Altro aspetto che potrebbe presentare delle criticità è quello relativo all'assunzione degli insegnanti di sostegno abilitati e formati in un percorso universitario specifico: per assicurare la continuità didattica – educativa bisognerà pensare ad un vincolo per impedire il passaggio ad altre classi di insegnamento dopo essere entrati in ruolo come insegnanti di sostegno, ambito in cui vi è una maggiore disponibilità di posti docenza.

2. STRUMENTI FONDAMENTALI PER L'INSERIMENTO SCOLASTICO

Sono supporti necessari in quanto descrivono la persona che intraprende la frequenza scolastica e non solo, la vita quotidianamente speciale tipica dei nostri ragazzi.

2.a Diagnosi Funzionale

La Diagnosi Funzionale (DF), è un documento che riporta la **descrizione dettagliata della compromissione funzionale e dello stato psico-fisico del bambino**, viene strutturato un profilo in cui vengono considerate le capacità, le potenzialità e difficoltà dello sviluppo; è un atto sanitario medico-legale e è utile all'Amministrazione Scolastica per la richiesta dell'insegnante di sostegno. La stesura della DF, secondo la legge 104/92, compete all'unità multidisciplinare, (Unità Valutativa Multi Disciplinare, UVMD) composta da uno specialista nella patologia segnalata, da un Neuro-Psichiatra Infantile, dal terapeuta della riabilitazione e dall'assistente sociale. La DF riporta i dati anagrafici del bambino, la composizione del nucleo familiare di appartenenza, l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, la diagnosi clinica redatta dallo specialista nella patologia segnalata, la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale. La DF è la fonte di importanti informazioni sulle potenzialità del soggetto in ordine ai seguenti aspetti e relative componenti:

- a) aspetto cognitivo: sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;
- b) aspetto affettivo - relazionale: livello di autostima e rapporto con gli altri;
- c) aspetto linguistico: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
- d) aspetto sensoriale: tipo e grado di deficit, con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;
- e) aspetto motorio - prassico: motricità globale e motricità fine;
- f) aspetto neuropsicologico: memoria, attenzione e organizzazione spazio-temporale;
- g) aspetto dell'autonomia personale e sociale.

E', in ogni caso, un documento di tipo sanitario ed è per questo che l'uso dell'ICF appare utile per definire un quadro articolato dei punti di forza e di debolezza del bambino.

2.b Profilo Dinamico Funzionale

Il Profilo Dinamico Funzionale, (PDF), viene redatto dopo un periodo di frequenza scolastica a partire dai dati derivanti dalla DF, lo redige un gruppo di lavoro misto composto dall'UVMD, dai docenti curricolari e di sostegno nonché dai genitori e **indica in via prioritaria “il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi, (sei mesi), e nei tempi medi, (due anni), (DPR 24/02/1994, art.4).**

E' un documento soggetto che viene rivisto alla fine di ogni ordine di frequenza scolastica in modo da dare precise indicazioni rispetto le tappe di evoluzione raggiunte e da indicare gli obiettivi futuri da raggiungere. Le aree prese in considerazione dal PDF sono reciproche agli aspetti della DF, per cui avremo un'area cognitiva, un'area affettivo-relazionale, un'area linguistica, un'area sensoriale, un'area motorio-prassica, un'area neuropsicologica e un'area dell'autonomia personale e sociale. E' un documento dinamico in quanto viene rivalutato periodicamente e permette di valutare in senso longitudinale lo sviluppo dell'alunno.

2.c Piano Educativo Individualizzato

Il Piano Educativo Individualizzato, (PEI), è **il documento preposto alla descrizione degli interventi integrati ed equilibrati tra loro che vengono stabiliti per l'alunno con disabilità,** riferiti ad un determinato periodo di tempo, in modo da realizzare il diritto all'educazione ed allo studio previsto dalla legge 104/92.

In base alla legge 24/02/1994 viene redatto dagli insegnanti curricolari e di sostegno, dagli specialisti della Asl e dagli operatori dei servizi sociali in collaborazione con la famiglia facendo riferimento alla DF e al PDF dell'alunno. Si individuano in questa sede i compiti delle diverse istituzioni coinvolte, in modo da definire unitariamente le linee guida dell'intervento educativo, delle metodiche didattiche da usare e i criteri di valutazione da applicare all'intero processo di insegnamento- apprendimento.

Anche il PEI ha carattere dinamico in modo da adeguarsi all'evoluzione dell'alunno in base agli esiti delle verifiche formative. Strutturare bene il PEI pone le basi per il successo dell'inserimento

dell'alunno disabile nella comunità classe, nel mondo del lavoro con l'alternanza scuola-lavoro nella vita futura della persona al centro di questo percorso di sviluppo. La collaborazione fra i docenti curricolari e insegnante di sostegno sono fondamentali per l'attuazione concreta e positiva del PEI e delle strategie in esso contenute. Integrando gli obiettivi del PEI con l'analisi della situazione della classe si cerca il punto di incontro tra gli obiettivi dell'alunno con handicap con quelli curricolari previsti per la classe che accoglie; alcuni interventi che fungono da contatto sono l'apprendimento cooperativo, il tutoring, le reti informali di amicizia e di aiuto fra gli studenti.

2.d IC -10 e ICF, sigle significative

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali, (malattie, disturbi, lesioni etc..) sono classificate nell'**IC – 10**, (Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, OMS1992) che considera un modello di classificazione basato sulle cause di malattia.

Nel caso di persone con deficit intellettivo non si è rivelato adeguato per cui nel 1996, in seguito a studi teorici e clinico-sociali approfonditi, si sono pubblicate le prime linee guida per la diagnosi dei disturbi mentali e fisici nei pazienti con ritardo mentale con il titolo: **ICD – 10 Guida per il ritardo mentale**, (ICD – 10 R). Per essere completi nell'informazione bisogna menzionare anche il DSM – IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, approvato dall'American Psychiatric Association nel 1999. DSM – IV e ICD – 10, pur appartenendo a due scuole di pensiero psichiatrico, (americano ed europeo), sono compatibili fra loro.

L'ICF è il sistema di classificazione licenziato dall'OMS nel 2001, intitolato *International Classification of Functioning, Disability and Health*, (ICF). Lo **scopo dell'ICF è quello di fornire la base scientifica per comprendere lo stato di salute** , stabilire un **linguaggio comune per la descrizione della salute**, rendere possibile il **confronto dei dati relativi alla salute dei vari Paesi** e fornire uno **schema di codifica sistematico per i vari sistemi sanitari**.

L'ICF organizza le informazioni in due parti ognuna composta da due componenti:

Parte 1: Funzionamento e Disabilità: a) Funzioni e strutture corporee

b) Attività e Partecipazione

Parte 2: Fattori Contestuali: c) Fattori ambientali

d) Fattori Personali

L'ICF *“si propone una visione dell'individuo con minorazione che rovescia la prospettiva tradizionale: anziché assumere in primo piano le disfunzioni, si privilegia l'attenzione a mettere in luce le abilità del soggetto in rapporto ai diversi ambienti in cui vive”*, (Pavone,2014). Ianes spiega ancor più la valenza di questa classificazione in quanto: *“La valutazione di uno stato di salute non si potrà più effettuare ignorando i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente, contesti e cultura”*, (Ianes 2004, p.54).

Non mi addentrerò di più in questo tema della classificazione in quanto bisogna essere degli specialisti per comprendere pienamente l'articolazione di queste sigle, ma esse sono la base per gli esperti della formazione, (pedagogisti ed educatori), per comprendere in modo dettagliato e completo la persona in questione, essi usano in modo complementare l'ICD – 10 e l'ICF.

L'ICF me lo sono “tradotto” con questo esempio: se io sono **analfabeta** e il mio ambiente di vita mi permette di esserlo senza essere limitato nella vita e senza che ne derivi qualsiasi disagio alla mia persona, non ho problemi e sono **normale** nel mio contesto.

Se io sono **analfabeta** dove saper leggere e scrivere è un requisito basilare per la vita, io sarò limitato nelle mie azioni di vita, (per es.: firmare un documento, scrivere un sms,..), vivrò un disagio personale nel non essere all'altezza della situazione e perciò io sarò un **disabile** in questo contesto.

La cosa più importante riguardo la vita scolastica dei bambini con disabilità è che le scuole di ogni ordine e grado italiane, (dall'asilo nido all'università), li accolgano in ottemperanza a tutta una serie di provvedimenti che garantiscono il diritto allo studio dei diversamente – abili.

3. UN'ESPERIENZA SPECIALE

Nella provincia di Treviso siamo, però, di fronte ad un “unicum”: la presenza dell'Associazione “La Nostra Famiglia”, che si occupa della riabilitazione neuropsicomotoria nell'ambito dell'età evolutiva potendo contare su un gruppo di esperti in Fisioterapia, Psicomotricità, Logopedia, Terapia Occupazionale, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia e Psicopedagogia ospitando, inoltre, la scuola dell'obbligo in convenzione con l'Ufficio Scolastico Regionale. La maggioranza dei bambini usufruisce dei servizi in modo ambulatoriale ma nei casi in cui i bisogni siano particolarmente complessi vi è la possibilità di accedere al diurnato cioè ad un'accoglienza che si concretizza in una permanenza presso il Centro di Riabilitazione in regime “a ciclo diurno”.

Nella sede di Conegliano sono ospitate: la scuola materna integrata statale, la scuola primaria statale ed il Centro di Formazione Professionale accreditato con la Regione Veneto; presso la sede di Treviso è ospitata la scuola primaria statale.

I bambini che frequentano queste scuole statali possono usufruire dell'azione formativa svolta dai docenti e dell'azione riabilitativa specifica per il loro tipo di problematica messa in atto dagli operatori del Centro di Riabilitazione, (in relazione allo sviluppo individuale: fisioterapisti, psicomotricisti, logopedisti, terapisti occupazionali). I bambini che vengono accolti in questa realtà presentano bisogni complessi, con difficoltà significative in ambito clinico, relazionale, del movimento e dell'apprendimento. L'accoglimento e la permanenza dei bambini presso "La Nostra Famiglia" viene decisa dall'equipe considerando i bisogni riabilitativi del bambino in collaborazione con la famiglia impegnata nella cura e nell'educazione dello stesso. La valutazione della permanenza presso queste scuole viene rivalutata ogni anno, vengono definiti obiettivi da perseguire ed azioni riabilitative in modo da raggiungere tali mete. Una volta raggiunti gli scopi prefissati avviene l'inserimento dei bambini presso le scuole del territorio.

Questo tipo di esperienza di inserimento scolastico viene vissuto dai genitori come un'opportunità di crescita per i loro bambini potendo avvalersi dell'intervento riabilitativo che viene effettuato con un'équipe qualificata, coordinata, che dialoga in tempo reale sulle problematiche che nel percorso di questo inserimento si palesano. La presa in carico tramite la modalità del diurnato permette di aumentare la resilienza di queste famiglie, come dimostra una recente ricerca svolta fra i genitori degli utenti dall'IRCCS E. Medea, consente di non dover rinunciare all'opportunità di continuare a lavorare, dà la possibilità di avere un aiuto che dà serenità e nel caso in cui siano presenti altri figli si riesce a seguire i fratelli con una disponibilità maggiore sia in termini di tempo e, soprattutto, in termini di qualità nel rapporto genitore – figlio.

Se "lasciare" un bimbo il primo giorno di scuola può generare apprensione nei genitori "normali", il fatto di poter affidare il proprio bambino speciale a degli operatori formati all'uopo, con la presenza dell'eventuale assistenza infermieristica, in una struttura in cui vi è la presenza di un medico se necessario, sicuramente dà un po' di sollievo a questi genitori speciali. Non è una scelta unilaterale dei genitori questo tipo di inserimento ma il frutto di una concertazione di intenti fra l'équipe medica di riferimento e famiglia. Se vengono ravvisati i presupposti per l'inserimento del bambino nelle scuole del territorio lo si farà quando i tempi saranno maturi. A volte si vorrebbe restare il più a lungo possibile in questa "culla", e forse talvolta è così, ma l'équipe degli operatori di riferimento è attenta nel far sì che il "tempo della Nostra Famiglia" sia un tempo di crescita sia per il bambino sia per la famiglia. Personalmente sono testimone di questo percorso; possono esserci come in tutte

le esperienze dei pro e dei contro, ma sicuramente per mio figlio e per la mia famiglia il tempo passato in questa struttura è stato una preparazione al futuro che verrà.

A volte incute paura l'idea di lasciare questa struttura che ci ha accolto in questi anni in cui le fasi logiche descritte in precedenza per l'inclusione scolastica dei disabili a scuola hanno un po' coinciso con il cammino fatto dalla mia famiglia.

In un primo momento ci siamo chiesti perché a noi? Non è stato semplice riconoscere il fatto che vi fossero delle difficoltà e di che tipologia fossero, (logica dell'esclusione).

Abbiamo iniziato a cercare risposte sulla situazione medica e fisiologica del nostro bambino in un giro di ospedali, strutture e specialisti, (logica della medicalizzazione).

Ci siamo resi conto che indipendentemente dalla diagnosi del nostro bambino egli faceva parte della nostra unità familiare, (logica dell'inserimento).

Abbiamo cominciato a capire il suo valore, a trovare sistemi di relazione e a comprenderci con l'aiuto degli operatori che ci stavano aiutando nel nostro cammino, (logica dell'integrazione).

Il suo essere parte, infine, della nostra famiglia è diventato la nostra normalità familiare, (logica dell'inclusione).

Non è stato un percorso fatto a tappe distinte, non vi sono date in cui dire oggi ho inserito mio figlio, oggi l'ho incluso ... ma è stato piuttosto fare dei passi in avanti, indietro e di lato: passi che hanno lasciato segni positivi e negativi, che hanno formato noi e il nostro ragazzo speciale, abbiamo imparato cose che altrimenti non avremmo sperimentato e, sebbene ciò non sia stato un percorso indolore, ci ha fatto crescere.

Ci aspettano altre sfide nel futuro, i "PDF" e il "PEI" non si interrompono con la scuola ma proseguono nella vita di tutti i giorni e nella longitudine del tempo a venire: non mancano, però, aspetti e quesiti che vorrei condividere con il lettore di questo mio elaborato.

4. DOMANDE PER I GIORNI CHE VERRANNO

Durante le lezioni presso l'Università del Volontariato spesso è emersa la perplessità rispetto a coloro che si trovano in una situazione di fragilità e svolgono attività di volontariato e questa domanda mi ha fatto riflettere sul mio mettermi in gioco sebbene sia la parte debole della "situazione".

Non c'è possibilità di far fruttare la mia esperienza personale? Le cose che imparo possono essere una risorsa per me ma anche per le persone che incontro nella mia quotidianità e con cui condivido ansie, gioie, dolori rispetto le difficoltà dei nostri bambini e ragazzi. Io penso che condividere il percorso della vita insieme ad altre persone che vivono un cammino simile può essere momento di forza reciproca nei momenti di debolezza, di risate nei momenti di gioia che da individuali diventano del gruppo, di festa quando arrivano le belle notizie e di spalle su cui appoggiarsi quando si piange ... I genitori che sono più avanti in questo camminare possono aiutare il passo di coloro che seguono e dimostrare che c'è un futuro, che vi sono possibilità di crescita e di prospettiva, rispettando, si intende, i tempi e le disponibilità di quanti vivono questa realtà.

La sensazione di essere i soli in questa “barca disabile”, di vivere una realtà solo nostra è frequente nei genitori dei bambini diversamente-abili, creare momenti di convivialità, di incontro e di formazione può essere una soluzione a questo sentimento di solitudine.

Dobbiamo anche dire che se vi sono cose che non funzionano a livello dei servizi, (ambito: scolastico, sanitario, assistenziale), è auspicabile essere un gruppo organizzato per manifestare i bisogni, per dare voce alle necessità non del singolo ma dell'insieme che diventa una voce più consistente e, speriamo, ascoltata.

Altra questione che mi suscita domande riguarda l'evoluzione sociale della comunità dei bambini, ragazzi e giovani che vivono l'esperienza dell'inserimento in classe di un coetaneo disabile in classe. I ragazzi dei nostri tempi vengono cresciuti, spesso, nel mito della realizzazione dei propri desideri, progetti, talenti individuali... a ognuno dei nostri figli insegniamo a seguire la propria strada, lo aiutiamo a seguire quella strada. La spinta all'individualismo è un'evidenza sotto gli occhi di tutti; i mezzi di comunicazione che vengono utilizzati in modo massiccio dai ragazzi, (i social network), sono piazze virtuali in cui si è insieme con i pari, con gli “amici” ma, contemporaneamente, soli nella propria camera. **Nelle persone è la vicinanza, la differenza, la complicità, la corporeità e l'interpretazione della mimica facciale a insegnare le regole della relazione ma se questo contesto viene meno come fanno i ragazzi a costruire un rapporto di relazione umana con coloro che hanno scarsi strumenti interattivi da mettere in campo?**

E quali sono le strategie per far sì che la relazione si instauri in modo costruttivo, ricco e vicendevole partendo da questi presupposti? A mio avviso è tutto l'ambito degli educatori, (genitori, insegnanti, allenatori, catechisti, animatori, volontari,...ecc.) investito dal compito di continuare a trasmettere i valori dell'inclusione, del rispetto della diversità che è in ognuno di noi e

del valore dell'individuo in quanto tale, (disgiunto dal successo personale, dalla capacità di essere protagonista, dal prestigio del primeggiare sempre).

Mio figlio non parla ma comunica in un modo diverso ma efficace, e io che sono la sua mamma non posso fare a meno di pensare, di essere l'interprete di questa lingua solo sua: mi piacerebbe tanto che altri si prestassero nel tempo ad impararla in modo da scoprire le ricchezze dell'orizzonte della disabilità!

Arricchiamoci delle nostre reciproche differenze.

Paul Valéry

NOTE

(1) I dati sono stati desunti dall'Istituto Centrale di Statistica: *Annuario statistico dell'istruzione*, degli anni 1959,1969 e 1975).

(2) I dati sono stati desunti dall'Istituto Centrale di Statistica: *Annuario statistico dell'istruzione*,vol. XXVII,1975,, tomo I, Roma 1976, tav.7, p. 6- *Annuario statistico dell'istruzione*, vol. XXX, 1978, tomo I, Roma 1978, tav.23, p.10; ISTAT *Statistiche dell'istruzione*,a.s.1986/87, annuario n. 40,tomo I, Roma 1990, , tav.1.23, p.37)

BIBLIOGRAFIA

Bollea G. (1970), *Classi differenziali e classi speciali e scuola integrata*, in << Neuropsichiatria Infantile>>, 116 – 117, novembre – dicembre, pp. 893 – 916.

Canevaro A.(2007),(a cura di) *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*, Trento, Erickson

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

Ianes D. (2005) *Bisogni Educativi Speciali e inclusione*, Trento, Erickson.

Meazzini P. (1978), *Che cos'è il modello medico*. In P. Meazzini(a cura di) *La conduzione della classe*, Firenze, Giunti – Barbera.

Pavone M. (2014), *L'inclusione educativa*,Mondadori Università

Sagramola O. (1989), *L'inserimento scolastico degli handicappati. Principi e norme*. La Scuola, Brescia.

Zelioti A.(1978), *Dalle classi differenziali all'integrazione scolastica degli handicappati*, << Scuola Italiana Moderna>>, 5.

SITOGRAFIA

A.N.F.F. A.S, file:///C:/Users/User/Downloads/facilitato_integrato.pdf

<http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/>

<http://web.tiscali.it/aipdcosenza/capitolo1.htm>

http://www.daimon.org/lib/aforismi/aforismi_citazioni_massime_fraasi_diversit%C3%A0.htm

<http://www.dirittodicritica.com/2011/10/06/fish-gelmini-disabili-28765/>

<http://www.disabili.com/scuola-a-istruzione/articoli-scuola-istruzione/alunni-disabili-la-legge-stabilisce-che-non-devono-essere-trattenuti-alla-scuola-dell-infanzia>

<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/hmat.html>

<http://www.ilsorriso.net/ProgettoDellaBella/index.htm>

<http://www.museotorino.it/view/s/eda5a4a4b3bc4488ac992cf9adb45a76>

http://www.rivistadidattica.com/norme/norme_12.pdf

www.handylex.org