

L'inclusione scolastica: percorso normativo e novità

a cura di Anna Lombardi – exIrre Lazio

| | |
|---|---|
| 1. Introduzione | 2 |
| 2. Excursus storico della normativa in tema di integrazione dei disabili..... | 4 |
| 3. Novità per la predisposizione del P.E.I. | 4 |
| 4. D.P.C.M. n.185 del 23/2/2006 | 4 |
| 5. Problematiche relative all'applicazione del DPCM 185/2006 | 4 |
| 5.1. <i>Accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile ai fini dell'integrazione scolastica</i> | 4 |
| 6. Le classificazioni internazionali | 5 |
| 6.1. <i>ICF - International Classification of functioning, Disability and Health dell'OMS -2001 5</i> | |
| 6.2. <i>Funzioni, strutture, attività e partecipazione</i> | 5 |
| 7. Scopi del nuovo modello di disabilità | 5 |
| 8. Gli Strumenti che attivano il processo di integrazione | 5 |
| 9. I contenuti del P.E.I. | 6 |
| 9.1. <i>A cosa serve il P.E.I.</i> | 6 |
| 9.2. <i>Il PEI come progetto globale di integrazione</i> | 6 |
| 10. Indicatori di qualità in tema di Integrazione dei disabili..... | 6 |
| 11. Strategie di intervento per una "speciale normalità" D.Janes | 7 |
| 12. Il MPI e le misure di accompagnamento per l'integrazione scolastica | 7 |
| 13. Un Progetto globale di prevenzione richiede | 7 |
| 14. Problematiche aperte | 7 |
| 15. RIFLESSIONI PER L'AUTOANALISI (Dal Piano Nazionale di Formazione MPI - "I CARE") | 8 |
| 16. Esempi di migliori pratiche di integrazione | 8 |
| 17. Circolo didattico di Roma "A.Bajocco" - Referenti: Antonella Ragazzi, Rita Storto | 8 |
| 18. Metodologie per favorire l'attività di integrazione scolastica | 8 |
| 19. L'AGENDA DI PROGRAMMAZIONE | 8 |

1. Introduzione

Il tema sviluppa in chiave operativa, nell'ambito dell'area dell'integrazione scolastica degli alunni disabili, i contenuti innovativi relativi alla recente normativa del DPCM n.185 del 23/2/06 e le problematiche correlate alla sua applicazione.

Pertanto, in un'ottica di studio e approfondimento, è utile prendere in considerazione la normativa più significativa in tema di integrazione di disabili e il testo del DPCM n.185 del 23/2/06.

L'attuale DPCM (Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri) del 23/2/06 presenta elementi innovativi soprattutto rispetto alla certificazione della disabilità; definisce, infatti, il Regolamento per le nuove modalità certificative che comportano interessanti spunti di riflessione e problematiche complesse per la sua applicazione.

In particolare, esso precisa che l'accertamento della condizione di disabile sarà definito da apposita certificazione rilasciata da una commissione medica collegiale e che, per l'identificazione della disabilità, si dovrà far riferimento ai parametri definiti dall'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità)

Per quanto riguarda l'accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile l'ASL (Azienda Sanitaria Locale) è titolare della procedura attraverso un Collegio di accertamento che, in alcune Regioni, è stato già definito nella sua composizione. In Lombardia, ad esempio, a seguito di una Delibera della Giunta Regionale (D.G.R. 3449/2006) si precisa che la Commissione sarà composta da un neuropsichiatra infantile, uno psicologo, un assistente sociale dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza, e sarà effettuato secondo i criteri stabiliti dall'OMS; l'accertamento dovrà avvenire in tempo utile per la formazione delle classi (entro fine maggio); il verbale prodotto dovrà essere sottoscritto da tutti i componenti della Commissione e consegnato ai richiedenti al termine della valutazione; il verbale avrà valenza medico-legale e sarà soggetto ad eventuali ricorsi.

La deliberazione definisce inoltre che l'attività di accertamento decorre dall'anno scolastico 2007/2008 e si applica ai bambini disabili di nuova individuazione, tra cui in particolare quelli che si iscrivono al primo anno della scuola dell'infanzia o della scuola primaria.

L'avvio dell'attività di accertamento collegiale determinata con le nuove norme, andando a modificare quanto fino ad ora in atto, si presenta come fase complessa e delicata. In molte Regioni e da parte di diverse Associazioni dei disabili, sono emerse perplessità e problematiche rilevanti. Si pone, infatti, l'ipotesi di un'esperienza "traumatizzante" per i bambini che dovranno essere certificati da una commissione paragonabile a quella per l'"invalidità"; si sottolinea anche l'incertezza diagnostica per alcuni mancati apprendimenti (ad es. dislessia) che non hanno chiari segni di deficit documentabile. Rispetto ai parametri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle classificazioni internazionali del 2001 (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health dell'OMS), è interessante soffermarsi sugli elementi innovativi che mirano a realizzare un nuovo modello di disabilità. Gli scopi del nuovo modello tendono ad offrire una visione globale della persona e non della malattia puntando sullo sviluppo delle sue abilità e su un contesto ambientale favorente; l'approccio è orientato non tanto all'erogazione di prestazioni ma al raggiungimento della massima autonomia possibile; sono inoltre rilevanti le componenti ambientali: l'azione dei servizi deve stimolare modificazioni all'interno dei diversi ambiti di vita e relazione. Si valorizza la persona con le sue risorse non sottolineando i deficit, si tende ad un linguaggio unificato per descrivere lo stato di salute di una persona: si parla in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione. Mentre lo strumento dell'OMS dell'80, definendo in forma chiara una tripartizione tra menomazione, disabilità ed handicap, rappresenta un sistema di classificazione delle conseguenze delle malattie e delle menomazioni, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle

Disabilità e della Salute (ICF) del 2001 presenta caratteristiche innovative sia per quanto concerne il linguaggio, sia per quanto riguarda il costrutto delle disabilità. Le tre dimensioni – Funzioni e Strutture del corpo (ex menomazioni), Attività (ex disabilità) e Partecipazione(ex handicap) – possono subire l’influenza dei Fattori Ambientali, che possono essere fisici, sociali o inerenti gli atteggiamenti, e dai Fattori Personali che sono correlati alla personalità e alle caratteristiche individuali. Gli elementi costitutivi sono tutti in interazione dinamica e in grado di influenzarsi reciprocamente. Il nuovo strumento dell’OMS del 2001 rinforza una prospettiva biopsicosociale e aggiunge al concetto di salute, intesa come benessere psicofisico, il concetto di “funzionamento ” in un’ottica di interazione continua tra uomo e ambiente.

Tuttavia, nonostante le notevoli innovazioni presenti nel nuovo modello, persistono da più parti richieste di adattamento per i dubbi sopra esposti, relativi all’incertezza diagnostica di alcune condizioni di compromissione nei bambini riferibili, ad esempio, a funzioni mentali.

Al momento attuale, per la piena realizzazione della recente normativa DPCM n.185 del 2006, il dibattito è ancora aperto e si attendono disposizioni applicative da definire d’intesa con il sistema delle Regioni e con il Servizio sanitario nazionale. La procedura certificativa, una volta trovata l’intesa per la sua applicazione, riguarderà gli alunni disabili che in futuro si iscriveranno a nuove classi del sistema d’istruzione.

Altre novità interessanti, inerenti al DPCM n.185, riguardano la tempistica concernente la sequenza temporale degli atti programmatici dell’integrazione scolastica. L’accertamento collegiale è propedeutico alla redazione della DF (Diagnosi funzionale), del PDF (Profilo dinamico funzionale) e del PEI (Piano educativo individualizzato) che va definito entro il mese di luglio per gli effetti previsti dalla legge 20/8/2001, n.333. Il PEI dovrà indicare, oltre alle proposte per l’individuazione delle risorse, anche il numero delle ore di sostegno (art.3)

Nel sottolineare che la finalità prioritaria è la promozione dell’autonomia dei bambini con disabilità attraverso la loro integrazione scolastica e che l’accertamento costituisce il primo passo a garanzia del diritto allo studio, un altro aspetto significativo della recente normativa è l’attenzione allo sviluppo delle relazioni interistituzionali tra Enti locali, Uffici Scolastici Regionali e Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie, come chiaramente espresso nell’art.3, comma 3.

Il tema degli accordi finalizzati al coordinamento degli interventi degli Enti coinvolti, rientra nell’ottica di garantire il rispetto dei tempi previsti per il regolare funzionamento delle classi, assicurare verifiche sistematiche in ordine alle azioni intraprese e all’influenza esercitata dall’ambiente scolastico sull’alunno disabile. Per la migliore riuscita, si richiede a tutti gli Enti coinvolti una fattiva collaborazione.

Il tema è complesso e non sempre di rapida e facile realizzazione.

Nella documentazione allegata si presenta un esempio di best practice, tratto dall’esperienza romana, sullo sviluppo delle relazioni interistituzionali. L’esempio coinvolge Scuola ed Enti locali e sarà oggetto di Studio di caso.

Nell’ambito dell’area dell’integrazione scolastica degli alunni disabili, si possono prendere in esame altri spunti di riflessione dalla parte restante del dossier che affronta i seguenti argomenti:

1. gli strumenti che attivano il processo di integrazione dei disabili (DF, PDF, PEI);
2. gli approfondimenti circa il P.E.I., inteso sia come Piano educativo individualizzato o personalizzato, sia come Progetto globale di integrazione;
3. gli Indicatori di qualità in tema di integrazione dei disabili;
4. le strategie di intervento per una “speciale normalità” secondo il modello di D.Janes;
5. le misure di accompagnamento del MPI per l’integrazione scolastica;

6. gli elementi che caratterizzano un Progetto globale di prevenzione;
7. le problematiche aperte emerse dal congresso nazionale CNIS, Coordinamento Nazionale Insegnanti di Sostegno, sul tema "1977 - 2007: 30 anni di integrazione" (Catania-Enna, 28-30 marzo 2007);
8. riflessioni per l'autoanalisi sulla predisposizione del PEI.

2. Excursus storico della normativa in tema di integrazione dei disabili

- Fase medico-specialistica anteriore al '68
- Fase sociale – emanazione della L.517/77 – C.M.n.216/77
- Fase olistica di intervento interistituzionale convergente verso un progetto unitario – L.104/92
- L.449/97 prevede un docente di sostegno ogni 138 alunni
- Regolamento dell'autonomia scolastica (2000) : sottolinea la finalità di garantire il successo formativo, riconoscere e valorizzare le diversità
- L.289/2002 (art.35) consente alle Direzioni Generali Regionali di derogare per gravità dell'handicap – dal rapporto 1/138
- L.296/2006 (Finanziaria 2007) – abrogazione del rapporto uno a 138

3. Novità per la predisposizione del P.E.I.

L'applicazione della recente normativa DPCM n.185 del 2006 e lo sviluppo delle relazioni interistituzionali a sostegno dei disabili

4. D.P.C.M. n.185 del 23/2/2006

L'accertamento della condizione di disabile sarà definita da apposita certificazione rilasciata da una commissione medica collegiale.

L'accertamento collegiale è propedeutico alla redazione della diagnosi funzionale.

Per l'identificazione della disabilità si farà riferimento ai parametri definiti dall'OMS.

Nel PEI, i soggetti preposti elaborano proposte relative all'individuazione delle risorse, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno (art.3).

5. Problematiche relative all'applicazione del DPCM 185/2006

In Liguria si parla di esperienza "traumatizzante" per i bambini che dovranno essere certificati da una stessa commissione per l'"invalidità"

Rilevante incertezza diagnostica per alcuni mancati apprendimenti (es. dislessia) che non hanno chiari segni di deficit documentabile.

Si attendono disposizioni applicative da definire d'intesa con il sistema delle Regioni e con il Servizio sanitario nazionale

5.1. Accertamento per l'individuazione dell'alunno disabile ai fini dell'integrazione scolastica

(D.P.C.M. 185/2006 D.G.R.3449/2006)

ASL titolare della procedura di accertamento attraverso il Collegio di accertamento composto da:

- 1 neuropsichiatra infantile dell'UONPIA;
- 1 psicologo dell'ASL;
- 1 assistente sociale dell'ASL.

Si adotta, ai sensi della D.G.R. 3449/2006, il sistema ICD-10 multiassiale o il sistema ICD9-CM, con definizione del livello di gravità - quale strumento di classificazione diagnostica

6. Le classificazioni internazionali

ICIDH/80 dell'OMS che stabilisce una tripartizione tra:

- menomazione (Impairment) - perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione sul piano anatomico, fisiologico o psicologico;
- disabilità (Disability) - limitazione o perdita della capacità di effettuare un'attività;
- handicap (H) o svantaggio - situazione di svantaggio sociale che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale in funzione di età, sesso e fattori culturali e sociali.

6.1. *ICF - International Classification of functioning, Disability and Health dell'OMS -2001*

- Valorizzazione della persona con le sue risorse non sottolineando i deficit;
- Linguaggio unificato per descrivere lo stato di salute di una persona: si parla in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione.

6.2. *Funzioni, strutture, attività e partecipazione*

Funzioni - fisiologiche e psicologiche dei sistemi corporei es. mentali, della voce

Strutture - parti anatomiche del corpo, organi, arti e i loro componenti es. occhio, orecchio, collegate al movimento.

Attività - compiti e azioni che una persona compie a qualsiasi livello di complessità es. apprendimento (copiare, imparare a leggere, risolvere problemi).

Partecipazione - coinvolgimento in una situazione vitale es. comunicazione, vita domestica.

7. Scopi del nuovo modello di disabilità

Offrire una visione globale della persona e non della malattia puntando sullo sviluppo delle sue abilità e su un contesto ambientale favorente.

Approccio orientato non tanto all'erogazione di prestazioni ma al raggiungimento della massima autonomia possibile.

Rilevanza delle componenti ambientali: l'azione dei servizi deve stimolare modificazioni all'interno dei diversi ambiti di vita e relazione.

8. Gli Strumenti che attivano il processo di integrazione

- Accertamento di alunno in situazione di handicap - L.n.423/93 secondo i criteri stabiliti dall'Atto di indirizzo e coordinamento emanato con DPR 24/2/94. L'attestazione va prodotta e rilasciata da un servizio sanitario pubblico o convenzionato.

- Diagnosi funzionale

Si articola in: dati anamnestici, diagnosi clinica, descrizione delle aree di potenzialità del soggetto dal punto di vista funzionale (cognitiva, affettivo-relazionale, linguistica, sensoriale, motorio-prassica, neuropsicologica e dell'autonomia (D.P.R. 24/2/94 art.3, comma 2). Viene descritta in sede di GLH operativo ed ha lo scopo di orientare eventuali decisioni riabilitative e/o terapeutiche ed educative-didattiche.

- Profilo dinamico funzionale (PDF) -

Strumento di raccordo tra le conoscenze dell'alunno dal punto di vista sanitario-riabilitativo e quelle familiari per individuare obiettivi, attività e modalità del progetto di integrazione scolastica. E' un atto collegiale (unità multidisciplinare, docenti curricolari, docenti specializzati, famiglia) da elaborare all'atto della prima iscrizione a scuola, da verificare periodicamente e da rinnovare ad ogni fine ciclo scolastico- D.P.R. 24/2/94, art.4, comma 4.

▪ Piano educativo individualizzato (PEI)

Documento della sintesi coordinata dei tre progetti (didattico-educativo, riabilitativo e di socializzazione) diretti alla piena realizzazione del diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica.

(D.P.R. 24/2/94, art. 5, comma 3)

Atto programmatico, elaborato collegialmente come il P.D.F., redatto all'inizio di ogni anno scolastico, verificato e aggiornato in itinere (D.P.R. 24/2/94, art. 6, comma 1).

9. I contenuti del P.E.I.

Obiettivi educativi/riabilitativi e di apprendimento riferiti alle aree e alle funzioni, perseguibili in uno o più anni

Attività proposte

Metodi ritenuti più idonei

Tempi di scansione e spazi da utilizzare

Materiali, sussidi con cui organizzare le proposte

Risorse disponibili (strutture, servizi, persone, attività, mezzi)

Forme e modi di verifica e valutazione del P.E.I.

9.1. A cosa serve il P.E.I.

Tale programma personalizzato dovrà essere finalizzato a far raggiungere a ciascun alunno disabile, in rapporto alle sue potenzialità ed attraverso una progressione di traguardi intermedi, obiettivi di: autonomia, acquisizione di competenze e di abilità motorie, cognitive, comunicative ed espressive e di conquista di abilità operative, utilizzando metodologie e strumenti differenziati e diversificati.

9.2. Il PEI come progetto globale di integrazione

Il PEI include l'integrazione scolastica ed extrascolastica, va redatto ogni anno (maggio) da tutti gli operatori della scuola, degli enti locali e dei servizi sanitari in collaborazione con la famiglia.

Accordi di programma - La programmazione dei servizi scolastici è coordinata con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici e privati.

10. Indicatori di qualità in tema di Integrazione dei disabili

Forte collaborazione tra docenti

Flessibilità delle forme organizzative degli interventi (laboratori, classi aperte...)

Apertura all'esterno e al territorio

Rottura delle barriere tra ordine di scuole e classi

Relazioni inclusive e solidali tra compagni di scuola

Apprendimento cooperativo in piccoli gruppi eterogenei

Stretto raccordo tra PEI e programmazione di classe.

11. Strategie di intervento per una "speciale normalità" D.Janes

Metodologia costruttivista e apprendimento cooperativo.

Uso della multimedialità impiegata per: uso di un prodotto commerciale, costruzioni multimediali personalizzate, costruzione di piccoli ipertesti.

Strategie metacognitive.

12. Il MPI e le misure di accompagnamento per l'integrazione scolastica

Docenti di sostegno.

Finanziamento di Progetti: "Nuove Tecnologie e disabilità", "I Care", E-Inclusion".

Potenziamento dell'organico.

Iniziative di formazione per tutto il personale.

Presenza di un Osservatorio a livello nazionale

GLIP(presso USP) e GLH (presso le scuole).

Presenza dell'Italia in: European Agency for development in special needs education.

13. Un Progetto globale di prevenzione richiede

Cultura dell'accettazione e dell'accoglienza

Cultura della tolleranza e della solidarietà

Assunzione della realtà culturale delle famiglie e degli alunni

Attenzione al clima affettivo, alla relazione educativa, agli stili cognitivi e alla motivazione dell'alunno

Intervento mirato alla costruzione di una positiva immagine di sé

Organizzazione scolastica flessibile

Presenza a scuole di figure di supporto

(psicologo, psicopedagogista)

Valorizzazione delle diversità

Continuità verticale ed orizzontale

Percorsi personalizzati di apprendimento

Interventi di formazione

Qualità del servizio scolastico

Partecipazione degli alunni alla scelta del curriculum.

14. Problematiche aperte

- Ruolo del sostegno nel processo di cambiamento in atto: dalla concezione di *patologia che richiede sostegno ad arricchimento o empowerment* del singolo in condizione di disabilità e della scuola come risorsa di sviluppo per tutti
- Difficoltà a realizzare una programmazione comune e un coordinamento tra strutture specializzate (cooperazione a rete spesso frustrata)
- Delega della famiglia alla scuola (accettazione passiva, atteggiamento di difesa)
- Rischio che l'insegnamento individualizzato si trasformi in isolamento dal contesto complessivo
- Equilibrio tra attività all'esterno e all'interno della classe
- Continuità alla consulenza diagnostica e riabilitativa e costante verifica empirica dell'efficacia del lavoro (presenza di figure stabili?)
- Coordinamento all'interno della scuola e tra scuola e istituzioni
- Esigenze di formazione rivolte a tutta la comunità scolastica
- Handicap come incontro tra individuo e situazione (A. Canevaro).

15. RIFLESSIONI PER L'AUTOANALISI (Dal Piano Nazionale di Formazione MPI - "I CARE")

Quali le modalità della scuola per l'elaborazione del PEI?
Viene costruito (o utilizzato) in continuità con il PEI precedente
Viene pianificato/costruito a inizio d'anno
E' elaborato e sottoscritto da tutti i soggetti che operano per l'integrazione(famiglia, docenti,di classe e di sostegno, operatori sanitari e sociali)
E' periodicamente aggiornato e verificato dagli stessi soggetti
Viene utilizzato per supportare gli apprendimenti
E' messo a disposizione degli insegnanti, degli operatori, degli alunni e dei genitori
Contiene anche obiettivi di gruppo
Contiene anche eventuali progetti riferiti a interventi terapeutici.

16. Esempi di migliori pratiche di integrazione

"Progetto Libro"- III C.D. Imperia
"Comunico con il computer"- Scuola media di Prata di Pordenone - www.iocomunico.it
"Scuola Potenziata" – IV C.D. e Settore Servizi Sociali del Comune di Monza
"Il corpo narrante" – VI C.D. di Perugia (dal gesto-nome al gesto-azione).

17. Circolo didattico di Roma "A.Bajocco" - Referenti: Antonella Ragazzi, Rita Storto

N. plessi 2
N. alunni disabili – 32
N. ins.di sostegno –13
N. AEC – 4
Risorse interne: ins.di classe e di sostegno
Risorse esterne: ASL RME, Pol. Gemelli, Ist. Don Orione, Centro UILDM, altri centri accreditati.

18. Metodologie per favorire l'attività di integrazione scolastica

Inquadramento del caso con: lettura della diagnosi funzionale, colloquio con esperti, famiglia, docenti
Osservazione del bambino
Stesura del PDF con i Soggetti coinvolti
Stesura del PEI
Programmazione periodica di tutti i docenti
Adeguamento eventuale del PEI in base ai risultati raggiunti e alle difficoltà emerse
Continuità verticale
Strumenti di documentazione e valutazione.

19. L'AGENDA DI PROGRAMMAZIONE

Dati scolastici e anamnestici
DF e terapia farmacologica
PDF: aree funzionali con elementi critici e di forza
Relazione iniziale
PEI(finalità,obiettivi,contenuti,metodologie, tempi,strumenti, spazi,verifiche)
Verbali GLH, verbali riunione per ambiti
Attività didattica (fatti, sviluppi di rilievo)

Relazione finale