

## La valutazione dei Bisogni Educativi Speciali nel sistema di Istruzione e Formazione Professionale

ROBERTO FRANCHINI<sup>1</sup>

*Nel 1997 l'Unesco ha definito il concetto di Bisogno Educativo Speciale come una condizione che "si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (failing) per una varietà di ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale". Pertanto, i sistemi di istruzione e formazione devono essere in grado di rilevare i bisogni con una sensibilità che va al di là del tradizionale accertamento della disabilità (certificazione), per aprire il campo alla valutazione funzionale delle difficoltà di apprendimento, alla luce del sistema ICF. Un'attenzione di questo tipo genera una metodologia della personalizzazione che va ben al di là delle dichiarazioni di principio, alla luce del motto di Don Milani: "Non è giusto far parti uguali tra disuguali".*

### Premessa

Finalità generale dei percorsi di istruzione e formazione professionale è quella di garantire alcuni traguardi (*outcomes*) descritti in termini di competenze<sup>2</sup>, con riferimento sia alle competenze di base che a quelle trasversali e professionali. Il raggiungimento delle competenze riferite agli *standard*, tuttavia, deve essere mediato dal principio della personalizzazione, che prevede la valorizzazione delle

<sup>1</sup> Docente di Pedagogia Speciale presso l'Università Cattolica di Brescia.

<sup>2</sup> Cfr. CEDEFOP, *The shift to learning outcomes. Policies and practices in Europe*, Cedefop Reference series, 72, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009: "Many studies demonstrate that learning based on curricula expressed with input will not respond adequately to future challenges for individuals, society or the economy. The trend is to rely, increasingly, on the identification of learning outcomes. Learning outcomes can best be defined as statements of what a learner knows, understands and is able to do after completion of learning".

competenze di ciascuno, attraverso l'introduzione di misure di sviluppo o recupero degli apprendimenti.

La presenza di allievi disabili non fa che accentuare il peso del principio metodologico della personalizzazione, esigendo la delineazione di strumenti e itinerari ad hoc. In questo orizzonte pedagogico, non è da escludere che si possano prevedere percorsi e progetti che non sono diretti, almeno in prima istanza, al raggiungimento degli *standard*, ma a forme diversificate di successo formativo, che consistono nel rintracciare per ciascun allievo l'intervento che lo abilita a raggiungere le competenze richieste per essere il più possibile autonomo e per rivestire un ruolo sociale, svolgendo adeguatamente un determinato lavoro, non necessariamente riconducibile ad una specifica professione.

## 1. Disabilità, personalizzazione e lavoro

Nella Formazione Professionale è ampia la tradizione di percorsi che, fermo restando l'obiettivo del lavoro, hanno come traguardo non un profilo professionale predeterminato, ma un percorso di mediazione, costruito sulla base del progetto individualizzato (e dunque del lavoro possibile "per questa persona").

La Regione Lombardia, ad esempio, con la predisposizione di Doti per la progettazione di Percorsi Personalizzati per disabili (cfr. d.d.u.o. 8158 del 23 luglio 2008) ha voluto salvaguardare la possibilità di predisporre risposte speciali a bisogni speciali, in linea con la tradizione dei percorsi FLAD (Formazione Lavoro Autonomia Disabili). Infatti, gli elementi che caratterizzavano il lavoro svolto e progettato all'interno di un corso FLAD erano il riconoscimento della specialità dei ragazzi disabili (attraverso la predisposizione di un percorso a loro misura) e la presenza di una fase di accompagnamento al lavoro. La specialità del percorso consentiva il rispetto dei percorsi di ognuno: gli obiettivi non erano esprimibili in termini di *standard*, ma in termini di individualizzazione per così dire spinta, con uno sguardo costantemente orientato verso il lavoro.

In definitiva, la formazione professionale del disabile richiede, ancora di più rispetto alla formazione professionale *tout-court*, una valorizzazione precisa delle potenzialità dell'allievo, oltre che un "aggiramento" dei suoi limiti, attraverso l'individuazione di misure formative individualizzate e il rintracciamento di posizioni lavorative che sfruttino le abilità e non coinvolgano gli aspetti di carenza.

La progettazione di percorsi personalizzati ha tuttavia bisogno di un dispositivo molto serio di valutazione funzionale del disabile. Solo a seguito di una valutazione molto accurata delle potenzialità della persona disabile, infatti, è possibile prendere la decisione (per molti aspetti "spinosa") di non ricorrere ai normali percorsi scolastici, ma, in considerazione dei suoi bisogni, proprio così individuati, intraprendere un percorso speciale e professionalizzante.

Alla luce del valore dell'integrazione, infatti, la piena accoglienza degli allievi disabili nei normali percorsi di istruzione e formazione professionale è da ritenersi la migliore scelta in astratto. In concreto, tuttavia, una valutazione funzionale seria può condurre alla decisione altrettanto seria di inserire i ragazzi disabili in percorsi specializzati, dove essi possano ricevere una formazione altamente personalizzata.

## 2. La valutazione dei Bisogni Educativi Speciali

Un'altra questione da affrontare riguarda i bisogni educativi non riconducibili a specifiche sindromi, e dunque non certificabili. Anche questi bisogni, infatti, devono trovare spazio all'interno di una progettazione globale e centrata sulla persona. Rilevante è l'esempio dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), situazioni non certificabili riguardo alle quali spesso non si è nelle condizioni di progettare interventi che vadano al di là di semplici misure dispensative e compensative.

La questione della valutazione funzionale, dunque, oltre ad essere una chiave per l'orientamento dell'allievo disabile, rappresenta anche lo strumento per accertare bisogni che vanno al di là di quelli collegabili a specifiche menomazioni. Oggi la normativa internazionale, ed in particolare il sistema ICF<sup>3</sup> dell'OMS, ci ha messo a disposizione il linguaggio e gli strumenti per poter fare questo tipo di valutazioni, superando il concetto di diritti associati a malattie, per passare al concetto di bisogni associati alla "specialità" del funzionamento di alcune persone.

Alla luce del sistema ICF, è possibile affermare che la diagnosi funzionale ha come scopo l'individuazione di un "Bisogno Educativo Speciale" (BES). Come afferma l'Unesco, "il concetto di bisogno educativo speciale si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (failing) per una varietà di ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale"<sup>4</sup>.

Il nodo della questione consiste nel mettere a punto un sistema di riconoscimento che consenta alle agenzie formative di essere sensibili ad ogni tipo di problematica che interferisce con il funzionamento della persona, attivando così le strategie e le risorse opportune. Questo sistema di riconoscimento è offerto dal nuovo sistema di classificazione del funzionamento e della disabilità dell'OMS, e cioè il sistema ICF, che è da considerare come il linguaggio comune in grado di dare corpo ad una valutazione pertinente, completa ma soprattutto intersoggettiva e condivisa.

## 3. La diagnosi funzionale secondo l'ICF

La diagnosi funzionale rappresenta il primo fondamentale momento di conoscenza degli allievi disabili, tappa che si contraddistingue per il compito/obiettivo di individuare i contorni reali dell'attuale esistenza del ragazzo, attraverso la delineaazione, il più esaustiva possibile, dei suoi punti di forza e di debolezza. La *diagnosi funzionale* esige la capacità dell'osservatore di dare fondamento al lavoro di formazione, acquisendo la configurazione attuale dell'esserci dell'altro, lascian-

<sup>3</sup> Cfr. OMS, *International Classification of Functioning*, Erickson, 2002.

<sup>4</sup> Ancora prima della pubblicazione del sistema ICF l'Unesco ha emanato il suo sistema denominato International Standard Classification of Education (ISCED), dove si ritrova l'importante affermazione di cui sopra. Per approfondimenti, cfr. UNESCO, *International Standard Classification of Education (ISCED)*, 29° sessione, Parigi 1997.

dosi assorbire dalla sua presenza, fatta di luci e di ombre, di salute e di fragilità, di benessere o di disagio.

Il sostantivo *diagnosi*, pur derivando dalla tradizione clinica, può assumere senza forzature un significato formativo, nella sua semiosi che vale a indicare un'azione di necessaria "immobilizzazione" di una situazione esistenziale di per sé fluida, di acquisizione di un'istantanea che diviene prezioso elemento di conoscenza dell'altro, di visione complessiva sulla strutturazione presente del suo *essere-nel-mondo*.

L'aggettivo *funzionale*, invece, è fecondo proprio in forza della sua ambiguità semantica, che vale a connotare sia l'oggetto della diagnosi (le funzioni, appunto, e non la patologia, come affermato in modo efficace dal nuovo sistema ICF), sia lo scopo della diagnosi, che non è atto fine a se stesso, ma prelude (è funzionale) alla costruzione del progetto di vita. Non un semplice elemento di conoscenza, pertanto, con scopo certificativo, quasi a sancire l'esistenza di stati, di condizioni speciali (di etichette, sul piano linguistico), ma un conoscere per progettare, un lasciarsi permeare dall'esistenza dell'altro, essendo solo così accreditati a promuovere il futuro, intravedendone insieme a lui le linee direttrici.

### 3.1. *La diagnosi funzionale secondo la normativa italiana*

La tradizione italiana sulla diagnosi funzionale, in realtà, non si inquadra in una chiara visione formativa dell'allievo. Tanto è vero che la diagnosi, così come la "certificazione" che la precede, rimane di stretta pertinenza del medico (o comunque degli specialisti della ASL), avendo come premessa un'"anamnesi fisiologica e patologica" e una "diagnosi clinica", e interpretando la compromissione funzionale, che essa intende descrivere, come una stretta conseguenza della patologia, in termini di "prognosi", cioè di "previsione dell'evoluzione".

Così recita l'art. 3 dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento: "Per diagnosi funzionale si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno (...). Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare composta dallo specialista della patologia segnalata (...). La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici ed elementi psicosociali.

Gli elementi clinici si acquisiscono tramite visita medica diretta e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psicosociali si acquisiscono attraverso specifica relazione (...).

In seguito il decreto descrive l'articolazione della diagnosi funzionale, che ruota essenzialmente intorno a due elementi (o, per peggio dire, intorno a due tipologie di "accertamento"):

- a) anamnesi fisiologica prossima o remota;
- b) diagnosi clinica, da una parte con riferimento all'eziologia, dall'altra formulata in modo tale da esprimere le "conseguenze funzionali" della patologia, indicandone "la previsione dell'evoluzione naturale".

Nel descrivere le conseguenze funzionali della patologia, la diagnosi funzionale deve tenere particolarmente conto delle "potenzialità registrabili" nei famigerati sette assi dello sviluppo: cognitivo; affettivo-relazionale; linguistico; sensoriale; motorio-prassico; neuropsicologico; autonomia personale e sociale.

Il paradigma sotteso a questa definizione, ancora vigente, di diagnosi funzionale, è quello del ragionamento per causa: la patologia deriva da... (eziologia) e a sua volta è causa di... (conseguenze funzionali). In questo la diagnosi funzionale descritta dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento rimane essenzialmente fedele all'impianto classificatorio del vecchio e abolito sistema di classificazione ICIDH<sup>5</sup>, all'interno del quale la disabilità, intesa come carenza/assenza di attività (o di funzione), rappresenta l'oggettivazione della malattia, secondo una sequenzialità rigida e lineare che, come tale, può essere pronosticata nei suoi percorsi di sviluppo (o sarebbe meglio dire di involuzione).

L'handicap non è più inteso come "svantaggio sociale", da comprendere nelle interazioni tra l'individuo e il contesto-ambiente, ma è la "socializzazione" della malattia, in un'accezione che finisce per appiattirsi sugli aspetti clinici e nosologici, impoverendo così il senso della diagnosi, ed in definitiva il suo potere di comprensione dei reali bisogni dell'allievo disabile. Si amplia così il divario tra le esigenze dell'istituzione formativa, bisognosa di strumenti per progettare e valutare i suoi interventi *ad personam*, e l'istituto della diagnosi, dominato dai paradigmi organicistici delle scienze esatte<sup>6</sup>.

Questa impostazione è stata sostanzialmente ribadita, e se è possibile persino irrigidita, dal DPCM 185 del 2006, nel quale si afferma che la certificazione della disabilità deve essere redatta dalla stessa Commissione Medica che si occupa dei provvedimenti per l'invalidità civile. In realtà, nel decreto si accenna all'utilizzo del sistema ICF, ma senza dare corpo a questo tipo di indicazione.

Uno spiraglio si è aperto il 20 marzo del 2008, quando la Conferenza Stato Regioni ha promulgato l'Accordo riguardante le *modalità e i criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità*. In questo documento, oltre a trovare legittimità il riconoscimento dei Bisogni Educativi Speciali, si afferma che la diagnosi funzionale deve essere redatta secondo il modello bio-psico-sociale dell'ICF. Tale indicazione è sostanzialmente ribadita, senza ulteriori indicazioni metodologiche, dalle recenti Linee Guida sull'Integrazione del Ministro Gelmini.

### 3.2. La diagnosi funzionale e il sistema ICF

Nel sistema ICF si raggiunge un potenziale diverso significato della diagnosi funzionale. Il nuovo sistema di classificazione, infatti, non intende classificare la disabilità intesa come "conseguenza della malattia", ma piuttosto il funzionamento

<sup>5</sup> Cfr. OMS, *ICIDH, Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali*, Centro lombardo per l'educazione sanitaria, Milano 1980.

<sup>6</sup> Cfr. FAVA VIZZIELLO G., *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna 2003, pp. 253-254: "In Italia il concetto di handicap, utilizzato nella normativa scolastica dell'integrazione, ha previsto da molti anni che l'handicap che dava diritto ad insegnanti supplementari fosse organico, grave, cronico ed irreversibile, trasformando un concetto sociale in un concetto sanitario, e, quindi, presumendo che i bisogni del bambino con handicap fossero strettamente collegati alla sua menomazione, non al suo rapporto con la situazione ambientale. Questa realtà ha prodotto non poche frizioni tra la sanità e la scuola che viveva e vive invece proprio con i bambini senza disturbi organici, in particolare con bambini con disturbi del comportamento, le sue maggiori difficoltà.

della persona, ritenuto variabile indipendente dal fattore patologia, espressione invece di una congerie di componenti e domini che, in modo concorrente (complesso) influenzano la qualità di vita.

Se la diagnosi deve essere funzionale al progetto, allora l'osservazione deve diventare abito fondamentale del docente e del formatore<sup>7</sup>. L'osservazione della persona non è momento separato dall'azione formativa, quasi che il coinvolgimento nella relazione possa oscurare una presunta oggettività del conoscere: al contrario, l'osservazione presuppone la responsabilità educativa, avvalendosene per raggiungere una conoscenza viva, capace di rivelare non soltanto il limite, ma il significato complessivo di quanto sta avvenendo nell'esistenza di *questa* persona che *sta-di-fronte*.

Stando così le cose, la diagnosi funzionale non dovrebbe essere, come invece in Italia, compito del clinico<sup>8</sup>, ma dovrebbe coinvolgere tutti gli attori che partecipano alla realizzazione del progetto individuale e in generale nel processo di educazione/formazione della persona disabile: gli educatori, gli insegnanti e il tutor.

A qualcuno potrà sembrare eccessivo, forse addirittura irraguardoso, pensare ad una diagnosi funzionale che si affranca dalle professionalità cliniche, per entrare nel territorio delle scienze dell'educazione. Così commenta Ianes: "La nostra diagnosi funzionale, occupandosi della comprensione del funzionamento, sta all'incrocio di numerose professionalità, e forse per qualcuna di queste suona un po' irriverente che della diagnosi si possa occupare un non-medico o un non-psicologo; può essere allora opportuno smetterla di definirla diagnosi e chiamarla invece 'valutazione globale del funzionamento' o simili, evitando così timori più o meno giustificati e favorendo la partecipazione attiva del maggior numero possibile di persone a contatto con il soggetto"<sup>9</sup>.

In realtà è proprio l'insegnante, e non il clinico, a trovarsi nella migliore posizione prospettica per l'emissione della diagnosi funzionale<sup>10</sup>. Tutt'altra cosa è poi chiedersi se *davvero* l'educatore e l'insegnante siano pronti a questa sfida. Probabilmente anni di "delega" alle professioni cliniche hanno ormai prodotto un poco

<sup>7</sup> Già Maria Montessori (1870-1952) considerò l'osservazione come un vademecum insostituibile per il mestiere dell'insegnante. Cfr. MONTESSORI M., *L'autoeducazione nelle scuole elementari*, Loescher, Roma 1916: "La capacità di vedere della maestra dovrebbe essere insieme esatta come quella dello scienziato e spirituale come quella del santo".

<sup>8</sup> Persino Brofenbrenner ha criticato la presunta conoscenza che proviene dagli strumenti e dai *setting* di una buona parte della psicologia e della psichiatria, sostenendo che il sapere che ne proviene rappresenta "la scienza del comportamento inusuale di bambini posti in situazioni insolite con adulti sconosciuti per il più breve tempo possibile. Cfr. BROFENBRENNER U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 50-51.

<sup>9</sup> IANES D., *La diagnosi funzionale secondo l'ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erickson, Trento 2004.

<sup>10</sup> Cfr. IANES D., *Il Piano Educativo Individualizzato*, Erickson, Trento 1995, p. 36: "La famiglia dell'alunno possiede una quantità immensa e preziosa di dati: essi provengono, talvolta disordinatamente, dalla conoscenza esperienziale e spesso sono accompagnati da ipotesi interpretative incomplete. Gli specialisti sanitari tendono invece a interpretare sulla base di pochi dati di conoscenza diretta dell'alunno, mentre gli insegnanti si trovano in una situazione intermedia, per certi versi privilegiata: essi vivono molte ore a contatto con l'alunno in una relazione professionale, e perciò con minor coinvolgimento emotivo rispetto ai familiari".

di fragilità in quest'ambito, vuoi per una certa sensazione di tabù (l'osservazione è di stretta pertinenza dello specialista, si sente ancora dire), vuoi per una sotterranea allergia delle scienze dell'educazione a tutto ciò che sa di "sistematico", con conseguente frequente disinteresse della formazione degli educatori e degli insegnanti nei confronti delle tematiche connesse.

A causa di questa situazione (l'impreparazione da una parte, la sottovalutazione degli elementi analitici dell'osservazione dall'altra) è anche possibile che l'insegnante si cimenti con questo nuovo compito senza le necessarie cautele e il dovuto armamentario metodologico. Eppure, anche fuori dalle strette del ragionamento clinico, è comunque fondamentale che la diagnosi funzionale venga stesa con estrema precisione ed attenzione: infatti, i dati di conoscenza in essa raccolti devono consentire di operare efficacemente nel concreto della prassi educativa quotidiana, esigenza, se si vuole, ancora più complessa rispetto alla semplice identificazione di una sindrome.

### 3.3. Il Bisogno Educativo Speciale

Alla luce del sistema ICF, è possibile affermare che la diagnosi funzionale ha come scopo l'individuazione di un "Bisogno Educativo Speciale" (BES)<sup>11</sup>, e come conseguenza l'utilizzo di strategie, metodi e risorse diverse o aggiuntive rispetto a quelle ordinariamente impiegate, finalizzate in modo mirato alla crescita di *questo* individuo, al suo possibile sviluppo, minacciato da una o più limitazioni nell'uno o nell'altro ambito del suo funzionamento.

Il concetto di BES appare sin da subito più equilibrato e inclusivo rispetto a quello di disabilità, consentendo all'istituzione formativa di avere attenzione ad ogni condizione di concreto svantaggio, a prescindere se essa sia o non sia riconducibile ad una sindrome definita, o ad una specifica disabilità. Il nodo della questione consiste nel mettere a punto un sistema di riconoscimento "a bassa soglia", che consenta alle agenzie educative di essere sensibili ad ogni tipo di problematica che interferisce con il funzionamento della persona, mettendo così in moto le strategie e le risorse opportune. Svincolandosi dal già più volte criticato meccanismo eziologico, il concetto di BES sembra essere utile allo scopo, risultando più ampio e sovraordinato rispetto a quello di disabilità: esso, in realtà, lo include come una delle sue più drammatiche ma non esclusive manifestazioni, ma si apre al contempo ad altre situazioni di difficoltà e *impasse* personale.

Oltre a possedere la caratteristica della *sensibilità*, il concetto di BES riveste anche un'altra importante proprietà, che consiste nella sua *reversibilità*. Mentre le etichette diagnostiche risultano per lo più essere rigide e stabili nel tempo, in quanto conseguenza di una condizione patologica, il riconoscimento di un bisogno

<sup>11</sup> Cfr. IANES D., *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Trento, Erickson, 2005. Nel volume, il noto autore propone un modello per la diagnosi funzionale basato sul concetto di *Special Education Needs* (SEN, tradotto in italiano Bisogno Educativo Speciale) sulla scorta della normativa inglese che ha di recente introdotto questo costrutto all'interno delle direttive di un importante organismo come il Department for Child School and Families (l'equivalente del nostro Ministero dell'Istruzione).



educativo speciale tende, di per sé, al cambiamento, perché costituisce la premessa per interventi educativi tesi a ridurlo se non persino ad annullarlo. Non è da sottovalutare, inoltre, che questa caratteristica di reversibilità potrebbe facilitare la famiglia e il soggetto stesso ad accettare la diagnosi funzionale, riconoscendola come un utile punto di partenza per approfondire la propria condizione e trovare una direzione alle vicende relazionali interne.

È evidente che anche in questi termini l'emissione della diagnosi rimane comunque un compito di notevole delicatezza, non fosse altro per le sue ricadute sul piano dell'efficienza delle politiche formative. In questo senso occorre precisare che non sempre il riconoscimento di un BES deve tradursi nella predisposizione di risorse aggiuntive: in presenza di questo automatismo, infatti, la natura maggiormente inclusiva del BES rispetto alla certificazione medica creerebbe non pochi problemi, in tempi in cui l'utilizzo di risorse limitate sembra essere *rebus* tra i più complicati in assoluto.

È infatti possibile pensare che ad un BES possa rispondere in primo luogo secondo la logica della personalizzazione, che per principio assicura ad ogni individuo, nell'ambito delle *normali* risorse degli ambienti educativi, un trattamento differente, sulla scorta del Piano Educativo Personalizzato. Solo in presenza di un'intensità particolare del BES, o di una sua particolare configurazione, si rende in seguito necessario dotarsi di una specializzazione ulteriore, sino alla scelta di avvalersi della collaborazione di ulteriori competenze ed operatori.

In parallelo all'ottica del Bisogno Educativo Speciale vige allora il principio metodologico della *speciale normalità*<sup>12</sup>: mentre alla disabilità intesa come conseguenza di una sindrome doveva corrispondere la competenza specialistica del clinico e dell'insegnante specializzato, al BES inteso come condizione di svantaggio nel funzionamento corrisponde il normale assetto di una agenzia educativa, tesa a personalizzare i suoi interventi in funzione dei bisogni effettivi dell'individuo. Certamente non si intende con questo escludere il ricorso a ulteriori risorse, anche molto tecniche e di nicchia, ma è necessario ribadire la fecondità della normalità, oltre a mettere in guardia contro la onnipresente tentazione della delega verso i cosiddetti esperti.

Per concludere, il BES potrebbe essere definito come "qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in funzionamento (nei vari ambiti della salute secondo il modello ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata"<sup>13</sup>. Stabilito questo, come si "misura" (o, per meglio dire, si "valuta") un "bi-

<sup>12</sup> Cfr. IANES D., cit., p. 14: "Se per rispondere adeguatamente ad un BES è efficace una semplice evoluzione della didattica normalmente usata in classe dai docenti curricolari, perché cercare invece subito ore in più di un insegnante che lavori solo con quell'alunno fuori dell'aula? Nel primo caso si è resa più speciale la normalità, la si è arricchita, ne hanno beneficiato tutti (alunni e docenti), nel secondo la si è impoverita, si è costruita una struttura speciale di deresponsabilizzazione o anche di stigma, che forse per questo darà all'alunno un vissuto ambivalente. Per un approfondimento sul concetto e sulle strategie della *speciale normalità*, cfr. anche IANES D., *La Speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Trento, Erickson, 2006.

<sup>13</sup> La definizione è di Ianes, in IANES D., *Bisogni educativi speciali e inclusione*, 29.

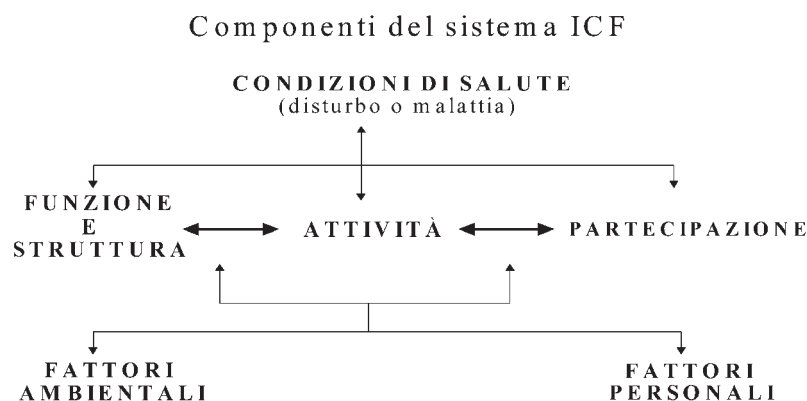


sogno educativo speciale”? A partire da quali elementi e indicatori? E con quale tipo di strumenti? Queste sono le domande alle quali ora occorre tentare una risposta. Nel farlo, è necessario mantenersi entro la prospettiva aperta dal nuovo sistema di classificazione del funzionamento e della disabilità dell’OMS, e cioè il sistema ICF, rintracciando in esso il linguaggio comune in grado di dare corpo ad una valutazione pertinente, completa ma soprattutto intersoggettiva e condivisa.

#### 4. Costruire la diagnosi funzionale<sup>14</sup>

Dal nuovo sistema di classificazione ICF apprendiamo prima di tutto quali sono le aree delle quali occorre tenere conto per effettuare la valutazione funzionale. Come è visibile nel diagramma, che riportiamo qui di seguito, le componenti del sistema ICF sono le seguenti:

- *Funzioni corporee*: funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse quelle psicologiche (identificate con la lettera b, *body*);
- *Strutture corporee*: sono le parti strutturali o anatomiche del corpo (identificate con la lettera s, *structure*);
- *Attività*: è l’esecuzione di un compito o di un’azione da parte di un individuo (identificate con la lettera d, *domain*);
- *Partecipazione*: è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita (ancora la lettera d, *domain*);
- *Fattori ambientali*: tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo e come tali hanno un impatto sul funzionamento della persona (identificate con la lettera e, *environment*);
- *Fattori personali*: sono fattori contestuali correlati all’individuo quali l’età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita e così via (in realtà in fattori personali non vengono classificati perché ritenuti troppo eterogenei).



<sup>14</sup> La riflessione contenuta in questo paragrafo è largamente tratta da FRANCHINI R., *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Trento, Erickson, 2007.

Ogni componente è suddivisa in “domini”, che si definiscono come un “insieme pratico e significativo di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti e aree di vita”, in grado di rappresentare dimensioni ben definite del funzionamento umano. Nella componente “Attività e Partecipazione sociale”, che è quella che riguarda più da vicino la valutazione funzionale dell’educatore e dell’insegnante, abbiamo ad esempio nove domini, così identificati:

d1	Apprendimento e applicazione delle conoscenze	}	Domini delle attività
d2	Compiti e richieste generali		
d3	Comunicazione		
d4	Mobilità		
d5	Cura della propria persona		
d6	Vita domestica	}	Domini della partecipazione sociale
d7	Interazioni e relazioni interpersonali		
d8	Aree di vita principali		
d9	Vita sociale, civile e di comunità		

È qui inscritta una prima anche se ancora superficiale indicazione per la diagnosi funzionale: essa deve avere riguardo per tutte queste “regioni” del funzionamento umano, anche se, naturalmente, di volta in volta potrà privilegiare l’uno o l’altro dominio, in modo *funzionale* all’intervento educativo specifico (ad esempio, a scuola il dominio “d1” – apprendimento e applicazione delle conoscenze – sarà sottoposto ad una valutazione più intensa rispetto ad altre aree pur importanti della vita dell’individuo disabile).

È a questo punto che l’Organizzazione Mondiale della Sanità ci ammonisce dall’assegnare una valutazione al livello del semplice “dominio”: questa operazione, di per sé possibile, è infatti ritenuta ancora troppo superficiale, e dunque poco utile (funzionale) all’intervento educativo. In realtà all’interno di ogni dominio ci sono le *categorie*, che rappresentano la vera unità di classificazione, consentendo una valutazione più accurata e analitica del funzionamento.

Ad esempio, noi possiamo dichiarare l’esistenza in un soggetto autistico di una grave limitazione nel dominio “d3” (“comunicazione”). Ma questa indicazione è davvero utile, o, nella sua superficialità, non finisce per assomigliare un po’ troppo ad altri tipi di affermazione, di provenienza “clinica”, come ad esempio quando si dice che una persona è “autistica grave”? Cosa può suggerire questa definizione a chi deve “aver cura” della persona? Si tratta di un’espressione in grado di risultare “funzionale” all’intervento?

La valutazione deve farsi dunque maggiormente analitica, non prendendo in considerazione il dominio (che vale semplicemente come “insieme pratico e significativo di funzioni”), ma scendendo ad un livello maggiore di dettaglio, e cioè al livello delle “categorie” facenti parte del dominio stesso, come ad esempio, nel caso della comunicazione, la categoria d310 (Comunicare con – ricevere – messaggi verbali).

Pertanto, se non è opportuno valutare genericamente la limitazione nella co-

municazione, è invece pertinente, oltre che davvero molto più significativo, valutare alcune categorie facenti parte del dominio, certificando le competenze comunicative del soggetto in modo ampio e diversificato, e al contempo individuando il suo deficit non attraverso etichette diagnostiche a larga banda, ma con delimitati accertamenti di funzione carente. La definizione di “soggetto autistico grave” cade dunque in subordine, o può al più essere utilizzata come suggerimento preliminare alla valutazione, mentre ciò che ora interessa sapere è se *questa* persona autistica sia in grado di avviare una conversazione, con quali codici comunicativi prevalenti, in quali contesti privilegiati, in quali aspetti invece presenti limitazioni specifiche, e così via avanti.

Ogni categoria, inoltre, viene definita dal manuale utilizzando un linguaggio operativo, spesso corredato da esemplificazioni e molto utile per poter essere trasformato in indicatore, da inserire opportunamente all'interno di strumenti di osservazione sistematica. Tanto per fare un esempio, la categoria d3152 (Comunicare con – ricevere – disegni e fotografie) viene così dichiarata: “Comprendere il significato rappresentato da disegni (ad es. disegni lineari, progetti grafici, dipinti, rappresentazioni tridimensionali), grafici, tabelle e fotografie, come comprendere che una linea crescente in un grafico per la misurazione dell'altezza indica che un bambino sta crescendo”.

Nell'atto valutativo concreto, infine, entra in ballo il ruolo del cosiddetto “qualificatore”: esso corrisponde a “un codice numerico che specifica l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità in quella categoria, o il grado in cui un fattore ambientale facilita od ostacola”. Il qualificatore è un codice numerico che va scelto all'interno della medesima scala, che ha una struttura classica del tipo 0-4 (0 = nessun problema; 1 = lieve problema; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo).

In questo modo il sistema ICF fornisce un importante, oltre che oramai ufficiale, punto di riferimento per la messa a punto di griglie di osservazione: le categorie diventano indicatori specifici, da inserire in apposite *rating scales*<sup>15</sup>. La preferenza assegnata ad alcuni domini rispetto ad altri è inevitabile, volendo costruire strumenti agibili, oltre che efficaci: lo stesso manuale ICF afferma che “a seconda del contesto gli utilizzatori sceglieranno i codici più rilevanti per il loro obiettivo, che è quello di descrivere una particolare esperienza di salute”.

L'operatore educativo può dunque scegliere tra le 1424 categorie del sistema

<sup>15</sup> Come è noto, la *rating scales* è un tipo di strumento che prevede come espressione della valutazione la possibilità di scegliere tra alcuni (di norma almeno quattro) livelli di competenza osservata (ad esempio “competenza eccellente, adeguata, sufficiente, carente”), in un'impostazione analogica dell'osservazione. Al contrario, la *check list* è un tipo di strumento che prevede il semplice “controllo” della competenza, e che pertanto comporta la mera indicazione (sul modello “sì” oppure “no”) della sua presenza o assenza, in un'impostazione di tipo digitale. Come già ricordato sopra, il sistema ICF preferisce un'impostazione analogica della valutazione, suggerendo l'utilizzo di una scala 0-4, che possa “misurare” i livelli di competenza, e non semplicemente la sua presenza o assenza. Per un approfondimento sugli strumenti di osservazione, sulle loro principali tipologie, le problematiche connesse alla loro validità e i potenziali errori che essi possono generare (insieme alle conseguenti cautele per un loro uso equilibrato) vedi CAMAIONI L. - AURELI T. - PERUCCHINI P., *Osservare e valutare il comportamento infantile*, Bologna, Il Mulino, 2004.

ICF<sup>16</sup> quelle che consentono più efficacemente di conoscere e in prospettiva migliorare il funzionamento della persona disabile, prediligendo pertanto le voci (*items*) che si ritengono almeno potenzialmente in grado di mettere in luce:

- la natura e la dimensione del deficit, anche in chiave evolutiva;
- i punti di forza e le preferenze soggettive della persona disabile;
- le aree soggette a potenziale sviluppo;
- i possibili aspetti sui quali è bene porre attenzione per il progetto individuale, anche tenendo conto degli obiettivi comuni al gruppo di riferimento (ad es. la classe, i coetanei del centro di aggregazione, etc.).

Naturalmente la selezione delle categorie da valutare non è un'operazione per così dire neutrale, ma, come si è visto, deriva, oltre che dalla considerazione dei deficit specifici, anche da una già presente intenzionalità educativa, che, formulando ipotesi, specifica gli indicatori che ne potranno saggiare la validità. Come tale, qualsiasi strumento "è un concentrato di teoria (o di ipotesi osservative - ndr), esso mette una o più teorie in piazza, le rende esplicite. Una volta che lo strumento è creato esso poi ha una sua ragionevole autonomia, sarà in grado di raccogliere dati ponendo, secondo i criteri stabiliti, un argine all'arbitrio del soggetto che non potrà più muoversi a suo piacimento"<sup>17</sup>.

Pertanto, l'utilizzatore del sistema ICF (in questo caso l'istituzione formativa), dovrà selezionare alcune categorie, che ritiene rilevanti per la diagnosi funzionale nel proprio contesto. Le categorie selezionate dovranno essere "ordinate" entro un formato di scala di valutazione, e valutate secondo la scala 0-4, in conformità alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In realtà l'OMS ha dato alla scala 0-4 una impostazione standardizzata, difficilmente applicabile, in modo affidabile e condiviso, a tutte le categorie, essendo espressa in termini di percentuale di difficoltà in ogni ambito specifico. In alcune esperienze di ricerca-azione condotte dall'autore si è ritenuto di contestualizzare la scala 0-4, diversificando la sua formulazione in relazione ad ogni categoria alla quale essa viene di volta in volta applicata. Qui di seguito è visibile un esempio di possibile operazionalizzazione di alcune categorie ICF, tenendo conto del contesto dell'istruzione e formazione professionale.

<sup>16</sup> È bene qui ricordare che il sistema ICF ha una configurazione multivello, in quanto alcune categorie di livello superiore includono categorie di livello inferiore. Pertanto, se l'educatore sceglie di osservare una categoria di secondo livello (ad es. b144, funzioni mnemoniche), questo tipo di scelta, di natura generale, esclude automaticamente l'inserimento delle corrispondenti categorie di terzo livello, maggiormente di dettaglio (ad es. b1440, memoria a breve termine). Viceversa, se l'educatore inserisce nello strumento categorie di terzo livello, rende superflua l'immissione della corrispondente categoria di II livello.

<sup>17</sup> CALVANI A., *Elementi di didattica*, Roma, Carocci, 2000, p. 148.

D150	Calcolare	L'allievo è in grado di computare con numeri, attraverso l'addizione, la sottrazione, la moltiplicazione e la divisione.	0	È in grado di effettuare le 4 operazioni indipendentemente dal tipo di stimolo/contesto in cui le deve utilizzare (opera in modo corretto ed autonomo in relazione al problema/richiesta)
			1	È in grado di effettuare correttamente le 4 operazioni con numeri interi
			2	È in grado di effettuare le 4 operazioni con l'uso autonomo di un ausilio
			3	È in grado di effettuare le quattro operazioni con l'uso mediato di un ausilio
			4	Non è in grado di operare attraverso i numeri, non avendo acquisito il concetto di numero
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non valutabile
DD166	Lettura	L'allievo è in grado di leggere testi per interpretarli	0	L'allievo è in grado di leggere testi per interpretarli
			1	Presenta difficoltà di comprensione se i periodi sono troppo lunghi
			2	Comprende brevi testi solo con l'ausilio di immagini
			3	Comprende brevi testi con l'ausilio mediato di immagini
			4	Non è in grado di comprendere brevi testi
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non è valutabile
Dd210	Intraprendere un compito autonomo	Eseguire un compito con uno o più componenti importanti senza assistenza	0	Nessuna difficoltà
			1	Esegue un compito semplice senza assistenza
			2	Esegue un compito complesso con guida parziale
			3	Esegue un compito semplice con guida parziale
			4	Completa difficoltà
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non è valutabile
Dd2303	Gestire il proprio tempo e le attività	Compiere azioni o comportamenti per gestire il tempo e le energie richieste dalle incombenze quotidiane	0	Nessuna difficoltà
			1	Ha bisogno di un input iniziale
			2	Ha bisogno di un input iniziale e durante il compito
			3	Ha bisogno di essere continuamente monitorato
			4	Completa difficoltà
			8	Non ci sono informazioni
			9	Non è valutabile

Di là da questo, tutte le informazioni, in un primo tempo codificate in modo distinto, devono infine confluire in un unico quadro interpretativo, costruito in base ad ipotesi di correlazione tra le varie componenti in gioco, mettendo ad esempio in relazione una limitata attività di comunicazione con una menomazione della struttura dell'eloquio, un buon livello di relazione interpersonale con la disponibilità di un adeguato presidio di natura tecnologica, insomma, dando senso e significato ai dati provenienti dalle varie fonti: il rischio che va evitato, infatti, è quello di considerare l'individuo disabile come una giustapposizione di caratteristiche, tra le quali alcune inevitabilmente deficitarie.

La considerazione dei singoli domini del funzionamento deve allora infine ricomporsi in una "totalità" che sia qualcosa di più della "somma tra le parti": ciò

può avvenire soltanto se si supera il semplice atto tecnico dell'osservazione, trasformandolo nell'impresa pedagogica della "ricomprensione"<sup>18</sup>.

## 5. Conclusione

Con il sistema ICF si è oramai da tempo superata la tradizionale concezione della disabilità come conseguenza dell'esistenza di una sindrome/malattia. In base a tale visione, sancita con la legge 104/92, l'attenzione educativa speciale deve essere riservata esclusivamente ai soggetti che possiedono una certificazione della loro specifica patologia.

Il limite di questo approccio è che esistono di fatto una serie di bisogni educativi particolarmente intensi, e dunque necessitanti una particolare attenzione didattica e formativa, che non sono conseguenza di una malattia, non potendo essere ricondotti ad una certificazione medica. Il sistema di Istruzione e Formazione Professionale deve dotarsi di uno strumento che gli consenta di avere attenzione a questi bisogni (cosiddetti Bisogni Educativi Speciali - BES), raccomandando e predisponendo un'elevata personalizzazione (Piano Individualizzato) in tutte le situazioni nelle quali l'allievo sperimenta significativi *impasse* nel suo percorso di apprendimento.

Se si riuscirà in questo intento si otterrà un ulteriore segno della vitalità educativa e della capacità innovativa del settore della Formazione Professionale in Italia.

## Riferimenti bibliografici

- BROFENBRENNER U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1979.  
 BUBER M., *Il principio dialogico e altri saggi*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 1993.  
 CALVANI, *Elementi di didattica*, Carocci, Roma, 2000.  
 CAMAIONI L. - AURELI T. - PERUCCHINI P., *Osservare e valutare il comportamento infantile*, Bologna, Il Mulino, 2004.  
 CEDEFOP, *The shift to learning outcomes. Policies and practices in Europe*, Cedefop Reference series, 2009, 72.  
 FAVA VIZZIELLO G., *Psicopatologia dello sviluppo*, Bologna, Il Mulino, 2003.  
 FRANCHINI R., *Disabilità, cura educativa e progetto di vita*, Trento, Erickson, 2007.  
 IANES D., *La diagnosi funzionale secondo l'ICF. Il modello OMS, le aree e gli strumenti*, Erickson, Trento, 2004.  
 IANES D., *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Trento, Erickson, 2005.  
 IANES D., *La Speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Trento, Erickson, 2006.  
 MONTESSORI M., *L'autoeducazione nella scuola elementare*, Roma, Loescher, 1916.  
 OMS, *ICIDH, Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali*, Milano, Centro lombardo per l'educazione sanitaria, 1980.  
 OMS, *ICF, Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità*, Trento, Erickson, 2001.  
 UNESCO, *International Standard Classification of Education (ISCED)*, 29° sessione, Parigi, 1997.

<sup>18</sup> Cfr. BUBER M., *Il principio dialogico ed altri saggi*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 1993, p. 154: "Per poter favorire la realizzazione delle migliori possibilità dell'essere del proprio allievo, il maestro deve vedere in lui questa particolare persona, nella sua potenzialità e nella sua attualità; più esattamente, non deve conoscerlo come somma di qualità, desideri, inibizioni; deve diventare consapevole di lui come di una totalità e in questa totalità confermarlo".