

DIAGNOSI FUNZIONALE, PROFILO DINAMICO E PIANO EDUCATIVO.

Handicap e Scuola

L'integrazione possibile

Uno degli atti del Convegno

Dario Ianes - Centro Studi Erickson, Trento

Saper leggere le risorse di scuola, sanità e famiglia

A distanza di anni dalla pubblicazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle ASL del febbraio 1994, le esperienze maturate ci suggeriscono alcune riflessioni sulla diagnosi funzionale e sul profilo dinamico funzionale nell'ottica di un riequilibrio pedagogico-didattico di questi due strumenti, liberandoli da un'egemonia sanitaria e cercando di renderli più democratici e partecipativi, rivalutando il ruolo della scuola e della famiglia.

La diagnosi funzionale

Deve essere chiarito il ruolo della diagnosi funzionale: non può essere un doppione, un pò più allargato, dell'individuazione dell'alunno come persona handicappata (art. 2 dell'Atto di indirizzo), non può essere una descrizione analitica delle compromissioni, ma dovrebbe diventare la raccolta, partecipata e collaborativa tra le diverse figure di riferimento dell'alunno, di tutti quei dati che sono "funzionali" ad una piena integrazione scolastica. La diagnosi funzionale, così come viene descritta nell'art. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle ASL, risente invece di un'impostazione prevalentemente clinico-medica ed è scarsamente legata alle necessità degli insegnanti impegnati nell'integrazione scolastica degli alunni in situazione di handicap. Per questo motivo presenteremo qui di seguito un nostro modello di diagnosi funzionale che si lega direttamente ai processi di integrazione scolastica, di apprendimento e socializzazione, non si esprime solo in termini tecnico-sanitari, e cerca di attivare collaborazioni più a largo raggio (includendo anche la famiglia nel momento diagnostico). La diagnosi funzionale finalizzata a un intervento educativo o a un percorso didattico individualizzato rivolto agli alunni in difficoltà, analogamente a ogni tipo di diagnosi nei campi più diversi, cerca di raggiungere la conoscenza più approfondita ed estesa possibile delle varie caratteristiche della persona o situazione/interazione che esamina.

Accanto a questi requisiti generali, nel caso della diagnosi funzionale legata alla definizione del Piano Educativo Individualizzato abbiamo un'esigenza specifica di carattere pragmatico, espressa dal termine "funzionale": i dati di conoscenza, raccolti nella diagnosi, dovrebbero consentire di operare direttamente nel concreto della prassi scolastica quotidiana. Questo vuol dire che una diagnosi funzionale è realmente "funzionale" solo se è di immediata utilità per l'insegnante, se riesce a guidarlo direttamente nella scelta di obiettivi appropriati e di metodi di lavoro efficaci sulla base delle caratteristiche peculiari dell'alunno in difficoltà. Per costruire un buon piano educativo individualizzato abbiamo dunque bisogno di una metodologia di diagnosi che sia approfondita, che cioè descriva dettagliatamente le caratteristiche dell'alunno e che le interpreti, cerchi di spiegarle, ma nel contempo sia connessa strettamente alla realtà della vita scolastica, nei suoi aspetti di insegnamento/apprendimento e di relazionalità, socialità e sviluppo psicologico-affettivo.

Queste considerazioni ci portano a sostenere che la diagnosi funzionale dovrebbe essere un compito multidisciplinare e collegiale, che spetta a tutti gli attori coinvolti nella realizzazione del piano educativo individualizzato: agli insegnanti, agli specialisti sanitari e

sociali (in primo luogo gli psicologi e gli assistenti sociali: professioni troppo spesso dimenticate), alla famiglia ed eventualmente ad "altri significativi" nel processo di programmazione individualizzata e di integrazione scolastica. Tra questi non dobbiamo dimenticare l'alunno stesso, naturalmente in quei casi in cui ciò sia possibile (ad esempio nella scuola media superiore).

Non si può quindi delegare la diagnosi funzionale esclusivamente ai tecnici specialisti, con l'aspettativa illusoria che essi forniscano agli insegnanti un "distillato" prodigioso di conoscenze di linee operative, miracolosamente capace di metterli in condizione di lavorare adeguatamente, risolvendo ogni dubbio e difficoltà. La conoscenza approfondita della situazione dell'alunno, l'esplorazione delle sue capacità, dei suoi deficit e delle varie cause e motivi che portano a questa situazione deve coinvolgere una gamma molto ampia di persone che, naturalmente, si pongono da prospettive e con metodologie di valutazione diverse, che si dovrebbero integrare e completare a vicenda.

Le risorse della famiglia

La famiglia dell'alunno possiede una quantità immensa e preziosa di dati: essi provengono, talvolta disordinatamente, dalla sua conoscenza esperienziale e spesso sono accompagnati da ipotesi interpretative incomplete. Gli specialisti tendono invece a interpretare un po' troppo e 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 ma in una relazione professionale, e perciò con minor coinvolgimento emotivo rispetto ai familiari.

La diagnosi funzionale diventa allora non solo un compito interdisciplinare, ma qualcosa di più: diventa una raccolta di informazioni e un'elaborazione a più mani, dove i diversi apporti vanno sintetizzati e resi significativi da una regia attenta e consapevole. Una regia che sappia concentrare su di sé le funzioni di organizzare e coordinare la raccolta di dati, finalizzandola al miglioramento della prassi scolastica quotidiana, ma che sappia anche attivare la pluralità di contributi, decentrando e delegando vari aspetti della conoscenza dell'alunno.

A chi spetta questo ruolo di regia? Se la diagnosi funzionale è realmente "funzionale" all'integrazione scolastica, la regia dovrebbe essere collocata all'interno della scuola e operata da un ristretto gruppo operativo che conosce perfettamente le situazioni di apprendimento e socialità di quella scuola.

Le aree fondamentali della diagnosi funzionale

Di fronte alla straordinaria complessità del compito di conoscere a fondo e capire un alunno in difficoltà, è sicuramente problematico e semplicistico schematizzare e classificare rigidamente le categorie di dati da raccogliere, viste l'interconnessione e l'interdipendenza di moltissimi aspetti nella globalità e unitarietà della persona e la continua evoluzione e cambiamento della situazione

Dobbiamo avere ben presenti fin dall'inizio due cautele generali: primo, non è utile immergersi nei particolari e nei dettagli perdendo di vista la sintesi di una realtà umana globale e unitaria, di una persona reale, che è molto di più e ben altro che una fredda serie di dati oggettivi sul suo "funzionamento". Secondo, non bisogna cercare di fermare il fluire

di situazioni personali e relazionali, cristallizzando come definitive e stabili le nostre osservazioni e pensando che rimarranno immutate anche nel futuro.

Rispettando queste fondamentali precauzioni, riteniamo comunque che siano individuabili quattro categorie diverse di dati descrittivi e interpretativi essenziali per una diagnosi funzionale completa. Queste categorie di dati e informazioni, riportate nella Tavola 1, sono ben distinguibili dal punto di vista logico e operativo, nel senso che coinvolgono per molti aspetti settori radicalmente diversi e richiedono l'uso di professionalità e strumenti per gran parte diversi.

Nella prima parte della diagnosi funzionale si raccolgono dati di tipo clinico-medico, familiare, sociale mentre nella seconda si cerca di determinare il livello di funzionalità e di sviluppo dell'alunno in diverse aree di base. Nella terza parte la valutazione si lega direttamente agli obiettivi e ai percorsi didattici di classe, cercando di definire quali agganci significativi vi possano essere. Nell'ultima parte vengono valutati gli aspetti psicologici, affettivo-emozionali e comportamentali che devono determinare la qualità del rapporto educativo con l'alunno.

Tav. 1 - Le aree fondamentali della diagnosi funzionale

- 1. Dati anamnestici, clinico-medici, familiari e sociali**
- 2. Livelli di competenza raggiunti nelle aree fondamentali dello sviluppo**
- 3. Livelli di competenza raggiunti rispetto agli obiettivi della classe**
- 4. Aspetti psicologici, affettivo-emozionali, relazionali e comportamentali**

1. Prima parte della diagnosi funzionale

Dati anamnestici, clinico-medici, familiari e sociali

Questa è la parte che riguarda la situazione fisica, "organica" dell'alunno: in primo luogo le caratteristiche tipiche della sua sindrome, in termini biologici, fisiopatologici e delle necessità terapeutiche e riabilitative. E' evidente che in questa parte della diagnosi funzionale sono richieste collaborazioni specialistiche in ambito neurologico, neuropsichiatrico, pediatrico, ortopedico, riabilitativo e in altre branche delle scienze biomediche.

Riteniamo che sia utile suddividere questa parte della diagnosi funzionale in tre campi di informazione.

Il primo è la storia clinica, l'anamnesi e cioè gli eventi vissuti dall'alunno dal punto di vista organico. Per chi opera in ambito educativo/didattico è infatti importante conoscere almeno i principali eventi che hanno segnato lo sviluppo fisico dell'alunno, in particolare le malattie, i ricoveri, le cure tentate, i risultati raggiunti e simili.

Il secondo campo di informazioni che deve essere presente nella parte medica della diagnosi funzionale (questa parte dovrebbe comunque essere discussa tra gli attori del piano educativo individualizzato in modo comprensibile per tutti) riguarda la situazione attuale dell'alunno, con particolare riferimento alla sua diagnosi clinica. Come è noto, molto spesso non è individuata una sindrome precisa e vengono utilizzati termini descrittivi ormai obsoleti (ad esempio, oligofrenia), ben poco precisi, del tutto inutili, se non addirittura dannosi per la comunicazione e l'induzione di aspettative. Il terzo campo di

informazioni clinico-mediche riguarda essenzialmente gli effetti riscontrati o prevedibili sulla prassi scolastica, causati primariamente dalle condizioni cliniche dell'alunno, così come sono state individuate dagli specialisti. In particolare, sono da evidenziare le seguenti questioni operative, a cui però spesso gli specialisti non sono in grado di rispondere in modo concreto e utile:

- 1) "Limitazioni": attività che l'alunno non può (e probabilmente non potrà) svolgere per limiti fisiologici insuperabili.
- 2) "Precauzioni" che l'operatore deve prendere con l'alunno, viste le sue particolari condizioni fisiche, come ad esempio l'attenzione alla dieta, alle posture, a movimenti particolari, ecc.
- 3) La necessità di assumere farmaci.
- 4) La necessità e il tipo di interventi riabilitativi di varia natura.
- 5) La necessità di protesi, ausili o altre tecnologie di aiuto.
- 6) La programmazione nel tempo di ulteriori visite e controlli.
- 7) Le persone specifiche di riferimento tecnico nei vari ambiti.

Gli insegnanti e le famiglie dovrebbero essere particolarmente esigenti nei confronti degli operatori sanitari, al momento della formulazione della diagnosi funzionale, chiedendo loro un'elaborazione approfondita di questi tre tipi di dati: dati storici e anamnestici, dati sulle condizioni attuali, ma soprattutto informazioni concrete sul significato operativo che il danno riscontrato riveste per la vita scolastica.

A fianco di questi dati sulla situazione medica dell'alunno dovrebbero essere raccolte e rese disponibili una serie di informazioni sulla situazione familiare e sociale. Tali elementi sono di competenza primaria dell'assistente sociale, che dovrebbe valutare la situazione familiare e socioeconomica dell'alunno.

2. Seconda parte della diagnosi funzionale

Livelli di competenza raggiunti nelle aree fondamentali dello sviluppo

Anche se la parte medica della diagnosi funzionale è stata elaborata in modo accurato e soprattutto con la dovuta attenzione agli aspetti educativi, questi dati forniscono informazioni sul livello reale di competenza dell'alunno nei vari settori del suo sviluppo cognitivo-intellettuale, linguistico, motorio, dell'autonomia e altri ancora. E' superfluo ricordare come in questa determinazione delle abilità e dei deficit si debba superare l'elencazione di tutte le cose che il nostro alunno purtroppo non sa fare. La dimensione primaria da ricercare e da definire è il livello di abilità, e cioè le cose che sa fare, i punti di forza che sono presenti nel suo repertorio di comportamenti. Nelle varie aree dello sviluppo dovremo allora confrontare ciò che l'alunno sa e non sa fare con ciò che teoricamente e idealmente "dovrebbe" saper fare, data la sua età anagrafica.

Questa seconda parte della diagnosi funzionale vuole dunque esplorare a fondo il livello di "funzionamento" generale dell'alunno, a prescindere dalle richieste specifiche che gli pone la frequenza scolastica a una determinata classe.

Nel definire le aree principali di valutazione dobbiamo tenere conto anche di quanto suggerisce su questo specifico punto della diagnosi funzionale l'art. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento. Il punto 4 recita testualmente: "La diagnosi funzionale, essendo

finalizzata al recupero del soggetto portatore di handicap, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

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

Rispetto a questo schema organizzativo di contenuti, noi abbiamo operato alcuni cambiamenti. In primo luogo si è voluto dare maggiore rilievo alla parte "affettivo-relazionale", facendola diventare la quarta parte della diagnosi funzionale, con più dignità e importanza, attribuendole contenuti psicologici, affettivo-emotivi, relazionali e comportamentali.

In secondo luogo si sono accorpati i punti "cognitivo" e "neuropsicologico", visti i contenuti di quest'ultimo (memoria, attenzione, ecc.) dando particolare spazio agli aspetti metacognitivi e di controllo superiore dei processi e attività mentali, del tutto trascurati nell'Atto di indirizzo. Si sono divise poi le autonomie in due voci distinte: quelle personali e quelle sociali, per rimarcare la profonda differenza che esiste fra le due, utilissima proprio a scopo diagnostico riguardo al livello raggiunto dall'alunno. Gli aspetti "sensoriale" e "motorio-prassico" si sono fusi in un unico punto, che abbiamo definito "motricità e percezione". Si sono poi introdotti due punti specifici che riteniamo siano della massima importanza in questa parte della diagnosi funzionale: le "abilità interpersonali/sociali" (solo accennate come componenti dell'area affettivo-relazionale nello schema ministeriale) e il "gioco e abilità espressive". Riteniamo dunque che le aree generali, fondamentali da valutare in questa parte di diagnosi, siano le seguenti:

- 1) Abilità cognitive e metacognitive (attenzione, memoria, soluzione di problemi, capacità di autoregolazione).
 - 2) Abilità di comunicazione e linguaggi (volontà di comunicare e padronanza dei vari linguaggi, anche non verbali).
 - 3) Abilità interpersonali/sociali (capacità di avviare e mantenere un rapporto interpersonale adeguato).
 - 4) Autonomia personale (abilità basilari di cura di sé: controllo degli sfinteri, alimentazione, igiene personale e vestirsi/svestirsi).
 - 5) Autonomia sociale (abilità di autosufficienza nel rapporto con l'ambiente sociale: fare acquisti, usare i mezzi di trasporto, ecc.).
 - 6) Motricità e percezione (motricità globale e fine; funzionalità sensoriale).
 - 7) Gioco e abilità espressive (attività ludiche, giochi, hobby, sport).
- In ognuna di queste aree, l'insegnante, con la collaborazione dello psicologo/pedagogista o dell'educatore può raccogliere dati esaurienti utilizzando strumenti di valutazione o schede di osservazione diretta.

3. Terza parte della diagnosi funzionale

Livelli raggiunti rispetto agli obiettivi della programmazione di classe

Nella parte precedente della diagnosi funzionale abbiamo valutato i livelli di competenza dell'alunno in sette aree generali che abbiamo ritenuto in ogni caso fondamentali per il suo sviluppo, apprendimento e socializzazione. Questo a prescindere dall'età e dalla situazione scolastica: qualunque sia la classe frequentata, dovremmo sapere qual è il suo livello per quanto riguarda l'autonomia personale e sociale, le abilità cognitive, interpersonali e così via. In un certo senso, nelle prime due parti della diagnosi funzionale si valutano le direttrici fondamentali su cui procede lo sviluppo, gli assi portanti della funzionalità psicofisica e relazionale dell'alunno. Ma il nostro alunno appartiene a una classe, sta seguendo con i compagni un ben preciso percorso scolastico. E allora la nostra valutazione dovrà rivolgersi attentamente anche ai suoi punti di forza e ai deficit rispetto agli obiettivi e alle attività che si svolgono nella normale programmazione della classe.

Naturalmente questa parte della valutazione ha senso se si vuole che l'alunno sia integrato nella classe e cerchi di fare il più possibile le cose che fanno tutti gli altri. Se invece l'alunno con handicap è confinato con il suo insegnante di sostegno o il suo educatore in una stanzetta, dove svolge attività completamente diverse da quelle della sua classe, non si può certo parlare di integrazione, né ha senso realizzare una diagnosi funzionale per l'individuazione di obiettivi riferiti alla attività di classe. Come noto, purtroppo questa è ancora oggi una situazione abbastanza diffusa anche se le scuole più sensibili e preparate la stanno decisamente superando. Ma perché la permanenza in classe abbia realmente senso per l'alunno e per i compagni, essa deve essere significativa, e cioè legata profondamente alle attività che vi si svolgono, e tale partecipazione di un alunno con difficoltà di una certa gravità è molto difficile da concepire e da realizzare.

E' molto più facile, infatti, definire e realizzare percorsi "speciali", tagliati su misura sui suoi bisogni e deficit nelle funzioni generali; questo divario tra "programmazione speciale fuori classe" e "programmazione di classe individualizzata sui bisogni specifici" tende ad accentuarsi con l'età dell'alunno.

In alcuni casi di alunni particolarmente tranquilli può anche essere facile il parcheggio all'interno dell'aula, con la classe che svolge il suo programma e l'alunno che esegue attività del tutto scollegate e diverse.

Come si può impostare allora questa difficile parte di diagnosi funzionale, così cruciale per l'integrazione?

A un primo livello, se le abilità possedute dall'alunno sono buone, la valutazione delle sue competenze rispetto alla classe sarà effettuata con le stesse modalità che l'insegnante usa per tutti gli altri alunni. In questo caso, gli insegnanti applicano prove oggettive (o prove di ingresso) costruite artigianalmente oppure disponibili in commercio.

Se però la situazione dell'alunno è più difficile, l'insegnante cerca allora di trovare un qualche "punto di contatto" tra le abilità possedute dall'alunno e alcuni obiettivi (e attività) propri del curriculum di una certa disciplina su cui stanno lavorando gli alunni di

quella classe. In questo "punto di contatto" si dovrebbe trovare obiettivi e attività che rispondano a due criteri basilari:

- siano a "portata di apprendimento" da parte dell'alunno, siano cioè molto vicini ai punti di forza che sono stati evidenziati;

- facciano parte della disciplina in questione (siano cioè obiettivi normalizzati: anche se a livelli diversi di complessità tutti gli alunni ci hanno lavorato e non sono stati definiti soltanto per l'alunno handicappato).

Per trovare questo punto di contatto si seguono due piste convergenti: la conoscenza sempre più approfondita delle abilità e dei deficit dell'alunno nelle varie aree fondamentali di sviluppo (si veda la seconda parte della diagnosi funzionale) e la "semplificazione" e riduzione degli obiettivi propri di una disciplina. Se infatti si riescono a definire bene i punti di forza e di debolezza nelle aree cognitive, metacognitive, linguistiche, ecc., si avrà una solida base di partenza rispetto alle possibilità di apprendimento dell'alunno su vari livelli di difficoltà di obiettivi. Dall'altro lato, l'insegnante riduce e semplifica gli obiettivi di classe. Un primo modo per ottenere questa semplificazione è quello, ovvio, del tornare indietro agli obiettivi proposti per le classi precedenti, o addirittura per l'ordine di scuola precedente. L'insegnante elementare che si occupa dell'area linguistica in quarta classe può tornare indietro anche fino ai prerequisiti della lettura e della scrittura, e cioè agli obiettivi in uscita della scuola materna, se questo lo porta a individuare il punto di contatto tra situazione di sviluppo del suo alunno e obiettivi proponibili, legati al curricolo linguistico che utilizza con tutta la classe.

Un'altra modalità utile per ridurre e semplificare gli obiettivi della classe alla ricerca del "punto di contatto" è quella di sottoporli ad "analisi del compito", per individuare le componenti più semplici e accessibili. Un obiettivo complesso, in genere è composto da una serie coordinata di abilità "inferiori", che dovrebbero essere messe in atto congiuntamente nella sua accezione corretta.

In queste semplificazioni dell'obiettivo l'insegnante sta proponendo un lavoro molto strettamente connesso con quello che svolgono i compagni di classe dell'alunno handicappato. In molti casi la ricerca dell'obiettivo diverso (e cioè adatto alle sue capacità) ma nel contempo uguale (a quelli su cui sta lavorando la classe) è molto difficile e richiede molta creatività da parte degli insegnanti ed una continua collaborazione tra quelli curricolari e quelli di sostegno.

4. Quarta parte della diagnosi funzionale

Aspetti psicologici, affettivo-emotivi, relazionali e comportamentali

Questa quarta dimensione della diagnosi funzionale è della massima importanza, perché ci permette di conoscere più da vicino una serie di aspetti psicologici e comportamentali che influenzano talvolta in modo determinante il benessere dell'alunno, il suo apprendimento e le sue possibilità di una socializzazione soddisfacente. Alcuni di questi aspetti sono di immediata percezione da parte

dell'insegnante, altri vanno invece analizzati utilizzando strumenti di valutazione particolari o avvalendosi della collaborazione di uno psicologo. In ogni caso, questa quarta area completa e "umanizza" la diagnosi funzionale, che finora si era rivolta alla descrizione della situazione biomedica e sociale, dei livelli di sviluppo e delle capacità scolastiche. Questa umanizzazione prende le forme di una valutazione dell'immagine di sé come persona che apprende" che l'alunno ha sviluppato nel tempo, dei suoi atteggiamenti e idee sul suo lavoro scolastico, del suo senso di autoefficacia e livello di autostima, della sua identità autonoma, della sua affettività ed emotività, della sua motivazione, della sua relazionalità ed eventualmente dei suoi comportamenti problematici. L'alunno viene qui considerato come una persona complessa dal punto di vista psicologico e non più solo come una persona che sa o non sa fare le cose che ci aspettiamo da lui.

Dalla diagnosi al profilo dinamico funzionale

La diagnosi funzionale ha prodotto una notevole quantità di dati: medici, familiari, sociali, sulla situazione evolutiva e sulle competenze dell'alunno rispetto agli obiettivi della classe, sulle sue caratteristiche psicologiche, emotive, relazionali e sugli eventuali comportamenti problematici. Questi dati provengono da diagnosi mediche, relazioni degli assistenti sociali, incontri con i genitori, con i terapisti della riabilitazione, i logopedisti, gli psicologi, altri insegnanti; provengono inoltre dall'osservazione diretta di inizio d'anno scolastico, dalla somministrazione di test, verifiche e prove oggettive. Tutti questi dati si accumulano spesso in modo sparso, disordinato, senza collegamenti significativi fra di loro e davanti a questo spezzettarsi di informazioni, più o meno precise e oggettive, facciamo fatica a ricomporre e integrare l'unità globale e significativa dell'alunno.

Le operazioni del profilo dinamico funzionale che noi proponiamo dovrebbero aiutarci a ricostruire, dai dati della diagnosi funzionale, una sintesi integrata che ci permetta di comprendere a fondo le caratteristiche essenziali di quell'alunno, trasformandole in linee operative a breve e medio termine.

Come il lettore vedrà, questa nostra proposta riguardo al profilo dinamico funzionale introduce elementi diversi rispetto all'articolo 4 "Profilo dinamico funzionale" dell'Atto di indirizzo e coordinamento. La concezione di profilo che traspare dall'Atto di indirizzo ci rende perplessi per diversi motivi.

Vi è spesso un riferimento "prognostico": ad esempio, nel comma 1, quando si legge: e "...indica... 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)"; oppure, nel comma 2 descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta dell'alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili; e nel comma 3: e comprende...l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno a breve e medio termine. Un'espressione ricorrente è quella di "potenzialità", sul cui significato possono nascere diversi dubbi.

E' sicuramente importante che nel profilo vi sia un'ottica positiva, che metta in evidenza le capacità dell'alunno e stimoli a promuovere sviluppo e crescita, al di là di un'ottica patologica e legata al deficit.

Ma non è certo con queste concezioni "prognostiche", ancora molto appesantite da una concezione medica, che si rende operativa questa ottica positiva. Che senso ha parlare di "prevedibile livello di sviluppo" che l'alunno "dimostra di possedere"? Come

si può dimostrare di possedere un...prevedibile livello di sviluppo? Lo sviluppo, come ognuno sa, dipende da una quantità di fattori in relazione, che sono nella persona, nell'ambiente, nell'interazione di questi due elementi e nelle rappresentazioni che di questi elementi si fanno i soggetti stessi (si pensi, per quest'ultimo punto, alla fiducia che può avere o non avere l'insegnante rispetto alle possibilità del suo alunno). Come si può prevedere tutto questo soltanto dopo un primo periodo di inserimento scolastico?

Crediamo che non abbia senso cercare di prevedere il futuro ma sia essenziale cercare invece di costruirlo, giorno dopo giorno, con attività concrete mirate a precisi obiettivi. Dove si arriverà, quali saranno "i possibili livelli di risposta" non lo sa nessuno, e concentrarsi in questo sforzo prognostico può essere addirittura controproducente, se induce aspettative riduttive. Nella nostra proposta si abbandona il concetto di "potenzialità esprimibile" e si introduce quello di obiettivi a lungo, medio e breve termine. Si cerca cioè di superare quella concezione "prognostica" di profilo, per definire una serie di operazioni che si fondino su una concezione pedagogica e psicologica moderna, sulle metodologie più accettate di programmazione didattica, che siano di reale e immediata utilità per gli insegnanti impegnati nell'integrazione scolastica. Se si è cercato di rendere più pedagogica e allargata la diagnosi funzionale, a maggior ragione la stessa logica va riproposta in questa fase, che dovrebbe essere il ponte essenziale per passare alla definizione di attività concrete di insegnamento.

Nella nostra proposta, il profilo dinamico è una "macchina" a quattro fasi, che trasforma i dati della diagnosi funzionale in basi dirette per la programmazione degli interventi, arrivando a definire gli obiettivi a breve termine rispetto a precise priorità. Ma non è solo questo: nella prima fase si cerca di introdurre un elemento del tutto trascurato nel profilo ministeriale e cioè la sintesi significativa dei dati raccolti e la messa in relazione tra di loro, con lo scopo di capire qualcosa di più della situazione dell'alunno e per proporgli un programma di lavoro realmente individualizzato. Questo è un momento fondamentale per collegare la diagnosi alla programmazione delle attività, che molto spesso non hanno alcun contatto funzionale tra di loro.

Sintetizzare in modo significativo i risultati della diagnosi funzionale

La raccolta dei dati della diagnosi funzionale, se fatta nella maniera aperta e collegiale da noi proposta, ha prodotto delle informazioni organizzate in modo più o meno sintetico. Le fonti sono state molte e diverse e hanno fornito dati anche molto differenti, si pensi a esempio a un quoziente di sviluppo motorio ottenuto con un test specifico e alle informazioni sulle capacità motorie fornite invece dai genitori. Tutti questi dati vanno però confrontati e sintetizzati in modo significativo. Le informazioni dovrebbero essere sintetizzate e integrate attorno a tre poli principali:

- 1) punto di forza, e cioè livello raggiunto, abilità possedute adeguatamente;
- 2) deficit, cioè carenza, mancanza, incapacità o sviluppo inadeguato rispetto ai criteri e alle aspettative;
- 3) relazioni di influenza tra una caratteristica e l'altra dell'alunno.

Se pensiamo alla persona umana come essere caratterizzato dal più alto grado di integrazione e interconnessione di aspetti e caratteristiche, dobbiamo tentare di individuare alcune di queste relazioni, soprattutto quelle più utili per gli obiettivi dell'integrazione scolastica. Ad esempio, si può riscontrare che un livello elevato di emozione (paura di sbagliare), rilevato nell'area 4 della diagnosi funzionale, peggiora

significativamente la prestazione di lettura del bambino (area 3 della diagnosi funzionale) e il suo linguaggio in situazione di grande gruppo (area 2 della diagnosi funzionale). E' evidente come queste interconnessioni siano importanti a livello di individualizzazione del percorso educativo.

L'analisi dei comportamenti problema porta poi spesso a stabilire rapporti causali circolari tra deficit di abilità interpersonali (ad es. incapacità di negoziare un conflitto) e sviluppo di modalità aggressive di relazione con i compagni. Come si vede, anche in questo caso si è stabilita una relazione di influenza, significativa e utile, tra dati rilevati nell'area 4 della diagnosi funzionale e nell'area 2.

Definire gli obiettivi a lungo termine

Da questi quadri sintetici si ricavano gli obiettivi a lungo termine, quelli che "idealmente" ci piacerebbe raggiungere in una prospettiva temporale che si potrebbe collocare dall'uno ai tre anni. Si potrebbe dire che in questa fase della stesura del profilo dinamico funzionale si definiscono gli obiettivi "teorici", tutti quelli cioè che derivano dall'analisi riportata precedentemente. Una gamma dunque di possibili obiettivi, all'interno della quale si dovranno operare una valutazione e una scelta, per concentrare le nostre energie su quelli che sono più importanti.

Scegliere gli obiettivi a medio termine

In questa fase vengono scelti, tra gli obiettivi a lungo termine, quelli da cui ricavare gli obiettivi a medio termine, da raggiungere cioè nell'arco di alcuni mesi o di un anno scolastico. Si passa cioè dall'obiettivo potenziale, e cioè teoricamente adeguato alla luce del deficit e abilità evidenziati nella diagnosi funzionale, all'obiettivo effettivo, quello cioè scelto sulla base di criteri di priorità e di equilibrio, su cui si inizia a lavorare e per il quale si deve cominciare a pensare quali materiali, tecniche e interventi saranno più efficaci.

Definire gli obiettivi a breve termine e le sequenze facilitanti di sotto-obiettivi

In moltissimi casi, aver definito una buona serie di obiettivi a medio termine non esaurisce questa fase di programmazione; c'è infatti bisogno di semplificarli, ridurne la complessità e scomporli in sotto-obiettivi che facilitino l'apprendimento. Queste operazioni ci portano alla parte del piano educativo individualizzato in cui vi è la definizione dei materiali e delle attività di insegnamento.

In conclusione, ripercorriamo le varie operazioni e fasi che hanno costruito il profilo dinamico funzionale: dapprima abbiamo sintetizzato i risultati della diagnosi funzionale, riducendoli organicamente in alcuni quadri attorno ai poli unificanti di "abilità/punto di forza", "deficit" e "relazioni di influenza"; come operazione successiva abbiamo ricavato, in corrispondenza dei deficit evidenziati precedentemente, una serie di obiettivi potenziali a lungo termine, di abilità e cambiamenti adattivi che idealmente ci piacerebbe raggiungere con quell'alunno; subito dopo però abbiamo ridotto le nostre "pretese" scegliendo una serie più accessibile di obiettivi a medio termine, cercando di definirli attraverso la mediazione di esigenze diverse; questi obiettivi sono stati poi ulteriormente scomposti e analizzati in obiettivi a breve termine, organizzati in alcuni casi addirittura in sequenze facilitanti di sotto-obiettivi graduati per difficoltà.

A questo punto abbiamo le idee molto più chiare sul dove andare, anche nei più piccoli dettagli, e soprattutto avremo anche riflettuto sul perché andare in un certo luogo piuttosto che in un altro; siamo pronti allora a definire modi concreti per aiutare il nostro alunno in questo viaggio, con materiali e attività specifiche di insegnamento, sia che si tratti di adattamenti e modifiche di ciò che viene fatto da tutti i suoi compagni in classe, sia che si tratti di materiali e attività specifiche studiate per alunni con difficoltà di apprendimento.

Bibliografia

D. Ianes, F. Celi, (1997) **Nuova guida al piano educativo individualizzato**, Trento, Erickson.

ASSE 1: AFFETTIVO RELAZIONALE

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 2: AUTONOMIA

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 3 E ASSE 4 :COMUNICAZIONALE E LINGUISTICO

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 5 : SENSORIALE E PERCETTIVO

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 6: MOTORIO PRASSICO

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 7: NEUROPSICOLOGICO

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 8: COGNITIVO

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

ASSE 9 : APPRENDIMENTO CURRICOLARE

OSSERVAZIONE - DESCRIZIONE	OBIETTIVI	STRUMENTI - PROPOSTE	VERIFICHE

TRACCIA PER LA COMPILAZIONE DEL PROFILO

ASSE 1: AFFETTIVO RELAZIONALE

- atteggiamenti e sentimenti che il soggetto esprime nei confronti degli adulti e familiari, dei compagni , di oggetti e situazioni
- abitudini ed interessi espressi in ambito scolastico rispetto a : alimentazione, gioco, attività spontanee ,attività richieste, apprendimento
- abitudini, interessi espressi dal soggetto in ambito extrascolastico, ad es. tempo libero in casa – televisione ,amici, giochi, familiari, compiti...- e tempo libero fuori casa – doposcuola, sport, enti e associazioni, amici...-

ASSE 2 : AUTONOMIA

- autonomia di base:
 - è capace di mangiare da solo/a
 - è capace di lavarsi
 - è capace di vestirsi
 - è capace di infilarsi ed allacciare le scarpe
 - ha acquisito l'educazione sfinterica
- autonomia sociale:
 - sa chiedere aiuti
 - sa spostarsi in spazi conosciuti
 - sa cercare
 - sa prendere e posare nei posti assegnati oggetti di uso frequente
 - sa chiedere ciò che le/gli serve
 - sa chiedere un'informazione
 - sa organizzare in cartella il materiale per la giornata
 - sa usare il telefono
 - conosce il denaro
 - sa leggere l'ora
 - sa prendere il tram
 - viene a scuola da solo/a

- sa prendere iniziative in momenti non strutturati
 - ha interessi personali privilegiati
 - sa mettersi in relazione con gli altri
- atteggiamento e comportamento nei confronti delle attività in classe e fuori
 - individuali
 - in coppia
 - in piccolo gruppo
 - con il gruppo classe
 - in un gruppo allargato e/o misto
 (se necessario specificare se attività curricolari o attività non curricolari)

• ASSE 3 E ASSE 4 : COMUNICAZIONALE E LINGUISTICO

• Mezzi comunicativi utilizzati:

• Contenuti:

- Esprime/non esprime richieste
- Esprime/non esprime bisogni
- Esprime/non esprime Informazioni
- Esprime/non esprime fantasticherie
- Esprime/non esprime interessi
- Esprime/non esprime sentimenti
- Esprime/non esprime emozioni
- Esprime/non esprime problemi

• Comprensione ed esecuzione/produzione:

- Comprende messaggi gestuali
- Comprende messaggi per immagini
- Comprende messaggi simbolici
- Comprende messaggi orali e/o scritti
- È capace di eseguire/produrre messaggi gestuali
- È capace di eseguire/produrre messaggi per immagini
- È capace di eseguire/produrre messaggi simbolici
- È capace di eseguire/produrre messaggi orali e/o scritti

ASSE 5 : SENSORIALE PERCETTIVO

• Funzionalità visiva e parametri percettivi:

- Coordinazione visuo – motoria
- Separazione figura sfondo

- **Costanza della forma**
- **Posizione dell'ambiente**
- **Funzionalità uditiva e parametri percettivi**
 - **Coordinazione uditivo – motoria**
 - **Separazione figura – sfondo**
 - **Differenziazione silenzio – sonorità**
 - **Dinamica timbrica (o costanza della forma sonora)**

ASSE 6: MOTORIO PRASSICO

- **Motricità globale:**
 - **Le posture possibili con e senza aiuto**
 - **Le possibilità di spostamento e di equilibrio**
 - **Le modalità di controllo del movimento (Coordinazione, goffaggine, inibizioni)**
 - **Le modalità di mantenimento delle posture**
 - **La lateralizzazione e lo schema corporeo**
- **Motricità fine:**
 - **Prensione e manipolazione con / senza ausili**
 - **Scrittura con / senza ausili**
 - **Coordinazione oculo- manuale**
 - **Presenza di discinesie (tremori ..)**
- **Prassie semplici e complesse:**
 - **Le attività motorie in presenza/assenza di un oggetto**
 - **Coscienza e livello di partecipazione**

ASSE 7 : NEUROPSICOLOGICO

- **Capacità mnesiche :**
 - **Memoria a breve e medio termine**
 - **Tipo e uso delle capacità mnesiche**
- **Capacità attentive:**
 - **Grado di attenzione e concentrazione nelle attività curricolari e non**

(l'attenzione e la concentrazione dipendono da diversi fattori fra cui : il tipo di attività proposte, il livello di difficoltà, il tempo, la motivazione, la presenza o meno dell'insegnante di sostegno)

- **Organizzazione spazio temporale.**
 - **Nei comportamenti spontanei**
 - **Nei compiti strutturati**
 - **Conoscenza dei rapporti di casualità**

ASSE 8: COGNITIVO

- **E' capace , ed in che modo :**
 - **Di fare esperienze usando il proprio corpo**
 - **Di fare esperienze usando gli oggetti**
 - **Di operare con modalità iconiche**
 - **Di operare con modalità simboliche**
 - **Di fare previsioni**
- **E' capace , ed in che modo:**
 - **Di discriminare uguale e diverso e maggiore minore**
 - **Di classificare**
 - **Di seriare**
 - **Di ordinare**
 - **Di operare**
- **E' capace , ed in che modo , di trasferire le competenze che possiede**
- **ASSE 9: APPRENDIMENTO CURRICOLARE**
- **Gioco e grafismo (età prescolare):**
 - **Organizzazione del gioco (corporeo, manipolativo, simbolico , imitativo)**
 - **Aspetti del grafismo (scarabocchio significativo e non , disegno descrittivo, disegno narrativo....)**
- **Lettura e scrittura (età scolare)**
 - **Acquisizioni raggiunte nella lettura**
 - **Modalità di lettura e comprensione del testo**
 - **Presenza e tipologia di errori**
 - **Acquisizioni nella scrittura (copiata, dettata, spontanea..)**
 - **Gradi di complessità raggiunta**

- **Acquisizione delle capacità di calcolo e ragionamento logico matematico**
 - **Capacità d'uso in letto scrittura di messaggi espressi in linguaggi diversi**
-
- **Uso spontaneo delle competenze acquisite**
 - **Apprendimenti curricolari (livello e competenze raggiunte)**
 - **Altro (esperienze particolari, laboratori....)**

INTERVENTI SOCIO EDUCATIVI

1. INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO SCOLASTICO

(Operatore di riferimento, tempi, modalità, metodologia di raccordo scuola/ operatore)

2. INTERVENTI RIABILITATIVI IN ORARIO EXTRASCOLASTICO

(Operatore di riferimento, tempi, modalità, metodologia di raccordo scuola / operatore)

INTERVENTI EDUCATIVI TERRITORIALI

- Tipo di intervento
- Operatore di riferimento
- Tempi
- Modalità
- Metodologia di raccordo scuola/ operatore

INTERVENTO EDUCATIVO SCUOLA-FAMIGLIA

- Familiari di riferimento
- Frequenza degli incontri scuola / famiglia ; tipologia di incontro (colloqui informali , gruppo tecnico...)
- Descrizione delle aspettative della famiglia nei confronti dell'alunno, della scuola, degli insegnanti
- Definizione degli obiettivi formativi condivisi

RISORSE DELLA SCUOLA

- Descrizione della classe
- Attività di compresenza
- Laboratori
- Sperimentazioni
- Operatore psicopedagogico, Operatore tecnologico
- Classi aperte
- Progetti

ASSE 1: AFFETTIVO RELAZIONALE

OBIETTIVO A BREVE TERMINE (devono essere strettamente collegati agli obiettivi a lungo termine indicati nel PDF)	ATTIVITÀ' (quali attività sono state realizzate e/o sono previste . Tali attività devono essere congruenti con “ strumenti e proposte” individuati nel PDF)	VERIFICA (riportare l'esito della verifica degli obiettivi a breve termine; verifica effettuata sino al momento dell'invio del PEI.)	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 2: AUTONOMIA

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 3 E ASSE 4 :COMUNICAZIONALE E LINGUISTICO

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 5 : SENSORIALE E PERCETTIVO

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 6: MOTORIO PRASSICO

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 7: NEUROPSICOLOGICO

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 8: COGNITIVO

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ASSE 9 : APPRENDIMENTO CURRICOLARE

OBIETTIVO A BREVE TERMINE	ATTIVITÀ'	VERIFICA	RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE DELLA CLASSE

ATTIVITÀ EXTRA SCOLASTICHE DELLA CLASSE

(attività svolte in orario scolastico ma fuori dalla scuola , ad. es. ludoteca, piscina, uscite didattiche....)

ATTIVITÀ' DISCIPLINARI INDIVIDUALI

(Descrizione sintetica degli adattamenti disciplinari resisi necessari)

STRATEGIE PER L'EMERGENZA

In presenza di crisi momentanee dell'alunno (determinate da fattori legati alle esperienze scolastiche ed extrascolastiche o dall'assenza di figure di riferimento, ecc.) descrivere le caratteristiche dell'emergenza e le strategie elaborate per superarla.

PER CONSENTIRE L'ATTUAZIONE DEL PRESENTE PIANO EDUCATIVO CHE E' STATO
CONCORDATO E REDATTO DA:

Nome

Firma

FAMIGLIA.....

REFERENTE DEL CASO.....

OPERATORI.....

.....

.....

.....

INSEGNANTI.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si sono utilizzateORE DI SOSTEGNO SETTIMANALE

Si sono utilizzateORE DI INTERVENTO DELL'ENTE LOCALE

Si sono utilizzate..... ORE DI INTERVENTO DI UN OPERATORE

Per il prossimo anno scolastico si richiedono:

.....ORE DI SOSTEGNO SETTIMANALE

.....ORE DI INTERVENTO DELL'ENTE LOCALE

.....ORE DI INTERVENTO DI UN OPERATORE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data